

## نحوه مواجهه سیستم بهداشتی - درمانی با علایم محرومیت مصرف مواد افیونی

### در دو هفته اول پس از زلزله بم

دکتر رضا رادگودرزی<sup>۱\*</sup>، دکتر آفرین رحیمی موقر<sup>۲</sup>، دکتر الهه سهیمی ایزدیان<sup>۳</sup>، دکتر محمدرضا محمدی<sup>۴</sup> و دکتر محسن وزیریان<sup>۵</sup>

#### چکیده:

در دی ماه سال ۱۳۸۲ در شهر بم زلزله‌ای به وقوع پیوست که موجب کشته شدن بیش از ۳۰,۰۰۰ نفر شد. در این شهر مصرف تریاک در مردان شایع بوده و مشکلاتی را پس از زلزله ایجاد کرد. هدف این مطالعه بررسی آمادگی و نحوه عملکرد سیستم بهداشتی - درمانی در برخورد با علایم محرومیت معتادان به مواد افیونی پس از زلزله، بررسی روشهای شناسایی معتادان و سنجش نظرات پرسنل درمانی و معتادان در خصوص روشهای مناسب برخورد با اعتیاد پس از بلایا بوده است.

این مطالعه کیفی در شهرستان بم و هشت بیمارستان کرمان و تهران که زلزله‌زدگان را پذیرفته بودند، انجام شد. ۱۶۳ نفر مورد مصاحبه قرار گرفتند (۶۱ معتاد و بقیه از خانواده معتادان، مردم بم، پزشکان، پرستاران، امدادگران و مسولین) و روش انتخاب نمونه‌ها از طرق فرصت طلبانه و ارجاع همتایان بود. پرسشگری به شیوه مصاحبه عمیق (با پرسشنامه نیمه ساختار یافته) انجام گرفت. قبل و پس از زلزله، آموزش ویژه‌ای برای پرسنل درمانی یا برنامه‌ای جامع برای پیشگیری و درمان وابستگی به مواد وجود نداشت. نگرش اکثریت پرسنل سیستم درمانی نسبت به درگیر شدن در درمان معتادان منفی بود. سیستم درمانی در دو هفته اول پس از زلزله بدون برنامه‌ای معین پوشش دارویی ناکاملی را ارائه دادند. پیشنهاد اکثر مصاحبه شونده‌گان این بود که در شرایط بلایای احتمالی بعدی در روزهای اول برای جلوگیری از علایم محرومیت، از داروهای اپیوئیدی استفاده و پس از رفع بحران و بهبود صدمات جسمی اقدام به ترک شود.

عواقب ناگوار عدم رسیدگی به مشکلات اعتیاد پس از بحران می‌تواند شامل تغییر بروز مصرف مواد به ویژه در گروه‌های خاص؛ تغییر در شدت سوء مصرف؛ و احتمالاً تغییر نوع مواد و روش مصرف به اشکال پرخطر باشد. در نتیجه برای پیشگیری و درمان صحیح مشکلات مربوط به مصرف مواد وجود برنامه‌ای جامع و مدون ضرورت دارد تا در شرایط خاص بحران براساس آن عمل شود.

**واژگان کلیدی:** وابستگی به مواد اپیوئیدی، علایم محرومیت، زلزله، بلایا، سیستم بهداشتی - درمانی، نگرش

\*. عهده دار مکاتبات.

۱. گروه بهداشت روان مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور.

۲. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور.

۳. گروه بهداشت روان، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور

۴. مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران و مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی.

۵. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران و اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

## مقدمه :

زلزله شهر بم در ساعت ۵ و ۲۶ دقیقه صبح روز جمعه پنجم دی ماه سال ۱۳۸۲ اتفاق افتاد. این واقعه دهشتبار بیش از سی هزار کشته بر جای گذاشت. بازماندگان شاهد مرگ عزیزان بوده و یا دچار صدمات جدی شده بودند. لازم به ذکر است بر طبق برآورد جمعیتی سال ۱۳۸۲ جمعیت شهرستان بم ۲۲۲۱۱۰ نفر اعلام شد که از این تعداد ۱۱۶۵۱۸ نفر جمعیت شهری و ۱۱۰۵۹۲ نفر جمعیت روستایی بودند (اداره آمار ۱۳۸۳). این زلزله عوارض روانی، اجتماعی و اقتصادی قابل ملاحظه‌ای را بر مردمان این شهر وارد آورد. مطالعات متعددی نشان داده‌اند که بلایا آثار روان‌شناختی و روان‌پزشکی قابل توجهی دارند (Galea S. et al. 2002). تاکنون پژوهش‌های اندکی در مورد مصرف مواد پس از بلایا انجام شده است که بیشتر آنها نیز بر سیگار و الکل متمرکز هستند (Weiss L. et al. 2002). افزایش مصرف الکل و سیگار در بازماندگان بمب‌گذاری اوکلاه‌ها در سال ۱۹۹۵ گزارش شد (Pfefferbaum B. et al. 2001, 2002). در این بمب‌گذاری افرادی که افزایش مصرف الکل داشتند میزان آسیب و صدمه، سوگ، استرس پس از تروما، نگرانی در مورد امنیت و مشکلات عملکردی بیشتری داشتند و یافته‌ها نشان دادند بین سوگ و استرس پس از تروما با افزایش مصرف مواد در بازماندگان بلایا ارتباط وجود دارد. و لاهوف و همکاران (Vlahov D. et al. 2002, 2004). نیز نتایج مشابهی را در حادثه ۱۱ سپتامبر ۲۰۰۱ نیویورک گزارش نمودند. در این حادثه ارائه خدمات بهداشت روان افزایش یافت (Siegel C. et al. 2004).

افرادی که ترومای شدیدتری را تجربه می‌کنند ممکن است برای آرامش یا انطباق و مدارا با استرس و عاطفه منفی مواد مصرف نمایند. در بعضی مطالعات، مصرف الکل به عنوان عامل محافظتی در برابر ابتلا به افسردگی و اختلال استرس پس از تروما مطرح شده است (Maes M. et al. 2001). علاوه بر این (Armenian H.K. et al. 2002).

بیمارانی که پیش‌تر مواد مصرف می‌کرده‌اند پس از وقوع بلایا وقتی مصرف مواد را کم یا قطع کنند، ممکن است علائم محرومیت شدیدتری را (به خصوص تحریک پذیری و عصبانیت) تجربه کنند، در نتیجه احتمال دارد میزان مصرفشان مجدداً افزایش یابد (Vlahov D. et al. 2004).

