

بررسی فراوانی مصرف مواد با اختلالات روان پزشکی در بیماران بستری در بخش اعصاب و روان بیمارستان شهید بهشتی زنجان

دکتر اکرم شیر^۱، دکتر مینا شعبانی^۲، دکتر نورالدین موسوی نسب^۳، فاطمه اسکندری^۴

نویسنده‌ی مسئول: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان manaz@zums.ac.ir

دریافت: ۹۴/۱۱/۱۴ پذیرش: ۹۵/۹/۷

چکیده

زمینه و هدف: سوء مصرف مواد و اختلالات وابسته به آن شیوع بالایی در میان بیماران روانپزشکی دارد. این مطالعه به منظور بررسی فراوانی مصرف مواد در بیماران با اختلالات روانپزشکی بخش روان بیمارستان شهید بهشتی انجام شد تا از این طریق بتوان تدابیر درمانی مناسب‌تری اتخاذ نموده و از تحمیل هزینه‌های درمانی اضافی و بی‌نتیجه به بیمار، خانواده و جامعه جلوگیری کرد.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقطعی بود. جامعه‌ی مورد نظر ۲۷۰ نفر از بیماران روانپزشکی بستری شده در بخش روان بیمارستان شهید بهشتی بودند که به روش نمونه‌گیری آسان انتخاب شدند. بیماران پرسشنامه‌های دموگرافیک را تکمیل نموده و با استفاده از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش چهارم (DSM-IV) شناسایی شدند. اطلاعات با استفاده از آزمون (t-test) و آزمون خی دو (χ^2) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: در این مطالعه ۲۷۰ بیمار که شامل ۱۳۷ نفر مرد و ۱۳۳ نفر زن بودند مورد بررسی قرار گرفتند که ۷۲ نفر (۲۶/۷ درصد) مصرف مواد داشتند. ۶۰ نفر (۴۳/۸ درصد) از بیماران مرد و ۱۲ نفر (۹ درصد) از بیماران زن مصرف مواد داشتند و مصرف مواد در بین بیماران سایکوتیک (۴۱/۳ درصد) شایع‌تر از بقیه موارد بود. ارتباط معنی‌دار آماری میان مصرف مواد و جنس، شغل، محل سکونت، سابقه‌ی مصرف سیگار، زمان شروع مصرف مواد و همچنین نوع بیماری وجود داشت ولی این رابطه میان مصرف مواد و وضعیت تاهل، سن، تحصیلات و سابقه‌ی بستری دیده نشد.

نتیجه گیری: در این مطالعه فراوانی بالایی از مصرف مواد در بین بیماران با اختلالات روانپزشکی دیده شد و به نظر می‌رسد غربالگری مصرف مواد در میان بیماران روانپزشکی بخصوص بیماران با اختلالات خلقی و سایکوتیک و همچنین بررسی اختلالات روانپزشکی افراد با سوء مصرف مواد از لحاظ ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی به دلیل عوارض و عواقب فردی، اقتصادی و اجتماعی و دگرگون ساختن درمان امری لازم و ضروری است.

واژگان کلیدی: سوء مصرف مواد، اختلالات روانپزشکی، زنجان

۱- پزشک عمومی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان

۲- متخصص روان پزشکی، استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان

۳- دکترای تخصصی آمار حیاتی، دانشیار آمار حیاتی، گروه آمار زیستی، دانشکده‌ی بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری

۴- کارشناس ارشد روان شناسی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی زنجان

مقدمه

سوء مصرف مواد و وابستگی به موادمخدر، یک نگرانی عمده جهان کنونی می باشد که گریبان گیر همه ی اقشار و طبقات مختلف جامعه است (۱) گزارش سالانه سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۵ نشان می دهد که حدود ۲۰۰ میلیون معتاد به مواد افیونی وجود دارد که بالاترین شیوع اعتیاد با ۲/۸ درصد مربوط به ایران، ۲/۳ درصد مربوط به قزاقستان و ۲/۱ درصد مربوط به کشور روسیه می باشد (۲). در این میان بروز همزمان سوء مصرف مواد و اختلالات روان پزشکی از مسائل قابل توجه سیاست گذاران، محققین و ارائه دهندگان و استفاده کنندگان خدمات درمانی است (۳). در مورد مسئله ی بروز همزمان سوء مصرف مواد و اختلالات روان پزشکی تحقیقات متعددی انجام شده است. در برخی از این مطالعات فراوانی سوء مصرف مواد در بین بیماران روانی و در برخی دیگر فراوانی اختلالات روان پزشکی در میان افراد مصرف کننده از مواد بررسی شده اند که در اکثر این مطالعات همبستگی بالایی بین این دو پدیده دیده شده است (۴ و ۵). در مطالعات انجام گرفته در آمریکا ۴۷ درصد بیماران با تشخیص اسکیزوفرنیا و ۶۰/۷ درصد بیماران دو قطبی دچار سوء مصرف مواد بودند (۶). از شایع ترین تشخیص های روان پزشکی که معمولا با سوء مصرف مواد رابطه داشته و به طور توأم دیده می شود، می توان اختلال شخصیت ضد اجتماعی، فوبیا و سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات افسردگی و اختلال سایکوتیک را نام برد. همچنین یک مطالعه نشان داد که ۷۶ درصد مردها و ۶۵ درصد زن ها با تشخیص سوء مصرف یا وابستگی مواد، از یک مشکل روان پزشکی نیز رنج می برند (۷).

