

مصرف مواد افیونی و عوامل مستعد کننده آن در بیماران با درد

دکتر وفا رحیمی موقر*، دکتر فاطمه رخشانی**، مهدی محمدی***

دکترسید علیرضا سجادی****، دکتر آفرین رحیمی موقر****

* دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی، گروه جراحی مغز و اعصاب
 ** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده بهداشت، گروه بهداشت عمومی
 *** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده بهداشت، گروه آمار و اپیدمیولوژی
 **** دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی زاهدان، دانشکده پزشکی، گروه روانپزشکی
 ***** مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، گروه روانپزشکی

چکیده

در این مطالعه، شیوع مصرف مواد افیونی و عوامل مستعد کننده آن در بیماران با درد در ۱۰ کلینیک زاهدان بررسی شده است. مطالعه از نوع توصیفی تحلیلی است و ارتباط مصرف مواد افیونی و ۱۸ عامل احتمالی آن در ۴۸۰ بیمار مراجعه کننده با شکایت درد، از دی ماه ۱۳۷۸ تا اردیبهشت ماه ۱۳۷۹ توسط پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. از آزمون های Logistic regression، T-test، Chi Square، Multivariate analysis و Odds ratio استفاده شد. در دردمندان شیوع مصرف مواد افیونی ۲۸/۵٪ بود. درد مزمن عامل خطر برای مصرف مواد افیونی شناخته نشد. پنج عامل سابقه مصرف مواد افیونی در بین دوستان، شغل، سیگار، مشاوره با متخصص اعصاب و فوت همسر در آزمون Logistic regression مرتبط با مصرف مواد افیونی شناخته شدند. نتیجه اینکه شیوع مصرف مواد افیونی در بیماران دردمند زاهدان زیاد است و آموزش عوامل مرتبط با مصرف مواد افیونی به جامعه و به مسئولین بهداشتی و حمایت گروه های آسیب پذیر توصیه می شود. (مجله طبیب شرق، سال چهارم، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۱، ص ۱۷۱ تا ۱۸۱)

کلواژه ها: مصرف مواد افیونی، عوامل مستعد کننده، درد

مقدمه

است. (۳) بررسی در کلینیکهای درد مزمن میزان شیوع اعتیاد را از حداقل ۳ درصد تا حداکثر ۲۳ درصد نشان می دهد. (۵،۴) البته این مطالعات گروه کنترل نداشته اند و از تعاریف غیر استاندارد جهت تشخیص اعتیاد استفاده کرده اند و به گروه خاصی از بیماران با درد مربوط می شود که در درمانگاههای تخصصی درد ویزیت شده اند و مشکلات شدید تری نسبت به آنچه پزشکان در جامعه می بینند، دارند. نتایج بررسی در شهر زاهدان که محل ورود مواد افیونی از افغانستان و پاکستان است می توانست با آمار جهانی متفاوت باشد. پس سؤال دوم این است که شیوع مصرف مواد افیونی در بیماران دردمند مراجعه کننده به درمانگاههای مختلف این شهر چقدر است؟

داروهای متعددی درد را کاهش می دهند که مواد افیونی از آن جمله می باشد. (۱) بعضی معتقدند درد مزمن زمینه ساز مصرف نابجای مواد افیونی، بستری بیشتر بیمارستانی و کارایی پایین و علائم روانپزشکی بیشتر می باشد. (۲) بعضی دیگر بر این باورند که چون انسان موجودی Biopsychosocial می باشد صرف تجویز مواد افیونی توسط پزشک در دردهای طولانی نمی تواند منجر به اعتیاد شود. (۳) پس یک سؤال این است که آیا درد مزمن منجر به سوء مصرف مواد افیونی می شود؟

میلیونها نفر در سراسر جهان برای درمان دردهایشان از ضد دردهای افیونی بطور منظم استفاده می کنند ولی وقوع اعتیاد در اثر تجویز پزشکان برای درد حاد یا سرطان بسیار ناچیز

روش کار

این پژوهش مطالعه ای از نوع توصیفی - تحلیلی است که ارتباط مصرف مواد مخدر و ۱۸ عامل احتمالی آن در بیماران مراجعه کننده با درد مورد بررسی قرار گرفت.

جمعیت مورد مطالعه با شکایت درد به ۱۰ درمانگاه شهر زاهدان بین دی ماه ۱۳۷۸ و اردیبهشت ماه ۱۳۷۹ مراجعه نمودند و از ایشان به عنوان دردمندان نام برده می شود. درمانگاه ها شامل پنج درمانگاه بیمارستان خاتم الانبیاء (جراحی مغز و اعصاب، داخلی مغز و اعصاب، بیهوشی، سربایی اورژانس و فیزیوتراپی)، دو درمانگاه اعصاب و روان بیمارستان روان پزشکی و سه مطب خصوصی جراحی مغز و اعصاب بودند. ۴۸۰ نفر از طریق نمونه گیری غیر احتمالی به روش آسان پشت سرهم پرسشنامه را تکمیل نمودند. شرط ورود به مطالعه داشتن حداقل ۱۶ سال تمام بود. عوامل زیر مورد بررسی قرار گرفت: سن، جنس، شغل، سواد، محل سکونت، وضعیت تاهل، فوت همسر، سلامت روان، محل درد، زمان شروع درد، تداوم درد، توصیه دیگران، مصرف سیگار و الکل، سابقه مصرف مواد در خانواده و دوستان، وضعیت مالی و مرگ آشنایان.