در جوامع غربی بیشتر مطالعات متمرکز بر مصرف سیگار، الکل یا هروئین تزریقی است، در حالی که در بم مصرف تریاک آن هم به روش‌های غیرتزریقی ارجحیت دارد. از جهت دیگر در این منطقه مصرف تریاک در بین مردان شایع است و بررسی میزان بروز علائم محرومیت و نحوه برخورد سیستم بهداشتی درمانی با آن بسیار مهم می‌باشد. از آنجایی که تریاک ماده‌ای غیرقانونی محسوب می‌شود، با بروز بلایا وضعیت عرضه و مصرف آن دچار آشفتگی قابل ملاحظه‌ای می‌شود.

علاوه بر آثار روان‌شناختی چشمگیری که زلزله بر افراد به جای می‌گذارد که خود نیاز به مدیریت و رسیدگی بخش بهداشتی و درمانی دارد، اختلال در عرضه مواد غیرقانونی، در چنین شرایطی، موجب بروز علائم محرومیت در وابستگان به مواد می‌شود. این مشکل توجه جدی نظام بهداشتی-درمانی را (که خود در این شرایط در وضعیت آشفتگی و بحران‌زده قرار دارد) می‌طلبد؛ به ویژه که بسیاری از این علائم در مصدومین و افراد بستری رخ می‌دهد و خود بخشی از روند درمانی مصدومین و مجروحین را تشکیل می‌دهد.

در این راستا سئوالات اساسی که مطرح می‌شوند عبارتند از:

اول: آیا سیستم بهداشتی-درمانی آمادگی قبلی برای برخورد با علائم ترک وابستگان به مواد (معتادان) داشته است؟ دوم: آیا در طی بحران زلزله، سیستم بهداشتی-درمانی در مورد نحوه برخورد با وابستگان به مواد (معتادان) آموزش یا دستورات خاصی داشته است؟ سوم: نحوه برخورد سیستم بهداشتی-درمانی در عمل با علائم محرومیت وابستگان به مواد (معتادان) پس از زلزله چگونه بوده است؟ چهارم: نحوه

شد از گروه‌های مختلف وابستگان به مواد اپیویدی و یا پرسنل بهداشتی جهت نمایانگر (representative) بودن آنها استفاده شود.

زمان شروع مطالعه، ۱۵ روز پس از زمان وقوع زلزله و کار میدانی به مدت ۲ هفته به طول انجامید. پرسشگری به شیوه مصاحبه عمیق (In-depth interview) و توسط ۵ نفر از پزشکان و روان‌شناسان با سابقه در درمان وابستگان به مواد انجام گرفت. در انجام مصاحبه‌ها از ۸ پرسشنامه نیمه ساختار یافته و باز که توسط گروه تحقیق طراحی شده بود، استفاده گردید.

برای جمع‌آوری اطلاعات، پس از کسب رضایت از افراد و توضیح در مورد محرمانه بودن مشخصات فردی افراد و هدف انجام مطالعه، مصاحبه شروع و پرسشنامه‌ها پر می‌شد. با توجه به وضعیت مصاحبه‌شوندگان سعی بر این بود که تعداد سؤالات محدود بوده، از طولانی شدن مصاحبه جلوگیری به عمل آید. اطلاعات کیفی حاصل از پرسشنامه‌های نیمه ساختار یافته و باز با روش تحلیل محتوا و به صورت دستی استخراج و تحلیل گردید. ابتدا پرسشنامه‌های تکمیل شده توسط گروه تحقیق مطالعه و سپس واژه‌ها و مفاهیم کلیدی و تکراری استخراج و گزارش در چارچوب این مفاهیم طبقه‌بندی گردید. سپس پاسخ‌ها جمع‌بندی و نتایج تحلیل و تفسیر شد.

### نتایج:

۱- مشخصات وابستگان به مواد مورد مصاحبه و الگوی مصرف مواد در آنان قبل از وقوع زلزله از ۶۱ نفر وابسته به مواد مصاحبه شده در این مطالعه ۵۲ نفر مرد و ۹ نفر زن بودند. متوسط سنی آنان  $40/5 \pm 12/9$  سال بود. اکثراً دارای تحصیلات راهنمایی یا متوسطه، شاغل و متأهل بودند.

از ۶۱ نفر وابسته به مواد مورد مصاحبه، ۴۹ نفر حداقل یک نفر از اعضای خانواده خود را در اثر زلزله از دست داده بودند. ۵۱ نفر به دنبال وقوع زلزله زیر آوار مانده بودند. ۵۲

شناسایی وابستگان به مواد توسط سیستم بهداشتی-درمانی به چه صورت بوده است؟ پنجم: انتظارات پرسنل درمانی و وابستگان به مواد از سیستم بهداشتی-درمانی در شرایط حاضر در بم و موارد مشابه احتمالی در آینده چیست؟ پاسخ سریع به این سؤالات محققان حاضر را بر آن داشت که چنین مطالعه‌ای را طرح‌ریزی و اجرا نمایند.

### روش کار:

مطالعه در شهرستان بم (شهر بم و روستای باغچمک)، پنج بیمارستان کرمان، دو بیمارستان تهران، یک نقاهتگاه و دفاتر ستادی مسوولان درمان اعتیاد در وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی صورت گرفت. مجموعاً ۱۶۳ نفر شامل ۶۱ معتاد (۵۲ مرد و ۹ زن)، ۳۰ نفر از افراد غیرمعتاد و یا خانواده وابستگان به مواد که یا همراه بیمار در بیمارستان بوده‌اند و یا این که ساکن شهرستان بم بوده‌اند (۲۰ مرد و ۱۰ زن)، ۲۹ پزشک، ۳۳ پرستار و شش امدادگر (مجموعاً شامل ۳۵ مرد و ۳۳ زن) و چهار نفر از مسوولین درمان وابستگان به مواد در سطح ستادی در این مطالعه مورد مصاحبه قرار گرفتند. کسانی که به مدت یک ماه قبل از وقوع زلزله، حداقل یک بار در روز مواد افیونی مصرف کرده بودند به عنوان وابسته به مواد شناسایی شدند. جدول شماره ۱ توزیع جمعیت نمونه را برحسب مکان مطالعه نشان می‌دهد. پزشکان، شامل پزشکان عمومی و دستیاران یا متخصصان در رشته‌های مختلف جراحی، ارتوپدی، داخلی، اورژانس، روان‌پزشکی و سایر رشته‌ها بودند. پزشکان، پرستاران و امدادگران شهرستان بم از سازمانها و دانشگاه‌های مختلف و اکثراً از خارج از استان کرمان به این شهرستان آمده بودند. روش انتخاب نمونه‌ها از طرق فرصت‌طلبانه (opportunistic) و ارجاع همتایان (peer referral) بوده است. از آنجا که این مطالعه جهت بررسی وضعیت و نیازهای وابستگان به مواد اپیویدی و به سرعت انجام شد، انتخاب تصادفی نمونه‌ها مورد نظر نبوده است؛ گرچه تلاش

نفر از افراد مورد مصاحبه در اثر وقوع زلزله دچار صدمات جسمی شده بودند. محل سکونت ۴۰ نفر از ۶۱ وابسته به مواد مورد مصاحبه، کاملاً تخریب شده بود و ۱۹ نفر به وارد آمدن خسارات نسبی به منزل مسکونی‌شان اشاره داشتند.