وجود وابستگی به مواد افیونی و در کنار آن وجود سایر اختلالات روان پزشکی همچون افسردگی، اضطراب، اسکیزوفرنیا و اختلالات شخصیتی باعث مقاومت در درمان و بازگشت دوباره ی بیماری می شود. از دلایل اهمیت بررسی

تعیین وجود ابتلای همزمان اختلالات روان پزشکی و مصرف مواد می توان به موارد زیر اشاره کرد:

- ۱- علایم هیجانی می تواند موجب افزایش مصرف الکل، داروها و هر دو به منظور خود درمانی و برانگیختگی شود.
 - ۲- عدم شناسایی گستره ی مشکلات روان پزشکی در معتادان و بیماران روان پزشکی که مصرف مواد دارند، تلاش های درمانی را با شکست روبرو می سازد.
 - ۳- تشخیص های توأم در موقعیت های بالینی می تواند در تصمیم گیری و اتخاذ تدابیر درمانی مفید باشد.
 - ۴- درمان این افراد پرهزینه است، زیرا اغلب در وضعیت های اورژانس، خدمات پزشکی قانونی و اجتماعی نابجایی دریافت می کنند.
 - ۵- این افراد از درمان معمول روان پزشکی با برنامه های کنترل سوء مصرف مواد نتیجه ای نمی گیرند.
 - ۶- بیماران روان پزشکی غالبا از عوارض و نتایج سوء مصرف مواد آگاه نیستند (۶).
- تشدید علایم بیماری، افزایش دوره ی بیماری، بروز رفتارهای تهاجمی و تخریبی، کاهش رفتارهای اجتماعی و عدم تحمل دارویی از نتایج سوء مصرف مواد در بیماران روان پزشکی می باشد. همزمانی اختلالات روان پزشکی و مصرف مواد در جوامع و نژادهای مختلف تفاوت دارد (۷). و در میان نژادهای مختلف ساکن در آمریکا از جمله سیاه پوستان - سفید پوستان، آسیایی ها، اسپانیولی ها و آمریکایی های اصیل اختلالات مربوط به استعمال الکل و اختلال شخصیت به طور معنی داری در میان آسیایی ها نسبت به سایر نژادها بیشتر است (۸) با توجه به شیوع بالای مصرف مواد در میان بیماران روان پزشکی، تفاوت این شیوع در جوامع مختلف، تاثیر مصرف مواد در پاسخ به درمان، عود مشکل روان پزشکی و ضرر و زیان ناشی از مصرف مواد که بر فرد و خانواده و جامعه تحمیل می شود، بر آن شدیم که فراوانی مصرف مواد با اختلالات روان پزشکی بخش روان بیمارستان شهید بهشتی را بررسی کنیم.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع توصیفی - مقطعی است. شیوه‌ی نمونه‌گیری، نمونه‌گیری در دسترس بوده است که شامل بیماران بستری در بیمارستان شهید بهشتی زنجان بوده است. جامعه‌ی مورد بررسی را بیماران روان پزشکی بستری شده در بخش روان پزشکی بیمارستان شهید بهشتی تشکیل دادند، در این مطالعه تعداد ۲۷۰ نفر مورد ارزیابی قرار گرفتند که حجم نمونه با توجه به مطالعات انجام شده و همبودی حدود ۵۰ درصد مصرف مواد در بیماران روان پزشکی محاسبه گردید. ابزار گردآوری داده‌ها یک پرسشنامه محقق ساخته شناسایی مصرف مواد بود که شامل مشخصات فرد، نوع و نحوه‌ی مصرف مواد بود که روایی آن با استفاده از روایی محتوا توسط اساتید گروه روان پزشکی تایید شد. سوالات توسط پژوهشگر به‌طور انفرادی تکمیل گردید. بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها، بیماران سایکوتیک و بیماران با تشخیص اختلالات دو قطبی و اضطرابی با استفاده از راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی - ویرایش چهارم (DSM-IV) و بیماران دچار افسردگی با استفاده از پرسشنامه بک (Beck) توسط روان پزشک شناسایی شدند که ضریب پایایی این پرسشنامه توسط تشریحی و مهریاری ۰/۷۸ گزارش شده است و روایی آن در مطالعه‌ی چگینی ۰/۹ به دست آمده است. پاسخ دهندگان باید به هر ماده بر مبنای یک مقیاس لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا سه پاسخ دهند. حداقل نمره

در این آزمون صفر و حداکثر آن ۶۳ است. با جمع کردن نمرات فرد در هر یک از ماده‌ها، نمره فرد به‌طور مستقیم به دست می‌آید. در این آزمون صفر تا ۱۳ هیچ یا کمترین افسردگی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط، ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید برای تعیین سطح افسردگی تعیین شده است (۹). ضمناً افرادی که جهت ترک اعتیاد بستری می‌شدند در مطالعه وارد نشدند. اطلاعات با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون (t-test) برای مقایسه میانگین‌های با توزیع نرمال و از آزمون کای دو برای مقایسه فراوانی نسبی متغیرهای کیفی استفاده شد.

