



راهنمای خدمات اختلالات مصرف دخانیات،

مواد و الکل

در مراقبتهای بهداشتی اولیه

کتاب پزشک

اداره پیشگیری و کاهش آسیب اختلالات مصرف مواد

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۱۳۹۹

شناسنامه

عنوان راهنما	راهنمای خدمات اختلالات مصرف دخانیات، مواد و الکل در مراقبت‌های بهداشتی اولیه: کتاب پزشک
عنوان انگلیسی	Guide on Substance Use Disorders (SUDs) Services in Primary Health Care (PHC): Physician Book
زیر نظر	دکتر احمد حاجبی
مؤلفان	دکترعلیرضا نوروزی، دکترحمیدرضا فتحی فریمانی، دکترزهرا واعظی، دکتر سید ابراهیم قدوسی، دکترستاره محسنی‌فر، دکترربابه نوری، دکترنازنین حضرتی، مریم مهربانی، دکترفهیمة فتحعلی لواسانی، سمیه یزدانی، حمید طاهری نخست، دکترسید وحید شریعت، دکترسید رامین راد فر،
گروه مخاطب	پزشکان شاغل در مراقبت‌های بهداشتی اولیه مدیران و کارشناسان خدمات اختلالات مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه
ویرایش	اول
زمان انتشار	تابستان ۱۳۹۹
تماس	تهران، شهرک غرب، بلوار ایوانک، ساختمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، بلوک آ، ط ۱۰، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، اداره پیشگیری و کاهش آسیب اختلالات مصرف مواد



زیر نظر:

دکتر احمد حاجبی

نویسندگان:

دکتر علیرضا نوروزی، دکتر حمیدرضا فتحی فریمانی، دکتر زهرا واعظی، دکتر سید ابراهیم قدوسی، دکتر ستاره محسنی فر، دکتر ربابه نوری، دکتر نازنین حضرتی، مریم مهربانی، دکتر فهیمه فتحعلی لواسانی، سمیه یزدانی، حمید طاهری نخست، دکتر سید وحید شریعت، دکتر سید رامین راد فر

همکاران:

دکتر سید عباس متولیان، علی اسدی، مژگان تابان، رضا دواساز ایرانی، دکتر محمدرضا رهبر، دکتر امیرشعبانی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	تعریف واژه‌ها و اصطلاحات
۱۶	فصل یکم: کلیات اعتیاد
۱۷	مروری بر وضعیت اختلالات مصرف مواد
۲۰	بار قابل انتساب به مصرف مواد
۲۳	سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد
۳۸	فصل دوم: آشنایی با چارچوب برنامه
۴۱	مراقبت‌های بهداشتی اولیه
۴۲	اصول پایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه
۴۳	ضرورت ادغام
۴۵	اهداف برنامه
۴۶	سطوح پیشگیری
۴۶	سطح‌بندی مراقبت‌ها
۵۶	فصل سوم: آشنایی با انواع مواد
۵۷	عوارض کلی ناشی از مصرف مواد
۶۰	دخانیت (تنباکو)
۷۰	حشیش
۷۳	الکل
۸۰	مواد افیونی
۸۶	مواد محرک
۹۶	داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور
۱۰۰	فصل چهارم: نحوه برقراری ارتباط مؤثر
۱۰۱	مراحل تغییر رفتار
۱۰۸	نکاتی برای برقراری ارتباط مناسب
۱۱۰	اجزای ارتباط مؤثر
۱۲۲	فصل پنجم: پیشگیری از مصرف مواد
۱۲۷	اصول پایه پیشگیری از اختلالات مصرف مواد
۱۳۳	چگونه برای پیشگیری از مصرف مواد برنامه‌ریزی کنیم؟

۱۳۸	..... پیشگیری همگانی
۱۳۸	..... فرزندپروری
۱۳۹	..... آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی
۱۴۰	..... آموزش مهارت‌های زندگی
۱۴۰	..... مداخلات مهم تحصیلی
۱۴۳	..... باورهای غلط شایع درباره مواد و مصرف مواد
۱۴۶	..... گروه‌های هدف خدمات پیشگیری اولیه
۱۴۸	..... همبودی اختلالات روانی و مصرف مواد
۱۴۹	..... اختلالات روانی شایع در دوران بارداری
۱۵۰	..... اختلالات روانی شایع در دوران کودکی
۱۵۱	..... تشخیص و درمان اختلالات روانی بزرگسالان
۱۵۲	..... زنان باردار مصرف‌کننده مواد
۱۵۶	..... خانواده مصرف‌کنندگان مواد
۱۵۸	..... اعتیاد و کودک‌آزاری
۱۶۰	..... فصل ششم: شناسایی، مراقبت و پیگیری
۱۶۳	..... غربالگری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد
۱۶۶	..... غربالگری اولیه و تکمیلی
۱۶۹	..... غربالگری در بارداری
۱۷۲	..... شکل ۶-۳- فلوجارت خدمات تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات
۱۷۳	..... فرایند ارایه خدمات تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات
۱۹۵	..... شک به مصرف مواد در اعضای خانواده
۲۰۴	..... تشخیص اختلالات مرتبط با مواد
۲۱۴	..... اورژانس‌های مرتبط با مصرف مواد
۲۱۶	..... مسمومیت مواد
۲۱۹	..... محرومیت از مواد
۲۲۰	..... تشخیص، درمان و مراقبت‌ها به تفکیک مواد
۲۲۱	..... دخانیات (تنباکو)
۲۴۸	..... حشیش
۲۵۱	..... الکل
۲۶۰	..... مواد افیونی

۲۷۴	مواد محرک
۲۷۸	داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور
۲۸۳	فصل هفتم: کاهش آسیب
۲۸۴	تعریف و فلسفه کاهش آسیب
۲۸۶	گروه‌های هدف
۲۸۷	فرآیند ارزیابی خدمات کاهش آسیب
۲۸۹	آموزش
۲۹۱	مداخلات کاهش آسیب
۳۰۴	ارجاع و پیگیری
۳۰۸	فهرست منابع

تعریف واژه‌ها و اصطلاحات

در این بخش تعریف واژه‌های و اصطلاحات تخصصی مورد استفاده در متن برای مراجعه سریع به ترتیب حروف الفبا ارایه شده است.

اختلال/اختلالات مصرف مواد

بر اساس پنجمین ویرایش طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، اختلال مصرف مواد به صورت یک الگوی مشکل آفرین مصرف مواد منجر به نقص یا زجر قابل توجه بالینی، تعریف می‌شود که با تغییرات رفتاری و فیزیولوژیک همچون نقص در کنترل مصرف، افت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر و وابستگی فیزیولوژیک در طول یک دوره ۱۲ ماهه مشخص می‌گردد. در چهارمین ویرایش طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ اختلالات مصرف مواد از دو طبقه سوء مصرف^۳ و وابستگی مواد^۴ تشکیل شده بود، اما در DSM-5 فقط یک تشخیص اختلال مصرف مواد برای هر یک از کلاس‌های ده گانه مواد (به جز کافئین) در نظر گرفته شده است. ملاک‌های اختلال مصرف مواد در DSM-5 از ادغام ملاک‌های DSM-IV-TR برای تشخیص‌های سوء مصرف و وابستگی تشکیل شده با این تفاوت که ملاک «مشکلات قانونی مکرر» برای سوء مصرف مواد حذف و یک ملاک جدید، یعنی «وجود وسوسه یا میل شدید برای مصرف مواد» افزوده شده است.

مطابقت دقیق اختلال مصرف مواد در DSM-5 با سوء مصرف و وابستگی به مواد در DSM-IV-TR مقدور نیست، اما به طور کلی می‌توان گفت سوء مصرف با اختلال مصرف مواد خفیف و وابستگی با اختلال مصرف مواد متوسط و شدید مطابقت دارد.

