

بررسی شدت و الگوی مصرف دخانیات و مواد مخدر در بیماران مبتلا به COPD

میترا صفا^۱، سعید فلاح تفتی^۲، بامداد میراب زاده اردکانی^۳،
فاطمه قاسم بروجردی^{۴*}، فیروزه طلیسچی^۴

- (۱) مرکز تحقیقات سل بالینی و اپیدمیولوژی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
- (۲) مرکز تحقیقات پیشگیری و کنترل دخانیات، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران
- (۳) دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
- (۴) مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده:

در درمان همه‌جانبه‌نگر (Holistic) به بیمار به عنوان یک انسان کامل و نه صرفاً یک عضو بیمار نگریسته می‌شود. از این رو بدون درمان همه جانبه و همزمان جسم و روان، امکان دستیابی به نهایت درمان مطلوب فراهم نمی‌شود. هدف این مطالعه بررسی الگوی سو مصرف مواد در بیماران بستری مبتلا به انسداد مزمن ریه (COPD) بوده است تا درمان مناسب‌تری برای آن‌ها فراهم شود. در این مطالعه مقطعی تحلیلی ۹۰ بیمار مبتلا به COPD با سابقه اختلال مصرف مواد با ۹۰ بیمار بدون سابقه اختلال مصرف مواد از نظر شدت و الگو مصرف مواد در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری بررسی شدند. پرسشنامه ASI جهت اخذ اطلاعات از بیماران مورد استفاده قرار گرفت و نرم افزار SPSS 21 جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات بکار رفت. سن متوسط شرکت کنندگان در مطالعه 66 ± 11 سال بود که ۹۰٪ مذکر و ۸۴٪ متاهل بودند. ۳۷/۹٪ در زمان انجام مطالعه سیگار مصرف می‌کردند و ۵۱/۲٪ تا ۵ دقیقه اول پس از بیدار شدن، سیگار خود را روشن می‌نمودند. بیشترین تعداد بیماران (۵۰/۹٪) در ۲۰ تا ۳۹ سالگی شروع به مصرف تریاک کرده بودند. ۷۱٪ بیماران مصرف منظم تریاک داشتند که ۶۴/۸٪ آن از راه تدخین و ۳۵/۲٪ بصورت خوراکی بوده است. الگوی مصرف تریاک و تعداد دفعات بستری با هم مرتبط بودند. بین شغل و الگوی مصرف سیگار و مواد مخدر ارتباط معنی‌دار دیده شد. نتایج مطالعه نشان داد که درصد بالایی از بیماران با وجود اینکه مبتلا به بیماری ریوی پیشرفته هستند سیگاری بوده و مصرف تریاک دارند و این عادات از طرفی موجب کاهش پذیرش درمان بیماری جسمی و از طرفی باعث افزایش تعداد دفعات بستری گردیده‌اند. از این رو بهتر است که با برنامه‌ریزی همه جانبه و کلی، بیماری‌های ریوی و اعتیاد بطور همزمان مورد بررسی و درمان قرار گیرند.

واژگان کلیدی: بیماری انسدادی مزمن ریوی، سیگار، سایر مواد

* نویسنده مسئول:

فاطمه قاسم بروجردی، مرکز تحقیقات بیماری‌های مزمن تنفسی، پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دارآباد، نیاوران، تهران، ایران، کد پستی: ۴۴۴۱۳-۱۹۵۶۹، پست الکترونیک: anahita86@yahoo.com

مقدمه:

مسمومیت می‌کند. از جمله داروهای مصرفی که شایع بوده و جزو فهرست بررسی شده می‌باشند عبارتند از اوپیات^۲، کوکائین^۳، کانابیس^۴، امفتامین^۵، محرک‌ها و خواب‌آورها و هیپنوتیک‌ها^۶. از جمله عوارض ناخواسته این مواد، آلودگی به HIV، ابتلا به هیپاتیت، اندوکاردیت، سکتة مغزی، سکتة قلبی، پنومومدیاستن^۷، ترومبوآمبولی ریوی، پرفشاری شریان ریوی، جراحی ریوی، استاتوس آسماتیکوس^۸، استنشاق جسم خارجی و آتروفی مخاط بینی و همچنین افزایش خطر تصادفات وسایط نقلیه و تروما می‌باشند [۳].