یافته‌ها

نتایج مطالعه نشان داد از ۲۷۰ پرسشنامه تکمیل شده، ۱۳۷ نفر مرد (۵۰/۷ درصد) و ۱۳۳ نفر زن (۴۹/۳ درصد) بودند. میانگین سنی بیماران ۳۶/۱۹ سال و حداقل و حداکثر سن به ترتیب ۱۶ و ۷۷ سال بود. میانگین سنی بیماران که مصرف مواد داشتند ۳۶/۱۴ سال و میانگین سنی بیماران که مواد مصرف نمی‌کردند ۳۶/۲۱ سال بود. از لحاظ سطح تحصیلات به ترتیب ۴۵/۶ درصد بیماران بی‌سواد و دارای تحصیلات ابتدایی بودند، ۲۸/۵ درصد دارای تحصیلات راهنمایی و دبیرستان بودند، ۱۶/۳ درصد دارای مدرک دیپلم، ۹/۳ درصد دارای مدرک دانشگاهی و ۰/۴ درصد تحصیلات در حد دکترا داشتند (جدول ۱).

جدول ۱؛ توزیع فراوانی مشخصات عمومی بیماران با اختلالات روان پزشکی

متغیر	تعداد	درصد
وضعیت تاهل	مجرد	۸۴
	متاهل	۱۸۶
جنس	مرد	۱۳۷
	زن	۱۳۳
محل سکونت	شهر	۱۸۴
	روستا	۸۶
تحصیلات		
بیسواد و ابتدایی	۱۲۳	۴۵/۶
راهنمایی و دبیرستان	۷۷	۲۸/۵
دیپلم	۴۴	۱۶/۳
مدرک دانشگاهی (لیسانس)	۲	۹/۳
بالتر از لیسانس	۱	۰/۴
شغل	کارمند	۱۳
	کارگر	۲۸
	آزاد	۳۴
	خانه دار	۱۰۶
	بیکار	۸۵
	سایر موارد	۴
انواع مواد	تریاک	۴۹
	شیشه	۳۱
	چند ماده همزمان	۲۷
	الکل	۲۰
	هرویین	۱۳
	حشیش	۱۱
	کراک	۷
	بنزودیازپین	۱
روش مصرف	استنشاقی	۴۵
	خوراکی	۹
	چند راه همزمان	۱۸

۳۶/۴ درصد از بیماران با تحصیلات دیپلم و ۱۱/۵ درصد بیماران با تحصیلات دانشگاهی مواد مصرف می‌کردند به‌لحاظ آماری بین مصرف مواد و تحصیلات بیماران مورد مطالعه اختلاف معناداری مشاهده نشد ($P=0/08$) (جدول ۲).

از نظر شغل به‌ترتیب ۳۹/۳ درصد بیماران خانه‌دار، ۳۱/۵ درصد بیکار، ۱۲/۶ درصد دارای شغل آزاد، ۱۰/۴ درصد بیماران کارگر، ۸ درصد بیماران کارمند و ۱/۵ درصد دارای شغل متفرقه بودند (جدول ۱). از نظر توزیع مصرف مواد در میان بیماران بر حسب شغل به‌ترتیب ۵۰ درصد بیماران شغل آزاد داشتند، ۳۷/۶ درصد بیماران بیکار بودند، ۳۹/۳ درصد بیماران کارگر، ۹/۴ درصد بیماران خانه‌دار و سایر مشاغل ۲۵ درصد مصرف مواد داشتند. به‌لحاظ آماری بین مصرف مواد و شغل بیماران مورد مطالعه اختلاف معناداری مشاهده شد، به‌طوری‌که این رقم در بین بیماران با شغل آزاد و بیماران بیکار و بیماران کارگر بالاتر بود ($P<0/0001$) (جدول ۲).

از نظر وضعیت تاهل ۶۸/۹ درصد متاهل و ۳۱/۱ درصد بیماران مجرد بودند (جدول ۱). از میان بیمارانی که متاهل بودند ۲۴/۲ درصد و از میان بیماران مجرد ۳۲/۱ درصد مصرف مواد داشتند به‌لحاظ آماری بین مصرف مواد و وضعیت تاهل بیماران ارتباط آماری دیده نشد ($P=0/171$) (جدول ۲).

از میان ۲۷۰ نفر مورد مطالعه ۶۸/۱ درصد ساکن شهر و ۳۱/۹ درصد ساکن روستا بودند (جدول ۱) از مجموع ۱۲۶ بیمار ساکن شهر ۳۱/۵ درصد و از میان بیماران ساکن روستا ۱۶/۳ درصد مواد مصرف می‌کردند. به‌لحاظ آماری بین مصرف مواد و محل سکونت بیماران ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($P=0/008$) (جدول ۲).

۴۴/۸ درصد بیماران سابقه‌ی بستری قبلی به دلیل بیماری روان پزشکی را نداشتند و ۳۲/۲ درصد سابقه‌ی یک بار بستری، ۷/۴ درصد سابقه‌ی ۳ الی ۵ بار بستری و ۱۵/۶ درصد

با توجه به نتایج مطالعه، ۷۲ نفر (۲۶/۷ درصد) مصرف مواد داشتند و از این تعداد ۴۳/۸ درصد از بیماران مرد و ۹ درصد از بیماران زن مصرف مواد داشتند. از لحاظ آماری بین مصرف مواد و جنسیت بیماران ارتباط معناداری مشاهده می‌شود به‌طوری‌که ۸۳/۳ درصد از موارد مصرف کننده‌ی مواد در مطالعه را مردان تشکیل دادند ($P<0/0001$) (جدول ۲).

