

مقاله اصلی

تعیین فراوانی سوء مصرف مواد افیونی در بیماران با درد مزمن جسمانی به عنوان علت اصلی روی آوردن به مواد مخدر مراجعین به مرکز درمانی ترک اعتیاد

تاریخ دریافت: ۸۹/۸/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۸۹/۱۱/۲۴

خلاصه

مقدمه

یکی از علل گرایش به سوء مصرف مواد مخدر، ابتلا به درد مزمن جسمانی غیر سرطانی ذکر شده است. آگاهی از شیوع آن از نظر پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد و همچنین برنامه ریزی آموزشی پزشکی مهم است. این مطالعه به منظور بررسی شیوع افرادی که به دلیل تسکین دردهای مزمن جسمانی به سوء مصرف مواد مخدر روی می آورند، صورت پذیرفته است.

روش کار

این مطالعه توصیفی مقطعی در اهواز در سال ۱۳۸۵-۱۳۸۷ انجام شد. ابتدا توسط یک مطالعه پیلوت شیوع اولیه معنادین مبتلا به درد مزمن معین شد. حجم نمونه با ضریب اطمینان ۹۵٪ و $d=0.06$ محاسبه شد. بیمارانی که جهت تسکین به مواد گرایش داشته اند، برای یافتن منبع جسمی معاینه فیزیکی شدند و شدت دردشان بر اساس معیار VAS ثبت گردید. برای بررسی وضعیت روانی آنها، دو متخصص روانپزشک جداگانه با تمام آنان مصاحبه کرده و پرسشنامه SCL90 را برای هر کدام تکمیل نمودند، تشخیص اختلال رفتاری بر اساس معیارهای DSM IV TR بود. از آمار توصیفی و آزمون مجذور مربع ها برای تجزیه و تحلیل یافته ها، استفاده شد.

نتایج

جمعیت مورد مطالعه ۲۲۴ نفر، ۲۲۱ مرد و ۳ زن بودند. ۲۱ نفر (۹/۳٪) قبل از اعتیاد به دلیل دردهای مزمن جسمی غیر سرطانی به مواد مخدر گرویده بودند. مصاحبه بالینی اختلالات روانی در افرادی که به دلایلی غیر درد جسمانی معناد بودند، بیشتر بود، ولی این اختلاف معنی دار نبود ($p < 0.0972$).

نتیجه گیری

تعدادی از معنادین به مواد مخدر جهت تسکین درد و نه انحراف رفتاری به سوء مصرف مواد هدایت می شوند که جهت پیشگیری و درمان اعتیاد باید بدان توجه خاص نمود.

کلمات کلیدی: درد مزمن جسمانی، سوء مصرف مواد افیونی، ترک اعتیاد

۱ سید رضا سعیدیان*
۲ سیده ثریا اشرفی زاده
۳ سیروس پاک سرشت
۴ مهدی سیاح برگرد

۱- استادیار طب فیزیکی و توانبخشی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۲- مربی پزشکی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۳- استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران
۴- استادیار گروه روانپزشکی، مرکز توسعه مطالعات، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

* اهواز - خیابان دکتر شریعتی، بیمارستان امام خمینی (ره)، اهواز، ایران

تلفن: ۹۱۶۱۱۲۷۷۸-۹۸+

email:seyedrezasaeidian@yahoo.com

مقدمه

درد مزمن دردی است که بیش از یک زمان معین برای یک بیماری یا ضایعه خاص (معمولاً بیش از ۳ ماه) ادامه یافته یا اینکه با الگوهای عود کننده هر چند ماه یا سال تکرار گردد. این نوع دردها معمولاً با یک آسیب بافتی مزمن همراه هستند که معمولاً تظاهرات دردهای ناگهانی و شدید را ندارند (۱). مثالهایی از این نوع دردها، دردهای ناشی از پلی نوروپاتی های دردناک، دردهای میوفاشیال و کمردرد های مزمن و غیره می باشد. ماهیت و دوره طولانی درمان این بیماران خطر بروز اعتیاد را در بر دارد. علاوه بر تسکین درد، عوامل دیگری که فرد را به سمت مصرف مواد مخدر می کشاند، مشکلات اجتماعی- اقتصادی، مشکلات خانوادگی و دوست ناباب است که مطالعات زیادی بر آنها شده است (۲). اگرچه بیماری های روانی سهم زیادی در ایجاد اعتیاد و عود آن دارند، اما برخی اختلالات جسمی درمان نشده نیز سهم قابل توجهی در این زمینه دارا می باشند. بخصوص بیماری هایی که با درد مزمن همراه می شوند، عدم درمان مناسب درد باعث خسته و درمانده شدن بیمار شده و در نهایت او را مستعد پذیرش سوء مصرف و وابستگی به مواد می نماید. مثلاً در برخی مناطق که امکانات یا اطلاعات پزشکی کم است، افراد برای تسکین درد دندان، بدون نظارت پزشک از مخدرها استفاده می کنند تا جایی که منجر به وابستگی روانی آنها می شود. مصرف مواد مخدر بدون نظارت پزشکی اثرات ثانوی دیگری هم دارد که به دنبال تسکین نابجای درد، بیماریهای زمینه ای که علاوه بر تسکین درد به درمان دیگری نیاز دارند، ممکن است از نظر دور مانده و تشخیص آنها به تاخیر افتد (۳). از نظر کلینیکی منطقی به نظر می آید که از یک طرف درمان دردهای جسمی مزمن بیمار انجام شود و همزمان او را از نظر روانی مراقبت و درمان نمود. از سوی دیگر در برخی جوامع افرادی که جهت درمان یک یا چند بیماری دردزا مواد مخدر مصرف می کنند اختلالات شخصیتی یک فرد معتاد را ندارند.

