

بررسی نقش اعتیاد در تصادفات موتور سیکلت در سطح شهر مشهد

*عزت عراقی^۱ محمد واحدیان^۲

چکیده

مقدمه: امروزه دولت ها هزینه های گزافی برای مبارزه با سوء مصرف مواد متحمل می شوند. مصرف مواد در کشور ما سابقه ای چند هزار ساله دارد و از طرفی طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، ایران از نظر وقوع حوادث رانندگی مقام اول را در جهان احراز کرده است لذا این پژوهش با هدف تعیین نقش اعتیاد بعنوان یکی از عوامل مؤثر در تصادفات موتورسیکلت در سطح شهر مشهد انجام گرفت.

مواد و روشها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی مقطعی است و جامعه پژوهش کلیه مراجعین راکب و سرنشین موتور سیکلت بوده که بدلیل تصادف به بیمارستان امدادی شهید کامیاب (به عنوان بیمارستان مرجع اورژانس مشهد) مراجعه کرده اند و با توجه به مطالعات انجام شده ۴۰۰ بیمار واجد شرایط به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شده اند. نمونه گیری از کلیه بیماران بستری در بخش های مختلف در محدوده زمانی مطالعه، سال ۱۳۸۴ صورت گرفته است که پرسشنامه ها توسط پرسشگران به روش مصاحبه، مشاهده و ثبت اطلاعات از پرونده تکمیل شده است.

یافته ها: بیشترین مصدومین مراجعه کننده به بیمارستان در تصادفات موتور سیکلت مردان و در گروه سنی ۳۰-۲۱ سال بوده اند. ۱۷/۳ درصد از مصدومین از مواد افیونی استفاده می کرده اند و بیشترین مواد مصرفی استفاده کنندگان، تریاک بوده است. حدود یک چهارم مصدومین از مشروبات الکلی استفاده می کرده اند. بیشترین فراوانی آسیب ها را شکستگی اندام تحتانی تشکیل داده است. بین جنس، شیفت کاری مصدومین، نوع پوشش ایمنی، مصرف مواد مخدر و مرگ و میر ناشی از تصادفات با نحوه آسیب دیدگی رابطه آماری معنی داری وجود دارد اما بین نحوه انتقال به بیمارستان، نحوه تصادف با نحوه آسیب دیدگی رابطه آماری معنی داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری: مصرف مواد افیونی، مشروبات الکلی و سیگار در مصدومین موتور سیکلت نسبتاً رایج است که می تواند از عوامل مستعد کننده تصادفات باشد و دلایل روی آوردن به این مواد و پیشگیری از آن بسیار اهمیت دارد. ارتقاء سطح آگاهی، غنی سازی فرهنگی، فعالیتهای جایگزینی، وضع قوانین جدی و کنترل دقیق مرزها از جمله راهکارهایی برای کاهش گرایش به اعتیاد و در نتیجه کاهش میزان تصادفات می باشد.

کلید واژه ها: اعتیاد، تصادفات، موتور سیکلت.

تاییدمقاله: ۱۳۸۶/۸/۱۵

دریافت مقاله: ۱۳۸۶/۴/۱۰

^۱ - * مربی دانشکده پرستاری مامائی مشهد، کارشناس ارشد هوشبری، (نویسنده مسئول مکاتبات) پست الکترونیکی: e.araghi@yahoo.com

^۲ - عضو هیأت علمی دانشکده علوم پیراپزشکی و بهداشت دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

