

## تعیین شدت و الگوی سوء مصرف مواد در بیماران کاندید پیوند ریه و قلب مراجعه کننده به بیمارستان دکتر مسیح دانشوری

دکتر میترا صفا<sup>۱\*</sup>، دکتر کتابون نجفی زاده<sup>۲</sup>، دکتر فیروزه طلپسچی<sup>۳</sup>، فاطمه قاسم بروجردی<sup>۲</sup>، دکتر حمید رضا خدای ویشته<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> مرکز تحقیقات سل بالینی و اپیدمیولوژی، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
<sup>۲</sup> مرکز تحقیقات پیوند ریه، پژوهشکده سل و بیماریهای ریوی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی  
<sup>۳</sup> بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

### چکیده

**سابقه و هدف:** استعمال سیگار، الکل و مواد مخدر در بیماران کاندید پیوند مشکلی اساسی برای تیم پیوند است، به گونه‌ای که استفاده از آنها می‌تواند باعث کاهش موفقیت عمل پیوند شود. از آنجا که هر سال در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری تعداد زیادی از بیماران تحت پیوند قلب یا ریه قرار می‌گیرند و آماری در مورد سابقه مصرف مواد یا سیگار در دسترس نیست، مطالعه حاضر به منظور تعیین شیوع سوء مصرف سیگار و مواد در این بیماران انجام شد.

**روش بررسی:** در این مطالعه مقطعی، از ۶۶ بیمار در لیست انتظار پیوند قلب یا ریه بیمارستان دکتر مسیح دانشوری پرسشنامه سوء مصرف مواد (ASI) گرفته شد.

**یافته‌ها:** تمامی بیماران سابقه مصرف سیگار داشتند. ۷۱٪ در زمان انجام این مطالعه از سیگار استفاده می‌کردند. در ۷۹٪ فرد یا افراد دیگری در خانواده سیگاری بودند. ۷۷٪ بیمارانی که در زمان انجام این مطالعه سیگار مصرف می‌کردند، کمتر از ۲۰ نخ در روز مصرف داشتند. بیش از ۸۰٪ بیماران اطلاعی در مورد مواد سمی در سیگار نداشتند. ۷۶٪ افراد معتقد بودند که در ۵ سال آینده احتمالاً یا با اطمینان سیگاری نیستند. ۲۹٪ نیز سابقه مصرف مواد مخدر داشتند که شایع‌ترین ماده مصرفی تریاک به صورت استنشاقی بود.

**نتیجه‌گیری:** تمام بیماران سابقه مصرف سیگار و نزدیک به یک سوم بیماران سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل را داشتند و بیش از دو سوم آنها همچنان سیگار مصرف می‌کردند. اکثر بیماران اطلاعات کم و یا هیچ اطلاعی در مورد مضرات سیگار یا مرگ و میرناشی از آن نداشتند. با توجه به شیوع بالای مصرف سیگار و سابقه مصرف مواد مخدر در این بیماران و آگاهی کم آنها در مورد تاثیر این مواد، لازم است ضمن برگزاری برنامه‌های آموزشی، تمهیداتی جدی برای ترک سیگار و مواد اعتیادآور در نظر گرفته شود.

**واژگان کلیدی:** سیگار، سوء مصرف مواد، کاندید پیوند.

### مقدمه

سازمان ملی مواد مخدر و جرایم (United Nations Office on Drugs and Crime = UNODC) تخمین زده است که در سال

۲۰۰۹، ۲۱-۱۲ میلیون نفر در سرتاسر جهان مصرف کننده مواد مخدر اپیوئیدی در جهان بودند (۱). بنابراین امروزه پیوند اعضا به عنوان یک استراتژی درمانی در مرحله پایانی بیماری‌های مرتبط با استعمال مواد و دخانیات نیز قرار گرفته است (۲). مطالعات ۵۴ محقق بر روی ۳۶۰۰ نفر از استفاده کنندگان مواد نشان داد که استفاده مجدد از الکل یا مواد بعد از پیوند منجر به عدم تبعیت از درمان می‌شود و برای بیمارانی که تحت پیوند کبد

آدرس نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بیمارستان دکتر مسیح دانشوری، واحد روانپزشکی، دکتر میترا صفا (e-mail: mitra\_safa121@yahoo.com)  
تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۱/۱/۱۵  
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۸

یا اعضای دیگر بدن به علت استفاده از مواد یا الکل قرار می‌گیرند خطر عود پس از پیوند مساله نگران کننده‌ای محسوب می‌شود (۳).