تمامی وابستگان به مواد مورد مصاحبه سابقه مصرف تریاک را در یک ماه قبل از وقوع زلزله ذکر کرده‌اند. ۵۲ نفر از وابستگان به مواد مورد مصاحبه در یک ماه قبل از وقوع زلزله تریاک را به روش تدخین و ۱۷ نفر به روش خوردن استفاده می‌کردند. چنانکه ملاحظه می‌شود، ۹ نفر از هر دو روش برای مصرف تریاک استفاده می‌کردند. تنها ۵ نفر سابقه مصرف الکل و یک نفر سابقه مصرف حشیش و یک نفر سابقه مصرف کدئین را در طول یک ماه قبل از زلزله ذکر کردند. هیچ یک از ۶۱ نفر وابسته به مواد مورد مصاحبه به سابقه تزریق مواد در طول یک ماه قبل از وقوع زلزله اشاره نکردند. تنها ۴ نفر به سابقه تزریق مواد در طول عمر خود اشاره داشتند که همگی موارد بین ۳۰ تا ۳۲ سالگی آغاز شده بود.

۲- آمادگی قبلی سیستم بهداشتی- درمانی برای کنترل علایم محرومیت وابستگان به مواد: در تهران به استثنای یک پزشک نقاهتگاه - که دو دوره بازآموزی اعتیاد گذرانده بود - هیچ یک از پزشکان بیمارستانها (که دستیار رشته‌های تخصصی بودند) در مورد اعتیاد، آموزش سیستماتیک قبلی نداشتند. هیچ یک از پرستاران بیمارستانهای تهران و نقاهتگاه تهران دوره آموزشی در مورد اعتیاد نگذرانده بودند. در کرمان، سه روان‌پزشک و یک نفر دستیار روان‌پزشکی دوره اعتیاد و سه پزشک دیگر دوره‌های کوتاه در مورد اعتیاد گذرانده بودند. در کرمان، حدود نیمی از پرستاران، تجربه شخصی برخورد با وابستگان به مواد را ذکر کردند ولی هیچ یک از پرستاران کرمان آموزش آکادمیک در مورد اعتیاد نداشتند.

در شهرستان بم، پزشکان مستقر در اکثریت قریب به اتفاق موارد ذکر نمودند که یا آشنایی تجربی با مسایل اعتیاد

داشتند یا دوره‌های آموزشی کوتاه‌مدت (حداکثر یک روزه) را گذرانده بودند. هیچ یک از پرستاران و امدادگران در شهرستان بم، آموزش سیستماتیک قبلی در مورد اعتیاد ندیده بودند.

مسوولان واحدهای مرتبط با درمان وابستگان به مواد در وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی و سازمان بهزیستی نیز ذکر نمودند که قبل از وقوع زلزله دستورالعملی برای برخورد با وابستگان به مواد وجود نداشت و آموزش ویژه‌ای به پرسنل درمان اعتیاد قبل از زلزله داده نشده بود.

۳- آموزش و دستورات سیستم بهداشتی- درمانی پس از زلزله در مورد با علایم محرومیت: تمامی پزشکان و پرستاران بیمارستانهای تهران و اکثریت قریب به اتفاق پزشکان و پرستاران بیمارستانهای کرمان ذکر کردند که پس از وقوع زلزله آموزش یا راهنمایی خاصی دریافت نکردند و دستورالعمل کتبی یا شفاهی به ایشان ابلاغ نشد. یکی از پرستاران کرمان ذکر کرد که دستورالعمل کتبی از طرف دانشگاه علوم پزشکی چهار روز پس از واقعه در مورد برخورد با وابستگان به مواد در اختیارشان قرار گرفت.

هیچ یک از پرستاران و امدادگران و اکثریت قریب به اتفاق پزشکان در شهرستان بم پس از وقوع زلزله، در جریان راهنمایی یا دستورالعمل کتبی یا شفاهی خاصی قرار نگرفتند و آموزشی ندیدند. فقط دو مورد از پزشکان بیان کردند که به ما گفته شد اگر با افراد وابسته به مواد برخورد کردیم، مسکن قوی در اختیارشان بگذاریم.

در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در روزهای اول پس از زلزله مدیرکل دفتر سلامت جوانان و مدارس و نیز یکی از کارشناسان اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، مساله وابستگان به مواد زلزله زده را مطرح نمودند. در سازمان بهزیستی با دفتر پیشگیری استان کرمان و کارشناسان درمان اعتیاد در بهزیستی آن استان تماس گرفته شد.

رئیس اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد وزارت

بهداشت، درمان و آموزش پزشکی ذکر نمود که چهار روز پس از زلزله (در تاریخ ۱۳۸۲/۱۰/۹) دستورالعملی با امضای معاونت محترم سلامت وزارت بهداشت و رئیس ستاد امداد و حوادث غیرمترقبه در مورد برخورد با وابستگان به مواد زلزله زده صادر شد که در آن ذکر شده بود که لازم است هر چه سریعتر نسبت به کاهش آلام بیماران معتاد با علائم ترک، طبق پروتکل پیوست همت گمارده شود. در پروتکل یاد شده علائم ترک و دستورالعمل درمان علائم ترک در زلزله زدگان مبتلا به وابستگی به مواد افیونی به دو شکل سرپایی و بستری ذکر شده بود. در قسمت درمان سرپایی ذکر شد: براساس ارزیابی اولیه می توان از دو روش استفاده نمود: الف- درمان علامتی با قرص کلونیدین (۰/۲ میلی گرم) روزی ۱/۵ الی ۲ قرص، قرص کلونازپام (۱ میلی گرم) روزی ۴ الی ۶ قرص و قرص ایبوپروفن (۴۰۰ میلی گرم) هر ۴ ساعت یک بار؛ ب- درمان به مدت یک ماه با قرص ۵۰ میلی گرمی ترامادول روزی ۴ عدد، قرص ۳۰ میلی گرمی کدین فسفات روزی ۵ عدد و قرص ۱ میلی گرمی کلونازپام روزی ۴ عدد و پس از یک ماه، ارزیابی مجدد و ارجاع برای درمان به مراکز درمانی اعتیاد. علاوه بر این ذکر شده بود، درمان بیمارانی که به علت جراحی در بیمارستان بستری هستند به صورت سم زدایی با متادون به شرح زیر می تواند انجام گیرد: مصرف قرص خوراکی متادون روز اول: ۲ الی ۳ قرص ۵ میلی گرمی؛ روز دوم و سوم افزایش تا حداکثر ۴ الی ۵ قرص در روز و روزهای بعد کاهش نصف قرص به طور روزانه تا قطع متادون و قرص کلونازپام ۱ میلی گرم روزی ۲ عدد برای تخفیف بیقراری و بیخوابی. در آخرین تخصیص بودجه سال ۱۳۸۲ مبلغ چهل میلیون ریال به معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی کرمان تخصیص داده شد تا در شهرستان بم یک کلینیک متادون با مسوولیت یک روان پزشک راه اندازی شود.