در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، ویرایش دهم^۵ اختلالات مصرف مواد همچون ویرایش قبلی طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی انجمن روان‌پزشکان آمریکا، دو سطح درگیری با مصرف مواد شامل مصرف آسیب‌رسان^۶ و سندرم وابستگی^۷ پیش‌بینی شده است. ملاک‌های طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها برای اختلالات مصرف مواد توسط سازمان جهانی بهداشت به نحوی تنظیم شده است که از شرایط

¹ DSM-5

² DSM-IV-TR

³ substance abuse

⁴ dependence

⁵ ICD-10

⁶ harmful use

⁷ dependence syndrome

فرهنگی و اجتماعی کشورها مستقل بوده و قابلیت کاربرد در فرهنگ‌ها و پس زمینه‌های قانونی مختلف را داشته باشد. برای اطلاعات بیشتر تعریف مصرف آسیب‌رسان و سندرم وابستگی را ببینید.

اختلالات اعتیادی

در DSM-5 اختلال قمار بازی به عنوان یک اعتیاد رفتاری¹ به مجموعه اختلالات مرتبط با مواد افزوده شده است. در DSM-IV-TR قمار بازی بیمارگونه در فصل اختلالات کنترل تکانه طبقه‌بندی شده بود، اما به دلیل شواهد در دسترس از اثرات مشابه قمار بازی بر سیستم پاداش مغز و ایجاد علائم رفتاری قابل مقایسه با اختلالات مصرف مواد تغییر عنوان این اختلال و انتقال آن به فصل اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادی² انجام شده است. علاوه بر اختلال قمار بازی، DSM-5 اختلال بازی اینترنتی را در فصل سه خود وارد نموده است. اختلالات فهرست شده در فصل سه، اختلالاتی هستند که قبل از تأیید به عنوان اختلالات رسمی، نیاز به مطالعات بیشتر دارند. سایر الگوهای رفتاری افراطی همچون «اعتیاد به رابطه جنسی»، «اعتیاد به ورزش» یا «اعتیاد به خرید» توسط برخی محققان مورد توجه قرار گرفته‌اند، اما برای شناسایی آنها به عنوان یک اختلال نیاز به پژوهش‌های بیشتری وجود دارد.

اعتیاد

به مصرف مکرر و افراطی یک ماده گفته می‌شود که دوری از آن سبب افزایش علائم دیسترس، همراه با یک میل قوی برای تکرار مصرف آن ماده شده و اُفت کارکردهای ذهنی و سلامت جسمی فرد را به دنبال دارد. در اعتیاد فرد به صورت فزاینده‌ای به سایر امور مهم زندگی بی‌توجه شده و دچار اُفت کارکرد در حوزه‌های فردی، بین فردی و اجتماعی می‌گردد. واژه اعتیاد را تقریباً می‌توان معادل وابستگی دانست. این اصطلاح در قانون مبارزه با مواد مخدر کشور ما آمده و در توصیف چارچوب قانونی مراجعه درمانی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد استفاده شده است. مطالعات علمی، زیربنای عصبی - شیمیایی و نورواناتومیکال مشترکی بین تمام اعتیادها اعم از اعتیاد به مواد و اعتیادهای رفتاری نظیر قماربازی، روابط جنسی، خوردن یا روابط اینترنتی نشان داده‌اند. اعتیادهای مختلف اثرات مشابهی در نواحی پاداش مغز

¹ behavioral addiction

² substance-related and addictive disorders

مثل منطقه تگمنتال شکمی^۱، لوکوس سروئوس^۲ و هسته آکومینس^۳ دارند.

الکل

در علم شیمی به گروهی از مواد شیمیایی حاوی یک یا چند گروه هیدورکسی الکل می‌گویند. اتانول (اتیل الکل، C_2H_5OH) یکی از مواد این گروه است که ترکیب روان گردان در مشروبات الکلی را تشکیل می‌دهد. کلمه الکل به صورت کلی برای توصیف نوشیدنی‌های الکلی استفاده می‌شود. الکل یک ماده آرام بخش/خواب‌آور است که اثرات مشابه باربیتورات‌ها ایجاد می‌کند.

آنتاگونیست

ماده‌ای که با اثرات یک ماده دیگر مقابله می‌کند. از نظر دارو شناختی، داروهای آنتاگونیست از طریق تعامل با یک گیرنده، اثر عوامل دارویی (آگونیست) ایجادکننده اثرات فیزیولوژیک یا رفتاری اختصا صی مرتبط با آن گیرنده را مهار می‌کند.

انکار

اعضای خانواده و خود کسانی که مواد مصرف می‌کنند، گاه چنان رفتار می‌کنند که گویی مصرف مواد و مشکلات آشکار ناشی از آن وجود ندارد. به این حالت انکار^۴ گفته می‌شود. دلایل عدم تمایل به پذیرش مشکل متفاوت است. گاه انکار برای فرد یا خانواده، کارکرد محافظت‌کننده دارد. برای مثال اعضای خانواده وجود اعتیاد را انکار می‌کنند زیرا باور دارند اگر وجود داشته باشد، مسؤولیت به وجود آمدن مشکل بر عهده آنها خواهد بود و به صورت ناخودآگاه برای اجتناب از مواجهه با درد روان‌شناختی همراه با این موضوع، وجود مشکل را انکار می‌کنند.

توصیف مفاهیمی همچون هم وابستگی، میدان دادن و انکار در اینجا به منظور آشنایی ارابه دهندگان مراقبت با پیچیدگی‌های روان‌شناختی نحوه برخورد افراد و خانواده‌ها با موضوع اعتیاد است. این اصطلاحات نباید در مشاوره برای توصیف افراد و خانواده‌ها به کار روند، زیرا می‌تواند به صورت انگ

¹ ventral tegmental area

² locus ceruleus

³ nucleus accumbens

⁴ denial

زننده و قضاوت گرانه ادراک شود. روان‌شناسان در صورت شناسایی انکار در فرد مصرف‌کننده مواد یا هم وابستگی در خانواده، باید از مقابله کردن^۱ احتراز نموده و با استفاده از آموزش‌های روان‌شناختی^۲ و رویکرد انگیزشی و حمایت گرانه مقاومت را دور بزنند.

باربیتورات‌ها

به گروهی از داروهای تضعیف‌کننده دستگاه اعصاب مرکزی گفته می‌شود که شامل فنوباریتال، آموباریتال و سکوباریتال می‌شوند. این داروها در درمان تشنج و بی‌هوشی کاربرد داشته و اثرات حاد و مزمن آنها مشابه الکل است.

بازتوانی

به مجموعه مداخلات و برنامه‌هایی گفته می‌شود که پس از درمان علائم حاد بیماری، به فرد کمک می‌کند به بهترین سطح عملکرد خود در حوزه‌های فردی، بین فردی و اجتماعی دست یابد.

بازگیری سریع

بازگیری سریع یا «سم زدایی» سریع^۳ یک روش درمان برای کنترل سریع علائم و نشانه‌های محرومیت از مواد افیونی القا شده با استفاده از آنتاگونیست‌های مواد افیونی تحت آرام‌بخشی سنگین است.

بازگیری فوق سریع

«سم زدایی» فوق سریع یا بازگیری فوق سریع^۴ یک روش درمان برای کنترل بسیار سریع علائم و نشانه‌های محرومیت از مواد افیونی القا شده با استفاده از آنتاگونیست‌های مواد افیونی تحت بی‌هوشی عمومی است.