مطالعات نشان می‌دهند بیمارانی که سابقه استعمال مواد قبل از پیوند را داشتند، بعد از پیوند، تبعیت درمانی کمتری داشتند. همچنین مصرف مواد و دخانیات بر پس زدن عضو پیوندی و مرگ و میر بیماران تاثیر جدی دارد. ۱۴۷ مطالعه‌ای که بر روی بیماران پیوند قلب، کبد و کلیه در سال‌های ۱۹۸۱ تا ۲۰۰۵ انجام شد، ثابت کرد که بین عدم تبعیت از درمان، حمایت‌های اجتماعی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، استفاده از مواد مخدر و مشکلات روانشناختی ارتباط معنی‌داری وجود دارد (۴). با توجه به اینکه بیماران مصرف کننده دخانیات و مواد تبعیت کمتری از برنامه‌های درمانی بعد از پیوند دارند و همچنین با توجه به منابع علمی مرجع در روانپزشکی که به موجب آنها مصرف انواع مواد، به خصوص مواد افیونی، عوارض جدی روانپزشکی به همراه دارد، لازم است قبل از اینکه بیماران تحت عمل پیوند قرار گیرند اعضای گروه پیوند بیمار را از خطرات ادامه مصرف مواد و امکان عود مجدد بیماری آگاه کرده و آنها را در جهت ترک مواد تشویق و تحت درمان جدی قرار دهند (۵). پیوند نه تنها با هدف افزایش طول عمر بیمار، بلکه به منظور بهبود کیفیت زندگی وی که از زمانی قبل دچار بیماری بوده است، انجام می‌شود. از این رو لازم است بیمار بتواند با فشارهای زندگی خود مدارا کند و از حداکثر توانمندی خود بهره برده و در محدوده زندگی خود نقشی ایفا کند. در نتیجه، همه تیم درمان موظفند به یاری بیمار بشتابند (۶). اگرچه استفاده از سیگار و مواد مخدر می‌تواند منجر به بیماری‌های جدی شود که نیازمند پیوند عضو می‌باشند، اما بسیاری از سازمان‌های پیوند در مورد آن دسته از بیمارانی که قبل از پیوند مصرف کننده مواد بودند و بعد از پیوند هم به رفتارهای زیان‌آور خود ادامه می‌دهند نگران هستند. استعمال موادی مانند الکل، نیکوتین و دیگر مواد در بین بیماران کاندید پیوند یک مشکل اساسی برای تیم پیوند است، زیرا تمام تلاش تیم پیوند برای کاهش مرگ و میر در بیماران پیوندی است (۷).

استفاده از مواد می‌تواند موفقیت عمل پیوند را کاهش دهد، زیرا این گونه بیماران به واسطه ویژگی‌های شخصیتی که منجر به سوء مصرف مواد شده‌اند کمتر درمان خود را پیگیری می‌کنند. بر اساس یک مقاله که تاثیر سوء مصرف مواد بر عود مجدد سیروز بعد از پیوند کبد و سایر اعضا را مورد بررسی قرار داده است، می‌توان عنوان کرد که بیشتر مصرف کنندگان الکل یا مواد مخدر، از جمله بیماران نیازمند پیوند هستند. پیوند کبد بیشتر در مصرف کنندگان الکل شایع است و سیگار نیز یک عامل خطر ساز

برای بروز ناسازگاری برای تمامی بیماران کاندید پیوند است. همچنین در بیماران دریافت کننده کبد یا سایر اعضای پیوندی سوء مصرف مواد می‌تواند باعث عود مجدد بیماری و یا سیروز پس از پیوند شود. استفاده از الکل و مواد مخدر نیز می‌تواند با داروهای ایمنوساپرسیو و پذیرش رژیم دارویی توسط بیمار تداخل کند. از این رو اکثر مراکز پیوند از مراجعین خود انتظار دارند که مدت زمانی (برای مثال حداقل ۶ ماه) از مصرف مواد پاک باشند و سابقه مصرف کامل و تشخیص احتمال بازگشت به مصرف، به خصوص عادت مصرف (میزان مصرف روزانه و عوامل تشویق کننده)، و نیز زمان رهایی از مواد به طور مداوم بررسی می‌شوند و در نهایت مصاحبه‌ای در مورد مراحل درمانی با شخص تحت پیوند و خانواده اش صورت می‌گیرد تا شناخت کامل کسب شود. به علاوه نیاز است اعتیاد و روش‌های مقابله با آن به طور جدی در بیماران بررسی شوند (۸). پژوهشی به منظور بررسی تاثیر سابقه مصرف مواد در اهداء اعضا بین سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۰۵ بر روی ۶۸۹ نفر از بیماران پیوند قلب در آمریکا انجام شد. در این مطالعه، یک اهداء کننده عضو مرتبط با سوء مصرف مواد به عنوان کسی تعریف شد که بیشتر از ۲ سال الکل مصرف کرده باشد، هر روز به مدت بیشتر از یک سال و یا یک پاکت سیگار روزانه برای بیشتر از ۵ سال مصرف کرده باشد یا سابقه دایمی مصرف موادی مانند ماری جوانا، کوکابین، متادون، تریاک یا تزریق هرویین داشته باشد. برای گرفتن تاریخچه مصرف مواد با اعضای خانواده بیمار مصاحبه شد. برای دریافت کنندگان عضو جدولی تهیه شد که در آن اطلاعات دموگرافیک، علت مرگ اهداء کننده، عوامل ویروسی منتقل شده از اهداء کننده با دریافت کننده و اکوکاردیوگرافی بعد از پیوند ثبت گردید. نتایج تحقیقات نشان داد که در بین دریافت کنندگان پیوند قلب، ۱۵۰ نفر (۲۱/۸ درصد) سابقه مصرف مواد داشتند که متوسط سن آنها ۳۴/۵ سال (۱۶-۶۲ سال) بود. همچنین سابقه مصرف مواد در این بیماران تاثیر منفی بر زنده ماندن بیمار و عملکردهای قلب داشت (۵). پژوهش دیگری در سال ۲۰۰۸ با عنوان بررسی خطر پس زدن پیوند کبد و اندام‌های دیگر بر اثر سوء مصرف مواد توسط تیمارتنی و همکاری‌اش انجام شد. بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش، اکثر استفاده کنندگان الکل یا مواد مخدر از کاندیدهای پیوند هستند. به ویژه پیوند کبد که بیشتر در استفاده کنندگان الکل شایع است و سیگار یک عامل خطر ناسازگار برای همه بیماران کاندید پیوند است. همچنین در بیمارانی که کبد یا اعضای دیگر برای پیوند دریافت می‌کنند استعمال مواد می‌تواند باعث عود مجدد بعد از پیوند شود (۸). در سال ۲۰۰۱، پژوهشی با عنوان بررسی تاثیر جنبه‌های روانشناختی اجتماعی بر پیوند