اعتقاد بر آن است که در سرتاسر جهان، دود تنباکو مهم‌ترین علت COPD شمرده می‌شود. سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که در کشورهای پردرآمد، ۷۳٪ از مرگ و میر COPD ناشی از مصرف سیگار است. با این حال بروز و تشدید COPD با سو مصرف مواد خصوصا کراک، کوکائین و تریاک نیز در ارتباط است. در سال ۲۰۰۵ حدود ۵/۴ میلیون نفر به دلیل مصرف تنباکو جان سپردند. تخمین زده می‌شود که مرگ و میر مرتبط با تنباکو تا سال ۲۰۳۰ به ۸/۳ میلیون نفر در دنیا منجر خواهد شد [۳].

تنباکو بزرگ‌ترین علت مرگ قابل پیشگیری در جهان است [۴]. در حدود ۲۰ درصد نوجوانان ۱۳ تا ۱۵ ساله در سال ۲۰۰۲ در سطح جهان سیگار مصرف می‌کردند [۵]. مصرف تنباکو بیشتر منجر به امراضی می‌شود که قلب و ریه را تحت تاثیر قرار می‌دهند. سیگار کشیدن خطر عمده‌ای برای بروز حملات قلبی، COPD (شامل آمفیزم و برونشیت مزمن)، و سرطان (به‌خصوص سرطان ریه، سرطان‌های حنجره و دهان و سرطان پانکراس) محسوب می‌شود [۶]. سازمان بهداشت جهانی برآورد کرده است که مصرف تنباکو باعث مرگ ۵/۴ میلیون انسان در سال ۲۰۰۴ شده است [۷]. شیوع مصرف موادی چون سیگار و تریاک در ایران و الکل و سیگار در برخی جوامع غربی، خصوصا در میان جوانان و نوجوانان

طبق برآورد سازمان بهداشت جهانی، صدها میلیون نفر در سراسر جهان از بیماری‌های مزمن ریوی قابل پیشگیری در رنجند و علایم تنفسی از دلایل عمده مراجعه به مراکز درمانی و مراقبت‌های اولیه می‌باشند [۱].

بیماری انسداد مزمن ریوی^۱ (COPD) به عنوان یکی از مشکلات عمده سلامت در جمعیت بالای ۴۰ سال، از چالش‌های موجود حوزه سلامت در آینده خواهند بود. به دلیل افزایش استعمال دخانیات، رشد نرخ مرگ و میر ناشی از COPD در کشورهای آسیایی و آفریقایی، تا دو دهه آینده افزایش خواهد یافت. شیوع این بیماری حدود ۲۰ نفر از هر صد نفر بزرگسال بالای ۴۰ سال تخمین زده شده است. بر اساس مطالعه‌ای که درباره شیوع COPD در ۱۲ کشور آسیایی انجام گرفت، نرخ ۵۶/۶ میلیون نفر بیمار (شیوع ۶/۳٪) بدست آمد [۲].

بیماری انسداد مزمن ریوی به دلیل ماهیت پیشرونده و پیچیده، با ناتوانی‌های بسیار همراه است و عوامل مختلفی می‌تواند در ایجاد آن نقش داشته باشند. یکی از عوامل اصلی بیماری، استنشاق دود تنباکو حتی به صورت استعمال غیرمستقیم و غیرفعال می‌باشد. دود غیر مستقیم سیگار می‌تواند خطر پنومونی، اوتیت میانی، بیماری انسداد مزمن ریوی و ناراحتی‌های دیگر را افزایش دهد. علیرغم ماهیت علاج‌ناپذیر COPD، عواملی نظیر اجتناب از سیگار و عدم مصرف مواد روان‌گردان نظیر کراک، کوکائین، حشیش و ... در کند شدن روند تخریب ریوی این بیماران می‌تواند بسیار موثر باشد. بررسی وضعیت سو مصرف و وابستگی به مواد مخدر در ایران نشان می‌دهد، بالاترین میزان مصرف مواد در کشور مربوط به تریاک است [۲].

در این میان، سو مصرف مواد همواره برای استفاده‌های غیر درمانی به کار می‌رود و شیوع مصرف، خصوصا در میان نوجوانان، سبب نگرانی است. اگرچه تریاک، مورفین و کدیین توسط پزشکان به صورت قانونی ممکن است تجویز شوند ولی در بسیاری موارد به صورت غیر مجاز مورد سو مصرف قرار می‌گیرند. در هر یک از این دو حالت، مصرف ناآگاهانه همزمان آن‌ها با ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای و چهار حلقه‌ای ایجاد

² Opiates

³ Cocaine

⁴ Cannabis

⁵ Amphetamine

⁶ Sedatives and hypnotics

⁷ Pneumomediastinum

⁸ Status asthmaticus

¹ Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)

سال، نداشتن هشیاری کامل، نداشتن سابقه سو مصرف مواد برای گروه مصرف کننده مواد و داشتن سابقه مصرف مواد در گروه غیر سو مصرف کننده، بودن در فاز مسمومیت یا ترک ناشی از مواد و نداشتن بیماری COPD بود.

