

علل عدم استفاده از بسته کاهش آسیب در معتادین تزریقی تحت پوشش مراکز DIC استان کرمانشاه

دکتر کاظم محمد: استاد، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
دکتر فرشته مجلسی: دانشیار، گروه ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران- نویسنده رابط: dr_f_majlessi@yahoo.com

دکتر هنگامه نامداری تبار: پزشک، دانشجوی دوره MPH، گروه ارتقاء سلامت و آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، ایران

علیرضا صفر پور: کارشناس، مرکز DIC مهر استان کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

زهرا لقایی: کارشناس، معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

آذر چشم براه: کارشناس، مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه، کرمانشاه، ایران

دریافت: ۱۳۸۶/۶/۱۷ پذیرش: ۱۳۸۶/۱۲/۲۶

چکیده

زمینه و هدف: باتوجه به این واقعیت که اعتیاد تزریقی شایع ترین راه انتقال عفونت HIV می باشد و طبق بررسی های مختلف، گروهی از معتادان تزریق علیرغم دسترسی به سرنگ و سوزن یکبارمصرف، ضمن استمرار در استفاده مشترک از سرنگ و سوزن همچنان در معرض خطر ابتلاء به HIV می باشد. این مطالعه با هدف تعیین عوامل موثر بر تزریق مشترک در معتادان تحت پوشش برنامه آموزش و تحویل بسته کاهش آسیب (سرنگ و سوزن، ماده ضد عفونی کننده و کاندوم) در مراکز DIC (Drop in center) کرمانشاه انجام گرفت. روش کار: این بررسی مطالعه ای توصیفی- مقطعی است که در دو مرحله انجام گرفت. مرحله اول، مطالعه کیفی به روش (FGD) Focous Group Discussion و مرحله دوم مطالعه به روش Cross Sectional بود که علل طرح شده در مرحله اول به صورت کمی توصیف گردید. نمونه مورد مطالعه ۳۶۷ نفر بودند و نتایج با نرم افزار SPSS مورد ارزیابی قرار گرفت.

نتایج: نتایج نشان داد که ۲۶۵ نفر از کل نمونه ها در هنگام تزریق از سرنگ و سوزن مشترک استفاده نمی کردند. سن، نوع ماده مصرفی، روش شروع اعتیاد و تعداد سرنگ نو دریافتی در معتادان تزریقی که از بسته های کاهش آسیب استفاده می کردند و معتادانی که تزریق مشترک داشتند تفاوت معنی دار نداشت. ولی تزریق مشترک در افراد مجرد ($p=0/000$)، بیکار ($p=0/000$)، بی خانمان ($p=0/000$)، سطح تحصیلات پائین تر ($p=0/000$)، شروع اعتیاد و تزریق در سن پائین تر ($p=0/000$) فاصله کوتاه بین شروع اعتیاد و روکردن به تزریق ($p=0/000$)، شروع اعتیاد با هروئین، تواتر تزریق مواد در ماه ($p=0/002$) و بیشتر بودن تعداد موارد در روز ($p=0/002$) و کوتاهتر بودن ارتباطشان با DIC، به طور معنی دار از سایرین بیشتر بود ($p=0/000$).

نتیجه گیری: به نظر می رسد سطح سواد پائین تر، بیکاری، تجرد، بی خانمانی، شروع اعتیاد و تزریق در سن پائین تر در افرادی که علی رغم دسترسی به بسته های کاهش آسیب و آگاهی مناسب در خصوص راههای انتقال ایدز اقدام به تزریق مشترک می نمایند بیشتر می باشد.

واژگان کلیدی: بسته کاهش آسیب، معتاد تزریقی، کرمانشاه

مقدمه

در بین عوامل تهدید کننده سلامت، بیماری ایدز از اهمیت ویژه ای برخوردار است، چرا که این بیماری بواسطه میزان بروز و شیوع و کشندگی و معلولیت بالا از یکطرف و همه گیری جهانی و دوره نهفتگی طولانی و ایجاد سالهای طولانی از دست رفته عمر از طرف دیگر به یک معضل بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مبدل شده است و مقابله با آن یک عزم ملی و بین المللی را می طلبد. در این بین اعتیاد تزریقی یکی از عوامل عمده گسترش بیماری در جوامع می باشد. الگوی انتقال از طریق اعتیاد تزریقی در کشورهای آسیایی و از جمله ایران یکی از علل رشد سریع بیماری در این کشورها میباشد. مصرف تزریقی مواد مخدر و استفاده از سرسوزنها و سرنگهای آلوده، سریعترین راه انتقال ویروس HIV است که در آسیا و اروپای شرقی بیشتر دیده می شود. در مراکز DIC که سرنگ و سوزن توسط گروههای همسان در اختیار مصرف کنندگان تزریقی مواد قرار می گیرد. علی رغم وجود بسته های کاهش آسیب و فراهم آوردن امکان دسترسی معتادین به آنها، باز عده ای از افراد تحت پوشش مراکز DIC اقدام به تزریق مشترک مواد می کنند. لذا در این بررسی افرادی که معتاد تزریقی بوده و تحت پوشش مراکز DIC قرار دارند جهت بررسی سایر علل تزریق مشترک تحت بررسی قرار گرفتند.

در بسیاری از کشورهای در حال توسعه برنامه آموزش و تحویل سرنگ یکی از روشهای اصلی کاهش آسیب است در بسیاری از مطالعات مشخص شده است که تحویل سرنگ و سوزن تاثیر مهمی در کاهش خطر انتقال آلودگی دارد (Emmanuelli 2004).