مقدمه

اعتیاد تغییرات سلولی در اثر استفاده زیاد از مواد و داروهای روان گردان است که باعث ایجاد مقاومت و تحمل، علائم مرضی ناراحت کننده و زجر آور بدنی و روانی به هنگام عدم استفاده از آن می شود (نورانی پور به نقل از لاسون و ریورز^۱ ۱۳۸۳). هنگام قطع دارو سندروم پرهیز یا محرومیت ظاهر می شود (برماس ۱۳۸۳). اعتیاد آنچنان آرام و بی صدا از افراد قربانی می گیرد که هیچ معناداری آغاز اعتیاد خود را بیاد ندارد. در حال حاضر در کنار بحران تهدید اتمی، بحران نابودی محیط زیست، بحران فقر، جامعه شاهد بحران اعتیاد نیز می باشد. اعتیاد در عین حال مهمترین و دردناک ترین معضل اجتماعی است (بهارستان ۱۳۸۳). امروزه دولت ها هزینه های گزافی برای مبارزه با سوء مصرف مواد متحمل هستند (جزایری و دهقانی ۱۳۸۳). در سال ۱۹۶۴، سازمان جهانی بهداشت به این نتیجه رسید که اصطلاح اعتیاد، اصطلاحی عملی نیست و وابستگی دارویی را به جای آن توصیه کرد (پورافکاری ۱۳۷۳). مساله اعتیاد امری است که از دیرباز گریبان گیر بشر بوده است. آذری نواز و آزاد (۱۳۸۳) اظهار داشته است کسانی که مواد مخدر مصرف می کنند به احتمال زیاد سیگار می کشند، الکل مصرف می کنند و اختلالات رفتار جنسی را از خود نشان می دهند. مولوی (۱۳۸۰) بیان کرده است که مصرف افراطی و روز افزون مواد مخدر به قدری است که دهه اخیر را عصر دارو نامگذاری کرده اند. لودوینگ در رابطه با مواد مخدر می گوید "اگر غذا را مستثنی کنیم هیچ ماده ای در روی زمین نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین آسان وارد زندگی ملتها شده باشد". عمده ترین روشهای مصرف مواد اعتیاد آور به صورت خوردن (مشروبات الکلی، مواد افیونی، آمفتامین، آرام بخش و...)، کشیدن و استنشاق دود یا پودر (سیگار، تریاک هروئین، کوکائین...)، تزریق به سه صورت زیر پوستی (هروئین)، عضلانی (استروئید) وریدی (هروئین و کوکائین) و مالیدن و استفاده از برچسب ها است. علل اعتیاد به مواد مخدر شامل علل ژنتیکی، عوامل روانشناختی، علل خانوادگی و عوامل فرهنگی - اجتماعی است (رحیمی و همکاران ۱۳۸۱).

مصرف مواد در کشور ما سابقه ای چند هزار ساله دارد. اولین اقدام مربوط به ممنوعیت مصرف تریاک به ۴۰۰ سال پیش باز می گردد. در حال حاضر کشور ما دارای بالاترین میزان مصرف مواد افیونی در جهان است (یونداک^۲ ۲۰۰۵). شیوع مواد افیونی در ایران قابل قیاس با هیچ کشوری نیست

(شعاع کاظمی و زندی پور ۱۳۸۳). در حال حاضر دو میلیون معتاد در کشور هستند که ۲۰۰ هزار نفر آن در استان خراسان زندگی می کنند. حدود ۳۰۰ هزار نفر از روش تزریق استفاده می کنند و نیمی از این تعداد معتادان از سرنگ مشترک استفاده می کنند که پیامد آن مشکلات بهداشتی از قبیل ایدز و هپاتیت است (بهارستان ۱۳۸۳). نورانی پور (۱۳۸۳) می نویسد در عصر حاضر به ندرت می توان کشوری را پیدا کرد که با مشکل سوء مصرف مواد. اعتیاد به مواد مخدر به عنوان پدیده ای زیستی، اجتماعی، روانی، یکی از غم انگیز ترین تراژدی های انسان معاصر است که تبعات بسیار ناخوشایند اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دارد و جامعه را به انحطاط و سقوط سوق می دهد. بطور کلی مواد اعتیاد آور طبق معیار DSMIV، الکل حشیش، کوکائین، تروم زها، مواد افیونی، مواد استنشاقی نیکوتین، سن سیکلیدین، منوم یا اضطراب زدا ها و مواد چند گانه، آمفتامین ها و هم خانواده آن تعیین شده است (یزدان دوست و همکاران ۱۳۸۳). الگوی مصرف مواد در ایران، تریاک، هروئین و اخیراً ماری جوانا است (نورانی پور ۱۳۸۳). خصوصیات تسکین دهنده، آرامش بخشی و شادی آفرینی مواد سبب شده است تا آثار منفی آن با تأخیر شروع شود و مصرف کنندگان از تبعات منفی و زیان آور آنها غافل شوند. از طرفی ۷۰ درصد ضایعاتی که از حوادث رانندگی ناشی شده است مربوط به قشر جوان است ساکی و همکاران (۱۳۸۱) بیان کرده اند که بیشترین کشته شدگان حوادث رانندگی مربوط به مردان و در رده سنی ۲۱-۴۰ سال و بیسود بوده اند. شیباتا و فوکودا^۳ (۲۰۰۲) در پژوهشی به منظور بررسی عوامل خطر مرگ و میر در تصادفات گزارش کرده اند که عواملی از جمله رانندگی بدون گواهینامه، استفاده از الکل، سرعت زیاد و عدم استفاده از وسایل ایمنی در مرگ و میر ناشی از تصادفات نقش دارد. ایران در زمینه بروز سوانح و تصادفات در زمره نخستین کشورهای جهان است، بطوری که سالیانه بیش از ۱۷۰۰۰ نفر در تصادفات کشته می شوند و بیش از چهار هزار میلیارد ریال خسارت وارد می نماید (رنگرز جدی و فرزندی پور ۱۳۷۹). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت کشور ما از نظر وقوع حوادث رانندگی مقام اول را در جهان احراز کرده است (الماسی و هاشمیان ۱۳۷۷). لذا در این راستا به منظور دستیابی به اطلاعات صحیح و کاهش میزان اعتیاد و تصادفات با موتور سیکلت پژوهشی با هدف بررسی نقش اعتیاد در تصادفات موتور سیکلت در سطح شهر مشهد در سال ۱۳۸۴ انجام شد.

