

مطالعه کیفی مسمومیت حاد اپیویدی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در تهران

چکیده

دکتر آفرین رحیمی موقر^{۱*}

دکتر عمران محمدرزاقی^۱

۱. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران

زمینه و هدف: مصرف تزریقی مواد در کشور ما شایع است و یکی از مهمترین عوامل مسمومیت را تشکیل می‌دهد. این مطالعه با هدف بررسی میزان مسمومیت در مصرف‌کنندگان مواد، عوامل مؤثر بر آن و اقدامات و مداخلات موجود صورت گرفته است.

روش بررسی: برای انجام این مطالعه از روش‌های مطالعه کیفی استفاده شد. این مطالعه در ۶ محله از شهر تهران با جمعیت حدود ۴۰۰/۰۰۰ نفر انجام شد که از نظر شرایط فرهنگی اجتماعی، تاریخچه، ساختار و میزان شیوع مصرف تزریقی مواد و ارتکاب جرم متفاوت بودند. ۸۱ نفر از افراد کلیدی بخش‌های مختلف هر محله و ۱۵۴ نفر از معتادان تزریقی به طرق هدفمند، فرصت‌طلب و گلوله‌برفی انتخاب و به طور فردی یا گروهی مورد مصاحبه قرار گرفتند. از مطالعه اتنوگرافیک نیز برای مشاهده شرایط زندگی معتادان تزریقی استفاده شد.

یافته‌ها: در یک محله با سطح اقتصادی اجتماعی بالاتر معتاد تزریقی یافت نشد. در پنج محله دیگر وقوع مسمومیت در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، شایع گزارش شد. تزریق هرویین به تنهایی و یا همراه با داروها و مواد دیگر مهمترین الگوی ایجاد مسمومیت گزارش گردید. به‌طور کلی بی‌اطلاعی از میزان خلوص مواد مورد مصرف به‌عنوان مهمترین علت شیوع مسمومیت ذکر شد. اغلب درمانگاه‌ها و بیمارستان‌ها حتی در محله‌های با شیوع بالای اعتیاد تزریقی و مسمومیت، آمادگی لازم برای انجام اقدامات فوری مربوط به مسمومیت ناشی از مواد اپیویدی را نداشتند.

نتیجه‌گیری: با توجه به شیوع این پدیده، انجام مطالعات بیشتر، پیش‌بینی راهکارهای پیش‌گیری‌کننده و آموزش معتادان، خانواده‌ها و اطرافیان آنان و پیش‌بینی اقدامات قابل دسترس برای درمان مسمومیت ناشی از مصرف مواد اپیویدی پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: مصرف تزریقی مواد، هرویین، مواد اپیویدی، رفتار مخاطره‌آمیز، مسمومیت،

تهران

* تلفن: ۵۵۴۱-۵۲۲۵

پست الکترونیک: incas@tums.ac.ir

مقدمه

مسمومیت با تریاک در بین سال‌های ۷۰ تا ۷۷ در کودکان زیر ۳ سال در بیمارستان مرکز طبی کودکان گزارش شده است [۶]. همچنین در بررسی کلیه مراجعین بخش اورژانس کودکان بیمارستان نمازی شیراز که به علت مسمومیت مراجعه کرده بودند، مواد مخدر از علل شایع مسمومیت گزارش شد [۷].

مطالعاتی نیز نشان دهنده اعتیاد به عنوان عامل مسمومیت با مواد اپیویدی بوده‌اند. در مطالعه سال ۱۳۷۴ بر موارد مسمومیت در مشهد، ۲۶/۸ درصد از علل مسمومیت‌های حاد منجر به فوت را سوءاستفاده از مواد و داروها [۳] و در مطالعه چهار ساله مسمومیت‌های دارویی منجر به فوت در پزشکی قانونی تهران، علت ۵۵ درصد از موارد را سوءمصرف مواد گزارش نمودند [۸]. در کرمان نیز در مطالعه انجام شده بر موارد مسمومیت از سه مرکز درمانی این شهر، بیشترین مرگ و میر مربوط به معتادان بوده است [۹].

با این حال به هیچ مطالعه‌ای که میزان شیوع مسمومیت و عوامل مؤثر بر آن را میان معتادان بررسی کند، دسترسی نیافتیم. استفاده از روش‌های متعدد برای دسترسی به معتادان و انجام مصاحبه‌های عمیق، مباحثات متمرکز گروهی و انجام مشاهدات اتنوگرافیک در این مطالعه، این امکان را برای ما فراهم کرد که به اطلاعات با ارزشی در مورد شیوع مسمومیت در معتادان، عوامل مؤثر بر آن، اقداماتی که به کار گرفته می‌شوند و آمادگی اولین سطح بهداشت و درمان در برخورد با این مسأله بپردازیم.

روش بررسی

این مطالعه در شهر تهران انجام شد. ۶ محله از شهر تهران با شرایط متفاوت فرهنگی، اجتماعی، تاریخیچه ساختار و میزان شیوع متفاوتی از مصرف تزریقی مواد و ارتکاب جرم (براساس آنالیز اطلاعات مراجعین به مراکز درمانی سازمان

بررسی وضعیت سوء مصرف مواد در ایران (Rapid Situation Assessment, RSA) که بزرگترین مطالعه در امر اعتیاد در کشور بوده است، نشان داد که ۹ تا ۱۶ درصد معتادان به عنوان روش اصلی و یا فرعی از روش تزریق برای مصرف مواد استفاده می‌کنند [۱]؛ بنابراین می‌توان نتیجه‌گیری کرد که بیش از ۲۰۰/۰۰۰ معتاد تزریقی در ایران وجود دارد. در مطالعه‌ای، بررسی تغییرات و روند بروز سوءمصرف مواد نشان داد که گرچه میزان بروز مصرف مواد در سال‌های متوالی از نوسان‌هایی برخوردار بوده، لیکن در طی ۳۰ سال گذشته روند کلی رو به افزایش بوده است. همچنین، ملاحظه شد که در سال‌های اخیر رشد مصرف تزریقی مواد به مراتب بیشتر از بروز مصرف غیر تزریقی آن‌ها بوده است [۲].