الگوی شدت مصرف مواد با استفاده از پرسشنامه شدت اعتیاد^۲ (ASI) تعیین گردید. این پرسشنامه ابزاری است که در موارد بالینی و تحقیقاتی مورد استفاده مراقبین بهداشت روانی قرار می‌گیرد و همواره در کشورهای دیگر در مطالعات بسیاری برای ارزیابی بیماران دچار سو مصرف مواد و تحت درمان بکار گرفته می‌شود. پرسشنامه ASI از پایایی و روایی مناسبی برخوردار است و توسط پرسشگران متعدد قابل استفاده می‌باشد. این پرسشنامه در زمینه شدت و الگوی اعتیاد بسیار حساس بوده و در تشخیص اختلال سو مصرف مواد دارای حساسیت ۹۳٪ و ویژگی ۹۵٪ می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعات متعدد در ایران ۰/۸۵ برآورد و مورد استفاده قرار گرفته است [۱۲].

از کلیه بیماران شرکت کننده در مطالعه، قبل از شروع مطالعه رضایت آگاهانه اخذ شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه نگهداشته خواهد شد. اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها توسط برنامه آماری SPSS 21 آنالیز گردید. ارتباط بین متغیرها با استفاده از آزمون‌های مجذور کای و t-test بررسی شدند.

نتایج:

سن متوسط شرکت کنندگان در مطالعه 66 ± 11 سال برآورد گردید که شامل ۹۰٪ مرد و ۱۰٪ زن بود. ۸۴٪ بیماران متاهل بودند. ۹۸/۳٪ شرکت کنندگان تجربه مصرف دخانیات (سیگار، قلیان غیرمیوه‌ای) داشتند. بالاترین سهم مصرف دخانیات در اقوام درجه یک بیماران، ۳۸/۶٪ در پدران بود. ۳۲/۲٪ شرکت کنندگان روزانه سیگار مصرف می‌کردند. بیشترین میزان برای اولین تجربه مصرف سیگار، ۴۴/۸ درصد و برای سنین ۱۱ تا ۱۸ سالگی بوده است. ۴۰/۷ درصد شرکت کنندگان تعداد ۳۰ نخ سیگار یا بیشتر در طول روز مصرف می‌کردند.

رایج می‌باشد. این عادات همچنین سبب شرکت در شیوه‌های ناسالم زندگی و رفتارهای پرخطر از جمله مصرف وریدی مخدرها و روابط جنسی محافظت نشده می‌شوند و نتایج بسیار ناخوشایندی ببار می‌آورند [۹،۸].

مصرف تنباکو با استعداد ابتلا به بیماری‌های عفونی، بخصوص در ریه، مرتبط است. مصرف بیش از ۲۰ سیگار در روز خطر ابتلا به بیماری سل را دو تا چهار برابر بیشتر می‌کند [۱۱،۱۰].

با توجه به اهمیت مصرف انواع مواد در بیماران COPD (که می‌تواند در سیر بیماری ایشان تاثیرگذار باشد) این مطالعه با هدف بررسی ارتباط مصرف انواع مواد با بیماری COPD انجام گردید.

مواد و روش‌ها:

این مطالعه از نوع مقطعی تحلیلی می‌باشد. از بین مراجعان سال‌های ۹۱-۱۳۹۰ پژوهشکده سل و بیماری‌های ریوی بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، بیمارانی که تشخیص قطعی COPD در ایشان مسجل شده بود، در مطالعه وارد شدند. تشخیص بیماری توسط پزشک فوق تخصص داخلی-ریه و بر اساس شرح حال، معاینه و انجام بررسی‌های پاراکلینیک مانند آزمون‌های کارکرد ریوی^۱ (PFT) و منطبق با معیارهای بین‌المللی صورت پذیرفت. سپس بیماران با درمان دارویی به روانپزشک ارجاع گردیدند تا از جهت تشخیص مصرف مواد و یا وجود علائم مسمومیت یا محرومیت مواد، بر طبق معیارهای تشخیصی DSM-V مورد بررسی قرار گیرند.