پس از جمع آوری برگه های پرسشنامه، تمامی سؤالات کد بندی کامپیوتری شد که در مجموع از شماره ۱ تا ۳۵ کد گذاری گردید. متغیرهای این پژوهش از دو نوع بود: مصرف مواد مخدر متغیر وابسته بود و ۱۸ علت احتمالی آن متغیرهای مستقل بودند. مصرف مواد و اکثر متغیرهای مستقل، متغیر کیفی اسمی بودند. میزان سواد (بی سواد، کم سواد و باسواد) و گروههای سنی متغیر کیفی رتبه ای بودند. به عبارت دیگر دردمندان بر اساس مصرف یا عدم مصرف مواد مخدر به دو گروه تقسیم شدند و ۱۸ عامل احتمالی خطر در این دو گروه مقایسه شد. در مورد متغیرهای کیفی از آزمون Chi Square، برای متغیرهای کمی از آزمون t استفاده شد. ضمناً درباره

سؤال سوم این است که چه عواملی مستعد کننده سؤ مصرف مواد افیونی در بیماران دردمند می باشند؟ به عبارت دیگر در دردمندان زاهدانی چرا یک نفر مواد افیونی مصرف می کند و دیگری نمی کند؟

در مطالعاتی که در سالهای ۱۹۲۵ و ۱۹۵۴ چاپ شده است بین ۹ تا ۲۷ درصد مردان سفید پوست معتاد به مواد افیونی ذکر کرده اند که اعتیادشان به دنبال تجویز پزشک برای درد ایجاد شده است.^(۳) در مطالعه اخیری که در سال ۱۹۹۸ روی ۵۸ بیمار انجام شد، مولفین به پزشکان هشدار دادند که وابستگی شدید خوراکی به مواد افیونی بیشتر از آنچه که قبلاً شناخته شده بود اتفاق می افتد.^(۳) در مطالعه ای که توسط رزاقی و همکارانش در ایران انجام شد، ۱۷/۵ درصد معتادان، درد را محرک استفاده از مواد افیونی ذکر کردند.^(۲۱)

در مورد عوامل مرتبط با مصرف مواد مخدر، در مطالعات مختلف، موارد بسیاری نوشته شده است که بعضی از آنها به قرار زیر می باشند: بیوه بودن و طلاق، مصرف مواد توسط یکی از افراد خانواده^(۶ و ۲۲)، محرومیت اقتصادی شدید^(۲۲)، مصرف الکل^(۷، ۱۸ و ۲۳)، بیسوادی یا کم سوادی^(۸، ۱۱ و ۲۳)، بیکاری^(۸ و ۲۳)، به آسانی در دسترس بودن داروها^(۱۰-۸)، کاهش قبح مصرف مواد مخدر و پذیرش اجتماعی^(۴ و ۱۰)، ارزانی مواد^(۱۰)، ندانستن اثرات مخرب مواد مخدر و حتی مفید پنداشتن آن، عوامل روانی اجتماعی نظیر افسردگی^(۱۲)، سیگار کشیدن^(۶)، بیمار زیر ۴۰ سالی که سیگار می کشد^(۱۸)، سابقه قبلی مصرف ماری جوانا^(۱۱) یا حشیش^(۱۸)، انحراف رفتاری^(۱۱، ۴ و ۲۲)، توصیه دوستان به مصرف مواد^(۶ و ۱۱) و سن کم.^(۱۵ و ۱۶)

هدف مطالعه، تعیین شیوع مصرف مواد افیونی و عوامل مستعد کننده آن در بیماران با درد در ۱۰ کلینیک زاهدان می باشد.

ویژگیهای مصرف مواد مخدر

بیماران نوع ماده، مدت، فاصله، نحوه و علت مصرف مواد مخدر را اینگونه ذکر کردند: در ۶۶ درصد موارد ماده مصرفی تریاک بود. ۹۳ درصد مصرف کنندگان، مواد مخدر بیش از ۲ ماه مصرف کرده اند. ۷۰ درصد بیماران هر روز مواد مخدر مصرف می کنند. ۵۹ درصد بیماران مواد را استنشاق می کردند. ۸۰ درصد بیماران، درد را عامل مصرف مواد ذکر کردند.