1- Lawson & Rivers

2- Unode

3- Shibata & Fukuda

مواد و روشها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی است. روش اجرای این طرح با استفاده از آخرین مقالات اینترنتی و نیز مطالعات کتابخانه ای در مورد ارتباط اعتیاد با تصادفات موتور سیکلت طراحی گردیده است. در این مطالعه یک پرسشنامه معتبر و پایا تدوین شده است که در چند بخش شامل خصوصیات دموگرافیک، عوامل اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، نحوه و نوع اعتیاد و آسیب دیدگی بررسی می شود. جامعه پژوهش در این مطالعه کلیه مراجعین تصادفات موتور سیکلت بوده اند که به بیمارستان امدادی شهید کامیاب مراجعه کرده اند و با توجه به مطالعات انجام شده، ۴۰۰ بیمار واجد شرایط به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب گردیده اند. تهیه پرسشنامه به کمک اساتید صاحب نظر انجام شده و سپس به صورت پایلوت بوسیله پرسشگران آموزش دیده از بیماران بستری در بخش های مختلف بیمارستان با مصاحبه، مشاهده و ثبت اطلاعات از پرونده تکمیل شده است و مشکلات آن مجدداً بررسی گردیده است محیط پژوهش دانشگاه علوم پزشکی مشهد- بیمارستان امدادی شهید کامیاب (به عنوان بیمارستان مرجع اورژانس مشهد) بوده. پرسشگران پس از کسب آموزشهای لازم و گرفتن مجوز از ریاست محترم بیمارستان امدادی شهید کامیاب به بخش ها مراجعه نموده و با حادثه دیدگان موتور سیکلت و در صورت عدم هوشیاری آنها، با یکی از بستگان نزدیک شان (در صورت موافقت) مصاحبه کرده و پرسشنامه را تکمیل نموده اند نمونه گیری کلیه بیماران بستری در محدوده زمانی مطالعه (۸۴/۵/۲۰ لغایت ۸۴/۸/۲۰) صورت گرفته است.

پس از جمع آوری داده ها، اطلاعات در کامپیوتر ثبت و به کمک نرم افزار آماری SPSS ۱۱/۵ مورد پردازش قرار گرفته است. برای مقایسه میانگین بین داده های کمی و کیفی از آزمونهای تی و آنالیز واریانس یک طرفه و در مورد تعیین بین داده های کمی از آزمونهای آماری کای اسکور استفاده شده است.