¹ confrontation

² psychoeducation

³ RD: Rapid detoxification

⁴ URD or UROD: Ultra rapid detoxification

بازگیری طبی

بازگیری طبی^۱ یا به اختصار بازگیری، فرآیندی است که در طول آن با تجویز دارو، علائم ناشی از ترک ماده یا مواد روان گردان کنترل می‌شود. بازگیری اولین مرحله درمان بوده و به تنهایی برای درمان اعتیاد کافی نیست. تعریف واژه «سم‌زدایی» را نیز ملاحظه فرمایید.

بنزودیازپین‌ها

گروهی از داروها با ساختار شیمیایی مشابه که اثرات آرام بخش/خواب‌آور، شل‌کننده عضلانی و ضد تشنج دارند. این عوامل دارویی از طریق تقویت GABA، یک عصب‌رسانه مهاری، اثرات خود را اعمال می‌کنند.

بیماری‌های منتقله از راه خون

بیماری‌های مثل اچ‌آی‌وی و هپاتیت ب و سی که از طریق تماس خونی (برای مثال اشتراک سرنگ) منتقل می‌شوند.

پرهیز یا پاک‌ی

عدم مصرف مواد را پرهیز یا پاک‌ی از مواد می‌گویند.

تحمل

وضعیتی که در آن با تداوم مصرف مواد، حساسیت فرد به مواد به تدریج کم می‌شود و فرد ناچار است برای دستیابی مجدد به تأثیرات ناشی از دوزهای کم‌تر، مقدار بیشتری مواد مصرف کند. تحمل یکی از علائم سندرم وابستگی یا اختلال مصرف مواد است. تحمل رفتاری^۲ به توانایی فرد برای انجام تکالیف علیرغم اثرات ماده گفته می‌شود.

¹ medically assisted withdrawal

² behavioral tolerance

تحمل متقابل

به توانایی یک ماده برای جایگزینی با یک ماده دیگر و ایجاد علائم فیزیولوژیک و روانشناختی مشابه، تحمل متقابل اطلاق می‌شود. برای مثال دیازپام و فنوباریتال تحمل متقاطع نشان می‌دهند. وابستگی متقاطع^۱ نیز نامیده می‌شود.

تشخیص دوگانه

به وجود اختلالات روان‌پزشکی همبود در بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد، تشخیص دوگانه^۲ گفته می‌شود.

تطبیق مداخله درمانی

به تطبیق نیازهای مصرف‌کننده خدمات با یک مداخله درمانی (مثلاً بازگیری با بوپرنورفین یا مصاحبه انگیزشی)، بدون توجه به جایگاه درمانی تطبیق روش درمانی^۳ گفته می‌شود.

تطبیق جایگاه درمانی

تطبیق جایگاه درمانی^۴ به قرار دهی مراجع در یک جایگاه خاص همچون مراقبت سرپایی، اقامتی یا بستری اطلاق می‌شود.

حشیش

یک واژه کلی است که برای توصیف محصولات تولید شده از گیاه حشیش (ماری‌جوآنا) به صورت رزین، برگ خشک شده یا روغن استفاده می‌شود.

داروهای آگونیست آپوئیدی

در درمان اعتیاد به داروهای آپوئیدی گفته می‌شود که با اتصال به گیرنده‌های آپوئیدی در مغز و فعال کردن

¹ cross-dependence

² dual diagnosis

³ modality matching

⁴ placement matching

آنها اثراتی مشابه مواد افیونی ایجاد می‌کند. مانند: بوپرنورفین، متادون و آپيوم تینکچر.

داروهای آنتاگونیست آپیویدی

داروهایی که با اتصال به گیرنده‌های مواد افیونی در مغز، مانع فعال شدن آنها می‌شوند. از نظر دارو شناختی، اثر داروهای آنتاگونیست بر روی گیرنده باعث مهار اثرات فیزیولوژیک و رفتاری عوامل دارویی آگونیست می‌شود. برای مثال، نالترکسون یک آنتاگونیست آپیویدی است و مصرف آن باعث انسداد گیرنده‌های آپیویدی و ممانعت از فعال سازی آنها می‌شود.

دخانیات

در آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب هیأت وزیران در سال ۱۳۸۶ دخانیات یا محصولات دخانی به صورت هر ماده یا فرآورده‌ای تعریف می‌شود که تمام یا بخشی از ماده خام تشکیل‌دهنده آن گیاه توتون یا تنباکو یا مشتقات آن (به استثنای مواد دارویی مجاز ترک دخانیات به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) باشد. بدین ترتیب دخانیات در قانون یک اصطلاح کلی بوده که محصولات تنباکوی کشیدنی (سیگار، قلیان، پپ)، محصولات تنباکوی غیرکشیدنی (ناس، انفیه) و سیستم‌های انتقال‌دهنده نیکوتین (سیگار یا قلیان الکترونیک) را دربرمی‌گیرد.

درمان

مجموعه مداخلاتی را توصیف می‌کند که هدف آن اصلاح یک مشکل یا وضعیت شناخته شده مرتبط با مصرف مواد در زمینه سلامت جسمی، روان شناختی یا اجتماعی (یا قانونی) فرد است. در درمان ساختاریافته، با استفاده از نتایج یک ارزیابی همه‌جانبه، برنامه مراقبت برای دستیابی به اهداف درمانی معین تدوین شده و میزان دستیابی به آنها به طور منظم پایش می‌شوند. درمان ساختاریافته ممکن است از مجموعه‌ای از مداخلات درمانی هم‌زمان یا متوالی تشکیل شده باشد.

درمان جایگزین با داروهای آپیویدی

به جایگزین کردن مصرف مشکل آفرین مواد افیونی غیرقانونی با داروهای آپیویدی^۱ گفته می‌شود.

¹ OST: Opioid substitution therapy

تعریف «درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست» را ملاحظه فرمایید.

درمان نگهدارنده با داروهای اُپیوئیدی

به تجویز طولانی مدت داروهای آگونیست گیرنده‌های اُپیوئیدی با هدف کاهش مصرف مواد افیونی غیرقانونی و آسیب‌های ناشی از آن گفته می‌شود. اصطلاح درمان نگهدارنده با داروهای اُپیوئیدی¹ با درمان جایگزین با داروهای اُپیوئیدی معمولاً به صورت معادل به کار می‌روند. اصطلاح درمان جایگزین بر این مفهوم تأکید دارد که در این روش مصرف مواد افیونی حذف نشده، بلکه به منظور کاهش عوارض مصرف مواد، ماده افیونی آسیب‌رسان و غیرقانونی با یک داروی اُپیوئیدی جایگزین شده است. در مقایسه، اصطلاح درمان نگهدارنده بر این واقعیت تأکید دارد که این روش درمانی یک فرآیند طولانی مدت است که در آن بیمار با استفاده از داروهای اُپیوئیدی مثل متادون و بوپرنورفین تثبیت و درمان می‌شود. اصطلاح «نگهدارنده»، بهتر از اصطلاح «جایگزین» اثرات درمانی این روش را منعکس می‌نماید، لذا در این سند همه جا از اصطلاح «درمان نگهدارنده» برای توصیف این روش درمانی استفاده شده است.

سازگاری عصبی

تغییرات عصبی فیزیولوژیک و شیمیایی در مغز که منجر به تکرار مصرف مواد می‌شود. سازگاری عصبی² نسبت به اثرات ماده -عامل ایجاد تحمل است. سازگاری فارماکوکینتیک به انطباق ماده با سیستم متابولیسم بدن اطلاق می‌شود. سازگاری سلولی و فارماکودینامیک به توانایی سیستم عصبی برای کارکرد علیرغم سطح بالای خونی مواد اطلاق می‌شود.

سطح‌بندی خدمات

به تعیین ظرفیت و استانداردهای سطوح مورد نیاز به لحاظ جامعیت و تخصصی بودن خدمات و مراقبت‌ها برای تأمین پاسخ متناسب به مشکلات مرتبط با یک بیماری یا اختلال، سطح‌بندی خدمات اطلاق می‌گردد.