مدیر کل دفتر پیشگیری و امور اعتیاد سازمان بهزیستی

ذکر کرد دویست میلیون ریال اعتبار برای تأسیس یک مرکز درمان سرپایی اعتیاد تخصیص داده شد و تیم و امکانات درمان و پیشگیری آن سازمان برای همکاری در فعالیتهای بهداشت روان در اختیار بخشهای مربوطه قرار گرفتند. روان شناسان و روان پزشکان مراکز بهزیستی استان کرمان و بعضی از استانهای مجاور به صورت چرخشی برای ارائه خدمات روان شناسی و روان پزشکی (و نه اختصاصاً اعتیاد) به بم اعزام شدند و ارائه خدمات برای وابستگان به مواد به صورت ارجاعی در کرمان انجام شد یعنی بیماران وابسته به مواد یا به مراکز بهزیستی کرمان ارجاع داده می شدند، یا اگر به درمانگاههای خصوصی کرمان مراجعه می کردند، هزینه آن را بهزیستی تقبل می کرد. در دو هفته اول در شهرستان بم خدمات اختصاصی برای وابستگان به مواد پیش بینی نشد.

۴- نحوه شناسایی وابستگان به مواد توسط سیستم هدایتی درمانی: اکثریت قریب به اتفاق پزشکان، پرستاران و امدادگران تهران، کرمان و بم با مجروحینی که معتاد بوده یا مواد مصرف می کردند، برخورد داشتند و آنها را شناسایی کردند. روشهای شناسایی مصرف کنندگان مواد توسط پزشکان، پرستاران و امدادگران به شرح زیر بودند:

گزارش شخصی بیمار به طور مستقیم و یا حین اخذ شرح حال، بروز علائم ترک در بیمار، مشخصات ظاهری و رفتاری فرد بیمار، درخواست داروهای مسکن و مخدر بیش از حد انتظار، گزارش فرد همراه بیمار، وجود درد فراتر از خدمات جسمی مجروح، تجربه شخصی پزشک یا پرستار، تقاضای مواد از کادر درمانی، گزارش شخصی بیمار در اتاق عمل به دلیل ترس از ایجاد عوارض جانبی و پیدا کردن تریاک در نزد بیمار.

گزارش یکی از پرستاران بیمارستانهای تهران این بود که: "بعضی از مصرف کنندگان مواد ۲-۳ روز پس از قطع داروهای مسکن و مخدر توسط پرسنل درمانی، با بروز علائم ترک به سابقه مصرف مواد اقرار می نمودند". پزشک دیگری در صحبت های خود اشاره نمود: "آدم سالم سانحه نمی بیند ما

دایم با معنادان سروکار داریم ما همیشه در رشته تخصصی خودمان (ارتوپدی) حدس می‌زنیم همه معناد هستند تا خلاف آن ثابت شود."

۵- نحوه عملکرد سیستم بهداشتی-درمانی برای کنترل علائم محرومیت وابستگی به مواد :

۵-الف- از نظر وابستگی به مواد اپیویدی:

در طی ۲۴ ساعت اول بر اساس گزارش وابستگی به مواد در بیمارستانها و نقاهتگاه تهران، حدود نیمی از وابستگی به مواد زلزله زده تحت پوشش درمان دارویی (مسکن‌های اپیویدی) قرار گرفتند. تمامی بیمارانی که از سیستم درمانی کمک خواستند، تحت پوشش درمان دارویی (مسکن و یا مخدر) قرار گرفتند و البته سه مورد علی‌رغم دریافت دارو علائم ترک را نیز گزارش نمودند. ولی در شهرستان بم و بیمارستان کرمان در ۲۴ ساعت اول اندکی از بیماران تحت پوشش دارویی قرار گرفتند و بقیه موارد یا علائم ترک نداشتند یا از سیستم کمک نخواستند. دو مورد هم ذکر کردند که علی‌رغم درخواست از سیستم درمانی، دارو در اختیارشان قرار نگرفت و به همین جهت توسط همراهان خود تریاک تهیه و مصرف نمودند.

بر اساس گزارش وابستگی به مواد از روز دوم تا پایان هفته دوم پس از وقوع زلزله، در بیمارستانهای تهران اکثریت وابستگی به مواد، یا پرسنل درمانی را در جریان مساله اعتیاد خود قرار دادند یا درخواست داروهای مسکن و مخدر کردند که حدود نیمی از این افراد، علی‌رغم مصرف این داروها، علائم ترک را نیز تجربه کردند. نیمی از بیماران بستری در بیمارستانهای تهران توسط همراهان یا ملاقات کنندگان تریاک تهیه نموده، مصرف کردند. اکثریت قریب به اتفاق افرادی که تریاک مصرف کردند از سیستم درمانی نیز کمک گرفتند.

بر اساس گزارش وابستگی به مواد در بیمارستانهای کرمان از روز دوم تا پایان هفته دوم، حدود دو سوم موارد توسط سیستم درمانی تحت پوشش تجویز داروهای مسکن و

مخدر قرار گرفتند، که یک سوم این گروه علائم ترک را تجربه نمودند. در این بیمارستانها حدود دو سوم موارد تریاک مصرف نمودند و نیمی از این گروه از سیستم درمانی نیز کمک گرفتند.

بر اساس گزارش وابستگی به مواد در شهرستان بم حدود یک پنجم افراد مصاحبه شده، در این دوره، از مراکز درمانی داروهای مخدر و مسکن طلب نمودند و اکثریت موارد مصرف نمودند.

۵-ب- از نظر پزشکان و پرستاران:

در بیمارستانهای تهران و کرمان، به گفته پزشکان و پرستاران، پرستاران دستورات دارویی پزشکان را اجرا می نمودند که بیشتر شامل تجویز داروهای مخدر و مسکن بود. اکثریت آنها گفتند که داروهای مسکن از جمله ضد درد اپیویدی تجویز می‌شد و اقلیتی نیز کلونیدین یا متادون تجویز می‌کردند. گروه اندکی از پرستاران بیمارستانها نیز گزارش کردند که برای این بیماران مشاوره روان پزشکی درخواست می‌شد و دو مورد نیز بیان نمودند که اقدامات ترک برای معنادان انجام می‌شد.