در مطالعه ای در شهر Togliatti روسیه با استفاده از روش Capture-recapture به تخمین تعداد معتادین تزریقی خود پرداخته و مشخص شده است ۲۰۲۲۶ معتاد تزریقی دارند که تقریباً شیوع ۵.۴٪ جمعیت را شامل می شده است و شیوع بالایی بوده است (Platt et al. 2004). و در مطالعه ای دیگر مشخص شده است میزان

شیوع HIV در بین این معتادین ۵۶٪ است و این در حالی است که بیش از سه چهارم آنان از بیماری خود مطلع نبوده اند و به این ترتیب برنامه های کاهش آسیب را اولویت مهم شناخته اند (hodes et al. 2002). در مطالعه مشابه در شهر لندن مشخص شده که نزدیک به ۳/۱٪ جوانان ۱۴-۴۵ ساله معتاد بوده و بیش از نیمی از آنان تست مثبت داشته اند (Hickman et al. 1999). در مطالعه ای در کانادا مشخص شده است که هزینه های زیادی که برای درمان معتادین تزریقی انجام شده است اثر بسیار جزئی بر کاهش ریسک انتقال HIV داشته است و اقدامات کاهش آسیب می تواند مفیدتر باشد (Wood et al. 2004). مطالعاتی که در قسمت شمال آسیا هم انجام شده موید این نکته هستند که بدلیل عدم تمایل معتادین در برنامه ترک اعتیاد لازم است از برنامه های تحویل سرنگ به معتادین تزریقی در کنار سایر استراتژیهای مراقبتی مثل مشاوره استفاده شود. سرعت انتقال ویروس ایدز در بین معتادین تزریقی بسیار زیاد است در مطالعه ای در شمال تایلند شیوع آلودگی در بین معتادین تزریقی از ۱٪ ظرف مدت کوتاهی به ۴۰٪ رسیده است و این آمار با شیب زیادی رو به افزایش بوده که با انجام برنامه آموزش و تحویل سرنگ و سوزن در آن منطقه افزایش شیوع آلودگی به ویروس بشدت محدود شده است. در بررسی که در نپال انجام شده است یک گروه معتاد تزریقی به مدت سه سال تحت برنامه آموزش و تحویل سرنگ، آموزش و مشاوره و تست HIV قرار گرفتند و نتایج مطلوبی شامل افزایش سطح آگاهی از ۵۸٪ به ۱۰۰٪ و کاهش رفتارهای پرخطر از ۲۵٪ به ۴۷٪ داشته اند و طی این مدت شیوع HIV در این افراد اضافه نشد (مورد جدید نداشتند) و درصد شیوع HIV در بین افرادی که طی این مدت بصورت مستمر تحت برنامه بوده اند ۶/۱٪ بوده است (Singh 1998).

در یک بررسی که در چین در معتادین تزریقی تحت پوشش برنامه تعویض سرنگ انجام شده مشخص شده است که میزان آگاهی افراد پس از ۱۰ ماه از ۲۹/۴٪ به ۵۹/۸٪ رسیده و استفاده مشترک از سرنگ از ۴۸/۹٪ به ۲۰/۴٪ رسیده

مشاوره و آزمایش داوطلبانه در کاهش آلودگی به HIV بسیار موثر تر است (مرکز مدیریت بیماریها ۱۳۸۳). در کشور ما نیز در بین موارد آلوده شناسایی شده بیشترین راه احتمالی آلودگی اعتیاد تزریقی میباشد (۶۰٪) (مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری ۱۳۸۳). و این در حالی است که در بررسی انجام شده در مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری استان کرمانشاه در بین معتادین تزریقی داوطلب تحت پوشش مرکز درصد آلودگی بسیار بالا و متناسفانه با روندی صعودی در حال افزایش است (۱۵٪ در سال ۱۳۸۰ و ۲۱٪ در سال ۱۳۸۱ و ۲۷٪ در سال ۱۳۸۲) (مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری ۱۳۸۳). اما تاکنون در کشور ایران اثر بخشی برنامه تحویل سرنگ مورد ارزیابی قرار نگرفته است.

روش کار

این یک بررسی توصیفی و مقطعی است و در دو مرحله انجام شده است.

مرحله اول انجام یک مطالعه کیفی به روش Focus Group Discussions جهت تعیین علل احتمالی تزریق مشترک در معتادین تزریقی تحت پوشش DIC کرمانشاه بوده است. مرحله دوم انجام یک مطالعه کمی به روش Cross Sectional در معتادین تزریقی تحت پوشش DIC می باشد که علل طرح شده در مرحله اول طرح بصورت کمی توصیف می گردد.

از آنجا که در مراکز DIC وسایل کاهش آسیب بصورت رایگان در اختیار متقاضیان قرار می گیرد یکی از علل عمده تزریق مشترک (عدم دسترسی) به سرنگ و سوزن در این گروههای مراجعه کننده وجود نخواهد نداشت اما همچنان شواهد تزریق مشترک در این افراد وجود دارد لذا در ابتدا به منظور بدست آوردن دید اولیه از علل تزریق مشترک به روش Focus Group Discussions با معتادین تزریقی که بصورت داوطلبانه به DIC استان کرمانشاه مراجعه می کنند این علل مورد ارزیابی قرار گرفت. در ادامه بر اساس نتایج بدست آمده از مطالعه کیفی ضمن تکمیل اهداف و فرضیات، پرسشنامه طراحی شده و متغیرها

است (Lin et al. 2004). در یک مقایسه در شیکاگو خطر انتقال HIV در بین دو گروه که تحت پوشش برنامه آموزش و تحویل سرنگ بوده اند با گروهی که تحت این برنامه نبوده اند مشخص شده که خطر انتقال در گروه اول نصف گروه دوم است (Quellet et al. 2004). هرچند بعضی از محققین معتقدند عامل اصلی تزریق مشترک عدم دسترسی به سرنگ رایگان است. اما در مطالعات متعددی نشان داده شده که ایجاد امکان دسترسی به تنهایی کافی نیست و مسائل دیگری را نیز در بحث اثر بخشی برنامه باید مد نظر داشت از آن جمله: در مطالعه ای که در کانادا انجام شده تاکید شده است که برنامه های کاهش آسیب زمانی که همراه حمایت های اجتماعی و آموزش باشد موثر خواهد بود (Inchaurraga 2003). و تجربه مشابه ای در آمریکا نیز نشان می دهد که موفقیت برنامه آموزش و تحویل سرنگ و سوزن در گرو توجه به بافت فرهنگی معتادین منطقه و برنامه ریزی دقیق آموزشی با توجه به این فرهنگ است (Somlai et al. 1999).