در این مطالعه رابطه میان شیوع مصرف مواد با اختلالات روان پزشکی معنادار بوده ($P=0/012$) و مصرف مواد در بین بیماران سایکوتیک (۴۱/۳ درصد) شایع‌تر از بقیه‌ی مواد بود. در این میان ۲۴/۱ درصد بیماران با اختلالات خلقی، ۹/۱ درصد بیماران با اختلالات اضطرابی، ۲۵ درصد بیماران با اختلالات شخصیتی و ۳۳/۳ درصد بیماران با سایر تشخیص‌های روان پزشکی مصرف مواد داشتند. در این مطالعه ۴۳/۷ درصد از بیماران مورد مطالعه مصرف سیگار را ذکر می‌کردند (جدول ۲). بررسی‌ها نشان داد از میان ۱۱۸ بیمار بستری مورد مطالعه که سیگار مصرف می‌کردند، ۵۵/۹ درصد مصرف کنندگان مواد، سیگار نیز مصرف می‌کردند و ۳/۹ درصد از بیماران غیر سیگاری مواد مصرف می‌کردند که به‌لحاظ آماری بین مصرف مواد و مصرف سیگار ارتباط معناداری مشاهده می‌شود ($P<0/0001$) (جدول ۲).

از نظر تقدم و تاخر شروع بیماری روان پزشکی و مصرف مواد ۶۴/۱ درصد بیمارانی که مصرف کننده‌ی مواد بودند قبل از شروع بیماری و ۳۱/۶ درصد بیمارانی که مصرف کننده‌ی مواد بودند بعد از شروع بیماری روان پزشکی شروع به مصرف مواد کرده‌اند، که به‌لحاظ آماری بین زمان شروع مصرف مواد و شروع بیماری روان پزشکی اختلاف معناداری مشاهده می‌شود به‌طوری‌که ۶۴/۱ درصد از بیمارانی که مصرف مواد داشته‌اند قبل از شروع بیماری روان پزشکی، شروع به مصرف مواد کرده‌اند ($P=0/002$) (جدول ۲).

۶ درصد از بیماران با سطح تحصیلات ابتدایی و کمتر، ۳۱/۲ درصد از بیماران با سطح سواد راهنمایی و دبیرستان،

نیز سابقه بیش از ۵ بار بستری به دلیل بیماری روان پزشکی را داشتند. از این بین به ترتیب ۲۸/۹ درصد بیماران بدون سابقه بستری، ۲۴/۱ درصد بیماران با ۱ تا ۳ بار سابقه بستری، ۵ درصد بیماران با ۳ تا ۵ بار سابقه بستری و ۳۵/۷ درصد بیماران با بیش از ۵ بار سابقه بستری مصرف کننده مواد بودند و به لحاظ آماری بین مصرف مواد و سابقه بستری بیماران ارتباط آماری معناداری وجود نداشت ($P=0/067$) (جدول ۲). از لحاظ نوع مواد مصرفی ۴۹ نفر از بیماران مصرف تریاک (۸۱/۱ درصد) داشتند، ۳۱ نفر شیشه (۱۱/۵ درصد)، ۲۰ نفر الکل (۷/۴ درصد)، ۱۳ نفر هروئین (۴/۸ درصد)، ۱۱ نفر از افراد حشیش (۴/۱ درصد) و ۷ نفر کراک (۲/۶ درصد) مصرف می کردند. هیچ یک از بیماران سابقه مصرف اکستازی را نداشتند و یک نفر از بیماران مصرف داروی بنزودیازپینی را ذکر می کرد (۰/۴ درصد) ۱۰ درصد از کل بیماران چند ماده را همزمان مصرف می کردند (جدول ۱). به لحاظ روش مصرف ۴۵ نفر از روش استنشاقی (۶۲/۵ درصد) و ۹ نفر از روش خوراکی (۱۲/۵ درصد) و ۱۸ نفر از چندین روش (۲۵ درصد) استفاده می کردند (جدول ۱) از نظر نوع اختلال روان پزشکی از میان این ۲۷۰ بیمار ۱۵۸ نفر اختلالات خلقی (۵۸/۵ درصد)، ۳۳ نفر اختلالات اضطرابی (۱۲/۲ درصد)، ۶۳ نفر اختلالات سایکوتیک (۲۳/۳)، ۴ نفر اختلالات شخصیتی (۱/۵ درصد) و ۱۲ نفر هم سایر اختلالات (۴/۴ درصد) را داشتند. به لحاظ آماری بین مصرف مواد و نوع اختلال روان پزشکی اختلاف معناداری مشاهده شد و این رقم در بین بیماران سایکوتیک

بالاتر از سایر اختلالات بود ($P=0/012$). در میان بیماران با اختلالات خلقی ۳۶/۷ درصد اختلال افسردگی ماژور و ۲۱/۹ درصد اختلال خلقی دو قطبی داشتند. در میان بیماران با اختلال خلقی، بیماران با افسردگی ماژور ۲۱/۲ درصد و اختلال دو قطبی ۲۸/۸ درصد مصرف مواد داشتند. به لحاظ آماری بین مصرف مواد و نوع اختلال خلقی ارتباط آماری معناداری وجود نداشت ($P=0/280$) (جدول ۲) از مجموع ۳۳ بیماری که اختلالات اضطرابی داشتند ۱۴ نفر (۵/۲ درصد) حملات هراس (PANIC)، ۹ نفر (۳/۳ درصد) اختلال وسواسی - اجباری (OCD)، ۶ نفر (۲/۲ درصد) اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) و ۴ نفر (۱/۵ درصد) اختلال اضطراب منتشر (GAD) داشتند. در میان بیماران با اختلالات اضطرابی، ۷/۱ درصد بیماران مبتلا به حمله هراس و ۳۳/۳ درصد بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، مصرف مواد داشتند که به لحاظ آماری هیچ ارتباط آماری بین نوع اختلالات اضطرابی و مصرف مواد مشاهده نگردید ($P=0/13$).