یک پزشک بیمارستان تهران عنوان کرد: "چون حجم بیماران بالا بود، مشاوره روان پزشکی درخواست نمی‌شد و دستورات دارویی توسط دستیاران اورژانس داده می‌شد و تمایل پزشکان این بود که داروی مسکن تجویز کنند." پزشکان و پرستاران بیمارستانهای تهران و کرمان، داروهای در دسترس در بخشها را به ترتیب زیر عنوان کردند:

داروهای مسکن اپیویدی (مانند ترامادول، مورفین، پتیدین، فنتانیل و پنتازوسین)؛ متادون (خوراکی و تزریقی)؛ کلونیدین؛ و در مواردی نیز داروهای زیر ذکر شدند: استامینوفن کدئین، دی فنوکسیلات، دیازپام، کلونازپام، NSAIDS، باکوفن و آمی‌تریپتیلین.

با توجه به این که اکثر بیماران در بخشهای بیمارستانی تریاک مصرف می‌نمودند، در مورد نحوه برخورد با این وابستگی به مواد، اکثریت پزشکان و پرستاران بیمارستانها

اظهار داشتند که با این که می‌دانستند آنها مواد مصرف می‌کنند چیزی نمی‌گفتند و ترجیح می‌دادند بیماران به مصرف مواد ادامه دهند. حدود یک سوم بیان کردند که به این بیماران مصرف داروهای مخدر و مسکن را پیشنهاد می‌کردند و توصیه می‌کردند که از مصرف تریاک پرهیز نمایند. یکی از پزشکان بیمارستان تهران در مورد نگرش خود به وابستگان به مواد گفت: "من اصلاً نظر مناسبی نسبت به معتادان ندارم. آدم‌های دروغگویی هستند. من می‌گذارم که همان کاری که تا حال می‌کردند بکنند. من مسوول آنها نیستم."

در شهرستان بم، اکثریت قریب به اتفاق پزشکان و امدادگران و حدود یک سوم پرستاران اظهارداشتند که با بیش از ۵۰ وابسته به مواد که علایم محرومیت را تجربه کردند برخورد داشتند.

در مورد نحوه عملکرد پزشکان، پرستاران و امدادگران در شهرستان بم، اکثریت آنها گفتند که برای کنترل علایم ترک وابستگان به مواد از داروهای آرامبخش استفاده می‌کردند. حدود نیمی از پزشکان روزهای اول فقط از داروهای مسکن و آرامبخش و روزهای بعدی از کلونیدین و ترامادول استفاده می‌کردند. به گفته برخی از پرستاران در شهرستان بم هیچ‌گونه اقدام خاصی برای علایم ترک وابستگان به مواد انجام نشد و حتی یک نفر از پرستاران خودش شخصاً برای وابستگان به مواد تریاک تهیه می‌کرد و یک پرستار نیز عنوان کرده بود که از معتادان دیگر تریاک می‌گرفته و بین بقیه وابستگان به مواد پخش می‌کرده است. اکثریت قریب به اتفاق پزشکان و پرستاران و امدادگران در شهرستان بم به وابستگان به مواد توصیه می‌نمودند که به مصرف مواد ادامه دهند. یک پزشک شهرستان بم نیز عنوان کرد: "چنانچه معتادی وضع جسمانی و روانی مناسبی داشت توصیه به ترک می‌کردم، در غیر این صورت می‌گفتم خودت تصمیم بگیر" یک پرستار بم نیز عنوان کرده بود: "توصیه خاصی نداشتم در نهایت چند جمله تشویقی

برای ترک می‌گفتم."

۵-ج- از نظر مردم:

یک سوم از مصاحبه شوندگان در شهرستان بم گزارش نمودند که اکثر وابستگان به مواد در دو هفته اول پس از زلزله به مصرف تریاک ادامه دادند. یک سوم نیز به مصرف داروهای مسکن و مخدر توسط وابستگان به مواد اشاره نموده، یک سوم دیگر گزارش نمودند که اکثر وابستگان به مواد مبادرت به ترک نمودند. دو نفر از مردم عنوان کردند که هیچ اقدامی از جانب سیستم درمانی برای کنترل علایم محرومیت وابستگان به مواد صورت نگرفت. یکی از مردم گفت: "معتادان به مراکز درمانی به بهانه زلزله مراجعه می‌کردند و داروهای مسکن طلب می‌کردند. هیچ اقدامی جهت درمان معتادان انجام نشد". فرد دیگری گفت: "تعداد زیادی از معتادان به مصرف مواد ادامه دادند و مجبور شدند شیوه مصرف یا نوع مواد را تغییر دهند".

۶- نگرش و انتظارات وابستگان به مواد و پرسنل بهداشتی درمانی از سیستم بهداشتی درمانی:

۶-الف- از نظر وابستگان به مواد اپیویدی:

از بین وابستگان به مواد که در بیمارستان تزریق دارو داشته‌اند بیش از نیمی (۴۰ نفر) ترجیح می‌دادند که در حین بستری، به جای تزریق داروی مخدر، تریاک مصرف کنند که عمدتاً علت این ترجیح را ترس از تزریقی شدن پس از ترخیص و آرامش بهتر با تریاک ذکر می‌کردند. یک مرد ۵۶ ساله بمی در یکی از بیمارستانهای تهران گفت: "تریاک را ترجیح می‌دهم، زیرا در بم غیر از تریاک بقیه مواد را بد می‌دانند و تریاک بهتر جواب می‌دهد." بیش از یک سوم موارد نیز تزریق داروها را ترجیح می‌دادند که علل این ترجیح را آرامش بهتر با داروی مخدر تزریقی، مشکل در تهیه مواد، راحت تر بودن ترک مورفین و قانونی تر بودن داروهای تزریقی ذکر می‌کردند.

بیش از نیمی از وابستگان به مواد بیان کردند که بهتر است از این پس برای وابستگان به مواد زلزله‌زده بم تسهیلات و

امکان‌ات ترک مواد فراهم شود. عده‌ای توزیع تریاک بین وابستگان به مواد را توصیه کرده و بعضی دیگر به در اختیار گذاشتن داروهای مسکن و مخدر مانند متادون، اشاره کردند. تعدادی نیز پیشنهاد کردند که در حال حاضر دارو در اختیار وابستگان به مواد قرار داده شود و پس از بهبودی صدمات جسمی، ترک داده شوند. یک مرد ۲۹ ساله بمی اظهار داشت: "در زمینه درمان می‌باید مشاوره‌های روان‌درمانی برای آنها گذاشته شود، چون که خود اعتیاد به روان‌درمانی نیاز دارد. علاوه بر آن زلزله نیز فشار روانی زیادی روی افراد آورده است و موضوع را وخیم‌تر نموده است. به خاطر این که بعد از زلزله خود من افرادی را سراغ دارم که قبل از زلزله سیگار هم مصرف نمی‌کردند، اما پس از زلزله به مصرف مواد روی آوردند."