در مطالعه دیگری در استرالیا که برنامه آموزش و تحویل سرنگ و سوزن را در بین دو گروه معتاد تزریقی انگلیسی زبان و غیر انگلیسی زبان در شهر ملبورن مورد ارزیابی قرار داده است مشخص شده نتایج در افراد انگلیسی زبان (همزبان با ارائه دهندگان خدمت) به مراتب بهتر از گروه غیر انگلیسی زبان بوده است (Louie et al 2003). و در یک مطالعه دیگر در Saskatoon مشخص شده که افرادی که فقط به آنها سرنگ تحویل می شده است ۵۳٪ تزریق مشترک با سرنگ داشته و ۶۲٪ هم از سایر وسایل تزریق بصورت اشتراکی استفاده می کرده اند (Raboud et al. 2003). تجربه ۱۱ ساله در Monte Carlo نشان می دهد که اثر بخشی برنامه در افرادی که بصورت منظم و مستمر تحت پوشش هستند و به برنامه وفادار می مانند بیشتر است (Amundsen et al. 2003). در دانمارک، نروژ و سودان هم به این نتیجه رسیده اند که همراهی برنامه کاهش آسیب با برنامه

ب) هدف دوم: بررسی دلالتی که مصرف کنندگان تزریقی مواد اقدام به تزریق مشترک می کنند.

ج) هدف سوم: تعیین عوامل موثر بر انتخاب روش مصرف مواد مخدر

۶- راهنمای مصاحبه گروهی تهیه شد.

سوالها بصورت باز مطرح می شد:

- به نظر شما ایدز از چه راههایی انتقال می یابد.

- به نظر شما افراد چرا از سرنگ مشترک برای انجام تزریق استفاده می کنند. در صورتی که افراد عدم

دسترسی به سرنگ را مطرح کردند تسهیل گر می پرسد اگر دسترسی فراهم آید، مثلا در شرایط مرکز DIC که شما تحت پوشش آن هستید چه عامل دیگری موجب استفاده مشترک از سرنگ و سوزن است؟

- در مصاحبه های قبلی بعضی از دوستان شما اشاره کرده اند باورهایی وجود دارد که تزریق مشترک اثر

بخشی بیشتری دارد، نظر شما در این مورد چیست؟

۷- تسهیل گران گروهها انتخاب شده و آموزش دیدند.

۸- جدول زمانی انجام مصاحبه گروهی تنظیم شد.

۹- هماهنگی با ادارات ذیربط و مسئولین DIC استان انجام شد.

۱۰- نمونه از افراد مورد مطالعه انتخاب شد: چون مراجعین این مراکز عمدتا (۹۸٪) مرد هستند، گروههای مصاحبه از

بین مردان انتخاب شد. ملاک شرکت در گروه داوطلب بودن افراد بود. هر گروه بین ۸-۱۰ نفر شامل می شد.

محل مصاحبه یکی از اطاقهای DIC تویخانه و کلاس درس DIC مهر انتخاب شد.

۱۱- مصاحبه گروهی متمرکز انجام شد.

۱۲- داده های حاصل از هر مصاحبه کد بندی و تفکیک شدند.

۱۳- خلاصه هر مصاحبه نوشته شد.

۱۴- خلاصه کلی نوشته شد.

۱۵- نتایج در اختیار ذینفعان قرار گرفت.

مرحله دوم: مطالعه کمی بررسی علل عدم استفاده بسته کاهش آسیب (سرنگ، سوزن، ماده ضد عفونی کننده

تعریف گردید. در طراحی پرسشنامه از پرسشنامه های استاندارد BSS Behavior Surveillance system (BSS) نیز استفاده شد.

مرحله اول: مطالعه کیفی بررسی علل تزریق مشترک در معتادین تزریقی قدم های ذیل به مرحله اجرا در آمد:

۱- تیم مطالعه تشکیل شد. معیار های انتخاب این افراد شامل موارد ذیل بود:

الف) افرادی که دارای درک عمیقی از موضوع اعتیاد باشند.

ب) در برنامه های تحقیقاتی کار کرده باشند و مهارت جمع آوری داده ها را داشته باشند.

ج) توانایی برقراری ارتباط با معتادین را داشته باشند.

د) آشنایی لازم با برنامه های کنترل ایدز و کاهش آسیب را داشته باشند.

ه) برای این پژوهش از دو نفر مشاور که سابقه ۴ سال مشاوره در مراکز VCT را داشته و مسئولین مراکز DIC

و دو نفر از افراد بهبود یافته و همکار در مراکز DIC در نظر گرفته شدند.

۲- نیازهای اطلاعاتی مدیران برنامه در استان کرمانشاه مشخص شد. طی دو جلسه با رئیس سازمان بهزیستی و

معاون پیشگیری آن سازمان و معاون بهداشتی دانشگاه و کارشناس اعتیاد و کاهش آسیب مرکز بهداشت استان،

اهداف پژوهش توضیح داده شد. و در مراحل بعدی نیز هماهنگی با ایشان انجام شد

۳- نقشه موضوع طراحی شد. به روش بارش افکار و بحث گروهی با ذینفعان برنامه و اعضا تیم تحقیق نقشه

موضوع طراحی شد (شکل شماره ۱).

۴- گروه هدف مورد مصاحبه انتخاب شد.

الف) مطابق هدف اصلی پژوهش معتادین تحت پوشش مراکز DIC کرمانشاه گروه هدف مصاحبه تعیین شد.

۵- اهداف اختصاصی متناسب با اهداف طرح مشخص شد.

الف) هدف اول: دستیابی به میزان آگاهی مصرف کنندگان تزریقی مواد در خصوص عوارض تزریق مشترک

مرکز DIC مراجعه می کردند در محل DIC پرسشنامه هایشان تکمیل می شد و در صورت عدم مراجعه، پرسشنامه توسط تیم های یاری رسان (Outreach) تکمیل می گردید، تعداد ۲۹۰ (۷۹٪) پرسشنامه در محل DIC و ۷۷ (۲۱٪) پرسشنامه توسط تیم Outreach تکمیل شده است.

نتایج

۱- سن: افراد شرکت کننده در طرح در گستره سنی بین ۱۹ تا ۵۳ با میانگین سنی ۳۳/۴ سال بودند. گروهی که داری تزریق مشترک بودند در گستره سنی ۱۹ تا ۵۰ با میانگین سنی ۳۲/۷ سال و با گروهی که تزریق مشترک انجام نمی داند در گستره سنی ۱۹ تا ۵۳ با میانگین سنی ۳۳/۷ سال تفاوت معناداری بین سن دو گروه وجود نداشت ($p < 0/21$).