این مطالعه، کلیه بیمارانی که در یک کلینیک در بیشتر از ۱۰ سال قبل پیوند قلب شده بودند از جهت تاریخچه سوء مصرف مواد بررسی شدند. از ۱۸۹ فرد پیوند شده‌ای که در این طرح شرکت کردند، ۴۷ نفر تاریخچه قطعی سوء مصرف مواد داشتند (گروه اول)، در حالی که ۱۴۲ نفر فاقد هر گونه سابقه سوء مصرف مواد بودند (گروه دوم). مرگ و میر مرتبط با مرگ در گروه اول بیشتر رخ می‌داد ( $P=0/017$ ) و در این گروه شیوع بالاتری از عدم انطباق وجود داشت ( $P=0/0001$ ). نتایج این مطالعه نشان داد که بیمارانی با سابقه سوء مصرف مواد می‌توانند تحت عمل پیوند موفقیت آمیز قلب و بقای طولانی مدت قرار گیرند، با این حال آنها بیشتر در معرض عود سوء مصرف مواد و عدم تطابق با رژیم درمانی قرار دارند (۱۱).

لذا با توجه به پژوهش‌های انجام شده و از آنجا که هر سال در بیمارستان دکتر مسیح دانشوری تعداد زیادی از بیماران تحت پیوند قلب یا ریه قرار می‌گیرند و آماری در مورد سابقه مصرف مواد یا سیگار در آنها در دسترس نیست، مطالعه حاضر با هدف تعیین شدت و الگوی سوء مصرف سیگار و مواد در بیماران کاندید پیوند قلب و ریه مراجعه کننده به بیمارستان دکتر مسیح دانشوری در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ انجام شد.

### مواد و روشها

در این مطالعه مقطعی (Cross sectional) بیماران کاندید پیوند ریه و قلب مراجعه کننده به بیمارستان دکتر مسیح دانشوری در سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه مورد بررسی شامل بیمارانی بود که تا پایان سال ۱۳۹۱-۱۳۹۰ در لیست انتظار پیوند قلب یا ریه بیمارستان دکتر مسیح دانشوری ثبت شده بودند و معیارهای پذیرش در مطالعه را داشتند. کلیه بیماران در لیست انتظار به روش سرشماری انتخاب شدند. بدین ترتیب ۶۶ بیمار انتخاب شدند. معیارهای پذیرش بیماران شامل رضایت به همکاری، توانایی تکمیل پرسش‌نامه از نظر وضعیت هوشیاریو نداشتن اختلال دلیریوم، نبود سابقه اختلالات روانشناختی واضح و عدم مصرف داروهای اعصاب بود. بیماران با رضایت آگاهانه در طرح شرکت کردند.

ابزار جمع آوری اطلاعات شامل فرم اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه شدت مصرف مواد (Addiction Severity Index) بود. پرسش‌نامه ASI ابزاری است که اطلاعات توصیفی کاملی در مورد مقدار و نوع مواد مخدر مصرفی فراهم می‌کند و در موارد بالینی و تحقیقی مورد استفاده مراقبین

اعضاء توسط دیوید ای ان انجام گردید. این پژوهش اعلام می‌دارد که بر اساس ۱۴۷ مطالعه‌ای که بر روی بیماران پیوندی قلب، کبد، کلیه بین سال‌های ۱۹۸۱ تا ۲۰۰۵ انجام شد ثابت شد که بین عدم تبعیت از درمان، حمایت‌های اجتماعی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، استفاده از مواد مخدر و مشکلات روانشناختی ارتباط وجود دارد (۳).