دردهای مزمن ممکن است در اثر ادامه حضور یک آسیب عضوی مثل سرطان ایجاد گردند، یا علی رغم از بین رفتن ضایعه بافتی اولیه، درد با شدت کمتر وجود داشته باشد که به دردهای مزمن غیر سرطانی یا دردهای مزمن خوش خیم گفته

می شود. در این موارد تغییراتی در سیستم عصبی مرکزی رخ می دهد که به دنبال آن، درد مزمن به یک بیماری جدید و جدای از علت اولیه تبدیل می شود. درد های مزمن خوش خیم با درجاتی از کاهش فعالیت فیزیکی و ناامیدی و افسردگی و تغییرات رفتاری همراهند. اگرچه بعضی از واکنشهایی که منجر به ایجاد درد مزمن می شوند از همان ابتدای وقوع درد شروع می شوند ولی طبق تعریف مدت سه تا شش ماه طول می کشد تا این تغییرات تثبیت شوند. نکته دیگر اینکه هدف از درمان دردهای مزمن، بیشتر کمک کردن به بیمار برای تطابق با درد است تا شفای کامل بیماری. در درمان این موارد در بعضی از کشورها از داروهای ضد درد مخدر استفاده می شود (۴-۱۲). علی رغم برخی از مقاومتهای دارویی، در این کشورها اعتقاد دارند که این داروها هم در دردهای حاد به دنبال تصادفات و جراحی ها و هم در استفاده طولانی مدت درد های مزمن خوش خیم داروهای کم خطر هستند. موارد مقاومت به داروهای اپیوئیدی در استفاده با دوز نامناسب در درمان دردهای نوروپاتیکی، اسپاسم های عضلانی یا دردهایی که منشأ روانی- اجتماعی دارند، گزارش شده اند (۶-۱۳).

مطالعات آنان نشان داد که در آن کشورها مصرف دراز مدت داروهای مذکور برای تسکین دردهای مزمن غیر سرطانی عوارض جدی به همراه نداشته و در رابطه با وابستگی دارویی مطالعه شش ساله گروه تیوب^۱ بر ۳۱۳ بیمار که به منظور تسکین دردهای مزمن غیر سرطانی داروی اپیوئیدی مصرف می کردند، نشان داد که ۱۳ نفر (۴٪) آنها علامتهای وابستگی به داروهای فوق را داشتند. آنها اظهار کردند که علت اینکه تعدادی از بیماران ضمن مصرف این داروها تقاضای افزایش مصرف مواد را می نمایند به احتمال زیاد ناشی از اوج گرفتن دردی است که کاملاً تسکین نیافته یا به عبارت دیگر بیماری و آسیب او پیشرفت کرده است (۶). در کنار وابستگی دارویی و تشدید آسیب جسمانی باید به تاثیر برخی عوامل محیطی و اجتماع مثل در دسترس بودن پول زیاد، فقر یا زمینه های شخصیتی که احتمال سوء مصرف را بیشتر می کند، اشاره کرد (۲). بر اساس مشاهدات

¹Taub

در بدو ورود از مبتلایان به سوء مصرف سوال می شد که آیا مبتلا به نوعی از دردهای جسمانی بوده اند و علت اولیه مصرف مواد در آنان دردی مزمن با منشأ جسمی - حرکتی و غیر سرطانی بوده که برای درمان مجبور به استفاده از مواد شده اند؟ چنانچه جواب مثبت بود تمام بیماران توسط یک متخصص طب فیزیکی از نظر محل درد، مدت و شدت آن قبل از شروع مصرف مواد، همچنین عوامل تاثیر گذار بر شدت درد و نوع درمانهای قبلی ارزیابی می شدند. شدت درد بیماران بر اساس اظهار خودشان از صفر تا ده درجه بندی شد.