بیش از نیمی از وابستگان به مواد پیشنهاد می‌کردند که در وقایع و بلایای احتمالی بعدی در روزهای اول به وابستگان به مواد داروهای مسکن، مخدر قوی یا آمپول مورفین بدهند. بیش از یک چهارم موارد گفتند به وابستگان به مواد تریاک بدهند و حدود یک چهارم بیان کردند که جهت ترک وابستگان به مواد اقدام شود. دو مورد نیز ذکر نمودند هم مواد و هم دارو در اختیار وابستگان به مواد قرار دهند.

۶-ب- از نظر پزشکان:

اغلب پزشکان در خصوص اقداماتی که از این پس بهتر است برای زلزله‌زدگان بم صورت گیرد، معتقد بودند که در شرایط بحران، درمان اعتیاد امکان‌پذیر نیست؛ بلکه باید با تجویز داروهای مسکن مخدر قوی مانند متادون و ترامادول علائم ترک بیماران را کنترل کرد و بعد از بهبود شرایط جسمی و زندگی آنها پروتکل درمانی مناسبی را برای ترک اجرا کرد. عده‌ای از پزشکان معتقد بودند که باید پروتکلی وجود داشته باشد تا چگونگی برخورد با مشکلات مصرف مواد را در روزهای اول پس از بحران (زلزله) تعیین کند. عده‌ای دیگر از پزشکان گفتند که در این شرایط ترک

امکان‌پذیر نیست و ادامه مصرف مواد بهترین کار در شرایط بحران است، لذا باید به نحوی مواد در اختیار آنها قرار داده شود. یکی از پزشکان بم گفت که باید مکانهایی خاص برای مصرف مواد ایجاد شود و مواد به هیچ وجه توزیع نشود.

اغلب پزشکان معتقد بودند که برای وقایع احتمالی بعدی در روزهای اول باید پروتکلی وجود داشته باشد تا چگونگی برخورد با مشکلات مصرف مواد را در روزهای اول پس از بحران (زلزله) تعیین کند.

۶-ج- از نظر پرستاران:

اکثر پرستاران در مورد اقداماتی که برای وابستگان به مواد، چه در زلزله کنونی و چه در وقایع احتمالی بعدی، لازم است انجام شود بیان کردند که باید آموزشهای لازم به پرسنل داده شود، داروهای مسکن به بیماران تجویز شود، یعنی در درجه اول درد و رنج آنها کنترل شود و بیماران پس از مساعد شدن شرایط، ترک داده شوند. برخی نیز معتقد بودند که آنقدر فشار روانی در این شرایط زیاد است که نمی‌توان ترک کرد. بعضی معتقد به ترک در بیمارستان بودند و برخی پس از ترخیص. تنها یک نفر گفت بهتر است تریاک به آنها داده شود. پرستار دیگری عنوان کرد باید وابستگان به مواد شناسایی شده و صرفاً به معتادان مسن مواد داده شود و معتادان جوان ترک داده شوند. برخی گفتند باید با سیستم عرضه مواد در شهر بم مقابله کرد. بعضی از پرستاران گفتند باید نیروی انسانی، آموزش کافی در خصوص چگونگی مواجهه با این شرایط را دیده باشد.

۶-د- از نظر مردم:

مردم شهرستان بم (شهر بم و باغچمک) نظرات گوناگونی داشتند. برخی اعتقاد داشتند که بهتر است تریاک یاداروی جایگزین در اختیار وابستگان به مواد قرار داده شود. برخی معتقد بودند که باید برای ترک اختیاری، تسهیلات درمانی وجود داشته باشد. برخی نیز معتقد بودند که هیچ کاری در این شرایط نباید کرد.



## بحث:

نتایج این تحقیق نشان می‌دهد که اکثر پزشکان و پرستاران در مورد پیشگیری و درمان وابستگی به مواد دوره‌های آموزشی در طی تحصیلات دانشگاهی خود یا پس از آن را نگذرانده بودند. قبل و پس از زلزله، آموزش خاصی برای پرسنل درمانی یا برنامه‌ای جامع و یکپارچه برای پیشگیری و درمان وابستگی به مواد وجود نداشت و دستورالعمل وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی که پس از زلزله صادر شد، پس از گذشت دو هفته تا یک ماه، تنها در دسترس عده اندکی از پرسنل درمانی قرار گرفته بود. شاید به همین دلایل بود که نگرش اکثریت پرسنل سیستم درمانی نسبت به وابستگی به مواد منفی بود و آنها به درگیری با مسایل و مشکلات اعتیاد تمایلی نشان نمی‌دادند. در نتیجه رسیدگی به مشکلات فرد وابسته به مواد، ولو از نظر طبی، با بذل توجه لازم انجام نمی‌شد و چه بسا این امر خود می‌توانست مختل کننده روند درمان بیماری جسمی وی باشد.

سیستم درمانی در روز اول پس از زلزله بدون برنامه‌ای معین پوشش دارویی ناکاملی را ارائه دادند. از روز دوم تا پایان هفته دوم پوشش درمانی غیردارویی وجود نداشت و پوشش درمانی دارویی کامل نبود؛ چرا که حدود نیمی از وابستگان مواد علایم ترک را تجربه نمودند و بیش از نیمی از وابستگان به مواد در طی این دوره مواد مصرف نمودند (سهیمی ایزدیان و همکاران ۱۳۸۳). لازم به ذکر است درمانها یا روشهای به کار گرفته شده برای کنترل علایم محرومیت در اکثر موارد به دور از استانداردهای معتبر علمی و بر اساس سلیقه شخصی درمانگر بود.

پیشنهاد اکثر وابستگان به مواد، پزشکان، پرستاران و مردم این بود که در شرایط بلایای احتمالی بعدی در روزهای اول، ترک امکان پذیر نیست. بلکه باید برای جلوگیری از علایم محرومیت از داروهای اپیویدی استفاده نمود و پس از بهبود شرایط جسمی اقدام به ترک نمود. علاوه بر آن پیشنهاد نمودند که در این دوران برنامه آموزشی برای پرسنل درمانی و پروتکل جامعی برای برخورد با وابستگان به مواد وجود داشته باشد.

نظر وابستگان به مواد در مورد اقداماتی که از این پس

بہتر است برای زلزله‌زدگان بم انجام شود متفاوت بود، برخی فراهم شدن امکانات ترک، برخی تجویز داروهای مخدر و برخی توزیع تریاک بین وابستگان به مواد را پیشنهاد کردند.