پژوهشی نشان داده است که مصرف الکل بدون در نظر گرفتن نشانه‌های اولیه بیماری، تأثیری منفی بر بقای طولانی مدت بعد از عمل پیوند دارد و مرگ پس از پیوند عمدتاً ناشی از عود بیماری به علت مصرف الکل یا مواد مخدر است (۹).

پژوهشی مقطعی در سال ۲۰۰۴ در کشور آلمان به منظور مقایسه رفتار بیماران سیگاری که برای پیوند کلیه در لیست انتظار بودند و بیمارانی که پیوند کلیه شده بودند، انجام شد. از ۵۶۰ فرد مورد مطالعه، ۲۶۴ نفر در لیست انتظار و ۲۹۶ نفر دریافت کنندگان کلیه بودند که از این تعداد ۴۹۶ نفر (۸۸/۵ درصد) به پرسش‌نامه‌های پست شده پاسخ دادند. پاسخ پرسش‌نامه بیمارانی که در لیست انتظار بودند با بیمارانی که کلیه دریافت کرده بودند مشابه بود. ۲۳۰ بیمار (۸۷/۱ درصد) در لیست انتظار برای پیوند کلیه و ۲۶۴ (۸۹/۱ درصد) بیماری که پیوند کلیه شده بودند به پرسش‌ها پاسخ کامل دادند. تعداد ۱۳۰ بیمار (۶۴ مرد و ۶۶ زن) برای پیوند کلیه در انتظار بودند و ۲۶۴ بیمار بعد از پیوند کلیه (مرد ۱۷۳ و ۹۱ زن) به پرسش‌نامه عادت مصرف سیگار (وضعیت مصرف سیگار قبل و بعد از پیوند و مقدار و نوع مصرف) پاسخ دادند. نتیجه پژوهش نشان داد که از ۱۳۰ بیمار (۷۶/۱ درصد) در لیست انتظار و از ۲۶۴ (۸۷/۵ درصد) دریافت کننده کلیه، ۲۳۱ نفر در زمان پژوهش سیگار مصرف نمی‌کردند. از میان افراد غیرسیگاری که در لیست انتظار بودند، فقط ۷۱ نفر (۳۰/۹٪) هرگز سیگار مصرف نکرده بودند و ۱۰۸ بیمار (۴۰/۹٪) پیوند کلیه سیگار مصرف نکرده بودند. ۳۴ بیماری که قبلاً سابقه مصرف سیگار داشتند (۲۷/۶ درصد) بعد از پیوند سیگار استعمال نکرده بودند. میزان ترک سیگار در زنان کمتر از ۵۵ سال بیشتر از مردان بالاتر از ۵۵ سال بود. نتایج نشان داد که مصرف کنندگان سیگار اطمینان کمتری از موفقیت پیوند کلیه داشتند و پیوند کلیه دلیل مهمی بود که بیماران سیگار را ترک کنند. از آنجا که تغییر در رفتار سیگار کشیدن بعد از پیوند کلیه با ترس از دست دادن عضو پیوند شده همراه بوده است، پیشنهاد گردید حمایت‌های روانشناختی برای ترک سیگار در این بیماران به عمل آید (۱۰).

مطالعه ای به قصد تعیین این مطلب انجام شد که آیا سوء مصرف مواد نقشی نامطلوب در پیامد پیوند قلب بازی می‌کند یا خیر. در

بیماران به طور میانگین در سن ۲۱ سالگی اولین تجربه استفاده از سیگار را ذکر کردند. ۷۳٪ عنوان کرده بودند که مصرف بیش از ۱۰۰ نخ سیگار در روز داشتند. ۲۷٪ در زمان انجام مطالعه به صورت روزانه سیگار مصرف می‌کردند. ۴۴٪ گاه گاهی سیگار مصرف می‌کردند و ۲۹٪ در زمان انجام مطالعه سیگار مصرف نمی‌کردند.

به طور کلی در ۷۹٪ موارد، فرد یا افراد دیگری در خانواده سیگاری بودند. در بین این افراد، در ۳۳٪ پدر، در ۴٪ مادر، در ۸٪ خواهر، در ۵۲٪ برادر و در ۴٪ نیز همسر سیگاری بودند. در ۱۰٪ موارد دو یا تعداد بیشتری از افراد خانواده سیگاری بودند.

۷۳٪ سابقه اقدام به ترک داشتند. از نظر نحوه ترک، ۹۸٪ بدون دریافت دارو یا بدون نظر پزشک بود. از نظر زمان ترک، ۲٪ یک تا هفت روز، ۱۷٪ هشت تا ۳۰ روز، ۲۹٪ یک ماه تا یک سال و ۲۵٪ مورد (۵۲٪) نیز بیش از یک سال طول کشیده بود.