تمام بیماران توسط دو روانپزشک به صورت جداگانه از نظر وجود اختلال رفتاری بر اساس معیارهای استاندارد تشخیص بیماریهای روانی DSM4 و پرسشنامه SCL90، مصاحبه و بررسی گردیدند. معیارهای روانی مورد استفاده و حساسیت، ویژگی، پایایی پرسشنامه SCL90 در کشورمان از قبل توسط سایر محققین مورد ارزیابی قرار گرفته بودند که کارآیی آزمونها در نقاط مختلف کشور ۹۴-۹۸ بوده و مورد تایید صاحب نظران می باشد (۱۴، ۱۵).

بیماران در پنج گروه بدون اختلال، مبتلا به اختلالات خلقی، مبتلا به اختلالات اضطرابی یا مبتلا به اختلالات روان تنی و شخصیتی قرار داده شدند. جمع آوری اطلاعات تا رسیدن به حجم نمونه مطلوب ادامه می یافت.

چنانچه در بررسی روانی مشخص می شد که بیمار مبتلا به اختلال روانپزشکی درد، pain disorder، می باشد آن بیمار از مطالعه خارج می شد.

یکی دیگر از علل خروج از مطالعه عدم تمایل بیمار به همکاری، در هر زمان از تحقیق و سن زیر ۱۸ سال بود. از نظر ملاحظات اخلاقی به بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات آنها فقط به منظور انجام یک تحقیق علمی در دانشگاه می باشد و اطلاعات محرمانه نگهداری شده و پرونده آنان در اختیار فرد دیگری غیر از محققین قرار نمی گیرد. با توجه به اینکه پژوهش در یک بیمارستان دانشگاهی انجام می شد که رابطه محرمانه پزشک و بیمار نیز ضامن آن بود، بیماران با پژوهشگران همکاری می کردند.

و بررسی های علمی اولیه به نظر می رسد تعدادی از مبتلایان به سوء مصرف مواد مخدر به دلیل یک آسیب جسمی و درد مزمن به سوء مصرف مواد مخدر گرایش پیدا کرده اند. اگرچه در منابع معتبر اطلاعات پزشکی دنیا تحقیقات زیادی در رابطه با درد مزمن و اعتیاد وجود دارد، متأسفانه در بررسی مقالات علمی پزشکی فارسی، محققین به مقاله ای که ارتباط آنها را نشان دهد، دست نیافتند. در مقاله حاضر سعی شده تا با بیان نتایج یک مطالعه توصیفی در دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپورا هواز، شیوع واقعی این دسته از مبتلایان به سوء مصرف مواد را در میان کل جمعیت مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی هواز نشان داده شود و با معرفی یک ساختار درمانی برای دردهای مزمن کمک کرده تا از مصرف بی رویه مواد مخدر و بروز انحرافات اخلاقی در این دسته از بیماران جلوگیری نمود.

روش کار

این تحقیق یک مطالعه توصیفی بوده که محل انجام آن درمانگاه ترک اعتیاد بیمارستان امام خمینی شهرستان هواز بود و تمام جمعیت مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی که از زمان شروع تحقیق یعنی خرداد ماه ۱۳۸۵ به مرکز مراجعه می نمودند، مورد مطالعه قرار گرفته که از نظر امکان ورود در تحقیق همگی شانسی یکسانی داشتند. ابتدا با انجام یک مطالعه پیلوت بر صد نفر از مبتلایان به سوء مصرف مواد افیونی، شیوع اولیه افرادی را که مرتبه اول مصرف مواد مخدر در آنان به دلیل دردی جسمانی بوده است، ۲۷٪ به دست آورده شد. سپس حجم نمونه تحقیق با ضریب اطمینان ۹۵٪ و $d=0.06$ محاسبه گردید و جمع آوری نمونه تا اردیبهشت ماه ۱۳۸۸ که تعداد بیماران به ۲۲۴ نفر رسید، پایان یافت. اطلاعات همه گیر شناسی و وضعیت اجتماعی - اقتصادی بیماران در پرسشنامه ای با محتوای سوالاتی باز و بسته که از قبل فراهم شده بود، از اطلاعاتی که بیماران در اختیار قرار می دادند، توسط یک کارشناس روانشناس بالینی ثبت می گردید. اطلاعات جهت تسهیل در تجزیه و تحلیل نهایی، کد گذاری شده بود. و با توجه به توزیع اطلاعات و نوع متغیر از آزمون مجذور مربعها و همین طور آمار توصیفی بهره گرفته شد.