یافته ها

یافته های پژوهش نشان می دهد که ۹۶ درصد از واحد های پژوهش را مردان تشکیل داده اند. ۴۳ درصد از مردان در گروه سنی ۳۰ - ۲۱ سال بوده اند. بیشترین فراوانی مشاهده شده ۱۸ سال و میانگین سنی واحدهای پژوهشی ۹/۲ ± ۲۴ بوده است. توزیع فراوانی مصدومین موتور سیکلت بر حسب اعتیاد به مواد افیونی نشان می دهد که ۱۷/۲ درصد واحدهای پژوهشی به مصرف مواد اعتیاد داشته اند (جدول شماره ۱).

بیشترین مواد مصرفی استفاده کنندگان، تریاک بوده است. ۱۰/۹ درصد واحدهای پژوهشی از کریستال استفاده می کردند و ۵/۵ درصد مصدومین موتور سیکلت از شیره استفاده می کرده اند. مصرف تریاک حدوداً ۸ برابر بیشتر از کریستال و تقریباً ۱۶ برابر بیشتر از شیره بوده است. از نظر روش استفاده از مواد مخدر، ۸۹/۸ درصد استفاده کنندگان مواد از شیوه کشیدن و استنشاق دود استفاده می نموده اند و ۱۰/۲ درصد از روش خوردن استفاده می کرده اند. بیشترین فراوانی مصرف مواد در واحد های پژوهشی استفاده کننده یک نوبت در روز و میانگین دفعات مصرف مواد ۱/۹ ± ۲/۷ بوده است. آزمون کای دو بین مصرف مواد مخدر با نحوه آسیب دیدگی رابطه آماری معنی داری را نشان می دهد. (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نحوه آسیب دیدگی

سرنشینان موتور سیکلت دچار تصادف، بستری شده در بیمارستان امدادی شهید کامیاب بر حسب وضعیت اعتیاد به مواد مخدر

مصرف مواد مخدر	بلی	خیر		
تعداد	درصد	تعداد	درصد	نحوه آسیب دیدگی
۴	۱۹/۰	۱۷	۸۱/۰	آسیب سر و صورت
۱	۳/۰	۳۳	۹۷/۰	آسیب و شکستگی اندام فوقانی و حفره شکم و قفسه سینه
۳۵	۲۰/۷	۱۳۴	۷۹/۳	آسیب و شکستگی اندام تحتانی و لگن
۲۱	۱۶/۰	۱۱۰	۸۴/۰	آسیب دو ناحیه از بدن
۶	۱۸/۱	۲۷	۸۱/۹	آسیب بیش از دو ناحیه در بدن
۶۷	۱۷/۳	۳۲۱	۸۴/۷	جمع کل
df=4		X ² =6.49		p=0.016

حدود یک سوم مصدومین سیگار می کشیده اند. بیشترین فراوانی مشاهده شده در داده های خام ۷۰ نخ در هفته و میانگین مصرف $43/7 \pm 51/5$ بوده است (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲: توزیع فراوانی نحوه آسیب دیدگی سرنشینان موتور سیکلت دچار تصادف، بستری شده در بیمارستان امدادی شهید کامیاب بر حسب متوسط مصرف سیگار در هفته

میزان تصادفات		
متوسط مصرف سیگار در هفته	تعداد	درصد
کمتر از ۲۰ نخ	۳۳	۲۷/۷
۲۱ تا ۴۰ نخ	۳۱	۲۶/۱
۴۱ تا ۶۰ نخ	۱۵	۱۲/۶
۶۱ تا ۸۰ نخ	۲۳	۱۹/۳
۸۱ تا ۱۰۰ نخ	۴	۳/۴
۱۰۱ تا ۱۲۰ نخ	۶	۵/۰
۱۲۱ تا ۱۴۰ نخ	۵	۴/۲
بیشتر از ۱۴۰ نخ	۲	۱/۷
جمع کل	۱۱۹	۱۰۰/۰