ب- علل مصرف مواد مخدر

در بررسی علل مصرف مواد مخدر، توجه به عوامل مستعد کننده مانند ویژگیهای جمعیتی و اجتماعی، سلامت روانی، درد، مصرف سیگار، الکل، سوء مصرف مواد در خانواده، دوستان و فقر ضروری است و یافته های این بررسی به قرار زیر می باشد:

سن: ۲۰ تا ۲۴ ساله ها ۱۲ درصد و بالای ۵۵ ساله ها ۹/۴۵ درصد مصرف نابجای مواد افیونی داشتند. میانگین سنی دردمندانی که مواد مخدر مصرف می کردند $43/7 \pm 14/4$ بود که در هر دو جنس یکسان بود. جنس: ۴۱ درصد مردان و ۱۹ درصد زنان دردمند ، مواد مخدر مصرف می کردند.

تحصیلات: افراد کم سواد ۳۸ درصد سوء مصرف مواد مخدر داشتند ولی بیسوادان و باسوادان به ترتیب ۲۴ و ۲۵/۵ درصد مواد مصرف می کردند.

الکل: ۲ درصد دردمندان، الکل می نوشیدند. افرادی که الکل مصرف می کردند ۶۴ درصد سوء مصرف مواد مخدر داشتند ولی غیر الکیلی ها ۲۸ درصد مواد مصرف می کردند.

مصرف مواد مخدر در خانواده: ۱۱ درصد دردمندان در خانواده شان مواد مخدر مصرف می شد. افرادی که سابقه مصرف مواد مخدر در خانواده شان را ذکر می کردند ۵۸/۵ درصد سوء مصرف مواد مخدر داشتند ولی افرادی که سابقه مصرف مواد مخدر در خانواده شان را ذکر نمی کردند ۲۳ درصد

عوامل مرتبط با مصرف مواد افیونی odds ratio همراه با confidence interval نیز محاسبه شد. در آخر برای حذف عوامل مداخله گر از آزمون Logistic regression استفاده کردیم.

تعریف عملیاتی واژه ها به قرار زیر بود:

درد مزمن: درد بیش از ۶ ماه که بیمار همیشه یا اغلب اوقات از آن رنج می برد.

درد حاد: درد ۱ ماه و کمتر که بیمار همیشه یا اغلب اوقات از آن رنج می برد.

سوء مصرف مواد افیونی یا مخدر: تریاک، هروئین، مرفین و کدئین. حشیش جزء مواد افیونی نیست ولی جزء سوء مواد می باشد.

کم سواد: کلیه افرادی که سواد خواندن و نوشتن داشته یا در مقطع ابتدایی یا راهنمایی باشند.

سلامت روان: منظور، احساسی است که بیمار نسبت به سلامت روان خود دارد و با سؤال از خود او ارزیابی شده است.

یافته ها**الف- ویژگیهای جمعیتی و اجتماعی دردمندان**

۵۷/۵ درصد مراجعین زن بودند. متوسط سنی دردمندان، $39 \pm 13/9$ سال بود که در خانم ها $38/6 \pm 12/8$ سال و در آقایان $39/2 \pm 15/5$ سال بود. حداقل سن ۱۶ و حداکثر ۸۸ سال بود. نزدیک نیمی از موارد خانه دار و فقط ۷ درصد دردمندان بیکار بودند. حدود ۷۹ درصد دردمندان بیسواد بودند یا سواد شان از سطح راهنمایی تجاوز نمی کرد. بیش از ۸۲ درصد ساکن شهر بودند. بیش از ۸۰ درصد بیماران متاهل بودند. ۶ درصد دردمندان، همسرشان فوت کرده بود. بیش از ۷۰ درصد سردرد، کمردرد یا درد همه بدن داشتند. ۶۴ درصد دردمندان درد بیش از ۶ ماه و ۷۱/۵ درصد بیماران درد خود را همیشگی یا اغلب ذکر می کردند.

مواد مصرف می کردند.

افت وضعیت مالی: ۲۰ درصد دردمندان افت وضعیت مالی را ذکر کردند. افرادی که سابقه افت وضعیت مالی را ذکر می کردند ۳۶ درصد سو مصرف مواد مخدر داشتند ولی افرادی که سابقه افت وضعیت مالی را ذکر نمی کردند ۲۳ درصد مواد مصرف می کردند.

ارتباط معنی داری بین محل سکونت، وضعیت تاهل، توصیه به مصرف مواد افیونی، سابقه مرگ یکی از دوستان یا اقوام و مصرف مواد افیونی دیده نشد.

درد: ارتباط معنی داری بین محل، مدت، تداوم درد و مصرف مواد مخدر دیده نشد. برای بررسی درد مزمن (مجموع دو متغیر مدت درد بیش از ۶ ماه و تداوم درد همیشگی و اغلب) از آزمون regression multivariate analysis استفاده شد. ارتباط معنی داری بین درد مزمن و مصرف مواد افیونی مشاهده نشد ($P=0/081$).

شغل و مصرف مواد افیونی: Odds ratio مصرف مواد مخدر در شغل آزاد ۵ ($2/7 - 8/1$) برابر مشاغل دیگر است. ۵۸/۵ درصد افرادی که شغل آزاد داشتند، مواد مخدر مصرف می کردند در حالیکه فقط ۱۷ درصد خانه دار ها مواد مخدر مصرف می کردند. سایر شغل ها و بیکاران بین این دو گروه قرار داشتند. یعنی مصرف مواد افیونی و شغل با هم ارتباط معنی دار داشت ($P<0/001$).