نتایج

بودند و از نظر شغلی به ترتیب ۴۱ نفر (۱۸/۳٪) بیکار و ۳۳ نفر (۱۴/۷٪) کارگر، ۲۶ نفر (۱۱/۶٪) مغازه دار، ۱۱ نفر (۵٪) بازنشسته و ۴ نفر (۱/۸٪) دانشجو، ۳ نفر (۱/۳٪) خانه دار و ۲ نفر (۰/۹٪) نیز سرباز بودند (جدول ۱). از نظر وضعیت تأهل، ۶۱ نفر (۲۷/۲۹٪) مجرد و ۱۵۴ نفر (۶۸/۷۵٪) از آنها متأهل بوده و ۹ نفر (۳/۹۶٪) نیز متارکه کرده یا مطلقه بودند (جدول ۱). میزان سطح سواد در بین معتادین پایین بوده و ۱۲۵ نفر (۵۵/۸٪) از آنها زیر دیپلم، ۷۴ نفر (۳۳/۰۵٪) دیپلم و ۲۳ نفر (۱۰/۲۶٪) فوق دیپلم و فقط ۲ نفر در رده کارشناسی و بالاتر بودند (جدول ۱).

کل جمعیت مورد مطالعه ۲۲۴ نفر بودند که ۲۲۱ نفر آنها مرد و ۳ نفر زن بودند. از جمعیت مصرف کننده مواد مخدر که به مرکز بهداشتی درمانی بیمارستان امام اهواز مراجعه کردند، ۶۶ نفر (۲۹/۵٪) در گروه سنی ۲۰-۲۹ سال و ۹۵ نفر (۴۲/۴٪) در گروه سنی ۳۰-۳۹ سال و ۴۲ نفر (۱۸/۷۵٪) در گروه سنی ۴۰-۴۹ سال و ۲۱ نفر (۹/۳۵٪) در گروه سنی بالای ۵۰ سال بودند (جدول ۱). بیشترین مبتلایان به مواد مخدر که در این مطالعه شرکت کردند (۱۰۴ نفر یا ۴۶/۴۳٪) شغل ثابتی نداشته و دارای شغل های متفرقه و موقت

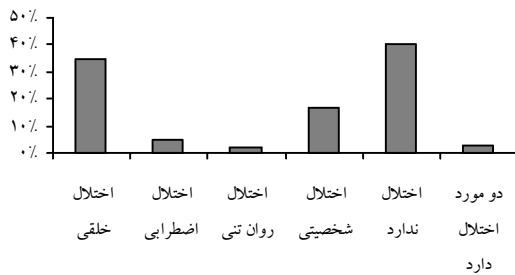
جدول ۱- خصوصیات دموگرافیک جمعیت شرکت کننده در تحقیق به بیمارستان امام خمینی اهواز در بین سالهای ۱۳۸۵-۱۳۸۷

درصد	تعداد	خصوصیات	
۲۹/۵٪	۶۶	۲۰-۲۹	سن
۴۲/۴٪	۹۵	۳۰-۳۹	
۱۸/۷۵٪	۴۲	۴۰-۴۹	
۹/۳۵٪	۲۱	بالای ۵۰ سال	
۴۶/۴۳٪	۱۰۴	متفرقه موقت	شغل
۱۸/۳٪	۴۱	بیکار	
۱۴/۷٪	۳۳	کارگر	
۱۱/۶٪	۲۶	مغازه دار	
۵٪	۱۱	بازنشسته	
۱/۸٪	۴	دانشجو	
۱/۳٪	۳	خانه دار	
۰/۹٪	۲	سرباز	
۲۳/۲۹٪	۶۱	مجرد	
۶۸/۷۵٪	۱۵۴	متأهل	
۳/۹۶٪	۹	متارکه یا مطلقه	
۵۵/۸٪	۱۲۵	زیر دیپلم	سطح سواد
۳۳/۰۵٪	۷۴	دیپلم	
۱۰/۲۶٪	۲۳	فوق دیپلم	
۰/۸۹٪	۲	کارشناسی و بالاتر	