متأسفانه آمار و اطلاعات کشوری برای شیوع مسمومیت در مصرف‌کنندگان مواد و عوامل آن وجود ندارد. لیکن مطالعاتی که عمدتاً از موارد ارجاع شده به پزشکی قانونی و یا بخش‌های مسمومیت بیمارستان‌ها در استان‌های مختلف منتشر شده است، نشانگر شیوع مواد اپیویدی (افیونی) به عنوان عامل مسمومیت حاد می‌باشد. به عنوان مثال، در بررسی ۹۳ مورد مرگ بر اثر مسمومیت در مشهد طی سال ۱۳۷۴، مواد مخدر به عنوان شایع‌ترین عامل (۳۲/۸ درصد) گزارش شده است [۳]. در بررسی ۱۷۸ مورد مرگ افراد بالای ۱۲ سال به دنبال مسمومیت دارویی و شیمیایی در سال ۱۳۷۵ در بیمارستان لقمان تهران، شایع‌ترین مواد مصرفی، مواد اپیویدی (۲۶ درصد) گزارش شده است [۴]. بررسی ۸۸ مورد فوت ناشی از مسمومیت‌ها در مرکز مسمومیت‌های اصفهان، نشان داد که شایع‌ترین علت مرگ، مصرف مخدرها (۱۱/۹ درصد) بوده است [۵].

حتی مطالعاتی نشان داده‌اند که در کودکان نیز مسمومیت با مواد اپیویدی از عوامل شایع مسمومیت می‌باشد. ۳۴ مورد

گرفتند. ۲۳ نفر از این تعداد زن و بقیه مرد بودند. دسترسی به زنان تزریقی بسیار مشکل بود.

در این پژوهش از ۳ روش مطالعه کیفی، شامل مصاحبه عمیق فردی، مباحثات متمرکز گروهی و مشاهدات اتنوگرافی استفاده شد. جهت کسب اطلاعات از کلیه افراد کلیدی در مورد وضعیت کلی محله، وضعیت مصرف تزریقی مواد و مسمومیت در معتادان تزریقی و اقدامات موجود در محله مربوطه از مصاحبه فردی عمیق^۴ و پرسش‌نامه‌های باز استفاده شد. همچنین جهت کسب اطلاعات از معتادان تزریقی در مورد بررسی سابقه مسمومیت در خودشان و عوامل مؤثر بر آن، از مصاحبه فردی عمیق و پرسشنامه نیمه ساختار یافته و باز استفاده شد. برای بررسی وضعیت مصرف تزریقی مواد در محله‌ها و شیوع مسمومیت و علل آن، اقدامات موجود و مداخلات لازم، گروه‌هایی از معتادان تزریقی محله تشکیل گردید. گروه‌ها توسط کارشناسان سازمان بهداشتی و معتادان بهبود یافته اداره می‌شدند و مباحثه متمرکز گروهی در چهارچوب پرسشنامه باز که قبلاً توسط گروه پژوهش طراحی شده بود، انجام شد. برای جلب نظر معتادان جهت شرکت در مطالعه و پیگیری جلسات گروهی هدایا و یا امکان درمان رایگان پیشنهاد شد. به منظور کسب اطلاعات بیشتر، موارد ذیل از طریق اتنوگرافی مورد بررسی قرار گرفت: وضعیت عمومی محله، شرایط طبیعی مصرف مواد و مصرف تزریقی توسط معتادان، محیط و شرایط زندگی افراد مصرف‌کننده و خدمات ارائه شده توسط مراکز درمانی معتادان و مراکز بهداشتی. پرسش‌نامه‌ها و دستورات عملی‌ها توسط گروه تحقیق و با استفاده از راهنمای سازمان بهداشت جهانی در خصوص ارزیابی و پاسخ سریع به مصرف تزریقی مواد [۱۰] تهیه شد. جدول ۱ تعداد افراد شرکت‌کننده در مطالعه را بر حسب موضوع مورد مطالعه در هر محله نشان می‌دهد.

بهبودستی در شهر تهران، تشکیل جلسات با نیروی انتظامی تهران و گرفتن فهرست محله‌های آلوده) انتخاب شدند. ۶ محله مذکور عبارتند از: مقصودبیک، امیریه، سیزده آبان، باغ‌آذری، شهرک ولیعصر، و عودلاجان. این مناطق از نظر توزیع جغرافیایی در شمال، مرکز، شرق مرکز، جنوب شرقی مرکز، جنوب غربی و جنوب و در حوزه شهرداری‌های مناطق ۱، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۲۰ شهرداری تهران قرار دارند. محله‌های مورد مطالعه، دارای وسعت تقریبی ۰/۴ تا ۸ کیلومتر مربع می‌باشند.

جمعیت مورد نظر در این پژوهش، افراد کلیدی و مصرف‌کنندگان تزریقی مواد در محله‌های مورد مطالعه در شهر تهران بودند. افراد کلیدی در هر محله شامل رییس کلانتری، رییس اداره مواد مخدر، پزشک شاغل در مراکز دولتی و خصوصی، مسئول مرکز بهداشتی - درمانی شهری، جانشین شهردار، مسئولین داروخانه، مسئول پایگاه انتقال خون و مسئولین مدارس و مساجد بودند. این افراد به صورت هدف‌دار^۱ انتخاب و مورد مصاحبه قرار گرفتند. مجموعاً ۸۱ نفر از افراد کلیدی ذکر شده مصاحبه شدند.