مصرف سیگار بیشتر در بیمارانی بود که در زمان مطالعه چه به صورت روزانه و چه به صورت گاه گاهی از آن استفاده می‌کردند، به طوری که کمتر یا مساوی ۱۰ نخ در روز (۴۵٪) یا بین ۱۱ تا ۲۰ نخ در روز (۳۲٪) سیگار مصرف می‌کردند. همچنین ۱۵٪ آنها تا پنج دقیقه بعد از بیدار شدن از خواب اولین سیگار را روشن می‌کردند. ۸۱٪ بیماران در مورد تعداد مواد سمی در سیگار اظهار بی‌اطلاعی کرده بودند. ۲٪ تعداد این مواد را ۴۰۰ مورد عنوان کرده بود و ۱۷٪ نیز ۴۰۰۰ مورد عنوان کرده بودند.

۸۳٪ بیماران در مورد تعداد موارد مرگ سالانه در ایران بر اثر سیگار اظهار بی‌اطلاعی کرده بودند. ۲٪ این تعداد را ۳۵ هزار مورد عنوان کرده بود و ۱۵٪ نیز ۷۵ هزار مورد عنوان کرده بودند.

۷۹٪ افراد در مورد هزینه مصرف روزانه سیگار در کشور اظهار بی‌اطلاعی کرده بودند و ۲۱٪ نیز این هزینه را سه میلیارد تومان عنوان کرده بودند.

۱۸٪ بیماران در مورد اثرات نیکوتین بر بدن اظهار بی‌اطلاعی کرده بودند. در بین سایرین، تمام افراد معتقد به ایجاد بیماری‌های ریوی بودند. ۵۴٪ معتقد به ایجاد بیماری قلبی عروقی، ۱۷٪ معتقد به ایجاد وابستگی به سیگار و تنها ۴٪ معتقد به ایجاد سرطان بودند.

اکثر افراد (۵۳٪) موافق بهتر بودن قلیان از سیگار بودند. ۵۲٪ موافق وجود اثرات منفی سیگار بر سلامت دیگران بودند. ۶۸٪ موافق لزوم وجود هشدارهای بهداشتی روی بسته سیگار بودند.

بهداشت روانی قرار گرفته و همواره در کشورهای مختلف در مطالعات بسیاری برای ارزیابی کیفی بیماران دچار سوء مصرف مواد و تحت درمان به کار گرفته شده است و عموماً از پایایی، روایی و قابلیت استفاده مناسب توسط پرسش‌گران متعدد برخوردار است. این پرسش‌نامه در زمینه شدت و الگوی اعتیاد بسیار حساس بوده و در تشخیص اختلال سوء مصرف مواد به ترتیب دارای حساسیت و اختصاصی بودن ۹۳٪ و ۹۵٪ است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعات متعدد در ایران ۰/۸۵ برآورد و مورد استفاده قرار گرفته است (۱۲).

اطلاعات جمع آوری شده وارد برنامه کامپیوتری SPSS-16 شد. برای توصیف متغیرهای کیفی از فراوانی و فراوانی نسبی (درصد) و برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. برای بررسی تفاوت سن بین بیماران دارا و فاقد سابقه مصرف مواد از آزمون t مستقل و برای بررسی تفاوت متغیرهای کیفی (جنس، تاهل، محل زندگی) بین دو گروه بیماران از آزمون کای دو استفاده گردید. P-value کمتر از ۰/۰۵ بعنوان سطح معنی داری در نظر گرفته شد.

به منظور رعایت نکات اخلاقی، به تمام بیماران در مورد طرح توضیحات لازم داده شد و از تمام آنها رضایت برای شرکت در مطالعه اخذ شد و عنوان شد در صورت تمایل می‌توانند از مطالعه خارج شوند. با توجه به وضعیت جسمی بیماران و به دلیل استفاده از پرسش‌نامه، پاسخ به سوالات توسط بیماران سخت بود که سعی گردید تکمیل پرسش‌نامه‌ها در حداقل زمان ممکن و نیز با توجه به شرایط بیمار و در محیطی آرام و به دور از استرس و فقط در حضور یک پرسش‌گر دوره دیده انجام شود. باتوجه با اصل رازداری، به کلیه بیماران اطمینان داده شد که اطلاعات فردی و بالینی آنها به صورت محرمانه باقی می‌ماند و در صورت نیاز نتایج طرح به طور کلی برای بهبود مراقبت‌های حین مراحل مختلف پیوند استفاده و اعلام خواهد گردید و در ضمن هیچ‌گونه مداخله‌ای در رژیم درمانی بیمار اعمال نگردید.

## یافته‌ها

۶۶ بیمار (۱۲٪ زن و ۸۸٪ مرد) با میانگین سنی  $39 \pm 13$  سال بررسی شدند. ۶۷٪ متأهل و ۳۳٪ مجرد بودند. ۳۹٪ در تهران و ۶۱٪ در شهرستان زندگی می‌کردند. تمامی بیماران سابقه مصرف سیگار را ذکر کردند. ۱۹ نفر (۲۹٪) سابقه مصرف مواد اعتیادآور از جمله الکل داشتند.