مصرف مشروبات الکلی نشان داد که ۲۲/۴ درصد مصدومین از مشروبات الکلی استفاده می کرده اند و بیشترین فراوانی مصرف مشروبات الکلی در بین استفاده کنندگان یک بار در هفته (۹۷/۲ درصد) بوده است. یافته ها نشان می دهد که ۷۶/۸ درصد واحدهای پژوهشی از پوشش ایمنی استفاده نمی کرده اند. بیشترین فراوانی آسیب ها (۴۲/۶ درصد) را شکستگی اندام تحتانی تشکیل داده است. ۶۲/۲ درصد واحدهای پژوهشی حداقل یکبار تحت عمل جراحی قرار گرفته اند. ۳۱/۹ درصد آسیب دیدگی ها بین ساعات ۱۸ - ۱۵ بوده است. بیشترین فراوانی تصادفات در ساعت ۲۰ بوده است. ۳۸/۲ درصد (بیشترین فراوانی) واحد های پژوهش شغل آزاد داشته اند. ۶۶/۱ درصد مصدومین بوسیله آمبولانس به بیمارستان منتقل شده اند. ۴۵/۲ درصد مصدومین تک سرنشین بوده اند. ۳۹/۲ درصد با دو سرنشین و ۱۵/۲ درصد با سه سرنشین بوده اند. ۷۶/۶ درصد آسیب ها به نفر اول وارد شده است.

بحث و نتیجه گیری

نتایج این پژوهش نشان می داد که ۶۵/۲ درصد مصدومین دارای تحصیلات ابتدائی بوده اند و تنها ۱/۵ درصد واحد های پژوهشی تحصیلات دانشگاهی داشته اند. ۸۳ درصد

تصادفات موتور سیکلت در محدوده داخل شهر روی داده است. ۵۲/۹ درصد واحدهای پژوهشی اعلام کرده اند، پس از بهبودی از موتور سیکلت استفاده نخواهند کرد. بیشترین مرگ و میر در مصدومینی مشاهده شده است که بیش از دو ناحیه بدن آنها دچار آسیب شده است. یافته ها نشان می دهد که بین جنس، پوشش ایمنی، نحوه استفاده مجدد از موتور سیکلت، مرگ و میر ناشی از تصادف، مصرف مواد مخدر و شیفت کاری با نحوه آسیب دیدگی رابطه آماری معنی داری وجود دارد اما بین نحوه انتقال به بیمارستان و نحوه تصادف با نحوه آسیب دیدگی رابطه آماری معنی داری وجود ندارد.

آذری نواز و آزاد (۱۳۸۳) اظهار می دارد که هر کس نسبت به مسائل مختلف نگرشی دارد که این نگرش می تواند مثبت یا منفی باشد. نگرش ها عامل اساسی در رفتار کردن به طریق خاص هستند و با جنبه های رفتار سازمان یافته مرتبط هستند. بنابراین، معنادار نیز نگرش و باور مثبتی به مواد دارد. بهارستان (۱۳۸۳) بیان می کند که ۹۷ درصد از معتادان پس از ترک، مجدداً به سوی مواد مخدر کشیده میشوند و فقط ۳ درصد آنان تا آخر عمر ترک می کنند. بهترین و عملی ترین شیوه مبارزه با اعتیاد پیشگیری از مبتلا شدن به آن است. اگر چه درمان و بازپروری خود، باعث صرفه جویی ریالی برای خانواده معتاد و جامعه می شود و آرامش را به صورت مقطعی در خانواده تأمین می کند، اما درمان ریشه ای اعتیاد نیست. در دنیا بر تعیین حد بی خطر مصرف الکل، تمرکز بسیار شده است، ولی در کشور ما که مصرف تفریحی و گاه به گاه تریاک در مناطقی از کشور شیوع قابل توجهی دارد چنین اطلاعاتی در مورد آن وجود ندارد (رحیمی ۱۳۸۴). در طی ۲۰ سال گذشته از سال ۱۳۵۷-۱۳۷۷ به طور متوسط میزان رشد بروز مصرف مواد، در کشور سالانه ۸ درصد بوده است و یا به عبارت دیگر تقریباً هر ۱۲ سال ۲ برابر شده است که ۳ برابر نرخ رشد جمعیت بوده است (یونداک ۲۰۰۵). نتایج پژوهش نشان داد که ۹۶ درصد واحدهای پژوهش را مردان تشکیل داده اند و ۴۳ درصد از مردان در گروه سنی ۳۰-۲۱ سال بوده اند. همچنین ۱۷/۲ درصد از واحدهای پژوهشی از مواد اعتیاد آور استفاده می کرده اند. بعضی از افراد برای رهایی از آلام ناشی از صدمات روحی و یا مشکلات جسمی به این داروها پناه می آورند. فرار از افسردگی، رسیدن به آرامش، داشتن زندگی شادتر و ایجاد تنوع در روند یکنواخت و مأیوس کننده زندگی و پایبند نبودن به ارزش های معنوی از دیگر دلایل روی آوردن جوانان به این قبیل مواد است. داوودی و رفیعی (۱۳۷۹) در پژوهش خود نشان داده اند که ۶۸/۸ درصد از افراد غیر معتاد اظهار داشتند که مقید به خواندن همیشگی