فوت همسر و مصرف مواد مخدر: به تفکیک جنس: Odds ratio مردان: ۴ ($2 - 9/1$). اگر مرد دردمندی همسرش فوت کند، ۴ برابر دیگران احتمال دارد مواد مخدر مصرف کند. ۶۰ درصد دردمندانی که همسرشان فوت کرده بود مواد مصرف می کردند و این امر به طور بارز از آنهایی که همسرشان فوت نکرده ($26/1$) بیشتر بود ($P<0/001$).

مسائل روان شناختی: از مسائل متنوعی که در سلامت روان نقش دارند، بررسی آرامش اعصاب و مشاوره اعصاب می باشد. ۲۴ درصد دردمندان ذکر کردند که برای آرامش اعصاب مواد مخدر مصرف کرده بودند.

مشاوره با متخصص اعصاب و مصرف مواد مخدر: افرادی که مشاوره با متخصص اعصاب داشتند ۳۸ درصد مصرف مواد مخدر می کردند ولی آنهایی که مشاوره با متخصص اعصاب نداشتند ۲۳ درصد مواد مصرف می کردند. کسانی که مصرف مواد مخدر داشتند، سابقه بیشتر مشاوره با متخصص اعصاب داشتند ($P=0/001$).

سیگار و مصرف مواد مخدر: Odds ratio مردان: ۷/۵ ($3/8 - 14/9$). مصرف مواد مخدر در مردان سیگاری ۷/۵ برابر غیرسیگاری است. ۲۱ درصد دردمندان سیگار می کشیدند. افرادی که سیگار مصرف می کردند ۶۱ درصد، ولی غیر سیگاری ها فقط ۲۲ درصد مواد مصرف می کردند و به طور معنی دار ($P<0/001$) مصرف مواد مخدر در سیگاریها بیشتر از غیرسیگاریها است.

مصرف مواد مخدر در بین دوستان و مصرف مواد مخدر توسط خود فرد: به تفکیک جنس: Odds ratio زنان: ۱۱ ($4/1 - 29/2$). Odds ratio مردان: ۷ ($3/4 - 15/6$). اگر خانم دردمندی دوستش مواد مخدر مصرف کند، ۱۱ برابر زنان دیگر و اگر مرد دردمندی دوستش مواد مخدر مصرف کند ۷ برابر مردان دیگر احتمال دارد که خودش هم مصرف کند. افرادی که سابقه مصرف مواد مخدر در بین دوستانشان را ذکر می کردند ۷۳ درصد، ولی افرادی که سابقه مصرف مواد مخدر در بین دوستانشان را ذکر نمی کردند فقط ۲۰ درصد مواد مصرف می کردند و به طور معنی دار ($P<0/001$) مصرف مواد مخدر در افرادی که سابقه مصرف در دوستان دارند بیشتر از سایرین است. متغیرهای مستقل مورد مطالعه از نظر عوامل

گروه سوم: سیگار، سابقه مصرف مواد در خانواده، سابقه مصرف مواد در بین دوستان، افت وضعیت مالی و مرگ یکی از دوستان. متغیرهای فوق در مدل Logistic regression وارد شد و متغیرهای زیر در مدل باقی ماند: سابقه مصرف مواد در بین دوستان، مصرف سیگار، سابقه مصرف مواد در خانواده. اگرچه یافته ها نشان داد که مصرف الکل به طور بارز عامل خطر برای مصرف مواد مخدر می باشد ولی به علت تعداد اندک آن از آزمون فوق حذف شد.

در مرحله نهایی، عوامل فوق در یک مدل گذاشته شدند و نتیجه نشان داد که پنج عامل با مصرف مواد افیونی در ارتباط می باشد: سابقه مصرف مواد در بین دوستان، شغل، سیگار، مشاوره با متخصص اعصاب، فوت همسر.

مداخله گر و تعیین ترتیب اهمیت هر یک در آزمون Logistic regression قرار گرفتند و با توجه به تعداد زیادشان به سه گروه تقسیم شدند.

گروه اول: متغیرهایی که از نظر ویژگیهای جمعیتی و اجتماعی درمندان (سن، جنس، شغل، تحصیلات، وضعیت تاهل و فوت همسر) به طور معنی داری در ارتباط با مصرف مواد مخدر بود در مدل Logistic regression وارد شد و متغیرهای زیر در مدل باقی ماندند: شغل، سن، فوت همسر، تحصیلات.

گروه دوم: عوامل روانشناختی (آرامش اعصاب، مشاوره با متخصص اعصاب) و ویژگیهای درد (محل، مدت و تداوم درد). متغیرهای فوق در مدل Logistic regression وارد شد و تنها متغیر زیر در مدل باقی ماند: مشاوره با متخصص اعصاب.