۲- وضعیت تاهل: بیشترین افراد مورد مطالعه مجرد بودند (۱۵۹ نفر معادل ۴۳٪)، و فقط ۲۷٪ آنها متاهل بودند و باقی مانده یا همسرشان مرده بود (۴٪) و یا از همسر خود جدا شده بودند (۲۵٪) درصد تاهل در مصرف کنندگان تزریقی مشترک (۸٪) از مصرف کنندگان تزریقی که بصورت غیر مشترک تزریق می کنند (۳۵٪) بسیار کمتر بود ($p = 0/00$).

۳- وضعیت اشتغال: بیش از ۶۰٪ افراد تحت مطالعه بیکار بودند، ۲۲٪ آنان کارگران غیرماهر و ۴٪ دستفروش دوره گرد بوده و تنها ۸٪ کارگر ماهر بودند. ۵٪ این افراد به شغل رانندگی اشتغال دارند. درصد بیکاری در مصرف کنندگانی که برای تزریق از سرنگ و سوزن مشترک استفاده می کنند (۷۷٪) از مصرف کنندگان تزریقی که از سوزن و سرنگ مشترک استفاده نمی کنند (۵۴٪) بطور معنی داری بیشتر بود ($p = 0/00$).

۴- محل سکونت: بیشترین افراد مورد مطالعه در منازل مسکونی سکونت دارند. (۲۸۸ نفر معادل ۸۰٪)، ۱۸٪ آنان کارتن خواب بوده و ۱٪ در اردوگاههای بازپروری معتادین زندگی می کردند درصد سکونت در خارج از منزل مسکونی در مصرف کنندگان تزریقی مشترک (۴۸٪) از مصرف

وکاندوم) در معتادین تزریقی تحت پوشش مرکز DIC استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۴

۱۶- بر اساس نتایج حاصله اهداف اختصاصی پژوهش مورد بازبینی قرار گرفت ۶ هدف ابتدایی به ۱۸ هدف اختصاصی تغییر یافت و پرسشنامه بر اساس اهداف اختصاصی و نتایج این مطالعه طراحی شد جهت جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه ای که بر اساس نتایج مصاحبه عمیق طراحی شده بود و شامل بخش های ذیل است استفاده شد: بخش اول: ویژگیهای عمومی؛ بخش دوم: ویژگیهای مربوط به مصرف مواد مخدر

بخش سوم: آگاهی در مورد بیماری HIV

۱۷- پرسشگران انتخاب شده و تحت آموزش قرار گرفتند.

۱۸- از کلیه افراد تحت پوشش مراکز جهت شرکت در تحقیق دعوت بعمل آمد.

حجم نمونه تعیین شده و نمونه در بین معتادین تزریقی داوطلب بصورت سرشماری تعیین شد. با توجه به اطلاعات موجود؛ شیوع تزریق مشترک در بین معتادین تزریقی ۲۰٪ است و در بین معتادین تزریقی تحت پوشش DIC کرمانشاه ۱۰٪. لذا با احتمال ۹۵٪ و توان آزمون ۸۰٪ و با استفاده از تفاوت نسبتها حجم نمونه ۱۹۶ نفر محاسبه شد ($\beta = 0/8$, $\alpha = 0/5$).

کلیه معتادین تزریقی داوطلب در برنامه شرکت کردند. پرسشنامه طرح و با همکاری گروههای همیار آموزش دیده شاغل در مراکز DIC و با نظارت پرسشگران طرح در محل DIC های کرمانشاه تکمیل شد.

کلیه افراد تحت پوشش این مراکز (۵۸۰ نفر) برای تکمیل پرسشنامه دعوت شدند، ۴۳۷ نفر حاضر به همکاری شدند که ۳۶۷ نفر آنان دارای اعتیاد تزریقی بودند. و ۲۶۵ نفر در هنگام تزریق از سرنگ و سوزن مشترک استفاده نمی کردند و ۱۰۲ نفر داری تزریق مشترک بودند افراد تحت پوشش مرکز در صورتی که به

کنندگان تزریقی که سرنگ و سوزن مشترک استفاده نمی کنند (۸٪) بسیار بیشتر بود ($p=0.000$).

۵- وضعیت تحصیلی: بیشترین افراد مورد مطالعه تحصیلات راهنمایی داشتند (۱۳۲ نفر معادل ۳۰٪)، ۸٪ آنان بیسواد و ۳۰٪ در حد ابتدایی سواد داشتند. ۲۴٪ دیپلم و ۲٪ دارای تحصیلات دانشگاهی بودند. درصد سواد ابتدایی و کمتر در مصرف کنندگان تزریقی مشترک (۶۲٪) از مصرف کنندگان تزریقی که سرنگ و سوزن مشترک استفاده نمی کنند (۲۹٪) بصورت معنی داری بیشتر بود ($p=0.000$).

۶- سن شروع اعتیاد: گستره سنی شروع اعتیاد بین ۱۳ تا ۳۵ سال با میانگین ۱۹/۲ سال است. بیشترین افراد مورد مطالعه اعتیاد را در سن زیر ۲۰ سال شروع نموده اند (۱۸۶ نفر معادل ۵۱٪)، ۴۷٪ آنان در بین سنین ۲۰ تا ۳۰ سالگی اولین تجربه استفاده از مواد مخدر را داشته و تنها ۳٪ این افراد در سن بالای ۳۰ سال معتاد شده اند. گستره سنی شروع اعتیاد در گروهی که تزریق مشترک انجام می دهند بین ۱۳ تا ۲۴ سال با میانگین ۱۷/۲ سال است و ۷۰٪ مصرف کنندگان تزریقی مشترک قبل از ۲۰ سالگی اعتیاد خود را آغاز کرده اند در حالی که فقط ۴۳٪ از مصرف کنندگان تزریقی که اقدام به تزریق مشترک نمی کنند در سن قبل از ۲۰ سالگی اعتیاد خود را آغاز کرده اند. (با گستره سنی ۱۴ تا ۳۵ سال با میانگین ۲۰ سال) به نظر می رسد افرادی که تزریق مشترک انجام می دهند بصورت معنی داری بیش از گروه دیگر اعتیاد را در سنین پائین تر از ۲۰ سال آغاز نموده اند ($p=0.000$) (هرچه سن شروع اعتیاد کمتر باشد احتمال تزریق مشترک بیشتر خواهد شد) (جدول ۱).