مجموعاً ۱۵۴ نفر معتاد تزریقی در محله‌های مورد بررسی مورد مصاحبه قرار گرفتند. در این مطالعه به کسانی معتاد تزریقی اطلاق گردید که هر روزه مواد مصرف کرده و در طول ۳ ماه قبل از انجام مصاحبه به طور غالب و به صورت تزریقی مواد مصرف کرده بودند. از طرق مختلف برای دسترسی به این افراد استفاده شد. ۳۱ نفر به روش فرصت‌طلبانه^۲ از مراکز درمانی دولتی معتادان، مطب‌های خصوصی و شرکت‌کنندگان در جلسات NA (معتادان گمنام) انتخاب شدند. به ۷۱ نفر از طریق اتنوگرافی و به ۵۲ نفر از طریق گلوله برفی^۳ دسترسی پیدا شده و مورد مصاحبه قرار

-
- 1 - Sampling Purposive
 - 2 - Opportunistic Sampling
 - 3 - Sampling Snowball

4 - In-Depth Interview

جدول ۱- تعداد افراد شرکت کننده در مطالعه بر حسب موضوع مورد مطالعه در هر محله						
نام محله	تزریق در هر محله	مربوطه و مداخلات پیشنهادی	رفتارهای پرخطر، عوامل	تزریق مواد	وضعیت کلی محله،	مصاحبه با افراد کلیدی در
مقصودبیک	-	-	-	۱۳	مورد وضعیت کلی محله،	مصاحبه متمرکز گروهی
امیریه	-	-	-	۱۴	وضعیت مصرف تزریقی مواد	مصاحبه متمرکز گروهی
۱۳ آبان	۱۶ (2 FGDs)	۱۰ (1 FGD)	۱۱ (1 FGD)	۱۳	رفتارهای پرخطر معنادان	مصاحبه متمرکز گروهی
باغ آذری	۱۷ (2 FGDs)	۷ (1 FGD)	۷ (1 FGD)	۱۴	تغییرات مصرف مواد	مصاحبه متمرکز گروهی
شهرک ولی عصر	۲۱ (2 FGDs)	۱۰ (1 FGD)	۱۰ (1 FGD)	۱۴	رفتارهای پرخطر معنادان	مصاحبه متمرکز گروهی
عودلاجان	۲۵ (3 FGDs)	۸ (1 FGD)	۸ (1 FGD)	۱۳	رفتارهای پرخطر معنادان	مصاحبه متمرکز گروهی
جمع	۲۳ (3 FGDs)	۴۶ (5 FGDs)	۴۶ (5 FGDs)	۸۱	رفتارهای پرخطر معنادان	مصاحبه متمرکز گروهی
	۱۰۲ (12 FGDs)				رفتارهای پرخطر معنادان	مصاحبه متمرکز گروهی
	۵۹				رفتارهای پرخطر معنادان	مصاحبه متمرکز گروهی

FGD : Focus Group Discussions *

**برخی از معنادان تزریقی در دو FGD و مصاحبه عمیق شرکت کردند.

قرار می گرفت و در صورت مخالفت، پرسش گری انجام نمی شد. افراد کلیدی نیز در صورت تمایل در مصاحبه شرکت می نمودند. به افراد مورد مصاحبه توضیح داده می شد که در این طرح هیچ گونه صدمه ای به کسی وارد نمی شود و نتایج حاصل از این بررسی برای کلیه افراد مفید و ضروری است.

یافته ها

در این مطالعه، در محله مقصود بیک که در شمال تهران واقع است و ساکنین آن از وضعیت بالای اقتصادی اجتماعی برخوردارند و آسیب های اجتماعی شیوع ندارد، مصرف تزریقی مواد درون محله و ساکنین یافت نشد. به اعتقاد افراد کلیدی نیز الگوی مصرف مواد در این محله عمدتاً غیر تزریقی می باشد، گرچه معنادان تزریقی بی خانمان از محله های دیگر جهت مصرف مواد به اطراف این محله می آمدند. در ۵ محله دیگر دسترسی به معنادان تزریقی نسبتاً به سادگی انجام شد.

برای تهیه گزارش، فهرستی از متغیرهای ضروری برای تحلیل اطلاعات تهیه شده و تجزیه و تحلیل اطلاعات کیفی (مصاحبه های عمیق، مباحثات متمرکز گروهی و مطالعات اتنوگرافی) به طور دستی آغاز شد. سپس چارچوب گزارش و فهرست موضوعی آن تهیه گردید. بخش هایی از پرسش نامه که ماهیت ساختار یافته داشت و عمدتاً به ویژگی های پرسش شوندگان مربوط بود با استفاده از نرم افزار SPSS-6 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از آن جا که به دلیل ماهیت غیرقانونی، ضداجتماعی و پنهان بودن اعتیاد، امکان انتخاب تصادفی معنادان وجود نداشت، بنابراین اطلاعات عمدتاً به صورت کیفی ارائه شده و از ارائه اطلاعات کمی برای پرهیز از مخدوش شدن و سوء تعبیر صرف نظر شده است.