¹ OMT: Opioid Maintenance Treatment

² Neuroadaptation

سندرم الکل جنینی^۱

به الگویی از تأخیر رشد و تکامل عصب روانشناختی و جسمی که با ناهنجاری‌های مشخص در صورت کودکان مواجهه یافته با الکل در طول دوران بارداری رخ می‌دهد، سندرم الکل جنینی^۲ می‌گویند. طیفی از ناهنجاری‌های جسمی و تکامل عصبی به اثرات الکل بر روی جنین نسبت داده شده است. میزانی از مصرف الکل که باعث ایجاد اختلالات طیف الکل جنینی^۳ می‌شود، کاملاً تعیین نشده و تحت تأثیر خصوصیات مادر و جنین قرار می‌گیرد.

سندرم پرهیز نوزادی/سندرم محرومیت نوزادی

نشانه‌های محرومیت از مواد روان گردان متعاقب مواجهه با این مواد در رحم را سندرم پرهیز یا محرومیت نوزادی^۴ گویند.

سندرم وابستگی

مجموعه‌ای از پدیده‌های فیزیولوژیک، رفتاری و شناختی که در آن مصرف یک ماده یا کلاس مواد در یک فرد از سایر رفتارهایی که قبلاً ارزش بالاتری داشتند، اولویت بالاتری پیدا می‌کند. میل (اغلب قوی و گاهی فراتر از قدرت فرد) برای مصرف مواد یک خصوصیت توصیفی محوری در سندرم وابستگی است. تشخیص سندرم وابستگی در ICD-10 ذیل اختلالات روانی و رفتاری ناشی از مصرف مواد تعریف شده است.

سم‌زدایی

فرآیندی که در طول آن علائم ناشی از ترک ماده یا مواد روان گردان کنترل می‌شود. از آنجا که، واژه سم‌زدایی^۵ مفهوم کنترل علائم ترک را به خوبی منعکس نمی‌کند، در متون علمی جدید به جای آن از واژه‌های دیگری مثل «بازگیری» یا «بازگیری طبی» استفاده می‌شود. به تعریف «بازگیری طبی» مراجعه کنید.

¹ Dysmorphia

² FAS: Fatal alcohol syndrome

³ Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)

⁴ neonatal abstinence or neonatal withdrawal syndrome

⁵ detoxification

سندرم محرومیت

یک سندرم اختصاصی که بعد از قطع یا کاهش مصرف یک ماده‌ای ایجاد می‌شود که به طور مستمر در طول یک دوره زمانی مصرف شده باشد (کد F1x.3 در ICD-10). شروع و سیر سندرم محرومیت به نوع و مقدار ماده مصرفی فرد بستگی دارد. سندرم محرومیت با علائم و نشانه‌های فیزیولوژیک به علاوه تغییرات روان شناختی مثل اختلال در فکر، احساس و رفتار مشخص می‌شود. سندرم پرهیز^۱ و قطع^۲ نیز نامیده می‌شود.

سوء مصرف

مصرف ماده معمولاً به صورت خودتجویزی به گونه‌ای که خارج از چارچوب الگوهای طبی و اجتماعی مورد قبول جامعه باشد.

عود

بازگشت به مصرف مواد در یک فرد وابسته به مواد، بعد از یک دوره عدم مصرف را گویند که اغلب با بازگشت علائم وابستگی همراه است. باید میان «لغزش»^۳ و عود^۴ تفاوت قایل شد. لغزش تنها به یک نوبت مصرف مواد پس از یک دوره پرهیز از مواد گفته می‌شود. عود در مصرف‌کنندگان مواد بسیار شایع است و بیش‌تر آن‌ها قبل از دستیابی به پرهیز طولانی مدت چندین بار عود می‌کنند.

کاهش آسیب

به مجموعه سیاستها یا برنامه‌هایی گفته می‌شود که در جهت کاهش عواقب منفی بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی مصرف مواد طرح‌ریزی شده باشند، هرچند فرد مصرف‌کننده به مصرف مواد ادامه دهد. گروه‌های هدف در برنامه‌های کاهش آسیب مواد غالباً از گروه‌های حاشیه‌ای و سخت دسترس هستند، لذا برنامه‌های کاهش آسیب باید از بدو شروع فعالیت، روشی مشخص برای دسترسی به آن‌ها داشته باشند.

¹ abstinence

² discontinuation

³ lapse

⁴ relapse

کوکائین

یک ماده آکالوئید استخراج شده از برگ‌های گیاه کوکا یا تولید شده به صورت صناعی از اکگونین^۱ یا مشتقات آن است. کوکائین هیدروکلراید به دلیل خواص منقبض‌کنندگی عروقی به عنوان بی‌حسی موضعی در دندان‌پزشکی، چشم‌پزشکی و جراحی گوش، حلق و بینی استفاده می‌شود. کوکائین یک ماده محرک قوی دستگاه اعصاب مرکزی است که در مصرف غیر پزشکی باعث ایجاد سرخوشی می‌شود. تکرار مصرف باعث ایجاد وابستگی می‌شود.

محرک‌های شبه‌آمفتامینی

گروهی از آمین‌های سمپاتومیمتیک با اثرات محرک قدرتمند روی دستگاه اعصاب مرکزی هستند. مواد اصلی این گروه شامل مت‌آمفتامین، آمفتامین و دکس‌آمفتامین می‌شوند.

مسمومیت

یک سندرم قابل بازگشت که توسط مصرف بیش از حد یک ماده خاص ایجاد شده و یک یا چند حوزه کارکردی نظیر حافظه، هوشیاری، خلق، قضاوت و عملکرد شغلی و اجتماعی و رفتاری را متأثر می‌کند.

مصرف آسیب‌رسان

الگویی از مصرف مواد که منجر به آسیب به سلامتی فرد می‌شود. آسیب به سلامتی فرد می‌تواند جسمی (به عنوان مثال ابتلاء به هیپاتیت ناشی از مصرف تزریقی مواد) یا روان‌شناختی (برای مثال دوره‌های اختلال افسردگی ثانویه به مصرف سنگین الکل) باشد. تشخیص مصرف آسیب‌رسان مواد در ICD-10 ذیل اختلالات روانی و رفتاری ناشی از مصرف مواد تعریف شده است.

مصرف چندگانه مواد

مصرف هم‌زمان بیش از یک کلاس از مواد را اصطلاحاً مصرف چندگانه مواد^۲ می‌گویند.

¹ ecgonine

² polysubstance use

مصرف مخاطره‌آمیز

مصرف الکل در سطحی که فرد مصرف‌کننده را در معرض خطرات جسمی یا روان‌شناختی قرار می‌دهد، اما فرد هنوز این عوارض را تجربه نکرده است، مصرف مخاطره‌آمیز^۱ الکل گفته می‌شود.

مصرف نابجا

مصرف نابجا^۲ شبیه به سوء مصرف است اما معمولاً در مورد داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف نسخه‌ای به کار می‌رود.

معتادان گمنام یا ان‌ای (NA)

معتادان گمنام^۳ یک گروه خودیاری است که با استفاده از اصول و سنت‌های برنامه‌های ۱۲ قدمی به اعضای خود برای دستیابی به پرهیز و حفظ آن کمک می‌کند.

ملاک‌های قراردعی بیمار

ملاک‌های قرار دهی بیمار^۴ معیارهایی هستند که پایین‌ترین سطح مراقبتی را تعیین می‌کند که می‌تواند به نحو مؤثر و ایمن به نیازهای درمانی بیمار مبتلا به اختلالات مصرف مواد پاسخ دهد.