۷- سن شروع تزریق: شروع تزریق بین ۱۴ تا ۴۰ سال با میانگین ۲۴/۲ سال است. بیشترین افراد مورد مطالعه تزریق را در سنین بین ۲۰ تا ۲۹ سال شروع نموده اند. (۱۷۹ نفر معادل ۴۹/۶٪)، ۲۶٪ آنان در بین سنین ۱۰ تا ۱۹ سالگی اولین تجربه تزریق را داشته و ۲۴٪ این افراد در سن بالای ۳۰ سال برای اولین بار تزریق نموده اند.

گستره سنی شروع تزریق در گروهی که تزریق مشترک انجام می دهند بین ۱۴ تا ۳۰ سال با میانگین ۲۰/۳ سال است و ۶۲٪ مصرف کنندگان تزریقی مشترک قبل از ۲۰ سالگی تزریق را آغاز کرده اند در حالی که فقط ۱۲٪ از مصرف کنندگان تزریقی که اقدام به تزریق مشترک نمی کنند در سن قبل از ۲۰ سالگی تزریق را آغاز کرده اند. (با گستره سنی ۱۸ تا ۴۰ سال با میانگین ۲۶/۴ سال) به نظر می رسد افرادی که تزریق مشترک انجام می دهند بصورت معنی داری بیش از گروه دیگر تزریق را در سنین پائین تر از ۲۰ سال آغاز نموده اند ($p=0.000$) و میانگین فاصله بین سن شروع اعتیاد و سن اولین تزریق در گروهی که تزریق مشترک انجام می دهند ۳ سال است و ۶۲٪ مصرف کنندگان تزریقی مشترک در فاصله کمتر از ۵ سال از شروع اعتیاد شان تزریق را آغاز کرده اند در حالی که فقط ۱۲٪ از مصرف کنندگان تزریقی که اقدام به تزریق مشترک نمی کنند در این فاصله تزریق را آغاز کرده اند (با میانگین ۶/۸ سال) به نظر می رسد افرادی که تزریق مشترک انجام می دهند بصورت معنی داری بیش از گروه دیگر در فاصله کوتاهتری تزریق را آغاز نموده اند ($p=0.000$).

۸- مدت زمان ارتباط با DIC: گستره فاصله بین ماههای ارتباط با مراکز DIC بین ۲ تا ۲۴ ماه با میانگین ۱۰/۶ ماه است. بیشترین افراد مورد مطالعه مدت کمتر از یکسال است که تحت پوشش مرکز DIC هستند (۲۳۷ نفر معادل ۶۴/۷٪) میانگین مدت زمان تحت پوشش مراکز DIC قرار داشتن در گروهی که تزریق مشترک انجام می دهند ۶/۳ ماه است و ۵۸٪ مصرف کنندگان تزریقی مشترک در مدت کمتر از ۶ ماه تحت پوشش این مراکز بوده اند در حالی که این درصد در مصرف کنندگان تزریقی که اقدام به تزریق مشترک نمی کنند معادل ۲۲٪ می باشد. (با میانگین ۱۲/۲) به نظر می رسد افرادی که تزریق مشترک انجام می دهند بصورت معنی داری مدت زمان کمتری از گروه دیگر تحت پوشش مرکز DIC بوده اند ($p=0.000$) (جدول ۲).

۹- مواد مخدر مورد استفاده: افراد تحت مطالعه عمدتاً از هروئین (۸۶٪) استفاده می کنند و با درصدهای پائین تر از

مجموع ۶۵٪ آنان از سایر وسائل مشترک نیز استفاده می نمایند در گروه مصرف کنندگان مشترک مواد، ۹۴٪ از سایر وسایل نیز بصورت مشترک استفاده می کنند ولی نکته حایز اهمیت این است که در گروهی که از سرنگ و سوزن مشترک استفاده نمی کردند ۵۳٪ سایر وسائل تزریق را مشترک استفاده می نمایند.

۱۴- تعداد سرنگ نو دریافتی: افراد تحت مطالعه در گستره بین ۳۰ تا ۱۲۰ سرنگ را در ماه تحویل گرفته اند. میانگین سرنگ تحویلی به این افراد ۶۱ عدد بوده عمدتاً بین ۳۰ تا ۶۰ سرنگ نو را در ماه دریافت کرده اند. تنها ۹٪ این افراد تعداد ۳۰ و کمتر سرنگ را دریافت نموده اند. تفاوت معنی داری بین سرنگ های دریافتی در مصرف کنندگان تزریقی مشترک مواد و مصرف کنندگان تزریقی است که از سرنگ و سوزن مشترک استفاده نمی کنند. مشاهده نشد

۱۵- آگاهی در خصوص راههای انتقال ایدز: از افراد تحت مطالعه خواسته شد راههای انتقال ایدز و راههای عدم انتقال را نام ببرند هر شرکت کننده به چند راه اشاره نموده است. راههای ذکر شده و تعداد افرادی که به هر راه اشاره کرده است. هیچکدام از افراد به راه غلطی برای انتقال و عدم انتقال اشاره نکرده اند. ۹۴٪ به تزریق مشترک اشاره نموده اند و ۸۱٪ راه انتقال جنسی را بر شمرده اند. ۱۰۰٪ مصرف کنندگان تزریقی مواد از تزریق مشترک بعنوان یک راه انتقال ایدز نام برده اند.

بحث

در این بررسی افرادی که معتاد تزریقی بوده و تحت پوشش مراکز DIC قرار دارند جهت بررسی سایر علل تزریق مشترک تحت بررسی قرار گرفتند.

افراد تحت مطالعه در میانگین سنی ۳۳ سال بوده و بر اساس این تحقیق تفاوت معنی داری بین سن در گروهی که تزریق مشترک انجام میدادند و گروهی که از بسته های کاهش آسیب استفاده می کردند وجود نداشت. عمدتاً افراد تحت مطالعه مجرد/همسر مرده و یا مطلقه بودند و تنها ۲۷٪ آنان متأهل بوده و با همسرانشان زندگی می کردند. تنها ۸٪

بوپونورفین (۷٪)، تریاک (۵/۵٪) و کراک (۲٪) استفاده کنند. تفاوت عمده ای بین مواد مصرفی در دو گروه مصرف کنندگان تزریقی مشترک و مصرف کنندگانی که از سرنگ و سوزن مشترک استفاده نمی کنند، مشاهده نشد.