همان گونه که ذکر شد مطالعات اندکی در مورد مصرف مواد پس از بلایا وجود دارد و اکثر آنها متمرکز بر مصرف الکل می‌باشند. لازم به ذکر است در جستجویی که در بانک‌های اطلاعاتی انجام شد، مطالعه‌ای که اختصاصاً نحوه مواجهه سیستم درمانی با مصرف مواد افیونی و علایم محرومیت آن را بررسی کرده باشد، یافت نشد. لذا این مطالعه متمرکز بر موضوعی است که علی‌رغم اهمیت زیاد آن مورد غفلت واقع شده است. نتایج مطالعات دیگر عمدتاً حاکی از آن هستند که تقاضا و مصرف مواد پس از بلایا افزایش می‌یابد (Weiss L. et al. 2002, Vlahov D. et al. 2002, 2004, Factor S.H. et al. 2002, Deren S. et al. 2002).

از جمله می‌توان به مطالعات مربوط به حادثه یازده سپتامبر، بمب‌گذاری اکلاهاما و غرق شدن کشتی Herald of Free Enterprise اشاره نمود (Weiss L. et al. 2002, Pfefferbaum B. et al. 2001, 2002, Deren S. et al. 2002, Joseph S. et al. 1993).

از طرف دیگر افزایش نیاز و استفاده از خدمات بهداشتی ارایه شده در واقعه اکلاهاما و یازده سپتامبر گزارش شده است (Pfefferbaum B. et al. 2001, 2002, Joseph S. et al. 1993, North C.S. et al. 1999, Herman D. et al. 2002). در مطالعه رحیمی موفر و همکاران (Rahimi Movaghar A. et al. در دست چاپ)

مشخص شد که شیوه مصرف تریاک در بم در دو هفته اول از روش تدخینی به خوراکی تغییر داشته است. عدم رسیدگی به مشکلات اعتیاد در مناطق پس از بحران می‌تواند عواقب ناگواری به همراه داشته باشد که از جمله می‌توان به تغییر بروز مصرف مواد به ویژه در گروه‌های خاص مانند زنان و نوجوانان، تغییر در شدت سوء مصرف مواد و نوع مواد مصرفی و احتمالاً تغییر نوع مواد و روش مصرف به اشکال پرخطر برای صرفه‌جویی در میزان مواد مصرفی و یا کسب آرامش بیشتر برای مقابله با استرس‌های بیرونی اشاره نمود. در نتیجه با در نظر گرفتن مطالب فوق برای پیشگیری و درمان صحیح مشکلات مربوط به مصرف مواد برنامه‌ای جامع و کامل مورد احتیاج است.

## نتیجه‌گیری:

نتایج حاصل از این مطالعه حاکی از آن است که علی‌رغم شیوع مصرف مواد افیونی به ویژه در مناطقی از کشور، به خصوص برخی از مناطق زلزله‌خیز، آمادگی کافی برای برخورد با آن در بحرانها وجود ندارد. بنابراین به نظر می‌رسد ضرورت دارد برنامه جامع، مدون، قابل اجرا و یکپارچه‌ای برای پیشگیری از مصرف مواد و درمان وابستگان به مواد در شرایط بلایا براساس شواهد عینی و نظر صاحب‌نظران تدوین شده و در شرایط خاص بحران براساس آن عمل شود. پیشنهاد می‌شود برنامه مذکور شامل اجزای زیر باشد: تعاریف فوریت، بلا، اعتیاد و؛ تعیین مرکز یا سازمانی که مسوولیت اداره برنامه را بر عهده داشته باشد؛ نقش عملکردی آن مرکز در بلایا؛ راهبردهای هماهنگ سازی با واحدهای دیگر سیستم بهداشتی؛ و طرح، اجرا و نظارت بر اجرای پروتکل مناسب. بدیهی است هدف از برقراری چنین سیستمی تغییر و ارتقای دانش، نگرش و عملکرد سیستم بهداشتی - درمانی و اجزای آن می‌باشد ( Qureshi K.A.

et al. 2002). از سوی دیگر، لازم است برنامه آموزشی کوتاه مدت چه پس از بلایا و چه به صورت عام برای پرسنل سیستم درمانی طراحی و اجرا شود. حتی پیشنهاد می‌شود در صورت امکان در برنامه دانشجویی رشته‌های پزشکی و پرستاری مباحث نظری و عملی مربوط به "مواد" گنجانده و به طرز شایسته‌ای تدریس و تمرین شود. یافته‌های این تحقیق مربوط به روزهای اول پس از زلزله می‌باشند و برای پایش پیوسته و دقیق تغییرات مصرف مواد و نحوه برخورد سیستم درمانی، مطالعات طولی یا مقطعی، در مقاطع زمانی متوالی، پس از وقوع زلزله پیشنهاد می‌شوند.

## تشکر و قدر دانی:

هزینه این پژوهش توسط مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور تامین شده است. نویسندگان مقاله از جناب آقای دکتر حسینی، جناب آقای باغستانی و همچنین از همکاری معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی استان کرمان به ویژه آقای جهانگرد قدر دانی می‌نمایند.

جدول ۱- توزیع جمعیت مورد مطالعه بر حسب مکان و گروه‌های هدف

جمع کل	مسوول	مردم	خانواده وابسته به مواد	وابسته به مواد	امدادگر	پرستار	پزشک	جمعیت نمونه	مکان مطالعه
۴۹	-	۶	۱	۱۴	۶	۱۲	۱۰	شهر بم	شهرستان بم
۱۲	-	۳	-	۶	-	۱	۲	روستای باغچمک	
۴۷	۲	-	۱۰	۱۸	-	۱۰	۷		کرمان (۵ بیمارستان)
۵۵	۲	-	۱۰	۲۳	-	۱۰	۱۰		تهران (۲ بیمارستان و یک نقاهتگاه)
۱۶۳	۴	۹	۲۱	۶۱	۶	۳۳	۲۹		جمع کل