برای رعایت ضوابط اخلاقی، نام و نام خانوادگی معنادان در پرسش نامه های مربوطه ثبت نمی گردید. همچنین در ابتدای مصاحبه، بعد از توضیحات پرسش گر مبنی بر محرمانه بودن اطلاعات، آمادگی افراد برای شرکت در مصاحبه مورد سؤال

دنبال درمان یا زندانی شدن و سپس مصرف با دوز قدیمی، تزریق مکرر مواد ناخالص و سپس رو به رو شدن با مواد خالص، تغییر مداوم ناخالصی مواد موجود در بازار، خماری بیش از حد و عدم رعایت آهسته تزریق کردن مواد. برخی خیس بودن فاشق یا دست در حین تهیه مواد را عامل مسمومیت می‌دانستند. تعدادی بر این باور بودند که اگر پول مواد را از راه خلاف مثل دزدی فراهم شود دچار مسمومیت می‌شوند. برخی هم ذکر می‌کردند که از مسمومیت لذت می‌برند و معمولاً عمداً سعی در ایجاد مسمومیت دارند.

اکثر قریب به اتفاق معتادان شاهد موارد فوت ناشی از مسمومیت بودند که در بسیاری از موارد نیز اعضای خانواده یا نزدیکان را شامل می‌شده است. بسیاری عنوان کردند که بارها شاهد چنین مرگ‌هایی بوده‌اند. در طی مدت چهل روز کار میدانی در سه محله، بیش از ۲۰ مورد مرگ معتادین توسط پرسش‌گران مشاهده و ثبت شد. در اکثر موارد مرگ، ماده مصرفی هرویین و ندرتاً تریاک یا شیره و در تمام موارد روش مصرف تزریق ذکر شده است. مهمترین علت مرگ، تازه کار بودن فرد مصرف کننده، ضعف بدنی، تزریق در تنهایی و یا خودکشی ذکر شده است. بسیاری از معتادان ذکر کردند که طی ماه‌های اخیر مواد ناخالص شده است و مأموران نیروی انتظامی هم آن را تأیید کرده‌اند. عده‌ای هم معتقد بودند که به مواد، سیانور و یا ناخالصی‌های دیگر اضافه کرده‌اند که طی ماه قبل از انجام کار میدانی تعداد زیادی مرده‌اند.

در اتنوگرافی محله سیزده آبان، پرسش‌گر چنین گزارش کرده بود: "در خیابان اردیبهشت سوم، یک نفر معتاد تزریقی فوت کرده بود که در مجلس ختم او شرکت کردیم. متوفی متأهل و صاحب ۲ فرزند بود و به نظر می‌رسید که بعد از تزریق فوت کرده است. عده‌ای معتقد به خودکشی متوفی بودند."

در اتنوگرافی محله باغ آذری پرسش‌گر چنین گزارش کرده بود: "طی دو روز پرسش‌گری که در محله جنگل بودیم،

از ۱۵۴ معتاد تزریقی شرکت کننده از ۵ محله، ۱۸/۷ درصد بی‌سواد بوده و یا تنها دارای سواد خواندن و نوشتن بودند. ۱۰/۷ درصد دیگر دارای تحصیلات دیپلم و بالاتر بودند. حدود یک‌سوم شغل ثابت داشتند. بقیه بیکار و یا دارای مشاغل کاذب بوده و یا به فعالیت‌های غیرقانونی اشتغال داشتند. ۱۸/۲ درصد بی‌خانمان بودند. بنابراین اکثر آن‌ها با خانواده زندگی می‌کردند که در این موارد شایع‌ترین منبع تأمین هزینه‌های معتادان تزریقی، از طریق اعضای خانواده بود. افراد بی‌خانمان از وضعیت تغذیه و بهداشت خوبی برخوردار نبودند. گرچه، اغلب عنوان کردند که از درجاتی از اعتقادات مذهبی برخوردار می‌باشند، ولی انجام فرائض مذهبی را تعداد کمی گزارش کردند. زنان گرچه نسبت کمتری را تشکیل می‌دادند (۱۴/۹ درصد)، لیکن عموماً شرایط زندگی آن‌ها بسیار نامطلوب و غیر بهداشتی بوده و بسیاری، از طریق روسپیگری امرار معاش می‌کردند.

تقریباً همه معتادان، شاهد موارد متعددی از مسمومیت ناشی از مصرف مواد در اطرافیان‌شان بودند. حدود نیمی از مصاحبه‌شوندگان، خود سابقه مسمومیت را داشتند که بین یک تا ۱۰۰ بار ذکر شده ولی اکثراً دو یا سه بار بود. در اکثریت قریب به اتفاق موارد، هرویین به تنهایی یا همراه با یک یا چند ماده دیگر مصرف شده بود که ماده دیگر اکثراً دیازپام و گاهی لورازپام، دی‌فنوکسیلات، ترکیبات کدیننه، آمی‌تریپتیلین، حشیش و یا الکل بود. به ندرت تریاک به عنوان ماده مصرفی منجر به مسمومیت ذکر شد که در چنین مواردی با داروی دیگری مثل قرص دیازپام همراه بوده است. روش مصرف در اکثر قریب به اتفاق تزریق و ندرتاً تدخین و خوردن ذکر شد. علل ذکر شده برای مسمومیت عبارتند از: تزریق هرویین با خلوص بالا که اصطلاحاً اشک خدا نامیده می‌شود، تزریق هرویین توأم با داروهای دیگر، ناخالصی مواد و ترکیب شیرخشک، سریش، قرص‌های مسکن کوبیده شده، خاک و خاشاک یا مواد نامعلوم دیگر با مواد؛ ترک مصرف مواد به

می شوند. فوت کنندگان بیشتر بی خانمان و گاهی باخانمان بودند. راه‌هایی را که معتادان برای پیش‌گیری از بروز مسمومیت به کار می‌برند، بدین شرح ذکر کرده‌اند: مصرف دوز پایین‌تر مواد، دقت در اندازه‌گیری میزان مصرفی، تزریق آهسته، خریدن جنس مرغوب از افراد مورد اعتماد و تزریق گروهی. برخی به مصرف قرص کدینه قبل از تزریق نیز اشاره کرده‌اند. برخی نیز گفته‌اند که باید مصرف تزریقی را کنار بگذارند و برخی دیگر جانسین کردن مصرف تریاک را به جای هرویین ضروری دانسته‌اند.