مواد

منظور از مواد^۵ به کار رفته در این سند، کلیه طبقات و کلاس‌های مواد در نظر گرفته‌شده در فصل اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادی است که برای آن در DSM-5 یک اختلال مصرف پیش‌بینی شده است. در DSM-5 ده کلاس مختلف مواد در نظر گرفته‌شده است که برای تمام آنها به جز کافئین یک اختلال مصرف تعریف می‌شود. کلاس‌های ده‌گانه مواد شامل تنباکو (دخانیت)، کافئین، ح‌شیش، مواد افیونی، مواد محرک، الکل، داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور، مواد توهم‌زا، مواد استنشاقی و سایر مواد می‌شوند.

¹ hazardous use

² misuse

³ NA: Narcotic anonymous

⁴ patient palacemnet criteria

⁵ substances

مواد مخدر یا روانگردان‌های صنعتی غیردارویی

مواد مخدر و روان‌گردان صنعتی غیردارویی شامل مواد تحت پوشش «اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر» مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۸۹ است. در تبصره ۱ ذیل ماده ۱ این قانون منظور از مواد مخدر موادی تعریف شده است که در تصویب نامه راجع به فهرست مواد مخدر مصوب ۱۳۳۸ و اصلاحات بعدی آن احصاء یا توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان مخدر شناخته و اعلام می‌گردد. بر اساس تبصره ۲ ذیل ماده ۱ این قانون رسیدگی به جرائم مواد روانگردان‌های صنعتی غیردارویی تابع مقررات رسیدگی به جرائم مواد مخدر می‌باشد. در متن ماده ۴ یا ۸ برخی از مواد مخدر و روانگردان‌های صنعتی غیردارویی نام برده شده و در تبصره ذیل ماده ۴۵ این قانون ذکر شده است که فهرست مواد مخدر و روانگردان‌های مورد نظر این قانون افزون بر مواد مندرج در این قانون در قالب طرح یا لایحه در مجلس شورای اسلامی به تصویب خواهد رسید.

به طور کلی می‌توان گفت کلیه موادی که در DSM-5 برای آنها یک اختلال مصرف تعریف شده است به جز تنباکو (دخانیات)، الکل و داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف مشمول این قانون هستند. با توجه به غیرقانونی بودن الکل در کشور ما به این گروه از مواد به اختصار می‌توان **مواد غیرقانونی (به جز الکل)** اطلاق نمود.

میدان دهی

به تسهیل شرایط برای تداوم مصرف مواد برای فرد مبتلا به اختلالات مصرف مواد توسط خانواده **میدان دهی^۱** می‌گویند. به فردی از اعضای خانواده که رفتار مصرف مواد فرد را تسهیل می‌کند (برای مثال از طریق دادن مستقیم پول به او). **میدان‌دهنده^۲** گفته می‌شود. میدان دهی همچنین شامل عدم تمایل یک عضو خانواده برای پذیرش اعتیاد به عنوان یک اختلال طبی-روان‌پزشکی یا انکار این که فرد مواد مصرف می‌کند، می‌شود.

نظام مراقبت‌های اولیه سلامت

نظام مراقبت‌های اولیه سلامت^۳ زیرمجموعه‌ای از نظام سلامت است که مجموعه گسترده‌ای از خدمات

¹ enabling

² enabler

³ Primary Health Care (PHC)

آموزش سلامت، پیشگیری اولیه، غربالگری، ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری‌ها را از طریق جایگاه‌های سرپایی به افرادی که به صورت خودارجاع به مرکز ارایه خدمات مراجعه نموده‌اند ارایه می‌نماید. تمرکز اصلی خدمات در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ارایه خدمات آموزش و ارتقای سلامت و پیشگیری اولیه است، اما در کنار آن تشخیص و درمان بیماری‌های رایج که نیاز به درمان‌های تخصصی ندارند نیز در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ارایه می‌گردد.

وابستگی

وابستگی به عنوان یک تشخیص در DSM-IV-TR و ICD-10 پیش‌بینی شده است. اصطلاح **وابستگی** در بحث درباره اختلالات مصرف مواد به چند صورت استفاده شده است. در **وابستگی رفتاری** فعالیت‌های موادجویانه و شواهد الگوی مصرف بیمارگونه مورد تأکید است. **وابستگی جسمی** به اثرات جسمی (فیزیولوژیک) مصرف مواد اطلاق می‌شود. **وابستگی روان شناختی** به نوعی خوگیری^۱ گفته می‌شود که با وسوسه متناوب و مداوم برای مصرف مواد به منظور اجتناب از یک حالت کج خلقی، مشخص می‌شود. **وابستگی رفتاری**، جسمی و روان‌شناختی **شاه علامت**^۲ اعتیاد محسوب می‌شود. سندرم **وابستگی** را ببینید.

وسوسه

به تمایل قدرتمند به مصرف مواد اطلاق می‌شود. این اصطلاح برای هر دو حالت **وابستگی جسمی** یا **روانی** به کار می‌رود.

هم وابستگی

اصطلاح **هم وابستگی**^۳ به گروهی از الگوهای رفتاری اعضاء خانواده اطلاق می‌شود که تحت‌تأثیر مصرف مواد یا اعتیاد یک عضو دیگر از اعضای خانواده شکل می‌گیرد یا بر روی آن اثر می‌گذارد. میدان دادن یکی از ویژگی‌های مورد توافق هم وابستگی است. سایر خصوصیات هم وابستگی شامل عدم تمایل

¹ habituation

² hallmark

³ codependence

به پذیرش اعتیاد به عنوان یک بیماری است. در این ارتباط، اعضای خانواده همچنان به گونه‌ای رفتار می‌کنند که گویی رفتار مصرف‌مواد او طلبانه و اختیاری است و مصرف‌کننده مواد عامدانه به مواد بیش از آنها اهمیت می‌دهد. این موضوع منجر به ایجاد احساس خشم، رنجش و شکست در آنها می‌شود. علاوه بر احساسات منفی، اعضای خانواده ممکن است به دلیل مشکل مصرف‌مواد در فرزند یا عضو خانواده خود دچار احساس افسردگی و گناه شوند.

همچون برخی افراد مبتلا به اختلالات مصرف‌مواد، اعضای خانواده هم وابسته نمی‌خواهند نیاز به مداخله درمانی را بپذیرند و به رغم شکست‌های مکرر فرد در درمان اعتیاد، همچنان باور دارند که اگر فرد واقعاً اراده کند می‌تواند موفق شود. وقتی اقدامات شخصی برای ترک مواد موفق نمی‌شود، اعضای خانواده اغلب شکست را به خودشان نسبت می‌دهند و دچار احساس خشم، اعتماد به نفس پایین و افسردگی می‌شوند.

ویروس نقص ایمنی انسانی یا اچ آی وی

ویروس نقص ایمنی انسانی یا اچ آی وی ویروس ایجادکننده ایدز (سندرم نقص ایمنی اکتسابی) است. اچ آی وی از طریق خون، مایع منی، ترشحات واژینال و شیر مادر منتقل می‌شود. درمان‌هایی برای به تأخیر انداختن پیشرفت عفونت اچ آی وی به ایدز شناسایی شده است، اما هنوز واکسن یا درمان قطعی برای آن وجود ندارد.

فصل یکم: کلیات اعتیاد

عناوین فصل

- مروری بر وضعیت اختلالات مصرف مواد
- بار قابل انتساب به مصرف مواد
- سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود:

- همه‌گیری‌شناسی اختلالات مصرف مواد در کشور را بشناسید.
- جایگاه مصرف مواد مختلف در طبقه‌بندی بار بیماری‌ها و عوامل خطر را بشناسید.
- عوامل دخیل در سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد را توضیح دهید.