۱۰- اولین مواد مخدر مورد استفاده: افراد تحت مطالعه عمدتاً مصرف مواد مخدر را با تریاک (۶۲٪) شروع کرده اند و با درصدهای پائین تر از هروئین (۱۸٪)، حشیش (۱۹٪) و بوپونورفین (۲٪) استفاده کرده اند درصد استفاده از هروئین در گروه مصرف کنندگان تزریقی مشترک (۳۱٪) بصورت معنی داری بیشتر از مصرف کنندگانی است که از سرنگ و سوزن مشترک استفاده نمی کنند (۱۳٪).

۱۱- روش استفاده از مواد مخدر در آغاز اعتیاد: افراد تحت مطالعه عمدتاً مصرف مواد مخدر را با روش تدخینی (۶۲٪) شروع کردند و با درصدهای پائین تر از تزریق (۱۸٪) و روش مشامی نیز (۲٪) استفاده نمودند تفاوت عمده ای بین مواد مصرفی در دو گروه مصرف کنندگان تزریقی مشترک و مصرف کنندگانی که از سرنگ و سوزن مشترک استفاده نکرده اند، مشاهده نشد.

۱۲- تواتر تزریق مواد مخدر در ماه: افراد تحت مطالعه عمدتاً بصورت روزانه مواد مخدر را تزریق می کنند (۹۰٪) و با درصدهای پائین تر هفته ای یکبار (۸٪)، و یا دوهفته یکبار (۲٪) مواد مخدر را تزریق می کنند استفاده کرده اند درصد استفاده روزانه مواد در گروه مصرف کنندگان تزریقی مشترک (۳۱٪) بصورت معنی داری بیشتر از مصرف کنندگانی بود که از سرنگ و سوزن مشترک استفاده نمی کردند ($p=0/002$) (۱۳٪) و تعداد دفعات تزریق در روز نیز در گروه مصرف کنندگان تزریقی مشترک تعداد دفعات تزریق سه بار و بیشتر در روز (۷۳٪) بصورت معنی داری بیشتر از مصرف کنندگانی بود که از سرنگ و سوزن مشترک استفاده نمی کردند (۵۱٪) ($p=0/002$).

۱۳- استفاده از سایر وسایل مشترک در تزریق: ۳۳۷ نفر از افراد تحت مطالعه به این پرسش پاسخ دادند و در

سواد بوده و این درصد در گروهی که از بسته های کاهش آسیب استفاده می کنند تنها ۲۹٪ می باشد. این نکته از این نظر حائز اهمیت است که در طراحی روشهای آموزشی جهت ترغیب مصرف کنندگان تزریقی مواد به استفاده از بسته های کاهش آسیب از روش پمفلت و بروشور نمی توان به تنهایی استفاده نمود.

میانگین سن شروع اعتیاد در جمعیت تحت مطالعه ۱۹/۲ سال است. با توجه به میانگین سنی افراد در حال حاضر (۳۳ سال) می تواند نمایانگر این مطالب باشد که لازم است تغییراتی در ساختار DIC ها داده شود به گونه ای که گروههای جوان که تازه درگیر اعتیاد شده اند. برای تحت پوشش قرار گرفتن رغبت پیدا کنند. از طرف دیگر به نظر می رسد سنین پائین شروع اعتیاد یکی از عوامل خطر در انجام تزریق مشترک در معتادین تزریقی است به گونه ای که ۷۰٪ گروهی که اعتیاد تزریقی مشترک داشته اند، در سنین پائین تر از ۲۰ سال اولین تجربه استفاده از مواد مخدر را داشته اند و این درحالی است که ۴۳٪ گروهی که تزریق مشترک انجام نمی دهند در این گروه سنی اعتیاد را آغاز نموده اند.

نتایج فوق در خصوص سن شروع تزریق نیز صادق بوده و هر چه سن شروع تزریق پائین تر بوده، درصد تزریق مشترک بیشتر شده است به گونه ای که ۶۲٪ گروهی که اعتیاد تزریقی مشترک داشته اند، در سنین پائین تر از ۲۰ سال اولین تجربه تزریق مواد مخدر را داشته اند و این درحالی است که تنها ۱۲٪ گروهی که تزریق مشترک انجام نمی دهند در این گروه سنی تزریق را آغاز نموده اند. بطور متوسط جمعیت تحت مطالعه ۵/۷ سال پس از شروع اعتیاد اقدام به تزریق نموده اند. به نظر می رسد این رقم هر چه پائین تر باشد (اقدام به تزریق زودتر اتفاق بیفتد) افراد بیشتر احتمال دارد اقدام به تزریق مشترک نمایند است به گونه ای که ۹۰٪ گروهی که اعتیاد تزریقی مشترک داشته اند، در فاصله ای کمتر از ۵ سال اولین تجربه تزریق مواد مخدر را داشته اند و این درحالی است که ۵۰٪ گروهی که تزریق مشترک انجام نمی دهند در این فاصله تزریق را آغاز نموده

مصرف کنندگان مشترک مواد متاهل بودند که اختلاف معنی داری با تاهل در گروه دوم دارد در هر حال به نظر می رسد متاهل بودن با تزریق مشترک مواد ارتباطی معکوس داشته و این عامل خود خطر اشاعه HIV در گروه معتادین تزریقی که اقدام به تزریق مشترک می کنند را نیز بالاتر می برد. این موضوع مشابه نتایج مطالعه کاناداست که حمایتهای خانوادگی و اجتماعی را در عدم تزریق مشترک موثر می داند.

۶۱٪ کل افراد تحت مطالعه شغل نداشتند، درصد بیکاری در گروهی که تزریق مشترک انجام می دادند (۷۷٪) بصورت معنی داری بیش از گروهی بود که از بسته های کاهش آسیب استفاده می کردند. در FGD انجام شده، گروههای مختلف به این موضوع اشاره می کردند که بیکاری و فقر یکی از عواملی است که منجر می شود گروههای تحت پوشش DIC بسته های کاهش آسیب را فروخته و از پول آن اقدام به تهیه مواد مخدر نمایند و ناگزیر از انجام تزریق مشترک شوند.

۴۸٪ گروه تحت مطالعه که تزریق مشترک انجام می دهند محل سکونت مشخصی ندارند، و این در حالی است که تنها ۸٪ گروهی که از بسته های کاهش آسیب استفاده می نمایند بی خانمان هستند. در این خصوص نیز نتایج FGD انجام شده، مبنی بر این بوده است که بی خانمانی یکی از عواملی است که منجر به این می شود گروههای تحت پوشش DIC از بسته های کاهش آسیب استفاده نمایند، این افراد در زمان تزریق در خیابان و پارک و خرابه های ساختمانی نیازمند زمان کوتاهتری هستند که با اقدام به تزریق مشترک در وقت آماده کردن و کشیدن مواد صرفه جویی می شود.