## منابع:

- S., McMillen J.C., Spitznagel E.L. and Smith E.M. (1999) Psychiatric Disorders Among Survivors of the Oklahoma City Bombing. *J.A.M.A.* **282**(8): 755-762.
- Pfefferbaum B. and Doughty D.E. (2001) Increased alcohol use in a treatment sample of Oklahoma City bombing victims. *Psychiatry*. **64**(4):296-303.
- Pfefferbaum B., Vinekar S.S., Richard P., Trautman R.P., Lensgraf S.J., Reddy C., Patel N. and Ford A.L. (2002) The Effect of Loss and Trauma on Substance Use Behavior in Individuals Seeking Support Services After the 1995 Oklahoma City Bombing. *Ann. Clin. Psychiatry*. **14**(2): 89-95.
- Qureshi K.A., Merrill J.A., Gershon R.R.M. and Calero-Breckheimer A. (2002) Emergency Preparedness Training for Public Health Nurses: A Pilot Study. *J. Urban Health*. **79**(3): 413-416.
- Rahimi Movaghar A., Hosseini M., Rad Goodarzi R., Shimi Izadian E., Mohammadi M.R., Vazirian M. Impact of Bam Earthquake on substance use in the first two weeks "A rapid assessment". (on line)
- Siegel C., Wanderling J. and Laska E. (2004) Coping with disasters: estimation of additional capacity of the mental health sector to meet extended service demands. *J Ment. Health Policy Econ*. **7**(1): 29-35.
- Vlahov D., Galea S., Resnick H., Ahern J., Boscarino J.A., Bucuvalas M., Gold J. and Kilpatrick D. (2002) Increased Use of Cigarettes, Alcohol, and Marijuana among Manhattan, New York, Residents after the September 11th Terrorist Attacks. *Am. J. Epidemiol.* **155** (11): 988-996.
- Vlahov D., Galea S., Ahern J., Resnick H. and Kilpatrick D. (2004) Sustained Increased Consumption of Cigarettes, Alcohol, and Marijuana among Manhattan Residents After September 11, 2001. *Am. J. Public Health*. **94**(2): 253-254.
- Weiss L., Fabri A., McCoy K., Coffin P., Netherland J. and Finkelstein R. (2002) A vulnerable population in a time of crisis: Drug users and the attacks on the World Trade Center. *J. Urban Health*. **79**: 392-403.
- اداره آمار ایران (۱۳۸۳). بازسازی و برآورد جمعیت شهرستانهای کشور بر اساس محدوده سال ۱۳۸۰. تهران.
- سهیمی ایزدیان، الهه. رحیمی موقر، آفرین. گودرزی راد، رضا. محمدی، محمد رضا. حسینی، مهدی. (۱۳۸۳) بررسی بروز علایم محرومیت دردو هفته اول بعد از زلزله درمعتادان (وابستگان به مواد اپیوئیدی) دریم. (پذیرفته شده) در مجله رفاه اجتماعی، تابستان، شماره ۱۳.
- Armenian H.K., Morikava M., Melkonian A.K., Hovanesian A., Akiskal. K. and Akiskal H.S. (2002) Risk Factors for Depression in the Survivors of the 1988 Earthquake in Armenia. *J. Urban Health*. **79**(3): 373-382.
- Deren S., Shedlin M., Hamilton T. and Hagan H. (2002) Impact of the September 11th attacks in New York city on drug users: a preliminary assessment. *J. Urban Health*. **79**: 409-412.
- Factor S.H., Wu Y., Monserrate J., Edwards V., Cuevas Y., Del Vecchio S. and Vlahov D. (2002) Drug Use Frequency Among Street-Recruited Heroin and Cocaine Users in Harlem and the Bronx Before and After September 11, 2001. *J. Urban Health*. **79**: 404-408.
- Galea S., Ahern J., Resnick H., Kilpatrick D., Bucuvalas M., Gold J. and Vlahov D. (2002) Psychological Sequelae of the September 11 Terrorist Attacks in New York City. *N. Eng. J. Medicine*. **346**(13): 982-987.
- Herman D., Felton C. and Susser E. (2002) Mental health needs in New York state following the September 11th attacks. *J. Urban Health*. **79**(3): 322-331.
- Joseph S., Yule W., Williams R. and Hodgkinson P. (1993) Increased substance use in survivors of the Herald of Free Enterprise disaster. *Br. J. Med. Psychol.* **66**(2): 185-191.
- Maes M., Delmeire L., Mylle J. and Altamura C. (2001) Risk and Preventive Factors of Post-traumatic Stress Disorder (PTSD): Alcohol consumption and intoxication Prior to a Traumatic Event Diminished the Relative Risk to Develop PTSD in Response to that Trauma. *J. Affect. Disord.* **63**: 113-121.
- North C.S., Nixon S.J., Shariat S., Mallonee

# THE APPROACH OF HEALTH SYSTEM IN DEALING WITH OPIOID WITHDRAWAL SYMPTOMS IN BAM EARTHQUAKE VICTIMS DURING THE FIRST TWO WEEKS AFTER THE DISASTER

**Rad Goodarzi R.<sup>\*6</sup>, M.D; Rahimi Movaghar A.<sup>7</sup>, M.D; Sahimi Izadian E.<sup>8</sup>, M.D; Mohammadi M.R.<sup>9</sup>, M.D; Vazirian M.<sup>10</sup>, M.D.**

The aims of the present study were to assess preparedness and function of health system in the management of withdrawal symptoms in opioid dependents after Bam earthquake, the methods that medical staff used for identification of dependents, the viewpoints of the medical staff as well as opioid dependents about the roles of health system, and the appropriate methods for managing opioid dependence after disaster.

This qualitative study was carried out in the city of Bam, one of its nearby villages and eight hospitals in Tehran and Kerman, admitting earthquake victims. Our analysis was based on 163 semi-structured interviews, with drug abusers, their family members, people living in Bam, service providers, and the authorities.

No specific training for drug abuse was reported by medical staff. No guideline or program was available for prevention and management of drug dependence in disasters. Most of the medical staff had negative attitudes toward involvement in treatment of opioid dependence. During the first two weeks after the earthquake, medical management of the withdrawal symptoms was inadequate. Most of the interviewees suggested managing the withdrawal symptoms with prescribing opioid agonists and then treating the opioid dependence following improvement of physical injuries and stability of social situation.

In disaster situations, the consequences of inadequate management of opioid dependence can be ominous. Such consequences consist of a change in incidence of substance use, intensity of use and dependence, type of substance and route of use to more dangerous ways. Therefore, a practical protocol (disaster planning) is needed for prevention and management of substance dependence in the times of crises.

**Key words:** *Opioid drug dependence, Withdrawal symptoms, Earthquake, Disaster, Health System, Attitude.*

---

\*. Author to whom all correspondence should be addressed.

<sup>6</sup>. Department of Mental Health, National Research Center of Medical Sciences.

<sup>7</sup>. Iranian National Center for Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences, Department of

Mental Health, National Research Center of Medical Sciences, Tehran, Iran.

<sup>8</sup>. Department of Mental Health, National Research Center of Medical Sciences.

<sup>9</sup>. Psychiatry and Psychology Research center, Tehran University of Medical Sciences, Director of National

Research Center of Medical Sciences.

<sup>10</sup>. Iranian National Center for Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences, Director of Drug

Abuse Treatment and Prevention, Ministry of Health.