نماز هستند ولی این رقم در افراد معتاد به ۸ درصد کاهش می یابد. یافته های پژوهش نشان داد که بیشترین فراوانی الگوی مصرف تریاک بوده است و ۸۹/۸ درصد از مصرف کنندگان مواد از روش کشیدن و استنشاق استفاده می نموده اند که این با پژوهش نورانی پور (۱۳۸۳) الگوی مصرف مواد در ایران همخوانی دارد. از دیگر نتایج پژوهش این است که ۶۵/۲ درصد واحدهای پژوهشی دارای تحصیلات ابتدائی بوده اند و حدود یک سوم واحدهای پژوهش (۳۱/۱ درصد) سیگار می کشیده اند. سیگار بعنوان رایج ترین و ارزان ترین ماده اعتیاد آور، دارای عوارض زیان بار جسمی و روانی است. سیگار علت عمده سرطان ریه، افزایش ضریب قلب و فشار خون، زخم معده و روده بوده و در بیماریهای قلب و عروق، سکته مغزی، اختلالات شنوایی و بینایی و سایر سرطانها نقش دارد.

سیگار حاوی ۴۰۰ ماده شیمیایی است که برای انسان مضر می باشد. با استعمال سیگار نیکوتین در عرض ۱۰ ثانیه به مغز می رسد و بررسپتورها مغز اثر گذاشته، باعث رها شدن آدرنالین و دوپامین می شود. توکلی زاده و همکاران (۱۳۸۲)، در بررسی خود بر روی کارکنان نظامی دریافتند که مصرف سیگار با تحصیلات پایین، مردان و کسانی که دارای تنش کاری بالایی بودند بیشتر همراه است. این با یافته های پژوهش حاضر مطابقت دارد. مصرف سیگار یکی از بزرگترین مشکلات و معضلات بهداشتی جوامع انسانی است.

میزان مرگ و میر کلی در مردان سیگاری ۷۰ درصد بیشتر از افراد غیر سیگاری است. کشیدن سیگار مسئول حداقل ۴۳۰۰۰۰ مرگ زودرس سالیانه در آمریکاست که این آمار تقریباً معادل یک مرگ از هر پنج مرگ است (دیویس و مک دونالد^۱ ۱۹۹۸). یکی از راهکارهای پیشگیری از کشیدن سیگار آگاه سازی افراد جامعه از مضرات و خطرات آن و نیز افزایش مهارتهای زندگی از قبیل تصمیم گیری و ارتباط اجتماعی می باشد (باقرزاده ۱۳۷۲). توکلی زاده (۱۳۸۲) اعلام کرد که سیگار کشیدن و افسردگی دو جنبه است بطوریکه هم افسردگی می تواند باعث سیگار کشیدن و هم سیگار کشیدن با افسردگی همراه گردد. در مطالعه توکلی زاده و همکاران میزان مصرف سیگار در مردان و زنان به ترتیب ۱۲/۹ و ۱/۷ درصد بوده است و نشان دهنده این است که مردان به مراتب نسبت به زنان سیگار بیشتری دود می کنند و این بیانگر گرایش کلی بیشتر مردان به اعتیاد به ویژه اعتیاد به مواد مخدر است که در پژوهش های متعددی به اثبات رسیده است. توزیع فراوانی وضعیت واحدهای پژوهش بر حسب مصرف مشروبات الکلی نشان می دهد که ۲۲/۴ درصد