پدر بیمار بوده است. ۷۳٪ بیماران اقدام به ترک را ذکر می-کردند که بیشترین زمان طول کشیده در ترک بیش از یک سال در نیمی از این بیماران بود. بیشتر بیمارانی که در زمان مطالعه سیگار مصرف می-کردند، میزان مصرف خود را کمتر از ۲۰ نخ در روز عنوان کرده بودند. همچنین بیشتر آنها عنوان کرده بودند که اولین سیگار را پس از گذشت یک ساعت از بیدار شدن از خواب روشن می-کردند. بیش از ۸۰٪ بیماران اطلاعی از مضرات سیگار، مرگ سالانه بر اثر سیگار در ایران و نیز هزینه روزانه مصرف سیگار در کشور نداشتند. نزدیک به یک پنجم بیماران اطلاعی در مورد مضرات نیکوتین بر بدن نداشتند. کل سایرین معتقد بودند که سیگار باعث بیماری ریوی می شود. نیمی از آنها ایجاد بیماری قلبی عروقی را نیز عنوان کرده بودند. با این حال ایجاد وابستگی به سیگار و نیز ایجاد سرطان توسط تعداد بسیار اندکی از بیماران گزارش شد. متأسفانه بیش از نیمی از افراد قلیان را بهتر از سیگار می-دانستند. همچنین بیش از نیمی از افراد سیگار را دارای اثرات منفی بر سلامت دیگران می دانستند و اکثریت آنها نیز موافق وجود هشدارهای بهداشتی روی بسته سیگار، موافق ممنوعیت تبلیغ سیگار و نیز موافق ممنوعیت مصرف سیگار در مکان‌های عمومی بودند. اگرچه اندکی بیشتر از نیمی از بیماران موافق بودند که ترک سیگار به آسانی انجام می‌شود، بیشتر آنها معتقد بودند که در ۵ سال آینده احتمالاً یا با اطمینان سیگاری نیستند. نزدیک به یک سوم بیماران سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل داشتند که شایع‌ترین ماده مصرفی آنها تریاک بود. بین بیماران با سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل و سایرین تفاوتی از نظر جنس، وضعیت تاهل یا محل زندگی وجود نداشت، اما سن این بیماران به میزان معنی‌داری بیشتر از سایرین بود.

مطالعه‌ای در بیماران پیوند قلب نشان داد که تنها یک پنجم آنها سابقه مصرف سیگار داشتند. با توجه به اینکه امروزه نقش سیگار در ایجاد بسیاری از بیماری‌های پیشرفته ریه و قلب که در نهایت نیازمند پیوند می‌باشند محرز شده است، سابقه مصرف سیگار در تمام بیماران را تا حدودی تأیید می‌کند. با این حال باید در نظر داشت که بسیاری دیگر از بیماری‌های قلبی یا ریوی نیازمند پیوند نیز وجود دارند که نقش سیگار در آنها مشخص نیست. بنابراین و با توجه به شیوع بسیاری بالای سابقه مصرف سیگار و نیز مصرف فعلی سیگار در بیماران مورد مطالعه ما به نظر می‌رسد که زمینه‌های اجتماعی قوی برای استفاده از سیگار در افراد جامعه وجود داشته باشد که بر اساس آنها تمام بیماران لیست انتظار ما دارای سابقه مصرف

همچنین ۷۳٪ آنها موافق ممنوعیت تبلیغ سیگار بودند. ۴۷ نفر (۷۱٪) موافق ممنوعیت مصرف سیگار در مکان‌های عمومی بودند و ۳۶ نفر (۵۵٪) مخالف آسان بودن ترک سیگار بودند. بیشتر افراد معتقد بودند که در ۵ سال آینده احتمالاً یا با اطمینان سیگاری نیستند. ۵۵٪ مخالف آسان بودن ترک سیگار بودند.

۲۹٪ بیماران سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل را ذکر کرده بودند که در بین آنها ۱۶٪ سابقه مصرف بیش از یک ماده را داشتند. شایع‌ترین ماده مورد مصرف در بیماران تریاک بود (۸۴٪). اکثر این افراد تریاک را به صورت تدخینی و نیمی از آنها نیز به صورت خوراکی مصرف می‌کردند. در جدول ۱ انواع مواد مورد مصرف در بین بیماران با سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل ذکر شده است.

بیماران با سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل تفاوت معنی‌داری از نظر جنس ( $P=0/055$ )، وضعیت تاهل ( $P=0/055$ ) و محل زندگی ( $P=0/787$ ) با بیماران بدون سابقه مصرف نداشتند. با این حال سن بیماران با سابقه مصرف ( $46 \pm 12$  سال) به میزان معنی‌داری بیش از بیماران بدون سابقه مصرف ( $36 \pm 13$  سال) بود ( $P=0/006$ ).