از ۶۳ بیمار با اختلالات سایکوتیک ۴۷ نفر اسکیزوفرنیا (۱۷/۴ درصد)، ۱۳ نفر سایکوز وابسته به مواد (۴/۸ درصد)، ۳ نفر اختلال سایکوتیک گذرا (۱/۱ درصد) داشتند. در میان بیماران با اختلالات سایکوتیک ۲۷/۷ درصد از موارد اسکیزوفرنیا و بالطبع ۱۰۰ درصد از موارد سایکوزهای وابسته به مواد، مصرف مواد داشتند که به لحاظ آماری بین مصرف مواد و نوع اختلال سایکوتیک ارتباط آماری معناداری وجود داشت ($P<0/0001$).

جدول ۲: توزیع فراوانی مصرف مواد بر حسب متغیرهای مورد مطالعه

p-value	مصرف مواد				سطوح متغیر	متغیر
	خیر		بلی			
	درصد	تعداد	درصد	تعداد		
P< .0/0001	۵۶/۲	۷۷	۴۳/۸	۶۰	مرد	جنس
	۹۱	۱۲۱	۹	۱۲	زن	
P< .0/0001	۴۴/۱	۵۲	۵۵/۹	۶۶	بلی	سیگار
	۹۶/۱	۱۴۶	۳/۹	۶	خیر	
p = .0/008	۶۸/۵	۱۲۶	۳۱/۵	۵۸	شهر	محل سکونت
	۸۳/۷	۷۲	۱۶/۳	۱۴	روستا	
p = .0/08	۷۶/۴	۹۴	۲۳/۶	۲۹	بیسواد و ابتدایی	تحصیلات
	۶۸/۸	۵۳	۳۱/۲	۲۴	راهنمایی و دبیرستان	
	۶۳/۶	۲۸	۳۶/۴	۱۶	دیپلم	
	۸۸/۵	۲۳	۱۱/۵	۳	دانشگاهی	
P< .0/0001	۹۲/۳	۱۲	۷/۷	۱	کارمند	شغل
	۶۰/۷	۱۷	۳۹/۳	۱۱	کارگر	
	۵۰	۱۷	۵۰	۱۷	آزاد	
	۹۰/۶	۹۶	۹/۴	۱۰	خانه دار	
	۶۲/۴	۵۳	۳۷/۶	۳۲	بیکار	
	۷۵	۳	۲۵	۱	سایر	
P< .0/0001	۷۲/۳	۳۴	۲۷/۷	۱۳	اسکیزوفرنیا	انواع اختلالات سایکوتیک
	۰	۰	۱۰۰	۱۳	سایکوز القا شده توسط مواد	
	۱۰۰	۳	۰	۰	اختلال سایکوتیک گذرا	
p = .0/۱۳	۹۲/۹	۱۳	۷/۱	۱	هراس	اختلالات اضطرابی
	۱۰۰	۹	۰	۰	وسواسی - اجباری	
	۶۶/۷	۴	۳۳/۳	۲	استرس پس از سانحه	
	۱۰۰	۴	۰	۰	اضطراب منتشر	
p = .0/۲۸	۷۸/۸	۷۸	۲۱/۲	۲۱	افسردگی مازور	اختلالات خلقی
	۷۱/۲	۴۲	۲۸/۸	۱۷	دوقطبی خلق	
p= .0/002	۳۵/۹	۳۳	۶۴/۱	۵۹	قبل از شروع اختلال	زمان شروع مصرف
	۶۸/۴	۱۳	۳۱/۶	۶	بعد از شروع مصرف	
	۸۵/۷	۶	۱۴/۳	۱	نامعلوم	
p = .0/067	۷۱/۱	۸۶	۲۹/۸	۳۵	بدون سابقه بستری	سوابق بستری
	۷۵/۹	۶۶	۲۴/۱	۲۱	۳ - ۱ بار	
	۹۵	۱	۵	۱	۵ - ۳ بار	
	۶۴/۳	۲۷	۳۵/۷	۱۵	بیش از ۵ بار	