واحدهای پژوهش از مشروبات الکلی استفاده می کرده اند. در مطالعه لارسن^۲ و هارت^۳ در طول سالهای ۱۹۸۳-۱۹۹۷ در ایالتی در دانمارک مشخص شد که یک پنجم تصادفات منجر به فوت بوده است و ۵۰ درصد این افراد، شامل کسانی بوده اند که در خونشان بیشتر از ۰/۰۸ درصد الکل وجود داشته است. همچنین سن، تجربیات موتور سوار، اندازه موتور سیکلت در تصادفات منجر به فوت نقش داشته است. استفاده از مشروبات الکلی و مواد تغییر دهنده خلق و خو و رفتار برای تسکین و درمان مجاز و معمول است و اعتیاد محسوب نمی شود با وجود این، زمانی که مصرف این مواد تداوم پیدا می کند و مصرف نکردن آن باعث بروز عوارض جسمانی، روانی، رفتاری و اجتماعی شود وابستگی دارویی یا اعتیاد ایجاد می گردد.

پژوهش ساکی و همکاران (۱۳۷۸) نشان می دهد که میزان مرگ و میر در جهان در طول یک دهه اخیر ۱۳ درصد افزایش یافته است در کشور ایران نیز طبق آمار منتشر شده توسط سازمان پزشکی قانونی کشور، تعداد فوتهای ناشی از تصادفات از یک رشد ده درصدی برخوردار بوده است. ارتقاء سطح آگاهی افراد از طریق تبلیغات همه جانبه و بسیار قوی، فعالیتهای جایگزینی و امکانات تفریحی، وضع نمودن قوانین و مقررات جدی، کنترل دقیق مرزها در خصوص هرگونه مواد مخدر و غنی سازی فرهنگی، ممنوعیت مصرف سیگار در اماکن عمومی و ادارات، بکار بستن امکانات حمایتی، مشاوره ای درمانی، مبارزه با عرضه مواد، درمان معتادان و مهمتر از همه انجام فعالیتهای پیشگیری در جهت کاهش تقاضا از جمله راهکارهایی برای کاهش گرایش به اعتیاد و در نتیجه کاهش میزان تصادفات می باشد.

تشکر و قدردانی

این پژوهش با استفاده از امکانات مالی و حمایت های حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد انجام یافته است. بدین وسیله از معاون محترم دانشگاه و شورای محترم پژوهشی تقدیر و تشکر بعمل می آید. همچنین از آقای سعید فولادی نیت که در امر جمع آوری داده ها، پژوهشگر را یاری نموده اند تشکر می نماید.