جدول ۲- فراوانی جمعیت دارای درد مزمن و بدون درد

مزمن مصرف کننده مواد مخدر در میان مراجعین

بیمار	تعداد	درصد
دارای درد مزمن	۲۱	۹/۳٪
بدون درد مزمن	۲۰۳	۹۰/۷٪
جمع	۲۴۴	۱۰۰٪



نمودار ۱- توزیع اختلالات رفتاری در معتادین

مخدر تسکین درد بوده است، اظهار کردند که قبل از شروع مصرف به پزشک مراجعه نموده و مدت‌ها درمان‌های طبی متفاوتی برای تسکین درد دریافت نموده بودند. میانگین این زمان ۴۰ ماه بود. در رابطه با تاثیر پیشنهاد دوستان به مصرف مواد مخدر، مقایسه آماری دو گروه با آزمون مجذور مربع نشان داد افرادی که دارای درد مزمن بوده و بعد به سوء مصرف گرفتار شده بودند، بیشتر از آنهایی که در زمان ابتلا درد مزمن نداشتند تحت تاثیر پیشنهاد دوستان قرار گرفته بودند ($p < 0.000$). در بین معتادین به مواد مخدر ۸۲ نفر (۳۶/۷٪) دارای اختلالات خلقی، ۱۱ نفر (۵٪) دارای اختلالات اضطرابی، ۲ نفر (۰/۹٪) به اختلالات روان تنی، ۲۹ نفر (۱۳٪) به اختلالات شخصیتی مبتلا بودند. ۱۰۰ نفر (۴۴/۶٪) هم از معتادین هیچکدام از اختلالات ذکر شده را نداشتند (نمودار ۱). اگر چه در بررسی بالینی میزان و شدت اختلالات روانی در گروهی که به دلیل درد جسمی معتاد شده بودند کمتر بود، بررسی های آماری میان بروز اختلالات شخصیتی، خلقی، روان تنی و اضطرابی در این دو اختلاف معنی داری نداشت ($p = 0/0972$).

بحث

این مطالعه توصیفی نشان داد که شروع گرایش به سوء مصرف مواد در ۹/۳٪ از جمعیت مورد مطالعه به منظور استفاده از اثر ضد درد مواد مخدر برای کاهش شدت دردی با منشأ جسمانی بوده که توسط درمان‌های دیگر التیام نیافته است. همچنین افراد مبتلا به درد مزمن نسبت به عوامل خطرزای اجتماعی مثل پیشنهاد دوستان به سوء مصرف مواد مخدر آسیب پذیرتر از افراد بدون درد بودند.

جدول ۳- شیوع انواع دردها در بیماران مورد مطالعه

نوع درد	تعداد بیماران	درصد
کمر درد	۱۰	۵۰
درد پا	۵	۲۵
سردرد	۳	۱۵
سوخستگی	۱	۵
کم خونی داسی	۱	۵
درد شکم	۱	۵
جمع	۲۱	

از کل جمعیت معتادین ۲۱ نفر (۹/۳٪) مواد مخدر را به منظور التیام درد مزمنی که داشتند مصرف می کردند ۲۰۳ نفر (۹۰/۷٪) نیز بدون پیشینه درد مزمن مواد مخدر مصرف می کردند (جدول ۲). بیماریهای متفاوتی منجر به بروز درد در مبتلایان شده بود که وضعیت شیوع آنان در جدول ۳ نمایش داده شده است و چنانچه مشخص گردیده کمر درد شایعترین دردی بوده که بنا بر اظهار افراد آنان را به سوی سوء مصرف مواد مخدر هدایت نموده است. حداقل شدت دردی که مراجعین را وادار به مصرف مواد مخدر کرده بود، ۳ و حداکثر آن ۹ بود. تمام مبتلایان به درد مزمن و سوء مصرف مواد اظهار می کردند که حتی پس از مصرف مواد درجاتی از درد آنها باقی می ماند و اگر میزان مصرف را کم می کردند، درد شدید می شد که به ناچار میزان مصرف مواد مخدر را بیشتر می کردند از سوی دیگر تمام آنها اظهار می کردند که با شروع درمان برای ترک سوء مصرف مواد به کمک داروی متادون، درد آنها از بین رفته یا تا حد قابل تحملی کاسته شده است. مدت زمان مصرف مواد در مراجعین از یک سال تا پانزده سال و میانگین آن هفت سال بود. بجز یک نفر، تمام مراجعینی که ادعا می کردند علت اولیه گرایش آنها به مواد

اگر چه استفاده از مواد مخدر برای کنترل دردهای حاد، مثل درد ناشی از کم خونی بافت قلب، و دردهای ناشی از سرطانها پذیرفته شده اند ولی استفاده آنها برای التیام دردهای مزمن غیر سرطانی مورد بحث و تأمل بوده است. ترس از اینکه حتی استفاده درمانی از این مواد ممکن است منجر به اعتیاد فرد شود، موجب می شود تا بسیاری پزشکان از این دسته داروها به اندازه کافی برای کنترل درد استفاده نکرده و سعی کنند تا روشهای غیر دارویی را حتی اگر درد بیمار به خوبی درمان نشود، تجویز نمایند. بدین دلیل در برخی از کشورها مطالعات گوناگونی در ارتباط با بررسی شیوع سوء مصرف مواد مخدر در بیمارانی که برای التیام دردهای مزمن غیر سرطانی به مدت طولانی از این مواد استفاده نموده اند، انجام شده و نتایج آنها نشان داد که استفاده از داروهای اپیوئیدی برای درمان درد این بیماران کم خطر بوده و با تجویز کنترل شده این داروها در مراکز که بیماران را از نظر شدت درد، عوارض جسمی- روانی و خطر بروز اعتیاد دقیقاً تحت نظر می گیرند، می تواند آرامش و آسایش بیمار را فراهم نماید. در این مراکز نه تنها تمام بیماران را از نظر دارویی برای تجویز نوع مسکن و حداقل دوز دارویی، مراقبت می نمایند بلکه با ارزیابی های قبل از درمان استعداد و زمینه گرایش آنان به سوء مصرف بررسی شده تا درحین درمان اقدام مناسب از نظر پیشگیری از انحرافات اخلاقی آنها صورت پذیرد (۴-۱۳).