در خصوص نحوه تخمین میزان خلوص مواد مصرفی خود، اکثراً ذکر کرده‌اند که قادر به تخمین نیستند و بعد از مصرف، متوجه میزان خلوص آن می‌شوند. برخی گفته‌اند که همواره، مقدار همیشگی را مصرف می‌کنند، اگر اثر نداشت دوباره مصرف می‌کنند. برخی نیز به روش‌های دیگری اشاره کرده‌اند:

- چشیدن هرویین با نوک زبان، میزان تلخی نشان دهنده میزان خلوص و میزان زبری مواد نشان دهنده میزان ناخالصی است؛
- وجود بقایای زیاد هرویین حل شده در آب جوش، نشان دهنده ناخالصی بالاست؛

- اگر پس از حل شدن هرویین در آب، مایع زرد کدر حاصل شود و موادی روی آب باقی بماند نشان دهنده ناخالصی است؛

- هرویین هر چه تیره‌تر باشد، خلوص بیشتری دارد.

اکثر مراکز درمانی مناطق، فاقد امکانات درمان مسمومیت مانند نالوکسان بودند. برخی از درمانگاه‌ها در آلوده‌ترین نقاط با شیوع بالای اعتیاد تزریقی و مسمومیت، از مشاهده هرگونه موارد مسمومیت ابراز بی‌اطلاعی کردند و گفتند که هرگز مراجعه کننده‌ای نداشته‌اند. تنها در دو مرکز، نالوکسان یافت شد. حتی دو بیمارستان بزرگ و دانشگاهی مجاور محله‌ها، فاقد نالوکسان بودند. در هیچ یک از مطب‌های خصوصی نیز نالوکسان موجود نبود. برخی از پزشکان این مطب‌ها گفتند که

مردی ۲۸ ساله با لباس مرتب و شلوار جین و کفش اسپرت بین معتادان کثیف در جنگل می‌نشست. ما برای پرسش‌گری از زنان، داخل محله چرخیدیم و ساعت ۱۰/۳۰ صبح به همانجا برگشتیم. دیدیم که آن مرد، طاقباز، رو به آسمان افتاده و ظاهراً نفس نمی‌کشد. معتادهای دیگر گفتند چپ کرده (مسموم شده) است. معتاد تزریقی زنی که با ما بود، گفت: آقای دکتر، این پسر، زن و بچه دارد، معاینه‌اش کن، اتفاقی برایش نیفتاده باشد. بعد از معاینه دیدم بدنش هنوز گرم است ولی ضربان قلب و تنفس ندارد و میدریاز دوپل هم هست. بلافاصله به پلیس و پزشکی قانونی اطلاع دادیم. حدود ساعت ۳/۳۰ عصر ماشین متوفیات آمد و او را برد." در این محله یکی از معتادان حین اتنوگرافی گفته است: "مردن معتادان تزریقی امری عادی شده است. به هم می‌گویند فلانی هم مرد، بقیه می‌گویند خدا بیامرز دش."

در اتنوگرافی محله عودلاجان پرسش‌گر چنین گزارش کرده بود: "در طی یک ماه کار میدانی، از ۴ مورد مرگ و میر عمدی (خودکشی) و غیرعمدی (مصرف زیاده از حد مواد) معتادان آگاه شدیم. یکی از آن‌ها، زن ۲۲ ساله‌ای بود که سرنگ در دست، یک روز صبح در حیاط منزلش پیدا شد. همسرش زندانی بود و تنها فرزندش بعد از مرگ وی به همسایه‌ها سپرده شد. موارد دیگر نیز بین ۲۰ تا ۳۰ سال داشتند. به طور میانگین، هفته‌ای یک بار شاهد معتادانی بودیم که با مصرف مقادیر زیاد مواد، اصطلاحاً چپ کرده بودند. اکثراً می‌گفتند خودشان پس از چند ساعت حالشان جا می‌آید و می‌بینند اطرافشان مقدار زیادی پول خرد (معادل ۱۰ تا ۲۰ هزار تومان) ریخته شده است. کسی آن‌ها را به پزشک ارجاع نمی‌دهد. در مواردی که برخی در کنار خیابان مسموم می‌شدند، عده‌ای وارد بودند و برای احیاء، تنفس مصنوعی، تلمبه پایی و ماساژ قلبی می‌دادند."

بنا به اظهار معتادان اکثر موارد فوت ناشی از مسمومیت، مردان جوان هستند؛ ولی گاهی زنان نیز در میان آن‌ها دیده

مسمومیت، دیده‌اند که مردم دورشان پول ریخته‌اند بدون آن که کمک دیگری کرده باشند.

بحث

با توجه به این که در این مطالعه، ۶ محله بسیار متفاوت از نظر ویژگی‌های تاریخی، جغرافیایی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و آسیب‌های اجتماعی مورد بررسی قرار گرفتند، می‌توان تصور کرد که اطلاعات کیفی به دست آمده، نمای نسبتاً مناسبی را از وضعیت مسمومیت ناشی از مصرف مواد در محله‌های تهران به دست می‌دهد. مطالعه کیفی حاضر، موجب دسترسی به اطلاعات عمیقی شد که از طریق پژوهش‌های کلاسیک قابل دستیابی نبود. همچنین بدون نگرانی از ضرورت انتخاب تصادفی نمونه‌ها و تعمیم پذیری اطلاعات به دست آمده، گروه‌های بسیار خاص معتادان مانند معتادان و زنان روسپی مورد دسترسی و مطالعه قرار گرفتند. در این مطالعه دسترسی به معتادین در اغلب محله‌ها آسان بود و اغلب با همکاری خوب، اطلاعات با ارزشی را با کمترین نگرانی در اختیار محققین قرار دادند.