جدول ۱- انواع مواد مورد مصرف در بین بیماران با سابقه مصرف مواد مخدر یا الکل

ماده	فراوانی (درصد)
تریاک	۱۶ (۸۴)
الکل	۵ (۲۶)
شیره	۱ (۵)
هروئین	۱ (۵)
کرک	۱ (۵)
حشیش	۱ (۵)
شیشه	۱ (۵)

## بحث

مطالعه حاضر نشان داد که تمام بیماران در لیست انتظار پیوند ریه یا قلب بیمارستان دکتر مسیح دانشوری سابقه مصرف سیگار را داشتند و بیش از دو سوم آنها نیز هنوز هم به صورت روزانه یا گاه گاهی سیگار مصرف می‌کردند. دوستان بیماران مهم‌ترین نقش را در پیشنهاد برای اولین مصرف در بیماران داشتند. با این حال ۱۲٪ بیماران خودشان و بدون پیشنهاد از افراد دیگر مصرف سیگار را شروع کرده بودند. همچنین بیش از سه چهارم بیماران فرد یا افراد دیگری در خانواده داشتند که سیگار مصرف می‌کردند که بیشترین آن‌ها برادر و سپس

همچنین نزدیک به یک سوم بیماران سابقه مصرف مواد مخدر داشتند. در یک مطالعه انجام شده در بیماران پیوند قلب، تنها یک پنجم آنها سابقه مصرف سیگار داشتند (۵). با توجه به اینکه امروزه نقش سیگار در ایجاد بسیاری از بیماری‌های پیشرفته ریه و قلب که در نهایت نیازمند پیوند داشته باشند محرز شده است، اینکه تمام بیماران سابقه مصرف سیگار داشته باشند را تا حدودی قابل قبول می‌کند. با این حال باید در نظر داشت که بسیاری دیگر از بیماری‌های قلبی یا ریوی نیازمند پیوند نیز وجود دارند که نقش سیگار در آنها مشخص نیست. بنابراین و با توجه به شیوع بسیاری بالای سابقه مصرف سیگار و نیز مصرف فعلی سیگار در بیماران مطالعه ما به نظر می‌رسد که زمینه‌های اجتماعی قوی برای استفاده از سیگار در افراد جامعه وجود داشته باشد که تمام بیماران لیست انتظار ما دارای سابقه مصرف سیگار بودند.

در صورتی که شیوع مصرف سیگار و مواد در این بیماران بالا باشد که در این مطالعه قابل ملاحظه بوده است، لازم است برنامه‌هایی به منظور کاهش مصرف یا ترک آن در این بیماران در نظر گرفت تا در صورت انجام پیوند بیمار مشکلات کمتری را پیش رو داشته باشد. از جمله مواردی که می‌تواند در این زمینه برای بیماران سودمند باشد برگزاری جلسات آموزشی برای بیماران در لیست انتظار و نیز بیماران پیوند شده در مورد مضرات مصرف سیگار و مواد مخدر و تاثیر آنها بر روند بیماری فعلی، پیوند و مراقبت‌های پس از پیوند و شناسایی بیماران مصرف کننده سیگار یا مواد مخدر و دادن مشاوره‌های لازم جهت ترک آنها می‌باشد.

از این رو با توجه به شیوع بالای مصرف سیگار و نیز سابقه مصرف مواد مخدر در این بیماران و آگاهی کم آنها در مورد تاثیر این مواد بر روند بیماری در پیش و پس از پیوند، لازم است ضمن برگزاری برنامه‌های آموزشی برای این بیماران، تمهیدات مناسبی از جمله مداخلات روانشناسی برای ترک سیگار و مواد مخدر برای آنها در نظر گرفت.

در مورد محدودیت‌های پژوهش باید گفت با توجه به وضعیت جسمی بیماران و به دلیل استفاده از پرسشنامه، پاسخ به سوالات توسط بیماران سخت بود که سعی گردید تکمیل پرسشنامه‌ها در حداقل زمان ممکن و نیز با توجه به شرایط بیمار و در محیطی آرام و به دور از استرس انجام شود.

برگزاری جلسات آموزشی برای بیماران در لیست انتظار و نیز بیماران پیوند شده در مورد مضرات مصرف سیگار و مواد مخدر و تاثیر آنها بر روند بیماری فعلی، پیوند و مراقبت‌های پس از پیوند، و شناسایی بیماران مصرف کننده سیگار یا مواد