علی رغم وجود اختلاف نظر، در طب امروزی استفاده از داروهای مخدر گوناگون نه تنها برای کنترل دردهای حاد و دردهای ناشی از سرطانها بلکه در کنترل دردهای مزمن غیر سرطانی مثل دردهای مزمن پس از قطع اندام، دردهای مزمن ناشی از نوروپاتی دیابت، آرتروپاتی ناشی از بیماری دایالیز و استئوآرتریت های شدید چند مفصلی و غیره معمول شده اند (۱۳). بخشی از این اختلاف نظرها مربوط به عوارض دارو است که با تنوع دارویی و امکان تیتراسیون آن در خون بیماران این عوارض کم شده اند. نیمه عمر طولانی و عوارض جانبی کم و ارزان بودن از خصوصیات مهمی هستند که یک داروی مخدر باید داشته باشد تا جهت کنترل درد استفاده شود، هر سه این خصوصیات در داروی متادون که خود جهت ترک سوء مصرف مواد استفاده می شود، وجود دارند (۱۶-۱۹).

بخش دیگری از این بحث و جدلها در ارتباط با ترس از عوارض اجتماعی و خطر انحراف بیمار به سوء مصرف مواد پس از تسکین درد است (۲۰-۲۲). بخشی دیگر از نگرانیها در خصوص سوء مصرف مواد، ارتباط نزدیکی با چگونگی تدوین قوانین اجتماعی مناسب و صدور مجوز مصرف داروی مخدر برای بیماران با درد جسمی مزمن غیر سرطانی دارد و در بعضی از کشورها هم در این ارتباط قوانینی وضع شده است (۲۲-۲۴).

از سوی دیگر تعدادی از افرادی که به دلیل درد مزمنی که خوب کنترل نشده از مواد مخدر استفاده می کنند، ممکن است به دلیل وابستگی جسمانی مقدار بیشتری از مواد را نیاز داشته باشند. این پدیده فیزیولوژیک بوده و از آن تحت عنوان اعتیاد کاذب نام برده شده است (۲۴-۲۶). اما در وضعیت فعلی کشورمان که اعتیاد جرم تلقی می شود، این دسته از بیماران جهت درمان دردشان با مشکل مواجهند (۲۷). چنانکه در پژوهش حاضر مشاهده شد تمام بیماران مبتلا به درد مزمن غیر سرطانی ابتدا درمانهای کم اثری دریافت نموده و پس از آن به پیشنهاد یکی از نزدیکان عمل کرده و به امید کنترل بهتر دردشان به دنبال تهیه مواد مخدر به مکانها و افرادی بدون مسئولیت درمانی و تعهد اخلاقی مراجعه کرده بودند و البته در معرض خطر سایر انحرافات اخلاقی نیز بوده اند. امروزه علم ژنتیک موفق به کشف ژنهایی شده است که مشمول افزایش درک درد در بعضی از افراد می باشد (۲۸). تحقیقات دیگر نیز نشان دادند که درک درد در قسمتهایی از بدن که حتی از محل اصلی آسیب جسمی دور هستند، مثلاً دردهای منتشر جسمانی ناشی از بیماری استئوآرتروز یا دردهای پراکنده ثانویه ناشی از ایجاد درد مزمن، توسط ژنهای مشخصی ممکن می شود (۲۹، ۳۰). از سوی دیگر ژنهایی بر کروموزوم پانزدهم افراد یافت گردیده که عامل افزایش شدت وابستگی جسمانی آنها به نیکوتین و مواد مخدر اپیوئیدی شده است (۳۱). لذا با پذیرش تفاوت های ژنتیکی انسانها به درک شدت درد و توجه به اینکه انسانها مقاومت های ذاتی متفاوتی به تحمل درد و عدم گرایش به مواد مخدر اپیوئیدی دارند، این نکته را روشن می نماید که این خطر که افرادی جهت تسکین درد به مواد مخدر اپیوئیدی گرایش پیدا کنند، پیوسته جوامع انسانی را تهدید می کند. در تحقیق حاضر نیز ۹/۳٪ از بیماران جهت

سوء مصرف مواد هدایت می شوند که جهت پیشگیری و درمان اعتیاد باید بدان توجه خاص نمود. البته نتایج این مطالعه در سایه محدودیتهای آن قابل بیان است که از جمله آنان حجم کوچک نمونه، مرد بودن تمام بیماران و مسائل فرهنگی می باشد.

