



وابستگی به داروهای تجویز شده در افراد مسن



ترجمه: دکتر ثریا منتظری

وی را مشکل می‌کند. اعتیاد نسبت به سایر اختلالات پزشکی و روانی، ثانویه نیست و به عنوان اختلالات اولیه، هم زیستی در نظر گرفته می‌شود.

یافته‌های مربوط به سن

به نظر می‌رسد که اعتیاد به داروهای نسخه شده در بیماران مسن نسبت به بیماران جوانتر، تظاهرات متفاوتی داشته باشد. منبع تجویز بیشتر داروهای مورد استفاده توسط این گروه از بیماران، پزشک آنها می‌باشد. بیماران سالمند داروهای غیرمجاز کمتر و نیز دسته‌های دارویی

اطلاعات موجود درباره وابستگی افراد مسن به داروهای تجویزی با نسخه کافی نیست. این وابستگی سبب ایجاد ناراحتی در جامعه پزشکی می‌گردد، زیرا تجویز این‌گونه داروها به صورتی غیرمستقیم به بدتر شدن وضع بیمار کمک می‌کند.

تعریف

اعتیاد یا وابستگی به دارو یک مشکل مزمن پیشرونده است که با استفاده مداوم و غیرقابل کنترل یک دارو توصیف می‌شود. انکار مصرف دارو از سوی فرد معتاد معمولاً تلاش برای بهبود

محدودتری را مصرف می‌کنند که عمده‌ترین آنها داروهای سدا تیو، خواب‌آور، ضد اضطراب و اویپوئیدها می‌باشند. نویسندگان مقاله دو الگوی سوء مصرف (abuse) از بنزودیازپین و وابستگی به آن را شرح داده‌اند: الف - بیماران که فقط بنزودیازپین‌ها را مصرف می‌کردند و عمدتاً

99 به نظر می‌رسد که اعتیاد به داروهای نسخه شده در بیماران مسن نسبت به بیماران جوانتر، تظاهرات متفاوتی داشته باشد. **66**

سال‌مندتر بودند، روزانه مقدار کمتری را برای مدت طولانی‌تری استفاده نموده و مشکلات بیشتری برای قطع آن داشتند. ب - بیماران که بنزودیازپین‌ها را هم زمان با چند دارو مصرف می‌کردند، جوانتر بودند که مقدار بیشتری استفاده نموده و مشکل کمتری با قطع آن داشتند. بنزودیازپین‌ها داروی انتخابی اولیه در حداقل افراد (۲۲٪) این گروه جوانتر از بیماران وابسته به بنزودیازپین بود.

Solomon و Starck ذکر می‌کنند که سایر تشخیص‌های اولیه روانی که در ۸۵٪ بیماران مسن معتاد دیده شده، فقط در ۲۶٪ بیماران جوانتر و معتاد ایجاد می‌گردد. در مقایسه، افراد مسن سابقه بیشتری از کاهش حافظه، اغتشاش در خواب، تحریک‌پذیری، توهم، رفتار تند و کاهش قدرت در انجام کارهای روزمره زندگی داشتند. به علاوه در بیماران مسن، احتمال دروغ گفتن درباره مقدار مصرف الکل و سایر داروها بیشتر بود و در مورد مراقبت‌های پزشکی، عدم پذیرش بیشتری وجود داشت. احتمال بیشتری

برای تجربه black out در بیماران جوانتر وجود داشته و آنان از نتایج اجتماعی رفتار اعتیاد آمیز رنج برده‌اند (این مسئله به صورت مشکلات یا همسر، شغل و مسائل قانونی می‌باشد).

علائم همه گیر شناسی

یافته‌های همه گیر شناسانه درباره وابستگی داروهای تجویزی با نسخه در دسترس نمی‌باشد، اگرچه به نظر می‌رسد که اختلال به دشواری قابل تشخیص باشد.