حجم نمونه در این مطالعه، ۹۰ بیمار مبتلا به COPD با سو مصرف مواد در مقایسه با ۹۰ بیمار بدون سابقه سو مصرف مواد بود که بصورت در دسترس انتخاب شدند. در صورت عدم وجود علائم ناشی از محرومیت یا مسمومیت این بیماران وارد طرح می‌شدند. معیارهای ورود شامل رضایت آگاهانه، سن بالای ۱۸ سال، داشتن هوشیاری کامل، نداشتن سابقه سو مصرف مواد برای گروه مصرف کننده مواد و عدم سابقه مصرف مواد در گروه غیر سو مصرف کننده، نبودن در فاز مسمومیت یا ترک ناشی از مواد، و داشتن بیماری COPD بود. ملاک‌های خروج شامل عدم رضایت به شرکت در مطالعه، سن پایین ۱۸

^۱ Pulmonary Function Test (PFT)

^۲ Addiction Severity Index

آنها بین ۲۰ تا ۳۹ سالگی شروع به مصرف الکل کرده بودند.

بحث:

طبق بررسی‌های انجام شده سو مصرف دخانیات و سایر مواد می‌تواند اثراتی جدی بر سلامت بگذارد. این در حالی است که بررسی شیوع و الگوی مصرف در بیماران ریوی از آنرو اهمیت دارد که می‌تواند بر سیر بیماری و درمان آنها تاثیر مخرب بگذارد. لذا در این مطالعه به بررسی الگو و شدت سو مصرف مواد و ارتباط آن در بیماران انسداد مزمن ریوی پرداخته شد.

بطور خلاصه یافته‌ها نشان داد که سن متوسط شرکت کنندگان در مطالعه 66 ± 11 سال بود. بیشتر شرکت کنندگان یعنی $98/3$ درصد آنها تجربه مصرف دخانیات داشتند. پدران بالاترین سهم مصرف دخانیات در بستگان بیماران را داشتند. $32/2$ ٪ شرکت کنندگان روزانه سیگار مصرف می‌کردند. اولین تجربه سیگار در بیشتر موارد در نوجوانی بود. نزدیک به 40 درصد بیماران بیش از یک و نیم پاکت سیگار در روز مصرف می‌کردند. بیشتر بیماران در ده‌های دوم و سوم زندگی شروع به مصرف تریاک کرده بودند که بیشتر آنها مصرف منظم و تدخینی داشتند. اما بیمارانی که تریاک را به صورت خوراکی مصرف می‌کردند، بیشتر بستری می‌شدند. همچنین مصرف کنندگان سوخته شیره نیز بیشتر در دهه‌های سوم و چهارم زندگی شروع به مصرف کرده بودند و بیشتر آنها به صورت خوراکی به مصرف می‌پرداختند. مصرف

بیشترین تعداد بیماران ($50/9$ درصد) در ۲۰ تا ۳۹ سالگی شروع به مصرف تریاک کرده بودند. در 71 ٪ موارد مصرف کنندگان تریاک استفاده منظم داشتند که $64/8$ ٪ به صورت تدخین و $35/2$ ٪ خوراکی بوده است. تعداد دفعات بستری بیماران با الگوی مصرف تریاک ارتباط داشت. به شکلی که مصرف خوراکی تریاک نسبت به شیوه تدخین تریاک، با دفعات بستری بیشتری همراه بود ($P\text{-value}=0/044$). بین شغل و الگوی مصرف نیز ارتباط معنی‌دار دیده شد. افراد دارای شغل آزاد تریاک را بیشتر از راه تدخین در مقایسه با سایر شیوه‌ها استفاده می‌کردند ($P\text{-value}=0/047$).

بیشترین تعداد مصرف کنندگان سوخته/شیره یعنی $47/1$ درصد در سنین ۲۰ تا ۳۹ سالگی شروع به مصرف آن نموده‌اند که $26/3$ درصد از راه تدخین و $73/7$ درصد بطریق خوردن مصرف می‌کردند.

کلیه مصرف کنندگان کراک بین ۲۰ تا ۳۹ سالگی مصرف کراک را شروع و بیشترین تعداد یعنی $92/2$ درصد ۱ تا ۴ بار ترک کرده بودند و $37/1$ درصد، یک تا دوازده ماه موفق به ترک شده بودند.