افراد تحت مطالعه عمدتاً تحصیلاتی در حد راهنمایی دارند، و ۲۴٪ آنان نیز تحصیلی در حد دیپلم داشته اند. تقریباً می توان گفت با افزایش سواد احتمال تزریق مشترک کمتر می شود و تفاوت معنی داری بین میزان سواد دو گروه وجود دارد. به گونه ای که ۶۲٪ گروهی که تزریق مشترک انجام می دهند بیسواد و یا کم

۶۵٪ افراد تحت مطالعه از ظروف مشترک (ملاقه و قاشق و...) برای تزریق استفاده می کنند، هر چند این امر بصورت معنی داری در گروه معتادین تزریقی مشترک بیش از گروه دوم است، اما نکته حائز اهمیت این است که در گروهی که سرنگ و سوزن مشترک استفاده نمی کنند نیز ۵۳٪ سایر وسایل تزریق را مشترک استفاده می نمایند. لذا در برنامه توزیع بسته های کاهش آسیب باید به این وسایل نیز توجه شود. این نتیجه به مراتب بیش از نتیجه ای است که در تحقیق Saskatoon مشاهده شده است.

تمام افراد تحت مطالعه راههای انتقال و عدم انتقال را درست بیان کردند و ۱۰۰٪ افراد که تزریق مشترک انجام می دهند، می دانسته اند که تزریق مشترک راه ابتلا به ایدز می باشد.

نتیجه گیری

بطور خلاصه به نظر می رسد سطح سواد پائین تر، بیکاری، تجرد، بی خانمانی، شروع اعتیاد و تزریق در سنین پائین تر، استفاده از هرئین در شروع اعتیاد، تواتر بیشتر و تعداد دفعات تزریق بیشتر در روز و مدت زمان کمتر تحت پوشش DIC بودن در افرادی که علی رغم دسترسی به بسته های کاهش آسیب و آگاهی مناسب در خصوص راههای انتقال ایدز اقدام به تزریق مشترک می نمایند بیشتر می باشد.

اند. میانگین مدت تحت پوشش بودن افراد در DIC ۱۰ ماه بوده است. هرچه این زمان طولانی تر بوده، اقدام به تزریق مشترک نیز کمتر شده است. این مشابه نتایج تحقیق Monte Carlo است.

افراد تحت مطالعه عمدتا از هرئین برای تزریق استفاده می کنند و تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نشده است. اما موادی که برای شروع اعتیاد استفاده شده است عمدتا تریاک است ولی افرادی که اکنون در حال تزریق مشترک مواد هستند با درصد بیشتری مصرف مواد را با هرئین آغاز نموده اند (۳۱٪ درگروه معتادین تزریقی مشترک در مقابل ۱۳٪ معتادین تزریقی که اقدام به تزریق مشترک نمی کنند).

افراد تحت مطالعه عمدتا از روش تدخین برای شروع اعتیاد استفاده کرده اند و تفاوت معنی داری بین دو گروه مشاهده نمی شود.

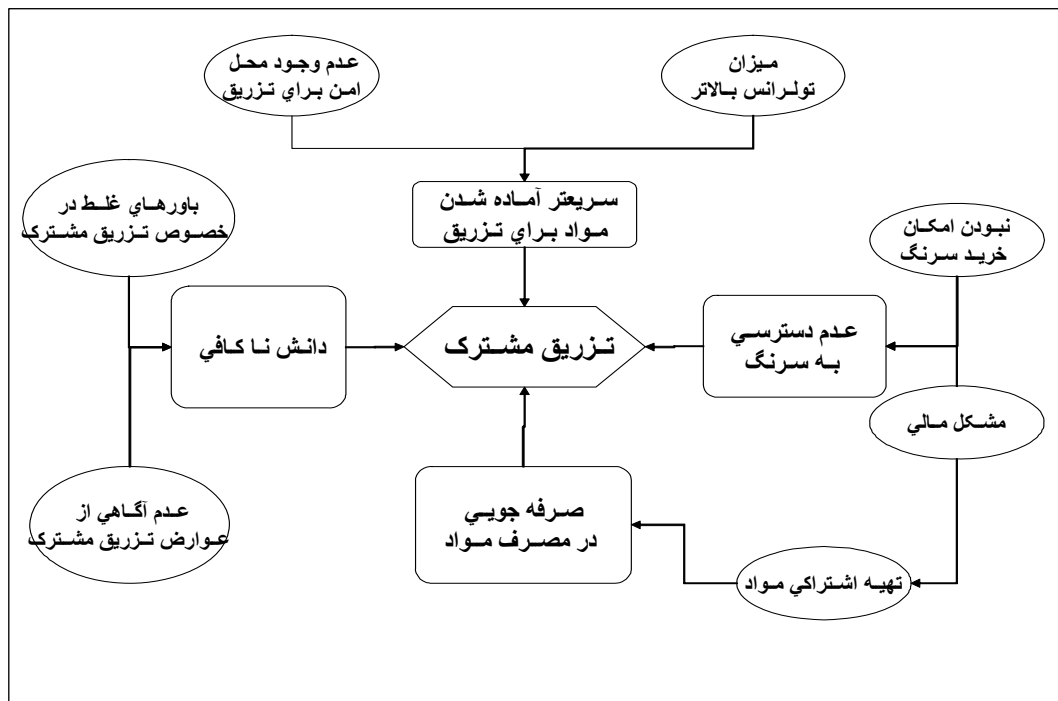
۹۰٪ افراد تحت مطالعه بصورت روزانه مواد مخدر را استفاده می کنند و این رقم در معتادین تزریقی که اقدام به تزریق مشترک می کنند ۹۸٪ و در گروه دیگر ۸۶٪ می باشد، یعنی در گروه اول تزریق با فاصله کمتر انجام شده و عمدتا در هر روز نیز تعداد تزریق ها بصورت معنی داری از گروه دوم بیشتر است. این موضوع می تواند یکی از عواملی باشد که نیاز این گروه به سرنگ و سوزن بیشتر از تعدادی است که در اختیار آنان قرار می گیرد، زیرا در هر دو گروه تعداد سرنگ و سوزن دریافتی تفاوت معنی داری با یکدیگر نداشته است.