درمان طولانی مدت بنزودیازپین‌ها یا مخدرها در افراد مسن بیش از سایر گروه‌های سنی توصیه شده است. یک بررسی نشان می‌دهد که ۱/۵٪ آمریکایی‌ها بنزودیازپین‌ها را روزانه مصرف می‌کردند و از این گروه ۷۱٪ بالای ۵۰ سال و ۶۱٪ زن بودند. بررسی اخیر در کبک کانادا نشان داد که ۳۰/۸٪ از جمعیت کل افراد مسن، بنزودیازپین‌ها را برای مدت بیش از ۳۰ روز متوالی استفاده کرده و این داروها برای زنان بیشتر از مردان نسخه شده بود.

مصرف داروهای تجویزی با نسخه، مترادف با سوء استفاده یا اعتیاد نمی‌باشد. با این وصف، سوء استفاده و اعتیاد در میان بیماران مسن روی می‌دهد.

تشخیص

پزشکان اغلب تشخیص سوء استفاده دارویی در بیماران مسن را فراموش کرده و این بیماران را برای درمان نمی‌فرستند. ممکن است یکی از دلائل عدم اعزام این بیماران به برنامه‌های بازپروری، تعداد کم آنها باشد. دلائل شکست تشخیص و مداخله در این گروه از بیماران

پیچیده است. بیماران می‌توانند به صورت فیزیکی به آرام‌بخش‌های خواب‌آور و مخدرها وابسته شوند، ولی درک نتایج منفی استفاده از این داروها که می‌تواند به عنوان اعتیاد تشخیص داده شود، اغلب مشکل است. اعتیاد در صورتی واضح‌تر است که: بیمار به‌طور نامناسب الکل یا

99 یک پزشک نباید از درمان مؤثر به خاطر لطمه خوردن بیمار خوداری کند و از مسایلی که مربوط به استفاده داروها است، چشم‌پوشی نماید. 66

داروهای غیرمجاز مصرف کنند، نسخه جعلی باشد، از منابع غیرپزشکی یا چندین پزشک استفاده شود، از مقادیر بیش از حد لازم برای درمان استفاده گردد و یا دارو برای موارد تجویز نشده مصرف شود. به هر حال نتایج منفی مصرف سوء داروهای تجویز شده با نسخه: مشکل حافظه، نارسایی در حرکات ارادی،



تصادفات، تشدید ناگهانی علائم بیماری افسردگی و اضطراب، وابستگی فیزیکی با علائم سندرم قطع دارو و اعتیاد می‌تواند به سایر علت‌ها نسبت داده شود. هم چنین اغتشاش شعور وابسته به اعتیاد ممکن است مشاهده گردد. تعیین اینکه آیا مشکل بیمار ناشی از دارو، علائم مربوط به قطع دارو، اثرات پاتولوژیک فیزیکی یا روانی و یا همان‌طور که در اغلب موارد وجود دارد، تداخل همراه این موارد و سایر فاکتورهاست، مشکل می‌باشد.

داروهایی که ممکن است برای کاهش اضطراب یا درد بکار روند و هم اکنون قسمتی از گرفتاری بیمار شده‌اند، باید مورد توجه قرار گیرند. بیماران ممکن است با استدلال، تشخیص اعتیاد را نپذیرند، به خاطر آنکه در حال مصرف داروهای تجویز شده با نسخه توسط پزشک خود می‌باشند. پزشک هم ممکن است دخالت داروهای تجویزی را با اعمال غیرطبیعی بیمار، انکار نماید. به علاوه ممکن است مقدار داروهای اعتیادآور بیمار کمتر برآورد شده و در نتیجه مشکل به حداقل برسد. مشاهده مشکلی با داروها باید توسط بیمار، خانواده و پزشک بررسی شده و از سرزنش کردن بیمار اجتناب گردد ولی درمان با این طرز تلقی که خواص سمی داروها از بین رفته و درمان مناسب بتواند به‌طور قابل ملاحظه‌ای اعمال بیمار را اصلاح نماید، پی‌گیری شود.