این مطالعه نشان داد که بروز مسمومیت در میان معتادان تزریقی امری کاملاً شایع است که در موارد بسیاری موجب مرگ می‌شود؛ به طوری که شاید شایع‌ترین دلیل مرگ معتادان تزریقی را به خود اختصاص دهد. چنین نتایجی از کشورهای مختلف جهان نیز گزارش شده است. در مطالعه‌ای در سه بخش از انگلستان، ۵۶ درصد از مصرف‌کنندگان هرویین سابقه مسمومیت را ذکر کرده بودند [۱۱]. در لندن بیش از نیمی شاهد مسمومیت فرد دیگر و یک سوم شاهد مرگ ناشی از مسمومیت بودند [۱۲]. در روسیه ۵۹ درصد از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد اپیویدی سابقه مسمومیت از مواد را ذکر کرده، ۸۱ درصد شاهد مسمومیت فرد دیگر و ۱۵ درصد شاهد مرگ

هرگز به فکر این مسأله هم نبوده‌اند. در اکثر قریب به اتفاق درمانگاه‌ها ذکر شده است که موارد مسمومیت را به بیمارستان لقمان (بیمارستان مرجع برای درمان مسمومیت در تهران) ارجاع می‌دهند. در هیچ یک از درمانگاه‌ها، پیگیری فرد مسموم یا اقدامات برای پیش‌گیری از مسمومیت بعدی وجود نداشت.

در شهرک ولی‌عصر در یکی از مراکزی که نالوکسان موجود بود، مسؤول درمانگاه گفت: «معتادانی که به علت مسمومیت به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند، اغلب علت اصلی را بیان نمی‌کنند که موجب ابهام در تشخیص می‌شود و تنها پس از تزریق نالوکسان علت اختلال هوشیاری در بیمار مشخص می‌شود. پس از به هوش آمدن هم، بیمار به مدت کوتاهی تحت نظر گرفته می‌شود و به طور کلی پیگیری خاصی صورت نمی‌گیرد.»

در مورد اقداماتی که معمولاً خود معتادان برای مسمومیت انجام می‌دهند، تقریباً همه ذکر کرده‌اند که چه در مورد خودشان و چه در مورد دیگران، هرگز به پزشک یا مرکز درمانی مراجعه نکرده‌اند. در بسیاری از موارد، علت آن عدم احساس نیاز و در برخی از موارد، نگرانی از عدم پذیرش مراکز، نداشتن پول یا همراه ذکر شده است. ندرتاً اشاره شده که بدون ابراز شکایت اصلی به درمانگاه مراجعه کرده‌اند. اقداماتی که خود معتادان یا اطرافیان در برخورد با مسمومیت ناشی از مصرف مواد انجام می‌دهند، عبارتند از: تزریق یا مصرف زیرزبانی جوهرلیمو، خوردن شربت آب‌لیمو، تزریق جوشانده نمک، خوردن آنتی‌بیوتیک، مصرف استامینوفین کدئین، استراحت و دوش آب سرد، به هوش آوردن با تحریکات دردناکی مانند کتک، سیلی و لگد، تلمبه زدن (خم کردن پاهای بیمار روی سینه اش، نشستن روی باسن وی)، ماساژ قفسه سینه و تنفس دهان به دهان، و اطلاع به شهرداری. بسیاری از معتادان ذکر کرده‌اند که بعد از به هوش آمدن از

کمی همراه است [۲۰]. Strang و همکاران تخمین زده‌اند که دوسوم مرگ و میرهای ناشی از مسمومیت با مواد اپیویدی با دسترسی افراد به نالوکسان در منزل قابل پیش‌گیری است [۱۲]. به‌خصوص که مطالعه حاضر و مطالعات بسیار دیگر مانند مطالعه انجام شده در سوئیس نشان داد که کسانی که دچار مسمومیت حاد اپیویدی می‌شوند قبلاً نیز بارها دچار مسمومیت شده‌اند [۲۰]. بنابراین برنامه‌ریزی جامع برای آموزش کلیه درمانگاه‌ها و اورژانس‌ها و پزشکان، به ویژه در محله‌هایی که مصرف تزریقی مواد شیوع بالایی دارد، مجهز شدن آن‌ها به نالوکسان و ارائه خدمات بهداشتی و آموزش به معتادان توسط این مراکز و پیگیری و ارجاع آن‌ها به مراکز درمانی اعتیاد، قویاً توصیه می‌شود. همچنین از آنجایی که تأمین راه هوایی باز و تزریق نالوکسان مهمترین اقدامات لازم در مسمومیت با مواد اپیویدی هستند، آموزش اولیه آن‌ها و در اختیار گذاشتن نالوکسان برای معتادان می‌تواند از میزان مرگ و میر آن‌ها بکاهد. این امر نیازمند مطالعات بیشتر است.

یکی از یافته‌های مهم این تحقیق، اتفاق نظر پاسخ‌گویان در مورد نگرش منفی کارکنان بهداشتی به معتادان است که حتی به نظر می‌رسد افراطی‌تر از نگرش پلیس باشد. اقدامات درمانی مسمومیت، مداخلات بهداشتی درمانی بوده و به مسؤولیت مستقیم یا نظارت و همکاری سیستم بهداشتی نیازمند است. از سوی دیگر، انجام هرگونه مداخله نیازمند پذیرش معتاد و پذیرش رفتارهای غیربهداشتی و مخاطره آمیز و نابهنجار آن‌هاست؛ بنابراین به نظر می‌رسد می‌بایست فعالیتی جدی برای تغییر آگاهی و نگرش کارکنان بهداشتی صورت گیرد.