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد که از مجموع ۲۷۰ بیمار روان پزشکی بستری شده ۷۲ نفر، (۲۶/۷ درصد) مصرف کننده‌ی مواد بودند. در بررسی‌های مشابه انجام گرفته أبرام و همکارانش در سال ۲۰۰۳ مصرف مواد در زندانیان زن را ۸ درصد، پیسیلی و همکارانش در سال ۲۰۰۹ مصرف مواد را در زندانیان مرد ۲۰ درصد، گرنیت و همکارانش در سال ۲۰۰۴ مصرف مواد در جمعیت عمومی ایالات متحده را ۹/۳۵ درصد، حسینی و همکارانش در سال ۱۳۸۷ در مراجعه کنندگان به درمانگاه روان پزشکی را، ۷۲ درصد و ویچ و همکارانش در سال ۲۰۰۹ مصرف مواد در بیماران بستری در بیمارستان را، ۲۳ درصد اعلام کرده‌اند، این تفاوت در نتایج گزارشات همبودی مصرف مواد و اختلالات روان پزشکی به احتمال زیاد عمدتاً از تفاوت در جامعه‌ی آماری ناشی می‌شود برخی از این مطالعات بر روی بیماران بستری در بیمارستان برخی دیگر در مراجعین به درمانگاه‌ها و برخی در جمعیت عمومی و افراد زندانی انجام شده‌اند از علل احتمالی دیگر متفاوت بودن بیماری‌های روانی است. حاد و تحت حاد بودن و شدت بیماری‌ها در مطالعات متفاوت است. (۱۴-۱۰). در این مطالعه از مجموع ۲۷۰ نفر بیمار ۱۳۷ نفر مرد و ۱۳۳ نفر زن بودند، از ۱۳۷ مرد، ۴۳/۸ درصد و از ۱۳۳ نفر زن، ۹ درصد بیماران زن مصرف مواد داشتند که نشان دهنده‌ی معنادار بودن ارتباط آماری میان جنسیت و مصرف مواد است که این یافته با نتایج مطالعه‌ی سینکلیرو همکاران (۱۵) مطابقت داشت و با نتایج ناظمی (۱۶) و ویلسون (۱۷) همخوانی نداشته و با نتایج مطالعه‌ی باتلر در استرالیا هم مغایرت دارد، در مطالعه‌ی ایندیگ در استرالیا مصرف مواد در میان بیماران زن بیشتر از بیماران مرد بود این مغایرت می‌تواند به علت تفاوت در جامعه مورد بررسی باشد چرا که ایندیگ در بررسی خود بر روی افراد زندانی، همبودی مصرف مواد و بیماری روان پزشکی را بررسی کرده بود (۱۸). به لحاظ

میانگین سنی، بیمارانی که مصرف مواد داشتند میانگین سنی کمتری نسبت به بیمارانی که مواد مصرف نمی‌کردند داشتند، در این رابطه بین سن و مصرف مواد ارتباط معنی‌دار آماری مشاهده نشد، ویچ هم در مطالعه‌ی خود میانگین سنی بیماران مصرف کننده‌ی مواد را پایین‌تر گزارش کرده بود (۱۴) علی‌رغم نبود ارتباط معنی‌دار آماری میان وضعیت تاهل و مصرف مواد افراد مجرد با وجود اینکه درصد کمتری از بیماران را تشکیل می‌دادند ولی در مقایسه با بیماران متاهل بیشتر مصرف کننده‌ی مواد بودند، طبق گزارشات قبلی شیوع اعتیاد در ایران در افراد متاهل بیشتر از افراد مجرد است (۱۹)، که این یافته با نتایج ما مغایرت دارد. در مطالعه‌ی حاضر ارتباط معنی‌دار آماری میان مصرف مواد و شغل بیماران وجود داشت، که بیماران بیکار و مشاغل آزاد و کارگران، بیشتر از مشاغل کارمندی و خانه داری اختلال سوء مصرف مواد دارند، البته تمام افرادی که خانه‌دار بودند را زنان تشکیل می‌دادند و پایین بودن فراوانی مصرف مواد در میان بیماران زن می‌تواند این یافته را تحت تاثیر قرار دهد. همچنین ارتباط معنی‌دار آماری بین مصرف مواد در میان ساکنین شهر نسبت به روستا وجود دارد به این گونه که آمار اعتیاد در شهر نسبت به روستا تقریباً دو برابر است. نتایج مربوط به وضعیت شغل و محل سکونت در مطالعه‌ی ما با نتایج مطالعه‌ی ویلسون (۱۷) و ناظمی (۱۶) همخوانی ندارد. به لحاظ سطح تحصیلات بیمارانی که تحصیلات دبیرستان و راهنمایی داشتند در مقایسه با بیمارانی که سطح تحصیلات ابتدایی و کمتر و تحصیلات دانشگاهی داشتند بیشتر مصرف کننده‌ی مواد بودند با وجود این تفاوت ظاهری، ارتباط آماری معناداری میان سطح تحصیلات و مصرف مواد پیدا نشد. در مطالعات قبلی بیماران بی‌سواد و کم سواد بیشتر از بیماران با سطح تحصیلات بالاتر مصرف کننده‌ی مواد بودند (۱۷ و ۱۶) که با یافته‌های مطالعه‌ی حاضر مغایر است، از علل احتمالی این مغایرت می‌تواند این باشد که در جامعه‌ی کنونی زنجان به علل مسایل فرهنگی و

نوع تشخیص بیماری روانپزشکی ارتباط معنی‌داری با مصرف مواد داشته است به‌طوری که در بیماران سایکوتیک سوء مصرف مواد شیوع بیشتری دارد. در مطالعه‌ی حقیقی بیماران با اختلالات سایکوتیک (۶۱/۸ درصد) و اختلالات خلقی (۱۵/۳ درصد) بیشترین همراهی را در مصرف مواد داشتند که نتیجه به‌دست آمده این پژوهش مشابه مطالعات حقیقی (۲۳) و همچنین ویچ و همکارانش در آفریقا بوده است که همبودی اختلال سایکوتیک و مصرف مواد را ۳۸ درصد و اختلالات خلقی و مصرف مواد را ۳۲ درصد گزارش کرده است (۱۴). هسل در مطالعه‌ی خود بر روی افرادی که مصرف مواد داشتند، اختلالات خلقی، به خصوص افسردگی را شایع‌ترین اختلال روان پزشکی گزارش کرده است (۲۴). در یک مطالعه‌ی وسیع بررسی همبودی مصرف مواد و اختلال روانپزشکی در آمریکا اختلال خلقی با ۸۰ درصد، اسکیزوفرنیا با ۵۰ درصد و اختلالات اضطرابی با ۵۳ درصد بیشترین همبودی را داشتند (۲۵) در مطالعه‌ی بهداشتی مصرف مواد در میان بیماران اسکیزوفرنیا ۵۸ درصد گزارش شده است (۲۶) در اکثر مطالعات در میان بیماران با اختلالات خلقی و اسکیزوفرنیا مصرف مواد شیوع بیشتری دارد و تفاوت‌های اندک در گزارشات احتمالاً به علت تفاوت در نوع و طراحی مطالعات و جامعه آماری است.