جدول - فراوانی مصرف مواد مخدر بر حسب عوامل مرتبط با آن در بیماران مراجعه کننده با درد

جمع کل		خیر		بلی		مصرف مواد مخدر	عوامل مرتبط با مصرف مواد
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی		
۱۰۰	۵۶	۶۷/۹	۳۸	۳۲/۱	۱۸	کارگر و کشاورز	شغل
۱۰۰	۷۹	۷۰/۹	۵۶	۲۹/۱	۲۳	کارمند	
۱۰۰	۶۵	۴۱/۵	۲۷	۵۸/۵	۳۸	شغل آزاد	
۱۰۰	۲۱۳	۸۲/۶	۱۷۶	۱۷/۴	۳۷	خانه دار	
۱۰۰	۳۴	۷۰/۶	۲۴	۲۹/۴	۱۰	بیکار	
۱۰۰	۳۰	۴۰	۱۲	۶۰	۱۸	بلی	فوت همسر
۱۰۰	۴۲۶	۷۳/۹	۳۱۵	۲۶/۱	۱۱۱	خیر	
۱۰۰	۱۷۵	۶۱/۷	۱۰۸	۳۸/۳	۶۷	بلی	مشاوره متخصص اعصاب
۱۰۰	۲۹۲	۷۶/۷	۲۲۴	۲۳/۳	۶۸	خیر	
۱۰۰	۱۰۲	۳۹/۲	۴۰	۶۰/۸	۶۲	بلی	سیگار
۱۰۰	۳۱۲	۷۸/۲	۲۴۴	۲۱/۸	۶۸	خیر	
۱۰۰	۷۰	۲۷/۱	۱۹	۷۲/۹	۵۱	بلی	مصرف در بین دوستان
۱۰۰	۳۳۳	۷۹/۶	۲۶۵	۲۰/۴	۶۸	خیر	

بحث

یافته ها نشان داد که شیوع مصرف مواد مخدر ۲۸/۵ درصد می باشد و درد مزمن به طور بارز عامل خطر برای مصرف مواد مخدر شناخته نشد. از بین عوامل مستعدکننده ۱۸ مورد بررسی شد که پس از حذف عوامل مخدوش کننده در آزمون Logistic regression، پنج عامل سابقه مصرف مواد در بین دوستان، شغل (شغل آزاد)، سیگار، مشاوره با متخصص اعصاب و فوت همسر مرتبط با مصرف مواد مخدر شناخته شدند.

بر عکس یافته های فوق، مطالعه اخیر جمعیت امریکایی نشان داد که میزان شیوع داروهای افیونی، آرامبخش و محرک تجویز شده فقط ۱/۴ درصد می باشد، به نظر می رسد که شیوع مصرف مواد افیونی بیشتر از آن چیزی است که پزشکان می پندارند و بیماران با درد مزمن نمایشگر وضعیت جامعه هستند.^(۱۷) برای ایجاد اعتیاد، علاوه بر در معرض قرار گرفتن به مواد افیونی، عوامل مستعدکننده بیورژنتیک و روانشناختی در یک اجتماع لازم است. همه این موارد تاکید بر این نکته است که خود درد عامل مصرف دائمی مواد مخدر نمی باشد و باید به دنبال عوامل خطر دیگر گشت.^(۱۹)

در مطالعه ای که توسط Wu و همکارانش از جنوب غربی چین گزارش شد و حاصل دو مطالعه مقطعی و Cohort بوده، عوامل مرتبط با مصرف مواد مخدر جدایی، بیوه بودن، طلاق، توصیه دوستان و دیگران به مصرف مواد، سیگار کشیدن، مصرف مواد توسط یکی از افراد خانواده می باشد.^(۶) در مطالعه ما نیز سیگار کشیدن عامل مرتبط با مصرف مواد مخدر می باشد. سابقه مصرف مواد مخدر در خانواده به نظر می رسد با مصرف مواد مخدر ارتباط داشته باشد ($P < 0/001$) ولی در آزمون Logistic regression به عنوان عامل مخدوشگر حذف شد.

در مطالعه کشورهای اروپایی برای شناسایی عوامل خطر تزریق در زندان، ۴ عامل در تجزیه و تحلیل چند متغیره به دست

آمد که یکی از این موارد، دوستی است که رابطه جنسی با فرد دارد و خودش نیز مواد مخدر تزریق می کند.^(۱۶) در مطالعه ما سابقه مصرف مواد در بین دوستان بیشترین رابطه را با مصرف مواد مخدر داشته که به نظر می رسد در جامعه ما، افراد تاثیرپذیری بیشتری از دوستان نسبت به خانواده دارند.