سیگار بودند. همچنین علی‌رغم اثبات تاثیر سیگار در ایجاد بسیاری از بیماری‌ها، دو سوم بیماران در لیست انتظار همچنان سیگار می‌کشیدند که این امر نشان دهنده این است که آگاهی این افراد نسبت به بیماری خود و نیز مضرات سیگار بسیار پایین بوده است. چنانچه اکثر بیماران از مضرات سیگار و تعداد مرگ و میر در اثر آن در کشور اطلاعی نداشتند. با این حال این مطلب که تمام بیماران معتقد بودند سیگار باعث بیماری ریوی می‌شود و نیمی از آنها نیز معتقد بودند که سیگار بیماری قلبی عروقی نیز ایجاد می‌کند، اما در عمل خودشان سیگار می‌کشیدند، نشان دهنده این است که بین داشتن آگاهی و نگرش افراد و عملکرد آنها تفاوت زیادی وجود دارد. از این رو لازم است برنامه‌های آموزشی گسترده‌ای را برای کلیه بیماران و نیز سایر افراد جامعه برای آشنایی با مضرات سیگار و مواد مخدر در نظر گرفت. در این راستا استفاده از رسانه‌های دیداری، شنیداری و نیز رسانه‌های مکتوب می‌تواند کمک شایانی به این امر نماید. همچنین از آنجا که عدم ترک اعتیاد به مصرف سیگار و مواد مخدر می‌تواند باعث اثرات سوء بر روند پیگیری و درمان مناسب پس از پیوند در این بیماران گردد (۵) و ممکن است باعث پس زدن پیوند یا عود مجدد بیماری گردد (۸)، امروزه با توجه به گسترده شدن انجام پیوند اعضا و در نظر گرفتن اینکه بین عدم تبعیت از درمان، حمایت‌های اجتماعی، وضعیت اقتصادی و اجتماعی، استفاده از مواد مخدر و مشکلات روانشناختی ارتباطاتی وجود دارد (۱۳)، انجام مشاوره‌های روانشناسی برای بررسی ناراحتی‌های روحی و روانی حاد و طولانی مدت بیماران در انتظار پیوند و نیز بیماران تحت پیوند توصیه می‌گردد. در ضمن توجه به ویژگی‌های شخصیتی بیماران کاندید پیوند نیز توصیه می‌شود (۶). پژوهش هم که توسط الن و شارون و همکارانشان در سال ۲۰۰۲ با عنوان ارزیابی روانشناختی بیماران پیوندی و مراقبت از آنها انجام گردیده نشان داده که بر اساس مطالعات ۵۴ محقق بر روی ۳۶۰۰ نفر از استفاده کنندگان مواد نتیجه گرفته شده که استفاده مجدد از الکل یا مواد بعد از پیوند منجر به عدم تبعیت از درمان می‌شود. همچنین برای بیماران که تحت پیوند کبد یا اعضای دیگر بدن به علت استفاده از مواد اعتیادآور یا الکل قرار می‌گیرند، خطر عود علائم بیماری پس از پیوند، مساله نگران کننده‌ای است (۳).

مطالعه ما نشان داد که تمام بیماران در لیست انتظار پیوند ریه و قلب سابقه مصرف سیگار داشتند و بیش از دو سوم آنها هنوز هم به صورت روزانه یا گاه‌گاهی سیگار مصرف می‌کردند.

**تشکر و قدردانی**

مخدر و دادن مشاوره‌های لازم جهت ترک آنها پیشنهاد می‌شود.

محققین از کلیه همکاران در بیمارستان مسیح دانشوری که در انجام این تحقیق یاری داده‌اند تشکر می‌نمایند.

**REFERENCES**

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2011. Available at: [www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html](http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2011.html), 20 September 2012
2. Olbrisch ME, Benedict SM, Ashe K, Levenson JL. Psychological Assessment and care of organ transplant patients. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 771-83.
3. Engle D. Psychosocial aspects of the organ transplant experience: what has been established and what we need for the future. *J Clin Psychol* 2001;57: 521-49.
4. Dew MA, DiMartini AF, De Vito Dabbs A, Myaskovsky L, Steel J, Unruh M, et al. Rates and risk factors for non adherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. *Transplantation* 2007;15: 858-73.
5. Banas MC, Banas B, Wolf J, Hoffmann U, Krüger B, Böger CA, et al. Smoking behaviour of patients before and after renal transplantation. *Nephrol Dial Transplant* 2008;23:1442-46.
6. Shea KJ, Sopko NA, Ludrosky K, Hoercher K, Smedira NG, Taylor DO, et al. The effect of a donor's history of active substance on outcomes following orthotopic heart transplantation. *Eur J Cardiothorac Surg* 2007;31:452-56.
7. Dew MA, DiMartini AF, Steel J, De Vito Dabbs A, Myaskovsky L, Unruh M, et al. Meta-analysis of risk for relapse to substance use after transplantation of the liver or other solid organs. *Liver Transpl* 2008;14:159-72.
8. World Health Organization. Chronic disease: a clinical manual. Geneva: WHO; 2008.
9. Faure S, Herrero A, Jung B, Dunny Y, Daures JP, Mura T, et al. Excessive alcohol consumption after liver transplantation impacts on long-term survival, whatever the primary indication. *J Hepatol* 2012;57:306-12.
10. Kuhl K, Shurman N, Rief W. Mental disorders and quality of life in COPD patients and their spouses. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2012;3: 727-36.
11. Hanrahan JS, Eberly C, Mohanty PK. Substance abuse in heart transplant recipients: a 10-year follow-up study. *Prog Transplant* 2001;11:285-90.
12. Mokri A, Ekhtiari H, Edalati H, Ganjgahi H. The relationship of the craving with different aspects of addiction severity in intravenous heroine substance abusers. *Journal of psychiatry and clinical psychology of Iran* 2008;14: 298-306.
13. Barbour KA, Blumenthal JA, Palmer SM. Psychosocial issues in the assessment and management of patients undergoing lung transplantation. *Chest* 2006;129: 1367-74.