همچنین لازم است سیستم ثبت اطلاعات بیمارستان‌های خاص درمان مسمومیت‌ها به‌ویژه بیمارستان لقمان تهران روزآمد شده و یا حداقل مطالعه‌ای مقطعی جهت بررسی وضعیت مراجعین خود به دلیل مسمومیت، از نظر اعتیاد و عوامل مؤثر بر مسمومیت آن‌ها انجام دهد و پزشکی قانونی

ناشی از مسمومیت بودند [۱۳]. در کانادا ۱۷/۲ درصد از مصرف‌کنندگان هرویین در طول ۶ ماه قبل از مطالعه دچار مسمومیت ناشی از مصرف شده بودند [۱۴].

مطالعه حاضر نشان داد که مواد موجود در بازار، درجات متفاوتی از خلوص را دارند و اغلب معتادان از تشخیص درست میزان خلوص یا مواد متشکله مواد مصرفی خود ناتوانند. در مطالعه Man و همکاران نیز بیماران علت مسمومیت خود را اشتباه در قضاوت میزان خلوص مواد و اشتباه در قضاوت میزان تحمل خود نسبت به مواد عنوان کرده بودند [۱۱]. White و Irvine عنوان کرده‌اند که با مصرف اپیویدها گرچه نسبت به بسیاری از تأثیرات آن‌ها تحمل ایجاد می‌شود، ولی تحمل به دپرسیون تنفسی کامل نیست و ممکن است آهسته‌تر از تحمل به اثرات نشئه‌زایی و اثرات دیگر باشد. در نتیجه احتمال مسمومیت و دپرسیون تنفسی در مصرف‌کننده‌های طولانی‌تر و قدیمی اپیویدها نسبتاً زیاد است [۱۵].

در مطالعه حاضر معتادان عنوان کردند که خود، راه‌هایی را برای پیش‌گیری و یا درمان مسمومیت به کار می‌برند و تقریباً هیچ‌کمی از درمانگاه‌ها، پزشکان و مراکز بهداشتی دریافت نمی‌کنند. درمانگاه‌ها، اورژانس‌ها و مراکز که در محله‌های پرخطر قرار دارند، نسبت به این مسأله بی‌اطلاع و بی‌توجهند و از حداقل خدمات مربوطه برخوردار نمی‌باشند. در مطالعه مشابهی در روسیه مصرف‌کنندگان تزریقی مواد گزارش کردند که وقتی دوستانشان دچار مسمومیت از مواد اپیویدی می‌شوند، تمایلی ندارند وی را به مرکز درمانی ببرند و علت آن را بی‌تأثیر بودن و یا ترس از دستگیر شدن توسط پلیس ذکر کرده بودند [۱۳].

گزارش‌هایی از آمریکا و استرالیا نشان داده‌اند که مرگ در نتیجه مسمومیت با مواد اپیویدی در دهه‌های گذشته افزایش یافته است [۱۹-۱۶]. Cook و همکاران نشان دادند که مسمومیت حاد اپیویدی اگر درمان شود با میزان مرگ و میر

WHO Coordinating Group, Dr. Maristella Monteiro, Dr. Vladimir Poznyak; WHO consultants, Prof. Gerry Stimson, Mr. Chris Fitch

معاونت پیش‌گیری سازمان بهداشتی کشور، معاونت پیش‌گیری سازمان بهداشتی استان تهران و کارشناسان شرکت‌کننده در مطالعه، مسئولین ستاد مبارزه با مواد مخدر، مسئولین مبارزه با مواد مخدر نیروی انتظامی تهران بزرگ و مناطق مورد مطالعه، مسئولین مراکز سازمان بهداشتی، شهرداری، مراکز بهداشتی، مراکز انتقال خون، سازمان آموزش و پرورش، مساجد در ۶ منطقه و کلیه افراد کلیدی شرکت‌کننده در این مطالعه، کلیه مصرف‌کنندگان مواد شرکت‌کننده در این مطالعه که با وجود شرایط بیماری داوطلبانه همکاری کردند.

نیز تمهیداتی برای ثبت دقیق موارد مرگ ناشی از مصرف مواد به خصوص در معتادان و موظف نمودن کلیه پزشکان به گزارش این موارد اتخاذ نماید.

تقدیر و تشکر

هزینه این پژوهش توسط دفتر سوء مصرف مواد سازمان بهداشت جهانی و معاونت امور فرهنگی و پیش‌گیری سازمان بهداشتی کشور تأمین شده است. نویسندگان از زحمات خانم‌ها دکتر سپیده سیگاری و دکتر هنگامه رضایی فرد و آقای سعید نوروزی برای همکاری نزدیک و ارزشمندشان در اجرای این تحقیق سپاسگزاری می‌نمایند. همچنین از افراد و گروه‌های زیر که در اجرای این مطالعه نقش به‌سزایی داشتند قدردانی می‌شود:

A qualitative study on opioid overdose in injection drug users in Tehran

A. Rahimi Movaghar^{1*}
E. Mohammad Razzaghi¹

1. Iranian National Center for
Addiction Studies, Tehran
University of Medical Sciences,
Tehran, Iran

ABSTRACT

Background: Injection drug use (IDU) in Iran is not rare and is one of the main factors in opioid overdose. The objective of this study was the qualitative assessment of overdose, related factors, and available interventions.

Methods: A qualitative method was employed. Six districts of Tehran with a population of 400,000 inhabitants were selected. The districts were different in socioeconomic characteristics, urban structures and prevalence of IDU and crime. A total of 81 key informants from different sectors and 154 injection drug users (IDUs) were selected by purposeful, opportunistic and snowball sampling, and interviewed individually or in groups. Ethnographic observations were done for studying the life situation of IDUs.