در مطالعه ای که توسط Sproule و همکارانش از کانادا گزارش شد افرادی که وابستگی به کدئین داشتند، ۲۳ درصد افسردگی، ۲۱ درصد اضطراب و ۱۳ درصد اختلالات گوارشی داشتند.^(۷) افراد وابسته در مقایسه با غیروابسته الکل بیشتری مصرف می کردند (۵۷ درصد در مقابل ۲۶ درصد). اعتیاد به حشیش (۲۳ درصد در مقابل ۵ درصد)، هروئین (۱۱ درصد در مقابل ۲ درصد) و داروهای آرام بخش / خواب آور (۳۳ درصد در مقابل ۱۲ درصد) در این افراد بیشتر از گروه غیر وابسته دیده می شد. ۸۱ درصد گروه وابسته به کدئین مصرف آنرا در ابتدا به دنبال مشکلات درد مزمن ذکر می کردند. در بررسی Kassay و همکارانش اصلی ترین عوامل مستعدکننده برای مصرف داروهای قاچاق، بیکاری و فقدان حمایت اجتماعی خانواده ذکر شد.^(۸) بعضی عوامل دیگری که در مطالعه به آن اشاره شده، عبارت بودند از: بی سواد، به آسانی در دسترس بودن داروها و سیستم ضعیف کنترل دارو همچنین در بررسی، مذهب با مصرف مواد ارتباطی نداشت. در این مطالعه افراد کم سواد به طور معنی داری بیشتر از سایرین مواد مخدر مصرف می کردند. بر خلاف سایر مطالعات که مصرف مواد مخدر را در افراد بیکار بیشتر نشان می دهد مصرف مواد مخدر در شغل آزاد بیشتر از سایر مشاغل و بیکاران بود.

Wester meyer افزایش مدت فراغت و پول برای زندگی تجملی را با سوءمصرف مواد مخدر در رابطه می داند. اودر دسترس بودن داروها را هم یک عامل خطر می شناسد.^(۹) این مسئله مشکل ما نیز می باشد چرا که افغانستان و پاکستان یکی از

در مطالعه ما مشاهده شد آنها که مواد مخدر مصرف می‌کنند به طور بارز با متخصص اعصاب بیشتر مشورت می‌کنند و مسائل روان شناختی را با مصرف مواد مخدر در رابطه می‌دانند. برای پاسخ به این سؤال که آیا درد مزمن عامل خطر مصرف مواد مخدر می‌باشد یا نه، سؤال راجع به مدت درد اهمیت دارد. ۲۰۲ نفر (۴۲ درصد) به این سؤال جواب مناسب نداده اند که عامل آن احتمالاً مربوط به آموزش ناکافی پرسشگرها می‌باشد. یعنی در باره این سؤال هماهنگی پرسشگرها خوب نبود.

اگرچه از دردمندان توقع داریم که به پزشکشان اعتماد داشته، مصرف یا عدم مصرف و سایر سؤالات را به درستی پاسخ دهند ولی احتمال پاسخ کمتر از واقع وجود دارد، یعنی احتمالاً Information bias داشته ایم. از طرفی احتمالاً بعضی پرسشگرها در مواجهه با دردمندان مصرف کننده مواد مخدر پرکردن پرسشنامه را فراموش نمی‌کردند، یعنی احتمالاً Selection bias هم داشته ایم که این نکته اخیر می‌تواند در بالاتر بودن شیوع مصرف مواد مخدر در دردمندان ما نقش داشته باشد.

شیوع مصرف مواد افیونی در دردمندان زاهدانی ۲۸/۵ درصد می‌باشد که بیشتر از همه کلینیکهای درد جهان به نظر می‌رسد. درد مزمن به طور بارز عامل خطر برای مصرف مواد افیونی شناخته نشد. از بین عوامل مرتبط با مصرف مواد افیونی پنج عامل سابقه مصرف مواد در بین دوستان، شغل (شغل آزاد)، سیگار، مشاوره با متخصص اعصاب و فوت همسر مرتبط با مصرف مواد افیونی شناخته شدند.

اگر مطالعات مکرر نشان دهد که رابطه ای بین درد مزمن و مصرف مواد افیونی نیست و مسائل Biopsychosocial نقش اساسی دارند، انتقال این پیام و ایجاد این باور در دردمندان شاید بتواند یکی از راههای ترک سوء مصرف باشد.

دو محل اصلی کشت غیرقانونی و وسیع خشخاش می‌باشند که به هلال طلائی معروف است (محل دیگر برمه، تایلند و لائوس می‌باشد که به مثلث طلائی معروف است).^(۲۰) این استان محل عبور مواد به داخل کشور و به سوی ترکیه و اروپا است و بنابراین چرخه معیوب ایجاد می‌کند و این مسئله از دلایل بالاتر بودن آمار ما نسبت به آمار جهانی به نظر می‌رسد.^(۴)