بدیهی است این نمونه نمی تواند در برگیرنده شیوع درد مزمن جسمانی در تمام افراد مبتلا به سوء مصرف، به عنوان عامل اولیه گرایش به مواد مخدر، در کل کشورمان باشد. و احتمال می رود که افراد بیشتری به علت درد جسمانی مزمن به مواد مخدر معتاد شوند ولی به کلینیک ترک اعتیاد مراجعه ننموده اند لذا پیشنهاد میگردد که پژوهشهای مشابه انجام شود تا دستیابی بهتری به شیوع واقعی بیمارانی که به دلیل درد مزمن جسمانی غیر سرطانی به مواد مخدر اپیوئیدی معتاد شده اند، بتواند افقی جدید در درمان این بیماران دردمند ایجاد نماید.

همچنین پیشنهاد می گردد تا موضوع با حضور و هماهنگی کارشناسان دانشگاه علوم پزشکی استانها و وزارت بهداشت، نمایندگان دادگستری استانها و قوه قضائیه و نمایندگان قوه مقننه در هر استان مطرح شده تا شرایط لازم برای صدور مجوز تجویز داروهای مسکن مخدر برای بیمارانی که به علت درد مزمن غیر سرطانی در معرض ابتلا به اعتیاد هستند، تعیین گردد.

تشکر و قدر دانی

این مقاله حاصل تحقیق در دانشگاه علوم پزشکی اهواز بوده و به طور کامل توسط معاونت پژوهشی دانشگاه حمایت شده است. از همکاری آنان و پرسنل مرکز ترک اعتیاد بیمارستان امام خمینی اهواز قدردانی می گردد.

تسکین درد به مواد مخدر اپیوئیدی گرایش داشتند. به نظر می رسد افرادی که مواد افیونی را به مدت طولانی مصرف نموده اند دچار نوعی تغییرات رفتاری می گردند. شاید همین موضوع علت عدم معنی دار شدن اختلاف آماری دو گروه در ابتلا به اختلالات روانی باشد، که ممکن است یکی از علل آن در مدت زمان مصرف مواد باشد که در هر دو گروه طولانی بوده و در این مدت افراد مبتلا به درد در معرض آسیبهای محیطی برای تهیه مواد فرار گرفته بودند و مصاحبه روانی نشان داد کسانی که به دلیل درد جسمی به مواد افیونی گرویده بوده اند، دارای اختلالات روانی کمتر و سبکتری بودند. در قوانین کشور ما، جمهوری اسلامی ایران، اگرچه اعتیاد جرم محسوب می شود ولی در اصلاحیه قوانین و مقررات کیفری وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی، در موارد خاص از این قانون مستثنی شده است (۳۲). در مطالعات مختلفی که در گذشته توسط سایر محققین صورت گرفته، شیوع انحراف از مصرف در مواردیکه مواد مخدر به صورت کنترل شده برای درمان استفاده شده، بسیار ناچیز گزارش شده است (۴-۱۲). در کشورهای مورد مطالعه این محققین تجویز داروهای مخدر گوناگون برای تسکین درد مجاز می باشد (۶-۱۳). از آنجا که اینگونه تجویزات در کشور ما مجاز نبوده اند امکان مقایسه جهت بررسی در این زمینه برای محققین کشورمان فراهم نیست و در بررسی حاضر محققین نتوانستند به گزارشی در این باره دسترسی یابند.

نتیجه گیری

براساس این تحقیق می توان نتیجه گرفت که تعدادی از معتادین به مواد مخدر جهت تسکین درد و نه انحراف رفتاری به

References:

- 1- Seifollahi H. The evaluation of addicted women social and economical status whom were arrested in Tehran. *Ann Res J Shahid Behshti Univ Med Sci* 1994; 15-20.
- 2- Ashrafi Zadeh S. The evaluation of economical and social factors affecting 15-20 years old young people to be afflicted in addiction in Ahwaz. The report of a research project in Ahwaz Jundishapour University of Medical Sciences. 2003; 60-87.
- 3- Momtazi S. Families and addiction. Economical and social problems among families Tehran. 2002; 101-140.
- 4- Jackson T. Acute and chronic pain-in: practical manual of physical medicine and rehabilitation. Mosby; 1998p.607-644.
- 5- Goldman B. Acute pain in: *Managing Pain*. Health Care & Financial publishing, Rogers's media; 2002. p.87-103.
- 6- Taub A. Opioid analgesics in the treatment of chronic intractable pain of non-neoplastic origin. In: Kitahatalin, collins D. *Narcotic analgesics in anaesthesiology*. Baltimore: Williams&Willkins; 1982; p.199-208.
- 7- France R, Urban B, Keefe F. Long term use of narcotic analgesics in chronic pain. *Soc Sci Med* 1984;1379-82.
- 8- France R, Urban B, Keefe F. Long term use of narcotic analgesics in chronic pain. *J Pain Symp Manage* 1992;7:69-77.
- 9- Tennant J, Robinson D, Sagherian A, Secaf R. Chronic opioid treatment of intractable non- cancer pain. *NIDA Res Manogr* 1988; 81:174-180.
- 10- Portenoy R. Opioid therapy for chronic non – malignant:A review of the Critical Issues. *Pain Res manage* 1996; 11:203-217.
- 11- Strumpf M, Tryba M. long term oral opioid therapy in patient with chronic non-malignant pain. *J pain symp manage* 1992; 7:69-77.
- 12- Arkinstall W, Sandler A, Geoghnour B, Babul N, Horsanyi Z, Darke A. Efficacy of controlled- release codein in chronic non-malignant pain: a randomized, placebo – controlled clinical trial . *Pain* 1995; 62:196-178.
- 13- Peloso PM, Bellamy N, Bensen W, thomson GT, Harsonyiz Babul N, Darke AC. Double blind randomised Placebo controutrial of controlled release codein in the treatment of osteoarthritis of the hip or knee. *J Rheumatol* 2000; 27:764-771.
- 14- Noorbala A, Fakhraie S. Surveying the frequency of psychiatric symptoms among senior medical and non-medical students of Tehran University. *J Thought Behav* 2001; 30-38.
- 15- Kaviani H, Moosavi A, Moin A. Psychological interview and tests. *Fana* 1388; 250-255.
- 16- Mailis GA. Opioid use And Abuse: Is There a problem? *Clin J Pain* 2007; 23: 661-662.
- 17- Mercadante S. Opioid rotation for cancer pain: rationale and clinical aspects. *Cancer* 1999; 86:1856-1866.
- 18- Mancini I, Lossignol D, Body J. Opioid switch to oral methadone in cancer pain. *Curr Opin Oncol* 2000; 12:308-313.
- 19- Quigley C. Opioid switching to improve pain relief and drug tolerability. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; :CD004847.
- 20- Morita T, Takigawa C, Onishi H, Tsukasa T, Kazuhiko T, Tatsuhiko M, *et al*. Opioid rotation from morphine to fentanyl in delirious cancer patients. *J Pain Symp Manage* 2005; 30:96-103
- 21- Rettig R, Yarmolinsky A. eitors. Federal regulation of methadone treatment. In: The committee report on federation regulation of methadone treatment. Washington, DC: The National Academic Press; 1995.p.88-112.
- 22- Morgan J, Pleet D. Opioidphobia in the United States: the under-treatment of severe pain. In: Morgan J, Kagan D, editors. *Society and medication: conflicting signals for prescribers and patients*. Lexington: Lexington Press; 1983.p. 3343.
- 23- Melzack R. The tragedy of needless pain. *Science* 1990; 262:27-33.
- 24- Roman D. Barriers to Opium Pain Management. In: *Managing Pain*. Toronto: Health Care and Financial Publishing; 2002.p.1-6.
- 25- Bell K, Salmon A. Pain, physical dependence and pseudoaddiction: Redefining addiction for nice people? *Int J Drug policy* 2009; 20:170-178.
- 26- Lusher J, Elander J, Bevan D, Talfer P, Burton B. Analgesic addiction and pseudoaddiction in painful chronic illness. *Clin J Pain* 2006; 22:316-324.
- 27- Shahri G, Tahsildoost F, Samadi Ahari M, Kakai Afshar H, Rahimi Esfahani A. Psycho trope drugs. In: *The Iranian penal code*. Vol 2. Tehran; Vice chairman in judicature; 2009.p.1465-1473.
- 28- Mailis-Gagon A. What's hurting Alex? In: Mailis-Gagon A, Israelman D. *Beyond Pain*. 2^{ed} ed. University of Michigan Press; 2005.p.21-40.
- 29- Price S. Osteoarthritis: A single genetic factor determines propensity to report musculoskeletal pain at multiple sites. *Nat Rev Rheumatol* 2010; 6:438.
- 30- Nissenbaum J, Devor M, Seltzer Z, Gebauer M, Michaelis M, Tal M, *et al*. Susceptibility to chronic pain following nerveinjury is genetically affected by CACNG2. *Genome Res*. Available at: [www.genome.org/cgi/doi/10.1101/gr.104976.110\(2010\)](http://www.genome.org/cgi/doi/10.1101/gr.104976.110(2010)).