80 درصد شرکت کنندگان سابقه اقدام به ترک دخانیات داشته‌اند. بیشتر افراد یعنی $88/6$ درصد بدون دریافت دارو اقدام به ترک کرده بودند. $8/6$ درصد نیز به کمک داروهای تجویزی پزشکان اقدام به ترک کرده بودند. $52/1$ درصد بیماران بیشتر از یک سال موفق به ترک شده بودند. بیشترین تعداد بیماران یعنی $73/1$ درصد

جدول ۱ - موضوعات مرتبط با مصرف دخانیات و مواد مخدر

درصد	موارد
۵۱/۲	مصرف سیگار تا ۵ دقیقه بعد از بیدار شدن از خواب
۵۷/۵	اولین پیشنهاد سیگار از جانب دوستان
۹۷	بی‌اطلاعی از تعداد مواد سمی در دود سیگار
۹۷	تعداد مرگ سالیانه بر اثر مصرف دخانیات در ایران
۹۷	هزینه مصرف روزانه سیگار
۴۴/۶	اعتقاد به امکان ابتلا به بیماری ریوی بر اثر مصرف نیکوتین
۵۳/۳	اعتقاد به بهتر بودن استعمال قلیان نسبت به سیگار
۹۲/۳	اعتقاد به تاثیر منفی استعمال دخانیات بر سلامت اطرافیان
۹۵/۹	موافقت با نصب هشدار بهداشتی و بزرگ بر بسته‌های سیگار
۹۲/۲	موافقت در ممنوعیت کامل در تبلیغات سیگار و استعمال آن در مکان سر بسته
۴۸/۲	اعتقاد به آسان بودن ترک سیگار
۸۷/۸	اعتقاد به عدم مصرف سیگار در ۵ سال آینده
۹۰	اعتقاد به اهمیت درمان مشکلات اعتیاد

در مطالعه‌ای دیگر در آمستردام، اثر مصرف مواد مخدر بر علائم ریوی از جمله تنگی نفس و همچنین میزان FEV1 مورد بررسی قرار گرفت. تعداد ۱۰۰ بیمار (۸۴٪ آقا و با سن متوسط ۴۲ سال) شرکت کننده در برنامه ترک اعتیاد (در حال درمان با متادون) پرسشنامه‌ای در زمینه سابقه هر گونه مصرف موادی چون هروئین، کوکائین، ماری‌جوانا، تنباکو و علائم تنگی نفس تکمیل کردند. در مقایسه با همسالان خود، تقریباً ۲۰٪ این افراد تنگی نفس کوششی در پیاده‌روی معمولی داشتند. گروه مورد مطالعه ۹۸٪ سیگاری بودند و ۸۸٪ عادت به کشیدن هروئین داشتند.

در این مطالعه محققین متوجه شدند که کشیدن مداوم هروئین منجر به کاهش ۵۲٪ لیتر در FEV1 مصرف کنندگان، در مقایسه با FEV1 متوسط افراد سالم جامعه شده است ($P=0/003$). با وجود تصحیح نتایج بر اساس سابقه ابتلا به توبرکولوز یا پنومونی، همچنان کاهش FEV1 با مصرف طولانی مدت هروئین مشاهده شد، اگرچه وجود تنگی نفس به صورت معنی‌داری بیشتر نبود. از آنجا که در کشور مورد مطالعه خلوص هروئین مصرفی ۳۰٪ و بقیه مواد اضافی آن کافئین بود، تصور می‌گردد که ناخالصی‌های موجود در مواد مخدر مصرفی، عامل ایجاد این تنگی نفس می‌باشد. همچنین این مطالعه نشان داد که سیگار کشیدن سبب کاهش ۱۵ میلی‌لیتر در سال در FEV1 در مقایسه با غیر سیگاری‌ها می‌گردد. در گروه مورد مطالعه میانگین FEV1 معادل ۹۱٪ پیش‌بینی شده بود که این در مقایسه با ۱۰۸٪ در اجتماع می‌باشد [۱۳].

نتایج مطالعات نشان می‌دهند که مواجهه با مصرف سیگار می‌تواند باعث کاهش توانایی مغز جنین برای شناسایی شرایط هیپوکسی شود و از این‌رو امکان بروز خفگی تصادفی افزایش می‌یابد [۱۴]. صنعت تنباکو سالانه ۱۲/۵ میلیارد دلار صرف تبلیغات تنباکو می‌کند که بیشترین هدف آن نوجوانان کشورهای در حال توسعه است. زیرا این گروه اطلاعات کمتری در مورد اثرات بلند مدت مصرف سیگار دارند و بیشتر سیگار را با تصاویر مثبت از زندگی مرتبط می‌دانند [۱۵]. بروز اثرات بالقوه مصرف سیگار مانند ابتلا به سرطان ریه، می‌تواند تا ۲۰ سال پس از شروع مصرف آن طول بکشد [۱۵]. افسردگی در میان

کنندگان الکل و کراک نیز در دهه‌های سوم و چهارم شروع به مصرف کرده بودند. بیشتر بیماران سابقه ۱ تا ۴ بار اقدام به ترک (بدون دارو) داشته‌اند.