مطالعه تحلیلی داودی و رفیعی در تهران و مقایسه دو گروه معتاد و غیرمعتاد، نیز سیگار و الکل را در رابطه با مصرف مواد مخدر نشان داد. در مطالعه ایشان ۸۳ درصد معتادان نوع ماده مصرفی را تریاک، ۲ درصد هروئین و ۱۵ درصد مصرف هر دو ذکر کردند.^(۲۳) در مطالعه ما ۶۶ درصد تریاک و ۱۶ درصد شیره مصرف می‌کردند که در مجموع ۸۲ درصد مصرف کنندگان را شامل می‌شود و با مطالعه فوق و سایر مطالعات کشوری هم خوانی دارد. در مطالعه رزاقی و همکارانش، در ۱۴۵۰ بیمار معتاد از کل کشور تریاک ۴۳ درصد، هروئین ۲۹ درصد، شیره ۴ درصد، حشیش ۲ درصد و سایر مواد ۵ درصد گزارش شده است.^(۲۱) میانگین سنی معتادان ۲۸ سال بود که نسبت به مطالعات قبلی (۳۰ تا ۳۵ سال) پایین تر است.^(۲۳) در مطالعه کشوری رزاقی و همکارانش که با همکاری سازمان ملل انجام شد میانگین سنی مردان معتاد ۳۳ سال و زنان معتاد ۳۸ سال بود.

آمار زنان معتاد در مطالعه کشوری^(۲۱) فقط ۷ درصد و در مطالعه تهران^(۲۳) ۱۵ درصد را نشان می‌دهد. در مطالعه ما هم اگرچه مردان به طور بارز بیشتر از زنان مواد مخدر مصرف می‌کردند (۴۱ درصد در مقابل ۱۹ درصد)، ولی در آزمون Logistic regression جنس حذف شد یعنی جنسیت یک عامل مخدوش کننده می‌باشد، به عبارت دیگر مرد و زن، هر کدام دوستشان مواد مصرف کند، خودش سیگار بکشد، شغل آزاد داشته باشد یا همسرش فوت کند، احتمال مصرف مواد در هر دو با هم اختلاف بارز نخواهد داشت.

در طراحی مطالعه ای دیگر می توان ریشه های عوامل مرتبط را بررسی کرد: چرا مصرف مواد در بین دوستان بیشترین رابطه را با مصرف مواد دارد؟

سیاسگزاری

این مطالعه با کمک مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زاهدان با شماره طرح ۲۰۷ انجام گرفت. ما از همکاران خود در درمانگاه چند تخصصی درد دانشگاه علوم پزشکی ایران که در طراحی تحقیق نقش داشتند سپاسگزاریم. افراد زیر در مراحل تحقیق همکاری داشتند: دکتر کامبیز ایزدپناه، دکتر محمد صفدری، دکتر مهران صداقت کیش، دکتر بهرام کشمیریان، دکتر سید مصطفی علوی، دکتر افسانه نوتی زهی شهبخش، دکتر علی مقتدری، دکتر طاهره زهروی، دکتر داریوش ایمانی واشتینانی، دکتر بابک نوری نیر، آقای عباس عرب و دکتر محسن کیانپور ضمناً از آقایان دکتر خسرو پارسا، دکتر شهرام امینی و دکتر سعید غفاری به طور خاص متشکرم.

نتیجه آزمون Logistic regression نشان می دهد که بیشترین ارتباط بین مصرف مواد افیونی و سابقه مصرف مواد در بین دوستان وجود دارد، اگر این نتیجه گیری در مطالعات دیگر نیز تایید شود و به عبارت دیگر پایا (Reliable) باشد، می تواند پیغام خوبی به همه دست اندرکاران تربیتی باشد تا در این زمینه بیشتر کار کنند. نظارت بیشتر روی شغل های آزاد، تبلیغ بیشتر و آگاهانه مضرات سیگار، درخواست از متخصصین اعصاب جهت حمایت های روانی برای ترک مواد افیونی و توجه و حمایت خاص آنهایی که همسرشان فوت کرده است که به نظر می رسد قشر کوچک ولی آسیب پذیر از مواد افیونی باشند، از سایر کاربردهای این مطالعه می باشد.

با مشاهده وضع موجود، طراحی مطالعات Cohort (پیگیری طولانی بیماران دردمند و بی دردی که مواد افیونی مصرف نمی کنند و بررسی میزان سؤ مصرف ایشان) و مطالعات موردی شاهدی توصیه می شود.

References

منابع

1. Pappagallo M, Heinbery LJ. Ethical issues in the management of chronic pain. Seminars in neurology 1997; 17:203-11.
2. Turner JA, Calsyn DA, Fordyce WE, Reedy LB. Drug utilization patterns in chronic pain patients. Pain 1982; 12:357-63.
3. Jovey RD. Pain, opioids and addiction – the neurobiological roots. In: Max M. An updated review, refresher coarse syllabus, International association for the study of pain. Pain 1999; 111-4.
4. Fishbain DA, Rosomoff HL. Drug abuse, dependence, and addiction in chronic pain patients. The Clin Jour of Pain 1993; 8:77-85.
5. Hoffman N, Olofsson O. Prevalence of abuse and dependency in chronic pain patients. Int Jour of The Addictions 1995; 30:919-27.
6. Wu Z, Zhang J, Detels R, et al. Risk factors for initiation of drug use among young males in southwest china. Addiction 1996; 91:1675-85.