نتیجه گیری

به‌طور کلی با در نظر گرفتن نتایج این مطالعه به نظر می‌رسد غربالگری مصرف مواد در میان بیماران روان پزشکی به خصوص بیماران با اختلالات خلقی و سایکوتیک و همچنین بررسی اختلالات روان پزشکی افراد معتاد از لحاظ ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی امری لازم و ضروری است چرا که همزمانی مصرف مواد و اختلالات روان پزشکی می‌تواند عوارض و عواقب فردی، اقتصادی و اجتماعی به همراه داشته باشد و نتایج درمان آنها را نیز دگرگون سازد.

اجتماعی، زنان سطح سواد کمتری نسبت به مردان دارند و با توجه به این که در مطالعه‌ی ما بیماران زن نسبت به بیماران مرد مصرف مواد کمتری داشتند به همین علت فراوانی مصرف مواد در میان بیمارانی که سطح تحصیلات ابتدایی و کمتر داشتند، کمتر از بیماران با سطح تحصیلات دبیرستان و راهنمایی است. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که کمتر از نیمی از بیماران روانی و بیش از ۷۵ درصد بیماران اسکیزوفرنیا سیگار مصرف می‌کنند (۱۹) در مطالعه‌ی ما نیز ۴۳/۷ درصد بیماران سیگار مصرف می‌کردند نکته‌ی قابل توجه این بود که فراوانی مصرف مواد در بین افراد سیگاری ۵۵/۹ درصد و در بین بیماران غیر سیگاری ۳/۹ درصد بود. از ۷۲ بیمار مصرف کننده‌ی مواد، تریاک با ۸۱/۱ درصد، شیشه با ۱۱/۵ درصد، چندین ماده با ۱۰ درصد و الکل با ۷/۴ درصد بیشترین مواد مصرفی بودند. این یافته با نتایج بررسی حسینی در ساری مطابقت دارد (۱۳)، اما در مطالعات مشابه انجام گرفته خارجی اکثراً الکل، حشیش و آفتامین‌ها شیوع بیشتری داشته است (۲۱ و ۲۰). مثلاً در یک مطالعه در استرالیا مواد مذکور در بیماران اسکیزوفرنیا بیشترین مصرف را داشتند (۲۲). این تفاوت‌ها می‌تواند ناشی از مسایل جغرافیایی (کشورهای غربی - شرقی)، میزان در دسترس بودن و شیوع مصرف مواد در مناطق مختلف، تفاوت‌های فرهنگی و مذهبی باشد به‌طور مثال در جوامع مسلمان حرام بودن مصرف الکل و ذکر این عدم مصرف در قرآن باعث پایین بودن مصرف الکل در این جوامع نسبت به جوامع غیر مسلمان شده است. در یافته‌های ما بیماران با اختلالات خلقی با ۵۸/۵ درصد فراوانی بیشترین درصد بیماران ما را تشکیل دادند، بعد از آن بیماران با اختلالات سایکوتیک با ۲۳/۳ درصد و بیماران با اختلالات اضطرابی با ۱۲/۲ درصد و اختلالات شخصیت با ۱/۵ درصد در رتبه‌های بعدی قرار دارند. از این بین بیشترین همراهی با مصرف مواد را بیماران سایکوتیک با ۴۱/۳ درصد داشتند و بیماران خلقی نیز ۲۴/۱ درصد مصرف مواد داشتند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان نامه دکترای عمومی است که با

حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی زنجان انجام شده است.

References

- 1- Jahangiri P, Gholamzadeh natanzi A. Reviewing the relationship between social control and tendency toward drug abuse among the youth. *Societal Security Studies*. 2011; 26: 129-55.
- 2- Parsania Z, Firoozeh M, Takfallah L, Mohammadi S, Jahan E, Emami A. Personality disorders in substance abuser referring to addiction treatment centers. *J Med Sci Islamic Azad Univ*. 2012; 22:152-6.
- 3- Mark P, Robin E, Michail S. Co- occurring psychiatric and substance use disorders: *Psychiatric services*. 2007; 7: 949-54.
- 4- Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 8-19.
- 5- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA*. 1990; 264: 2511-18.
- 6- Graham HL, Maslin J, Copello A, et al. Drug and alcohol problems amongst individuals with severe mental health problems in an inner city area of the UK. *Soc psychiatry Epidemiol*. 2001; 36: 448-55.
- 7- Bartels SJ, Drake RE, Wallach MA. Long-term course of substance use disorders among patients with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 1995; 46: 248-51.
- 8- Smith SM, Stinson FS, Dawson Da, Goldstein K, Huang B, Grant BF. Race ethnic different in the prevalence and co-occurrence of substance use disorder and independent mood and anxiety disorders: Result from the national epidemiologic surgery on alcohol and related conditions: *Psychol Med*. 2006; 36: 987-98.
- 9- Azkhash M. The use of psychological tests and clinical diagnosis. 3rd ed. *Tehran: Ravan*. 2008: 224-226.
- 10- Abram KM, Teplin LA, MC Clelland GN. Co morbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in Jail. *Am J Psychiatry*. 2003; 160: 1007-10.
- 11- Piselli M, Elisei S, Murgia N, Quartesan R, Abram KM. Co-occurring psychiatric and substance use disorders among male detainees in Italy. *Int J Law Psychiatry*. 2009; 32: 101-107.
- 12- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61: 807-16.