در مطالعه‌ای در کالیفرنیا، کلیه بزرگسالان علامت‌دار مبتلا به COPD از نظر عادات مصرف مشروبات الکلی بررسی شدند. نتایج مطالعه نشان داد آن‌هایی که مصرف بی‌رویه و بالایی از مشروبات الکلی دارند، در تمکین مصرف دارو لغزش دارند ($OR=0/63$). عوامل موثر دیگر در عدم تمکین مصرف دارو عبارت از اضافه وزن، سن جوان، تحصیلات کالج، سیگاری بودن و نداشتن مراقبت‌های بهداشتی مرتب بودند [۸].

بر اساس یافته‌های پژوهشی "بررسی وضعیت سو مصرف و وابستگی به مواد مخدر در ایران" با همکاری ستاد مبارزه با مواد مخدر، بالاترین میزان مصرفی در این کشور به ترتیب تریاک (۲۲/۸٪) آمپول‌های نورجریک (۴٪) شیشه یا کریستال حشیش شیره تریاک سوخته و غیره می‌باشند. در ایران ۷۰٪ مراجعین به مراکز ترک اعتیاد هروئین و کراک مصرف می‌کنند. البته بر خلاف آمریکا کراک از کوکائین تهیه نشده بلکه از هروئین تهیه می‌شود [۲].

در سال‌های ۲۰۰۲-۲۰۰۴ بررسی جامعی در آمریکا بر روی شش بیماری شایع در ICU انجام گرفت. بیش از یک میلیون بیمار بستری در این طرح شرکت داشتند که ۱/۹٪ معتاد بودند و ۸/۴٪ نیاز به تهویه مکانیکی داشتند. اعتیاد با افزایش نیاز به تهویه مکانیکی رابطه داشت ($RR=1/5$; $95\%CI=1/4-1/5$). صرف نظر از بیماری زمینه‌ای یا ماده مورد مصرف، ترک مواد با افزایش نیاز به تهویه مکانیکی همراه بود ($P=0/001$, $OR=2/94$). گزارش گردید که ۸/۳٪ آمریکایی‌ها از مواد توهم‌زا استفاده می‌کنند، ولیکن تنها ۳٪ ثبت شده است. بر اساس نتایج این مطالعه، افراد معتاد بیشتر مبتلا به آسم و نارسایی کلیوی بودند، شدت بیماری در آنها قابل توجه بود، درآمد کم داشتند و در بیمارستان‌های آموزشی بستری بودند. کلیه مواد مخدر به غیر از ماری‌جوانا سبب افزایش نیاز به تهویه مکانیکی می‌شدند. بیماران مبتلا به آسم نیز در صورت اعتیاد، نیاز بیشتر به تهویه مکانیکی داشتند ($OR=2/17$; $95\%CI=1/66-2/83$) [۳].

پژوهشگران آتی با بررسی حجم وسیع‌تری از بیماران به نتایج دقیق‌تری دست یابند.

نتیجه‌گیری:

در این مطالعه نشان داده شد درصد بالایی از بیماران علیرغم ابتلا به بیماری ریوی پیشرفته، مصرف سیگار و تریاک دارند. اینگونه عادات نه تنها خود سبب افزایش ریسک صدمه به ارگان‌های بدن می‌شوند، بلکه بر روان، فکر و رفتار مصرف‌کنندگان نیز اثر گذاشته و چه بسا در امر خودمراقبتی اختلال ایجاد کند و بناچار بیماران نیازمند بستری مجدد گردند. با توجه به نتایج فوق باید لازم است تا با برنامه‌ریزی دقیق و همه‌جانبه، درمان همزمان بیماری‌های اعتیاد و جسمی پیگیری و انجام شود.

منابع:

- 1) Bousquet J, Khaltaev N. Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases: a comprehensive approach. Geneva: World Health Organization; 2007. Available from: www.who.int/entity/gard/publications/GARD%20Book%202007.pdf?ua=1
 - 2) Mohseni-Tabrizi A, Jazayeri A, Babaiee N. Factors that affect the substance abuse in Iran: A meta-analysis of 49 psychological studies. Iranian Journal of Social Problems. 2010;1(1). (in Farsi)
 - 3) Wedzicha JA, Seemungal TA. COPD exacerbations: defining their cause and prevention. Lancet. 2007;70(9589):786-796.
 - 4) WHO report on the global tobacco epidemic, 2008: the MPOWER package. Geneva: World Health Organization. 2008. Available from: http://www.who.int/tobacco/mpower/mpower_report_full_2008.pdf
 - 5) Jones M, Fosbery R, Taylor D. Biology 1. Answers to self-assessment questions. Cambridge: Cambridge Advanced Sciences; 2000.
 - 6) Nichter M, Cartwright E. Saving the Children for the Tobacco Industry. Medical Anthropology Quarterly. 1991;5(3):236-256.
 - 7) Pendlebury JD, Wilson RJ, Bano S, Lumb KJ, Schneider JM, Hasan SU. Respiratory control in neonatal rats exposed to prenatal cigarette smoke. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. 2008; 177(11):1255-1261.
 - 8) Brown ES. Asthma: Social and psychological factors and psychosomatic syndromes. In Series: Wise TN, Weiner H, Levi L, et al. Advances in psychosomatic medicine. Vol. 24. Basel: Karger; 2003.
- نوجوانان مصرف‌کننده سیگار شایع است؛ این نوجوانان ۴ برابر بیشتر از هم‌تایان غیر سیگاری خود احتمال ابتلا به علایم افسردگی دارند [۱۶]. میزان امید به زندگی در مصرف‌کنندگان منظم سیگار از ۱۰ تا ۱۷/۹ سال کاهش می‌یابد [۱۷]. در حدود دو سوم مردان سیگاری از بیماری‌های ناشی از مصرف سیگار فوت خواهند کرد [۱۸]. مواجه طولانی مدت با ترکیباتی از سیگار مانند مونوکسید کربن، سیانید، و غیره می‌تواند مسئول آسیب ریوی و فقدان قابلیت ارتجاعی آلئول باشد که متعاقباً منجر به آمفیزم و COPD می‌شوند. ماده سرطان‌زای آکرولین و مشتقات آن نیز منجر به التهاب مزمن موجود در COPD می‌شوند [۱۹]. در جهان صنعتی، ایالت متحده بزرگ‌ترین مصرف‌کننده و ایتالیا از کمترین مصرف‌کنندگان مواد مخدر نسخه شده می‌باشند [۲۰]. تریاک در فرهنگ‌های شرقی بیشتر به صورت مسکن برای درمان اسهال به کار می‌رود [۲۱]. مطالعه‌ای در ایران، نشان داد که ۲۹٪ افراد سابقه مصرف مواد دارند که در این میان تریاک بیشترین ماده مصرفی بود [۲۲].
- همواره روش‌هایی برای تشخیص مصرف مواد غیر مجاز توسط پزشکان بکار گرفته شده است. همچنین تلاش در بهبود نحوه سوال از بیماران، مصاحبه با آنها و نهایتاً سعی در کسب راهکارهایی برای کاهش رفتارهای ناسالم برای مراجعین انجام می‌شود. برای مثال بجای استفاده از سوال "آیا از مواد مخدر استفاده می‌کنید یا نه؟" بهتر است از بیمار پرسیده شود که "چقدر از مواد مخدر استفاده می‌نمایید؟" همچنین در شیوه‌های کنترل و پیش‌گیری از مصرف دخانیات از روش 5A's استفاده می‌شود که عبارت است از پرسش در مورد مصرف مواد، توصیه به ترک، ارزیابی موقعیت بیمار، یاری دادن به او و فراهم کردن امکانات ترک مصرف [۲۳].
- براساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر و مقایسه با سایر مطالعات می‌توانیم به این نتیجه برسیم که شیوع مصرف مواد در بیماران ریوی و به‌طور خاص در بیماران انسداد مزمن ریوی بالاست که سیر درمان آنها را تحت تاثیر قرار می‌دهد. این مطالعه به غربالگری مصرف مواد در بیماران مبتلا به COPD پرداخته است که از ممکن است در امر درمان کمک کننده باشد. اما متأسفانه امکان مطالعه بر روی نمونه وسیع‌تری وجود نداشت. امید است