² - Larsen

³ - Hardt

¹ -Davies & Mac Donald

منابع

- آذری نواز خ آزاد ح (۱۳۸۳). بررسی آزمایشی نقش فیلم مستند و کاریکاتور با محتوای ضد اعتیاد در تغییر نگرش دانش آموزان دختر و پسر دبیرستانی منطقه ۷ تهران نسبت به اعتیاد و مقایسه آنها. *اعتیاد پژوهی. فصلنامه علمی - پژوهشی سوء مصرف مواد*. تهران، سال دوم شماره ۶، صفحه ۱۱۵-۱۱۶.
- الماسی ع هاشمیان ا (۱۳۸۱). وضعیت تصادفات خیابانی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۷۷، *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*. سال ششم، شماره اول، صفحه ۴۷-۵۴.
- اندرولی و همکاران (۱۳۷۲). مبانی طب داخلی سیسل. *بیماریهای قلب و عروق*، تهران: انتشارات شهر آب. صفحه ۱۲۹.
- برماس ح (۱۳۸۳). مقایسه میزان عزت نفس و سبکهای اسنادی در دو گروه از نوجوانان غیر معتاد و معتاد. *اعتیاد پژوهی، فصلنامه علمی - پژوهشی سوء مصرف مواد*، سال دوم. شماره ۶، صفحه ۶۸ - ۶۹.
- بهارستان ح (۱۳۸۳). چگونه اعتیاد را مهار کنیم. *پیک سلامت*. سال پنجم، شماره ۱۱، شبکه بهداشت و درمان قوچان.
- پور افکاری ن (۱۳۷۳). *فرهنگ جامع روان شناسی - روانپزشکی*. انگلیسی - فارسی، فرهنگ معاصر.
- توکلی زاده ج و همکاران (۱۳۸۲). بررسی وضعیت سلامت روانی در جوانان سیگاری و غیر سیگاری شهرستان گناباد. *افق دانش. مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی در مانی گناباد*. گناباد: سال نهم، شماره اول. صفحه ۱-۹.
- جزایری ع دهقانی م (۱۳۸۳). بررسی رابطه بین سبکهای دلبستگی، اعتیاد و نیمرخ روانی افراد معتاد در مقایسه با افراد غیر معتاد. *اعتیاد پژوهی، فصلنامه علمی - پژوهشی سوء مصرف مواد*، سال سوم، شماره ۶. صفحه ۵۷-۵۶.
- داوودی ف رفیعی ص (۱۳۷۹). مقایسه معتادان خود مصرف و افراد غیر معتاد از نظر شاخص های فرهنگی در شهر تهران. *ماهنامه علمی فرهنگی درد*. تهران: سال اول، شماره ۲.
- رنگرز جدی ف فرزندی پور م (۱۳۸۱). بررسی اپیدمیولوژی سوانح در بیماران بستری در بیمارستان نقوی شهرستان کاشان در سال ۱۳۷۹. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی کاشان (فیض)*. دوره ۵. شماره ۲۲. صفحه ۸۷-۹۳.
- رحیمی موقر ا رزاقی م و همکاران (۱۳۸۱). روند ۳۰ ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. *حکیم*، دوره پنجم. صفحه ۱۷۱-۱۸۱.
- رحیمی موقر آ شریفی و و همکاران (۱۳۸۴). بررسی سه دهه مقالات پژوهشی کشور در زمینه اعتیاد. *حکیم*، دوره هشتم، شماره چهارم. صفحه ۴۴-۳۸.
- ساکی م و همکاران (۱۳۸۱). بررسی اپیدمیولوژیک حوادث رانندگی منجر به مرگ استان لرستان در سال های ۱۳۷۸ لغایت ۱۳۸۰. *مجله علمی، پزشکی، قانونی*. دوره ۸، شماره ۲۸. صفحه ۲۸۴-۲۸۰.

- شعاع کاظمی م زندگی پور ط (۱۳۸۳). درمان چند وجهی (زیستی-روانی-اجتماعی) سوء مصرف کنندگان هروئین. *اعتیاد پژوهی*، تهران: سال دوم، شماره ۶، صفحه ۹۷-۱۰۱.

- مولوی ف (۱۳۸۰). *بررسی باور داشته‌ها در افراد معتاد*. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه الزهراء، تهران.

- نورانی پور ر (۱۳۸۳). بررسی علل اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار و روشهای مؤثر و کارآمد مشاوره اعتیاد. *اعتیاد پژوهی*، سال دوم، شماره ۶. صفحه ۲۰-۲۲.

- یزدان دوست ز و همکاران (۱۳۸۳). بررسی نظر دانشجویان پسر دانشگاه علوم پزشکی گیلان در مورد عوامل مؤثر بر گرایش به مصرف اکستازی. *دوفصلنامه دانشکده های پرستاری و مامائی استان گیلان*. دانشگاه علوم پزشکی گیلان، گیلان: سال چهارم، شماره ۵۲. صفحه ۵۷-۶۴.

-Akira S and Katsuhiro F (2002). *Risk Factors of Fatality in Motor Vehicle Traffic Accidents*, Depatment of Public Health, Kurume University School of Medicine, 67 Asahimachi, Kurume, Fukuoka, 830, Japan. Available online 28 June 2002.

-Larsen F & Michael HM (2004). *Fatal Motorcycle Accidents in the Country of Funen (Denmark)*, Accident Analysis Group, Odense University Hospital, Odense, Denmark, Institute of Fornsic Medicine, Odense University, Odense, Denmark, Received 23 December 1987. Available online 4 April 2004.

-Davies JK Macdonald G (1998). *Health Promotion*, London, Routledge Co. P: 131

-Unodc (2005). *World Drug Report*, New York: United Nations Publications.