توصیه‌ها

پزشکانی که داروهای بالقوه اعتیادآمیز را در هر گروهی از بیماران تجویز می‌کنند، باید آگاه باشند که با این تجویز ممکن است مشکلاتی

بر مسائل قبلی افزوده شود و اینکه بیماران مسن‌تر، حساسترین گروه نسبت به اثرات داروها هستند. یک پزشک نباید از درمان مؤثر به خاطر لطمه خوردن به بیمار خودداری کند و از مسائلی که مربوط به استفاده داروها می‌باشد، چشم‌پوشی نماید. ارزیابی مجدد عوامل فارماکولوژیک برای اثربخشی و مشکلات بالقوه باید در فواصل معین انجام گیرد. نسخه‌های با دفعات مصرف مکرر نباید برای داروهای بالقوه اعتیادآور نوشته شود.

برخی ملاحظات در استفاده منطقی از داروهای بالقوه اعتیادآور تجویز شده با نسخه در افراد مسن شامل موارد زیر می‌باشد:

■ آیا تشخیص، استفاده از دارو را تصدیق می‌کند؟

■ آیا در زمان تعیین شده از درمان‌های غیردارویی مناسب استفاده شده است؟

■ آیا از ترکیبات دارویی با قدرت اثر کمتر برای مشکلات و وابستگی‌های طولانی مدت به‌طور مناسب استفاده شده است؟ (برای مثال بوسپیرون Buspirone هیدروکلراید برای اضطراب یا مسکن‌های غیرمخدر برای درد).

■ آیا دارو با استفاده از مقادیر مناسب، پاسخ درمان قابل قبولی ایجاد می‌کند؟ (اغلب در افراد مسن کمتر از بیماران جوان) و اگر نه آیا تشخیص و درمان مورد ملاحظه مجدد قرار گرفته است؟

■ آیا بیمار وابستگی به دارویی خاص، الکل و یا مشکلات سوء استفاده دارویی در گذشته داشته است؟ (یک تداخل نسبتاً زیاد برای استفاده از داروهای اعتیادآور).

■ آیا هر یک از یافته‌ها، احتمال اعتیاد را برای

داروهای تجویز شده با نسخه پیشنهاد می‌کند؟ (برای مثال نذیره کردن داروها، دوز تصویب نشده یا بدست آوردن داروها از چند پزشک).

■ آیا سایر صدمات وابسته به دارو آشکار است؟ (مانند مشکلات حافظه یا روانی).

■ آیا عضوی از خانواده یا فرد دیگری می‌تواند تأثیر دارو را هم‌سنگ عدم اعتیاد و نارسایی، تأیید کند؟

■ آیا کم کردن مقدار دارو (بعد از آزمایش مناسب) به تعیین اینکه مشکلات موجود مربوط به دارو می‌باشد یا اینکه درمان دیگری مورد نیاز است، کمک می‌کند؟

در یک بیمار مسن با عملکرد ضعیف که داروی بالقوه اعتیادآور را مصرف می‌کند، درمان پزشک با کم کردن مقدار دارو و سپس قطع درمان، ممکن است ایجاد بحران نماید. امکان دارد پس از قطع به ارزیابی نیاز باشد که آیا دارو علت تمام یا قسمتی از مشکلات بوده است یا خیر.

نتیجه

شاید به‌خاطر پیچیدگی شرایط افراد مسن و معتاد به داروهای تجویز شده با نسخه جهت تصمیم‌گیری تشخیص و درمان، در مقالات پزشکی توجه اندکی به آنها شده است. روشن شدن قدرت وابستگی داروهای تجویز شده با نسخه، می‌تواند یادآوری مناسبی برای پزشکان جهت پی‌گیری مصرف چنین ترکیباتی در گروه افراد مسن باشد.

منبع:

Juergens SM. Prescription drug dependence among elderly persons, Mayo Clin Proc.1994; 69: 1215 - 1217.