مروری بر وضعیت اختلالات مصرف مواد

بیش از ۱/۱ میلیارد نفر از جمعیت بالای ۱۵ سال جهان مواد دخانی را به صورت کشیدنی مصرف می‌کنند. سازمان جهانی بهداشت شیوع فعلی مصرف کشیدنی دخانیات در جهان را در سال ۲۰۱۳، ۲۱٪ برآورد نمود که در مقایسه با برآورد سال ۲۰۰۷ معادل ۲۳٪، اندکی کاهش را نشان می‌دهد. در این گزارش شیوع مصرف فعلی روزانه دخانیات به صورت کشیدنی در ایران ۱۰٪ گزارش شده است. مصرف سیگار یک عامل خطر زای مهم برای ابتلا به بیماری‌های قلبی، عروقی و سرطان‌ها محسوب می‌شود.

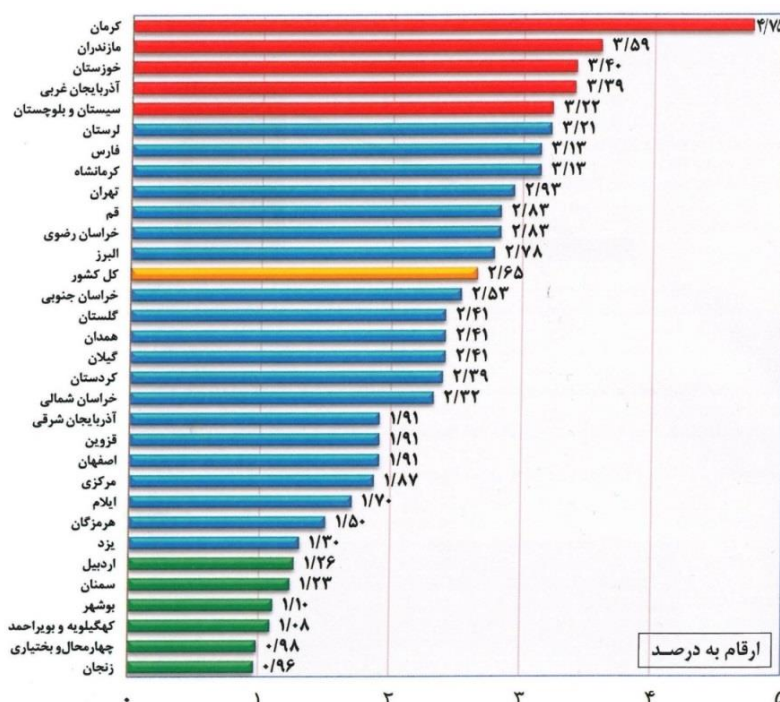
۱ نفر از هر ۲۰ نفر جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله یا ۲۷۱ میلیون نفر در جهان مواد غیرقانونی (به جز الکل) مصرف می‌کنند و از این میان ۳۵,۳ میلیون نفر به اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل) مبتلا هستند. اعتیاد به مواد یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی قرن حاضر و از مهمترین دغدغه‌های فکری و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی در حال حاضر است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد می‌گردد، بلکه آسیب‌های اجتماعی نظیر افزایش طلاق، بزهکاری و بیکاری را نیز دربر دارد.

مصرف مواد غیرقانونی در ایران یکی از مهم‌ترین مسایل بهداشتی، درمانی، اجتماعی و فرهنگی به شمار می‌رود، به گونه‌ای که بیش از ۹۰ درصد مردم نسبت به مصرف مواد در جامعه، ابراز نگرانی جدی کرده‌اند. موقعیت راهبردی ایران و قرارگرفتن آن در کنار کشورهای افغانستان و پاکستان که از تولید کنندگان عمده مواد افیونی در جهان می‌باشند و از طرفی ترانزیت و عبور و مرور مواد افیونی از کشور ما به جهت ویژگی‌های خاص منطقه‌ای بازار مصرف داخلی مواد مخدر را رونق بخشیده است. برای مثال قسمت اعظمی از مواد غیرقانونی جهان در همسایگی ما با مرز مشترکی به طول ۹۳۶ کیلومتر تولید و توزیع می‌شود.

براساس مطالعه همه‌گیری شناسی اعتیاد ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۴، شیوع مصرف مواد غیرقانونی در جمعیت سنی ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور، ۵,۴٪ معادل ۲,۸۰۲ میلیون نفر گزارش شد. در برخی آمار رسمی قدیمی تر تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین شیوع اعتیاد بین استان‌های مختلف دیده شد (شکل ۱-۱). شیوع اعتیاد در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله را به تفکیک استان‌های کشور در همه گیر شناسی سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که در آن کمترین شیوع مربوط به استان زنجان با ۰/۹۶٪ و بیشترین آن مربوط به استان کرمان با ۴/۷۵٪ در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله گزارش شده است).

ماده مصرفی فعلی معتادان به صورت تریاک و سوخته ۶۶٫۸٪، کراک و هروئین ۱۰٫۶٪، هروئین ۹٫۷۷٪، حشیش ۱۱٫۹٪، مت آمفتامین ۸٫۱٪ بود. میانگین سن شروع مصرف مواد غیرقانونی ۲۴ سال ذکر گردید که در آن نوع ماده غیرقانونی مشخص نشده است.

شکل ۱-۱- شیوع اعتیاد در مطالعه شیوع شناسی سال ۱۳۹۰ در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله به تفکیک استان



بر اساس داده‌های پیمایش ملی سلامت روان ۹۰-۱۳۸۹، ۳/۵ درصد جمعیت بزرگسال حداقل ۵ بار مصرف مواد غیرقانونی در سال گذشته داشتند. در این مطالعه شیوع اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل) بر اساس DSM-IV معادل ۲/۱ درصد و بر اساس DSM-5 معادل ۲/۵٪ بود. شیوع سوء مصرف و وابستگی به مواد غیرقانونی (به جز الکل) به ترتیب ۵/۰ و ۱/۸ درصد بود. در جدول ۱-۱ میزان مصرف مواد حداقل یک بار در سال گذشته و اختلالات مصرف مواد به تفکیک جنسیت ارایه شده است.

اختلالات مصرف مواد افیونی شایع‌ترین اختلالات مصرف مواد غیرقانونی بود. انواع مواد افیونی مورد استفاده توسط افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی شامل تریاک ۸۲/۳٪، شیره ۲۷/۸٪، متادون ۱۶/۶٪ و هروئین/کراک هروئین ۱۶/۱٪ می‌شد. در جدول ۱-۲ شیوع اختلالات مصرف مواد غیرقانونی

(به جز الکل) به تفکیک نوع ماده ارایه شده است.

جدول ۱-۱- مصرف حداقل یک بار و اختلالات مصرف مواد و الکل در ۱۲ ماه گذشته

کل	مرد	زن	نوع ماده	
			مصرف در سال گذشته	اختلال/اختلالات مصرف در سال گذشته
%۱/۳	%۲/۴	%۰/۲	حشیش	مصرف در سال گذشته
%۵/۳	%۹/۳	%۱	مواد افیونی (به جز داروهای آپئوئیدی نسخه‌ای)	
%۱	%۱/۶	%۰/۴	محرك‌های شبه‌آمفتامینی	
%۵/۷	%۱۰/۲	%۱	الکل	
%۱۱	%۱۸/۹	%۳/۱	هر گونه ماده غیرقانونی (شامل الکل)	
%۰/۵	%۱/۰	%۰/۰۱	سوء مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	اختلال/اختلالات مصرف در سال گذشته
%۱/۸	%۳/۳	%۰/۳	وابستگی به مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
%۲/۱	%۳/۸	%۰/۴	اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
%۰/۳	%۰/۷	%۰	سوء مصرف الکل	
%۰/۶	%۱/۲	%۰/۱	وابستگی به الکل	
%۱	%۱/۸	%۰/۱	اختلالات مصرف الکل	
%۲/۸	%۵/۲	%۰/۴	هر گونه اختلال مصرف مواد (شامل الکل)	