- 20) Hosseinpoor AR, Parker LA, Tursan d'Espaignet E, Chatterji S. Social determinants of smoking in low and middle income countries: Results from the World Health Survey. *PLoS One*. 2011;6(5):e20331.
- 21) Safa M, Najafi Zadeh K, Talischi F, Ghassem Boroujerdi F, Khodami Vishteh HR. Determining the extent and pattern of drug abuse in patients undergoing lung and heart transplant in Masih Daneshvari hospital. *Research in Medical Science*. 2013;36(4): 193-199. (in Farsi)
- 22) Viegi G, Pistelli F, Sherrill DL, Maio S, Baldacci S, Carrozzi L. Definition, epidemiology and natural history of COPD. *European Respiratory Society*. 2007;30(5):993-1013.
- 23) Haskard KB, Banta JE, Williams SL, et al. Binge drinking, poor mental health, and adherence to treatment among California adults with asthma. *Journal of Asthma*. 2008; 4(5):369-376.
- 9) Beyer D, Mitfessel H, Gillissen A. Parental smoking and passive smoke exposure in childhood promotes the COPD exacerbation. *Refdoc Journal*. 2008;62(9):520-526.
- 10) Jha P, Jacob B, Gajalakshmi V, et al. A nationally representative case-control study of smoking and death in India. *The New England Journal of Medicine*. 2008;358(11):1137-1147.
- 11) Khademi K, Malekzade R, Pourshams A, et al. Opium use and mortality in Golestan cohort study: Prospective cohort study of 50000 adults in Iran. *British Medical Journal*. 2012;344:e2502.
- 12) Mokri A, Ekhtiari H, Edalati H, Ganjgahi H, Nader P. Relationship between craving intensity and risky behaviors and impulsivity factors in different groups of opiate addicts. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2008;14(3):258-268. (in Farsi)
- 13) Jaffe WB, Truvo E, Levy S, et al. Is this urine really negative? A systematic review of tampering methods in urine drug screening and testing. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2007;33(1):33-42.
- 14) WHO/WPRO. Smoking statistics, Fact sheet [Internet]. Geneva: World Health Organization Regional Office for the Western Pacific: 27 May 2002. [Cited 2009 Jan. 01] Available from: http://www.wpro.who.int/mediacentre/factsheets/fs_20020528/en/
- 15) Health statistics and information systems. Global Health Estimates (GHE). [Internet]. Geneva: World Health Organization. [Cited 2013 May 04]. Available from: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
- 16) Ferrucci L, Izmirlan G, Leveille S, et al. Smoking, physical activity, and active life expectancy. *American Journal of Epidemiology*. 1999;149(7):645-653.
- 17) Doll R, Peto R, Wheatley K, Gray R, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *British Medical Journal*. 1994;309(6959):901-911.
- 18) Facchinetti F, Amadei F, Geppetti P, et al. Beta-unsaturated aldehydes in cigarette smoke release inflammatory mediators from human macrophages. *American Journal of Respiratory Cell and Molecular Biology*. 2007;37(5):617-623.
- 19) Davies P, Yew W, Ganguly D, et al. Smoking and tuberculosis: the epidemiological association and immunopathogenesis. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2006;100(4):291-298.

The Study of Severity and Pattern of Smoking and Drug Abuse in COPD Patients

Mitra Safa¹, Saeid Fallah Tafti², Bamdad Mirab Zadeh Ardakani³
Fatemeh Ghassem Boroujerdi^{4*}, Firouzeh Talischi⁴

- 1) Clinical Tuberculosis and Epidemiology Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 2) Tobacco Prevention and Control Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 3) Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran
- 4) Chronic Respiratory Diseases Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases (NRITLD), Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

Abstract:

In holistic care the patients are considered comprehensively, not merely as an involved organ. So, the physical and psychological managements are needed to achieve the optimum treatment results.

The current analytic cross-sectional study tried to assess the amount and pattern of substance abuse among the hospitalized COPD patients of Dr. Masih Daneshvari Hospital, in order to provide more appropriate treatment for them. Ninety COPD patients with the history of substance abuse were compared with 90 ones without any abuse history. Using ASI questionnaire and SPSS software (V21) software, the patient's information was obtained and analyzed.

The participant's mean age was 66 ± 11 years, while 90% were male and 84% were married. At the time of study 37.9% was smoker which among them, 51.2% lit their cigarettes in the first 5 minutes upon waking up. Most patients (50.9%) started to use opium at the age of 20-39 years. Regular opium usage was seen in 71%; in them inhalation (64.8%) and oral (35.2%) were the intake routes. The Pattern of opium usage and number of hospital admission were related. Also, job and pattern of substances abuse were significantly related.

Most of the COPD patients continue to smoke and use opium, regardless of their progressive pulmonary disease. Thus, they are noncompliant with treatment and have obligatory multiple hospitalizations. As a result, comprehensive treatment of these patients - including both pulmonary disease and addiction - is needed to be addressed.

Keywords: COPD; Cigarette Smoking; Substance Abuse

* Corresponding Author:

Fatemeh Ghassem Boroujerdi. Chronic Respiratory Diseases Research Center, National Research Institute of Tuberculosis and Lung Diseases, Daar-Abad, Niavaran, Tehran, Iran, Email: anahita86@yahoo.com