- 13- Hosseini S, Zarghami M, Moosavi S, Nateghi G, Masoudzadeh A. Study on the simultaneity of the substance abuse with psychiatric disorder in referred outpatients to psychiatry clinic of zare hospital for period of one year. *J Mazandaran Univ Med Sci*. 2008; 18: 67-74.
- 14- Weich L, Pienaar W. Occurrence of comorbid substance use disorders among acute psychiatric inpatients at Strickland Hospital in the Western Cape, South Africa. *Afr J Psychiatry*. 2009; 12: 213-17.
- 15- Sinclair JM, Latifi AH, Latifi AW. Co-morbid substance misuse in psychiatric patients: prevalence and association with length of inpatient stay. *J Psychopharmacol*. 2008; 22: 92-99.
- 16- Nazemi M, khalegi A, seiady AR. Prevalence psychiatric disorders in substance dependences, *Andeesheh Raf*. 2001; 38-46
- 17- Wilson MC, Yonette FT, Frerich SS, Bridet FG. Prevalence correlate disability and comorbidity of DSM drug abuse and dependence in the united states. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64: 566-76.
- 18- Butler T, Indig D, Allnutt S, Mamoon H. Co-occurring mental illness and substance use disorder amongst Australian Prisoners. *Drug Alcohol Rev*. 2011; 30: 188-94
- 19- Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry behavioral Sciences/ clinical Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Williams Wilkins; 2007 p 469.
- 20- Menezes PR, Johnson S, Thornicraft G, et al: Drug and alcohol problems among individuals with severe mental illness in South London: *Br J Psychiatry*. 1996; 168: 612-19.
- 21- Scott J. Homelessness and mental illness: *Br J Psychiatry*. 1993; 162: 314-24.
- 22- Fowler IL, Carr VJ, Carter NT, Lewin TJ. Patterns of current and lifetime substance use in schizophrenia: *Schizophr Bull*. 1998; 24: 443-455.
- 23- Haghighi MM, Yavaiyan R. Frequency of mental disorders in substance- abusing inpatients in Urmia psychiatric center: *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2015; 13: 553-62.
- 24- Hesselbrock MN, Hesselbrock VM, Segal B, Schuckit MA, Bucholz K. Ethnicity and psychiatry comorbidity among alcohol- dependent persons who receive in patients treatment: African Americans, Alaska natives, Caucasians and Hispanics. *Alcohol Clin Exp Res*. 2003; 27: 1368-73.
- 25- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61: 807-16.
- 26- Behdani F, Hebrani P. Substance use in schizophrenic patients admitted in Ibn-e Sina Hospital, Mashhad. *The Quarterly Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2008; 10: 63-70.

Frequency of Substance Use Disorders among Psychiatric patients in Zanjan Shahid Beheshti hospital

Shiri A¹, Shabani M², Mousavi Nasab N³, Eskandari F²

¹Faculty of Medicine, Zanjan university of Medical Sciences, Zanjan, Iran

²Social Determinants of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

³Dept.of Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Corresponding Author: Shabani M, Social Determinants of Health Research Center, Zanjan University of Medical Sciences, Zanjan, Iran

E-mail: manaz@zums.ac.ir

Received: 31 May 2016 **Accepted:** 3 Feb 2016

Background and Objective: Most patients suffering from kidney failure who undergo dialysis for a long time have complaints of sleep disorders. Sleep disorders in these patients accompany some serious complications that reduce quality of life and increase mortality. Nowadays most treatments for diabetes are pharmaceutical drugs, which have many side effects and are expensive. The aim of this study was to survey the effect of cool hemodialysis on improving sleep quality in hemodialysis patients.

Materials and Methods: This was a pre-post test, quasi experimental study that was performed in Semnan Fatemiyeh hospital. 23 patients were purposefully selected. Data collection was performed using demographic questionnaires, patients' medical records and Pittsburgh Sleep Index. Patients underwent standard hemodialysis (37°C) 3 times weekly, for 4 weeks, and afterwards they underwent cool hemodialysis (35°C), in the same circumstances and time intervals. Paired t-test and Wilcoxon tests were used for statistical data analysis.

Results: Results showed that the mean and standard deviation of patient age was 60.2 ± 14.6 years. 47.8% patients required dialysis due to diabetes, 17.4% due to hypertension, 13% due to congenital diseases and glomerulonephritis. Sleep quality ($P < 0.001$) in cool hemodialysis was improved significantly in comparison to standard hemodialysis ($P < 0.05$).

Conclusion: Cool hemodialysis (instead of standard hemodialysis) could improve sleep quality thus improving quality of life in dialysis patients.

Keywords: Cool Renal Dialysis, Warm Renal Dialysis, Sleep Disorders, Chronic Renal Failure