جدول ۲-۱- اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل) در ۱۲ ماه گذشته

اختلال مصرف بر اساس DSM-5	اختلالات مصرف بر اساس DSM-IV	وابستگی	سوء مصرف	بیش از ۵ بار مصرف در سال گذشته	نوع ماده
%۲/۲۳	%۱/۸۴	%۱/۵۶	%۰/۲۸	%۳/۰۲	مواد افیونی
%۰/۵۶	%۰/۵۲	%۰/۳۵	%۰/۱۷	%۰/۸۷	حشیش
%۰/۳۹	%۰/۳۵	%۰/۳۴	%۰/۰۱	%۰/۴۷	محرك‌های شبه‌آمفتامینی
%۰/۱۱	%۰/۰۷	%۰/۰۵	%۰/۰۳	%۰/۱۱	توهم‌زاها
%۰/۰۳	%۰/۰۳	%۰/۰۳	-	%۰/۰۹	مواد استنشاقی
%۰/۱۱	%۰/۰۸	%۰/۰۸	-	%۰/۱۱	کوکائین
%۲/۴۴	%۲/۰۹	%۱/۸۱	%۰/۴۹	%۳/۴۹	هر گونه ماده غیرقانونی (به جز الکل)

شیوع وابستگی و مصرف آسیب‌رسان الکل بر اساس دهمین ویرایش طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۱ ۲/۳٪ و ۱/۸٪ جمعیت عمومی بالای ۱۵ سال جهان است. در کشور ما در پیمایش ملی سلامت روان ۹۰-۱۳۸۹، شیوع سوء مصرف و وابستگی به الکل بر اساس چهارمین ویرایش طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی^۲ انجمن روان‌پزشکی آمریکا به ترتیب ۶/۰٪ و ۳/۰٪ جمعیت ۶۴-۱۵ ساله برآورد شد.

آن گونه در جدول ۱-۱ ملاحظه می‌شود در مطالعه پیمایش ملی سلامت روان، علی‌رغم وجود انگ اجتماعی مرتبط با مصرف مواد، گزارش شخصی حداقل یک بار مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل) و الکل در طول سال گذشته غیر شایع نبوده و به ترتیب معادل ۱۱٪ و ۷/۵٪ جمعیت عمومی ۶۴-۱۵ ساله می‌شود.

در فصل ششم ذیل مبحث غربال‌گری اولیه (سریع) درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد خواهید دید که پرسش از مصرف مواد دخانی، الکل، مواد غیرقانونی (به جز الکل) و داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف در سه ماه گذشته، بخشی از مراقبت معمول ارائه شده توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز است. انتظار می‌رود خدمت‌گیرندگان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه با سهولت بیشتری مصرف دخانیات و مصرف نابجای داروهای نسخه‌ای واجد پتانسیل سوء مصرف را در قالب مراقبت معمول با ما در میان بگذارند.

با توجه به شیوع به صورت نسبی بالاتر مصرف مواد در مردان (جدول ۱-۱) اتخاذ راهبردهایی برای افزایش مراجعه مردان جهت دریافت مراقبت‌های معمول از یک طرف و اجرای غربال‌گری به صورت فرصت طلبانه در مردانی که به دلایل دیگری به مرکز مراجعه می‌کنند اهمیت بالایی دارد.

بار قابل انتساب به مصرف مواد

به میزان ناتوانی و مرگ ناشی از یک بیماری بار بیماری^۳ گفته می‌شود. شاخص کمی بار بیماری، سال‌های زندگی سازگار شده با ناتوانی^۴ یا DALY است. بنا به تعریف، یک DALY یک سال از دست رفته از «عمر توأم با سلامتی کامل»^۵ است.

^۱ ICD-10

^۲ DSM-IV-TR

^۳ burden of disease

^۴ Disability-Adjusted Life Year (DALY)

^۵ healthy" life

بر اساس گزارش سازمان پزشکی قانونی کشور روزانه ۸ نفر در اثر اعتیاد به مواد غیرقانونی (شابل الکل) جان خود را از دست می‌دهند. طبق گزارشات سایت پزشکی قانونی ایران (آخرین خبر مربوط به سال ۹۸)، مرگ بر اثر سوء مصرف مواد محرک با ۳۳۲ مورد، نه در صد از کل مرگ‌های ناشی از سوء مصرف مواد را به خود اختصاص داده است که نسبت به سال گذشته ۱۱,۵ درصد کاهش را نشان می‌دهد در حالی که مرگ ناشی از سوء مصرف مواد مخدر در همین مدت منجر به مرگ ۳۳۴۰ نفر شده است که افزایش ۲۴,۱ درصدی را نسبت به سال ۹۶ نشان می‌دهد. در شهر تهران، در مطالعه‌ای کیفی در معتادان تزریقی، تقریباً همه افراد، شاهد موارد متعددی از مسمومیت ناشی از مصرف مواد در اطرافیان شان بوده‌اند و حدود نیمی از افراد، خود سابقه مسمومیت را داشته‌اند که اکثراً دو یا سه بار بوده است.

مصرف تزریقی مواد یکی از معضلات عمده بهداشتی کشور و مسبب شیوع برخی از بیماری‌های عفونی است. عفونت اچ آی وی به عنوان یک پدیده جهانی، تهدیدی برای سلامت انسان و ثبات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جوامع محسوب می‌شود. شایع‌ترین راه انتقال عفونت‌های منتقله از راه خون شامل اچ آی وی و هپاتیت سی از طریق اعتیاد تزریقی است، به طوری که ۶۰,۱٪ کلیه موارد شناسایی شده عفونت اچ آی وی کسانی هستند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند (در موارد جدید گزارش شده در سال ۱۳۹۷، این شاخص به ۳۱٪ کاهش یافته است). یک مطالعه مروری سیستماتیک نشان داد که در دهه گذشته، میانگین شیوع عفونت اچ آی وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از ۱۱ تا ۱۵ درصد و در مصرف‌کنندگان غیر تزریقی از ۱ تا ۴ درصد بوده است. هپاتیت C احتمالاً شایع‌ترین عارضه عفونی مصرف تزریقی مواد در سطح جهان است. در یک تحلیل شیوع هپاتیت C در کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند، ۵۰ درصد برآورد شد.

علاوه بر موارد بالا مصرف مواد خطر ابتلا به مجموعه‌ای از بیماری‌های غیر واگیر و جراحات و سوانح را افزایش می‌دهد. برای آشنایی بیشتر با عوارض اختصاصی ناشی از انواع مواد مختلف **فصل سوم و راهنمای غربالگری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد را ببینید.**

اعتیاد به عنوان یک بیماری با ناتوانی و اُفت کارکرد برای افراد، خانواده‌ها و جمعیت‌ها همراه است. علاوه بر این آن گونه که بحث شد اعتیاد به عنوان یک عامل خطر می‌تواند خطر ابتلا به بیماری‌های واگیر، بیماری‌های غیر واگیر و سوانح و جراحات را به صورت قابل ملاحظه‌ای افزایش دهد. در مقایسه با سایر بیماری‌ها اعتیاد با میزان‌های بالایی مرگ و ناتوانی در افراد مبتلا همراه است. به طوری که در کشور ما پس از حوادث ترافیکی، بلایای طبیعی، بیمارهای ایسکمیک قلبی و افسردگی در جایگاه پنجم

طبقه‌بندی بار بیماری‌ها در مطالعه بار بیماری‌ها وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۲ به خود اختصاص می‌دهد. در مردان اعتیاد پس از حوادث و بلایا بالاترین مقدار بار بیماری‌ها را دارد و به طور کلی ۶/۷٪ از بار بیماری‌ها را در مردان تشکیل می‌دهد.