Results: In one district no cases of IDU were found. In other districts, overdose in IDUs was reported to be common. Heroin injection alone or in combination with other drugs was the main reported cause of overdose. Reportedly, wrong estimation of drug purity was the most important reason. Even in the districts with highest rate of IDU and overdose, most clinics and hospitals did not have enough facilities necessary for management of acute opioid overdose.

Conclusion: According to the high prevalence of overdose, provision of preventive education of drug users and their relatives and availability and accessibility of emergency services is highly recommended.

Keywords: Injecting drug use, overdose, heroin, opioids, risk behaviors, Tehran

* Tel: +98(21) 55415225
E-mail:incas@tums.ac.ir

References

۱. رزاقی ع م. رحیمی موقر آ. حسینی م. مدنی س. گزارش بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. معاونت پیش‌گیری سازمان بهزیستی کشور. برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل. تهران، ۱۳۸۲ و ۱۷۸-۱۷۶.
۲. رحیمی موقر آ. محمد ک. رزاقی ع م. روند ۳۰ ساله وضعیت سوء مصرف مواد در ایران. حکیم ۱۳۸۱؛ سال پنجم. شماره ۱: ۱۸۱-۱۷۱.
۳. عطاران ح. شریعت م. مرگ‌های ناشی از مسمومیت حاد بررسی اپیدمیولوژیک سال ۱۳۷۴ شهرستان مشهد. پزشکی قانونی ۱۳۷۵؛ سال سوم. شماره ۱۰: ۲۵-۱۶.
۴. جلالی ن. پژوهش‌ها. فرهنگ ع. کاهانی ع. بررسی اپیدمیولوژی مرگ و میر ناشی از مسمومیت‌های دارویی و شیمیایی. پزشکی قانونی ۱۳۷۸؛ سال پنجم. شماره ۱۷: ۲۵-۱۶.
۵. ایزدی مود ن. قشلاقی ف. شرفی ا. بررسی مسمومیت‌های منجر به فوت در بخش مسمومین مرکز پزشکی نور اصفهان. پزشکی قانونی ۱۳۸۲؛ سال نهم. شماره ۳۱: ۱۲۶-۱۲۲.
۶. کدیور م. جوادی نیا ن. نعمتی ن. بررسی موارد مسمومیت باتریاک و مشتقات آن. مجله علمی نظام پزشکی ۱۳۷۹؛ سال هجدهم. شماره ۲: ۱۰۶-۱۰۰.
۷. کاشف س. هراتی ه. بررسی یکساله مسمومیت‌های حاد در کودکان مراجعه کننده به بخش اتفاقات بیمارستان نمازی شیراز. مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۸۱؛ سال دهم. شماره ۲: ۴۶-۴۲.
۸. حاجی قاسم ش. بررسی چهار ساله مسمومیت‌های دارویی منجر به فوت ارجاع شده به سازمان پزشکی قانونی تهران آزمایشگاه سم‌شناسی سازمان پزشکی قانونی کشور. پزشکی قانونی ۱۳۷۷؛ سال چهارم. شماره ۱۴: ۳۷-۲۴.
۹. یاسمی م ت. صانعی ن. ملک‌پور افشار ر. هنرمند ع. میرشکاری ر. بررسی همه‌گیرشناسی اقدام به خودکشی در شهر کرمان. اندیشه و رفتار ۱۳۷۷؛ سال سوم. شماره ۱۲: ۲۷-۱۵.
10. Stimson GV, Fitch C, Rhodes T. The Rapid Assessment and Response Guide for Injecting Drug Use. Geneva: WHO: 1998.
11. Man LH, Best D, Gossop M, Stillwell G, Strang J. Relationship between prescribing and risk of opiate overdose among drug users in and out of maintenance treatment. *Eur Addict Res* 2004; 10: 35-40.
12. Strang J, Powis B, Best D, Vingoe L, Griffiths P, Taylor C, Welch S, Gossop M. Preventing opiate overdose fatalities with take-home naloxone: pre-launch study of possible impact and acceptability. *Addiction* 1999; 94: 199-204.
13. Sergeev B, Karpets A, Sarang A, Tikhonov M. Prevalence and circumstances of opiate overdose among injection drug users in the Russian Federation. *J Urban Health* 2003; 80: 212-9.
14. Fischer B, Brissette S, Brochu S, Bruneau J, el-Guebaly N, Noel L, Rehm J, Tyndall M, Wild C, Mun P, Haydon E, Baliunas D. Determinants of overdose incidents among illicit opioid users in 5 Canadian cities. *CMAJ* 2004; 171: 235-9.
15. White JM, Irvine RJ. Mechanisms of fatal opioid overdose. *Addiction* 1999; 94: 973-4.
16. Hall W, Darke S. Trends in opiate overdose deaths in Australia 1979-1995. *Drug Alcohol Depend* 1998; 52: 71-7.
17. Hall WD, Dequenhardt LJ, Lvnkskey MT. Opioid overdose mortality in Australia, 1964-1997: birth-cohort trends. *Med J Aust*. 1999; 171: 34-7.
18. Lynskey M, Hall W. Jurisdictional trends in opioid overdose deaths, 1988-96. *Aust N Z J Public Health* 1998; 22: 802-7.
19. Center for Disease Control and prevention (CDC). Unintentional opiate overdose deaths- King County, Washington, 1990-1999. *Morb Mortal Wkly Rep* 2000; 49: 636-40.
20. Cook S, Moeschler O, Michaud K, Yersin B. Acute opiate overdose: characteristics of 190 consecutive cases. *Addiction* 1998; 93: 1559-65