7. Sproule BA, Busto UE, Somer G, et al. Characteristics of dependent and non dependent regular users of codeine. *J Clin Psycho Pharmacol* 1999; 19:367-72.
8. Kassay M, Sherief HT, Fissehaye G, Teklu T. Original article, knowledge of "drug" use and associated factors as perceived by health professionals, farmers, the youth and law enforcement agencies in Ethiopia. *Ethiop J Health Dev* 1999; 13:141-9.
9. Wester meyer J. Cultural patterns of drug and alcohol use: an analysis of host and agent in the cultural environment. *Bulletin on Narcotics* 1987; Issue 2-002:11-27.
10. Kalant H. Opium revisited: a brief review of its nature, composition, non-medical use and relative's risks. *Addiction* 1999; 92:267-77.
11. Ellickson PL, Morton SC. Identifying adolescents at risk for hard drug use: racial/ethnic variations. *J Adolesc Health* 1999; 25:382-95.
12. Coelho R, Rangel R, Ramos E, et al. Depression and the severity of substance abuse. *Psychopathology* 2000; 33:103-9.
13. Fergusson DM, Horwood LJ. Does cannabis use encourage other forms of illicit drug use? *Addiction* 2000; 95:505-20.
14. Friedman AS, Glassman K. Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse. A longitudinal study of an African American urban community sample. *J Subst Abuse Treat* 2000; 18:267-75.
15. Huba GJ, Melchior LA, Greenberg B, et al. Predicting substance abuse among youth with, or at high risk for, HIV. *Psychol Addict Behav* 2000; 14:197-205.
16. Rotily M, Weilandt C, Delorme C, et al. Risk factors for drug injecting in prison: A European Multi center Study <http://www.ihra.net/geneve/IHRC/en/abstracts/abstracts.pdf> 1999: prison and drugs, 1 March 2001.
17. Goldman B. Diagnosing addiction and drug - seeking behavior in chronic pain patients. In: Max M. Pain 1999 – an updated review, refresher coarse syllabus, International association for the study of pain. 99-106.
18. Jovey RD. Screening for addiction risk in patients with pain. In: Max M. Pain 1999 – an updated review, refresher coarse syllabus, International association for the study of pain. 107-10.
19. Savage SR. Chronic pain and the disease of addiction: The interfacing roles of pain medicine and addiction medicine. In: Max M. Pain 1999 – an updated review, refresher coarse syllabus, International association for the study of pain. 115-23.

20. SANA- Training and development. Healthy living without drugs; Drug abuse - A world wide problem. Singapour, Trainingmenu.jpg (Internet).

۲۱. رزاقی عمران محمد، حسینی مهدی، رحیمی موقر آفرین و همکاران . ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران (جلد اول).

سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، برنامه کنترل مواد، ملل متحد، آذر ۱۳۷۸.

۲۲. مهریار امیر هوشنگ، جزایری مجتبی. اعتیاد: پیشگیری و درمان. چاپ اول، نشر روان پویا، سال ۱۳۷۷، ص ۸۵.

۲۳. داودی فرنوش، رفیعی صدیقه. مقایسه معتادان خودمعرف و افراد غیرمعتاد از نظر شاخصهای فرهنگی در شهر تهران. مجله

علمی درد، سال اول، شماره دوم، سال ۱۳۷۹، ص ۶۰-۵۶.

Opioid misuse and its predisposing factors in patients with pain

Rahimi-Movaghar V. MD*, Rakhshani F. PhD**, Mohammadi M. Msc***

Sadjadi SA. MD****, Rahimi-Movaghar A. MD*****

To determine prevalence of opioid misuse and its predisposing factors in-patients with pain in the 10 clinics of Zahedan. Four hundred and eighty consecutive patients with complain of pain were included in a descriptive analytical cross-sectional study and asked by uniform questionnaire about opioid misuse and its 18 suspicious associated factors between January 1999 and May 1999. The data were analyzed by standard procedures including Chi square, T test, confidence interval, odds ratio, and multivariate and logistic regression analysis. Prevalence of opioid misuse was 28.5% in-patients presenting with pain. There was no significant relation between opioid misuse and chronic pain, but there were significant relationship between opioid misuse and the following five factors by logistic regression analysis, respectively: 1. Previous opioid misuse by friends 2. Type of ccupation 3. Cigarette smoking 4. Neuro-psychiatric consultation 5. Death of spouse. There is high prevalence of opioid misuse in-patients who complain of pain in Zahedan. It is recommended to educate associated factors of opioid misuse to the society and to who are responsible to promote health, and support high-risk groups.

KEY WORDS: *Opioid misuse, Predisposing factors, Pain*

* Neurosurgery dept, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and health services, Zahedan, Iran.

** Public health dept, Faculty of Health, Zahedan University of Medical Sciences and health services, Zahedan, Iran.

*** Epidemiology and Statistics dept, Faculty of Health, Zahedan University of Medical Sciences and health services, Zahedan, Iran.

**** Psychiatry dept, Faculty of Medicine, Zahedan University of Medical Sciences and health services, Zahedan, Iran.

***** Psychiatry dept, National Research Center of Medical Sciences of Iran, Tehran, Iran.