جدول ۱- سن شروع اعتیاد در معتادین تزریقی تحت پوشش مراکز DIC استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۴

سن شروع اعتیاد	گروهی که دارای تزریق مشترک هستند		گروهی که تزریق مشترک انجام نمی دهند		جمع کل
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	
زیر ۲۰ سال	۷۱	۷۰	۱۱۵	۴۳	۱۸۶
بالای ۲۰ سال	۳۱	۳۰	۱۵۰	۵۷	۱۸۱
جمع	۱۰۲	۱۰۰	۲۶۵	۱۰۰	۳۶۷

جدول ۲- مدت تحت پوشش بودن DIC در معتادین تزریقی تحت پوشش مراکز DIC استان کرمانشاه در سال ۱۳۸۴

مدت زمان تحت پوشش DIC (ماه)	گروهی که دارای تزریق مشترک هستند		گروهی که تزریق مشترک انجام نمی دهند		جمع کل
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	
کمتر از ۶ ماه	۵۹	۵۸	۵۸	۲۲	۱۱۷
بیش از ۶ ماه	۴۳	۴۲	۲۰۷	۷۸	۲۵۰
جمع	۱۰۲	۱۰۰	۲۶۵	۱۰۰	۳۶۷



شکل ۱- نقشه روش بارش افکار و بحث گروهی با ذینفعان برنامه و اعضا تیم تحقیق

منابع

- Louie, R., Krouskos, D., Gonzalez, M. and Crofts, N., 2003. Vietnamese-speaking injecting drug users in Melbourne: the need for harm reduction programs. *Epidemiology and Social Research Unit, Macfarlane Burnet Centre for Medical Research, Victoria.* - PMID: 9659777 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Platt, L., Hickman, M., Rhodes, T., Mikhailova, L., Karavashkin, V., Vlasov, A., Tilling, K., Hope, V., Khutorksoy, M. and Renton, A., 2004. The prevalence of injecting drug use in a Russian city: implications for harm reduction and coverage. **99**(11), pp. 1430-8, PMID: 15500596 [PubMed - in process]
- Quellet, L., Huo, D. and Bailey, S.L., 2004. HIV Risk Practices Among Needle Exchange Users and Nonusers in Chicago.- -Division of Epidemiology and Biostatistics, Community Outreach Intervention Projects, School of Public Health, University of Illinois at Chicago, *J Acquir Immune Defic Syndr.* **37**(1), pp. 1187-96, PMID: 15319680 [PubMed - in process].
- Raboud, J.M., Boily, M.C., Rajeswaran, J., O'Shaughnessy, M.V. and Schechter, M.T., 2003. The impact of needle-exchange programs on the spread of HIV among injection drug users: a simulation study. *Division of Infectious Disease, University Health Network, University of Toronto, J Urban Health.* **80**(2), pp. 302-20. PMID: 12791806 [PubMed - indexed for MEDLINE]
- Rhodes, T., Lowndes, C., Judd, A., Mikhailova, L.A., Sarang, A., Rylkov, A., Tichonov, M., Lewis, K., Ulyanova, N., Alpatova, T., Karavashkin, V., Khutorskoy, M., Hickman, M., Parry, J.V. and Renton, A., 2002. Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia, *AIDS.* **16**(13), pp. 25-31, PMID: 12218407 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Singh, M., 1998. Harm reduction and street-based program: looking into Nepal.- Lifesaving and Lifegiving Society, مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری, دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه, آمار اعلام شده., ۱۳۸۳.
- وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی, مرکز مدیریت بیماریها, آمار اعلام شده., ۱۳۸۳.
- Amundsen, E.J., Eskild, A., Stigum, H., Smith, E. and Aalen, O.O., 2003. Legal access to needles and syringes/needle exchange programmes versus HIV counseling and testing to prevent transmission of HIV among intravenous drug users: a comparative study of Denmark, Norway and Sweden, *Eur J Public Health.* **13**(3), pp. 252-8. PMID: 14533729 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Emmanuelli, J., 2004. Harm reduction policy related to drug use: the needles exchange programs, *Med Sci (Paris)*, **20**(5), pp. 599-603. PMID: 15190482 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Hickman, M., Cox, S., Harvey, J., Howes, S., Farrell, M., Frischer, M., Stimson, G., Taylor, C. and Tilling, K., 1999. Estimating the prevalence of problem drug use in inner London: a discussion of three capture-recapture studies. **94**(11) pp. 1653-62. PMID: 15483312 [PubMed - in process].
- Inchaurreaga, S., 2003. Drug use, harm reduction, and health policies in Argentina: obstacles and new perspectives. *Drug Abuse and AIDS Advanced Studies Center of the Universidad Nacional de Rosario, Rosario, Argentina. Clin Infect Dis.* **15**, pp. 37 Suppl 5:S366-71.- PMID: 14648449 [PubMed - indexed for MEDLINE].
- Lin, P., Fan, Z.F., Yang, F., Wu, Z.Y., Wang, Y., Liu, Y.Y., Min, Z.Q., Li, W.J., Luo, W., Fu, X.B., Mai, X.R., Xu, R.H., Feng, W.Y., He, Q. and Zhonghua Yu Fang, Yi Xue Za Zhi., 2004. Evaluation of a pilot study on needle and syringe exchange program among injecting drug users in a community in Guangdong, China. **38**(5) pp. 305-8, PMID: 15498241 [PubMed - in process].

Kathmandu, Nepal.- *Subst Use Misuse*.

33(5), pp. 1069-74.- PMID: 9596376

[PubMed - indexed for MEDLINE].

Somlai, A.M., Kelly, J.A., Otto-Salaj, L. and Nelson, D., 1999. "Lifepoint": a case study in using social science community identification data to guide the implementation of a needle exchange program. Department of Psychiatry and Behavioral Medicine, Medical College of Wisconsin 53226, USA, *AIDS Educ Prev*.

11(3), pp. 187-202.- PMID: 10407453

[PubMed - indexed for MEDLINE] .

Wood, E., Spittal, P., Li, K., Kerr, T., Miller, C.L., Hogg, R.S., Montaner, J.S. and Schechter, M.T., 2004. Inability to Access Addiction Treatment and Risk of HIV Infection Among Injection Drug Users. *J Acquir Immune Defic Syndr*.**36**(2), pp. 750-754, PMID: 15167295 [PubMed - as supplied by publisher].