در سال ۱۳۸۹ (۲۰۱۰) مطالعه ملی بار بیماری‌ها مجدداً بار بیماری‌ها و عوامل خطر را محاسبه نمود. در این مطالعه سیگار کشیدن، مصرف مواد و الکل به ترتیب در جایگاه‌های پنجم، دهم و دوازدهم به لحاظ دخالت عوامل خطر در بار بیماری‌های کشور قرار گرفت. این مطالعه همچنین افزایش تقریباً ۱۵۰ درصدی بار مرتبط با اختلالات مصرف مواد در مقایسه با تخمین بار بیماری‌ها مربوط به سال ۱۹۹۰ گزارش گردید.

شکل ۱-۲- مقایسه رتبه و عوامل خطر بار بیماری در ۱۹۹۰ و ۲۰۱۰

1990 Mean rank (95% UI)		2010 Mean rank (95% UI)		Median % change (95% UI)	
1.0 (1-1)	1 Dietary risks	1 Dietary risks	1.0 (1-1)	42%	(28 to 54)
2.0 (2-2)	2 High blood pressure	2 High blood pressure	2.1 (2-3)	47%	(24 to 72)
3.1 (3-4)	3 Smoking	3 High body-mass index	2.9 (2-3)	155%	(102 to 241)
4.6 (4-6)	4 Ambient PM pollution	4 Physical inactivity	4.9 (4-7)	No estimates	
5.8 (4-9)	5 High body-mass index	5 Smoking	5.0 (4-7)	-1%	(-16 to 16)
6.0 (4-10)	6 Childhood underweight	6 High fasting plasma glucose	6.2 (4-9)	79%	(30 to 145)
7.3 (4-11)	7 Iron deficiency	7 Ambient PM pollution	7.2 (6-9)	6%	(-8 to 19)
8.5 (5-12)	8 High total cholesterol	8 High total cholesterol	7.5 (4-10)	48%	(8 to 115)
9.3 (6-12)	9 High fasting plasma glucose	9 Occupational risks	9.1 (7-11)	48%	(19 to 90)
10.1 (5-13)	10 Suboptimal breastfeeding	10 Drug use	10.5 (8-12)	182%	(81 to 347)
10.4 (8-13)	11 Occupational risks	11 Iron deficiency	10.7 (9-12)	-23%	(-27 to -18)
11.5 (6-21)	12 Household air pollution	12 Alcohol use	11.2 (4-14)	47%	(-57 to 493)
12.5 (7-14)	13 Alcohol use	13 Intimate partner violence	13.0 (12-14)	No estimates	
13.6 (12-15)	14 Drug use	14 Lead	14.4 (13-16)	119%	(48 to 175)
16.0 (14-19)	15 Lead	15 Suboptimal breastfeeding	15.3 (14-18)	-80%	(-88 to -62)
16.0 (14-21)	16 Sanitation	16 Childhood sexual abuse	16.4 (15-18)	No estimates	
17.5 (15-20)	17 Zinc deficiency	17 Childhood underweight	17.1 (15-19)	-93%	(-96 to -88)
17.6 (15-19)	18 Vitamin A deficiency	18 Low bone mineral density	18.2 (17-20)	104%	(55 to 165)
17.9 (15-20)	19 Unimproved water	19 Sanitation	20.5 (18-25)	-79%	(-92 to -38)
19.5 (18-20)	20 Low bone mineral density	20 Radon	20.6 (18-24)	No estimates	
		21 Zinc deficiency	21.3 (19-24)	-76%	(-86 to -57)
		22 Household air pollution	21.3 (12-25)	-100%	(-100 to -12)
		24 Unimproved water	22.9 (20-25)	-82%	(-92 to -56)
		25 Vitamin A deficiency	23.3 (20-25)	-86%	(-92 to -78)

یک روند جهانی در افزایش بار بیماری‌های قابل انتساب به مصرف دخانیات، الکل و مواد در مطالعه بار جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۱۵ در مقایسه با سال ۱۹۹۰ مستند شده است. در سطح بین‌المللی هر چقدر در طیف توسعه‌یافتگی کشورها جلوتر می‌آیند بار بیماری قابل انتساب به عوامل خطر مرتبط با بهداشت ضعیف، بیماری‌های عفونی و سوءتغذیه کاهش یافته و در مقابل بار بیماری قابل انتساب به مصرف دخانیات، الکل و مواد افزایش پیدا می‌کند. این روند جهانی ضرورت توجه بیش از پیش به مداخلات اختلالات مصرف مواد را در کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما، ایران را گوشزد

می نماید.

آسیب‌های وارده ناشی از این معضل جهانی و مافیای موجود، توجه بیش از پیش به برنامه‌های پیشگیری و درمان و کاهش آسیب اعتیاد به عنوان سیاست کاهش تقاضا در مقابل سیاست‌های مقابله با عرضه را نمایان می‌کند. هماهنگی دستگاه‌های متولی از یک سو و استفاده از ظرفیت‌ها و امکانات موجود آنها با انجام برنامه‌ریزی‌های مناسب، منجر به اثربخشی بیشتر فعالیت‌های کاهش تقاضا و تسهیل در برنامه‌های مقابله با عرضه خواهد شد.

برای اطلاعات بیشتر درباره همه‌گیری شناسی و عوارض مرتبط با اختلالات مصرف مواد در کشور راهنمای غربالگری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد را ملاحظه فرمایید.

سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد

اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی¹ است که در شکل‌گیری آن زمینه‌های پیش‌اعتیادی چندی نقش دارند. به بیان دیگر برای شروع و ادامه مصرف مواد زمینه‌های رشدنا سالم و آسیب‌پذیری‌های ویژه‌ای لازم است که بنیان آن در درون نظام خانواده و سپس در اجتماع ریخته می‌شود. در زمینه وابستگی به مواد عوامل گوناگون روان‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و زیست‌شناختی درگیر هستند، اما هیچ‌یک از آنها به تنهایی نمی‌توانند پیش‌بینی‌کننده ابتلای فرد به وابستگی به مواد باشند.

اختلالات مصرف مواد نتیجه فرآیندی است که در آن عوامل متعددی که روی هم اثر متقابل دارند بر شروع و تداوم رفتار مصرف مواد تأثیر می‌گذارند. هر چند اثرات یک ماده خاص در این فرآیند نقش مهمی ایفا می‌کند، اما تمام افرادی که به یک ماده وابسته می‌شوند، اثرات آن را به صورت یکسان تجربه نمی‌کنند و مجموعه عوامل مشابهی روی شروع و تداوم مصرف مواد در آنها تأثیر نمی‌گذارد. علاوه بر این نقش عوامل مختلف در مراحل مختلف فرآیند اعتیاد متفاوت است. برای مثال چنین تصور می‌شود که دسترسی به مواد، پذیرش اجتماعی و فشار همتایان در شروع مصرف مواد تأثیر دارند، اما عوامل دیگری نظیر شخصیت و خصوصیات زیستی فرد احتمالاً در نحوه ادراک اثرات ماده و میزان ایجاد تغییرات مغزی در اثر تداوم مصرف ماده دخالت دارند. اثرات خاص یک ماده می‌تواند عامل تعیین‌کننده اولیه در پیش‌رفت مصرف ماده به وابستگی باشد.

شروع مصرف مواد معمولاً یک کار خودخواسته و ارادی است. برخی افراد تحت تأثیر مجموعه‌ای از

¹ bio- psycho-socio-spiritual

عوامل تصمیم می‌گیرند مصرف مواد را امتحان کنند. کسانی که مواد مصرف می‌کنند، دلایل مختلفی را برای شروع مصرف مواد خود ذکر می‌کنند. این دلایل عبارتند از:

- تجربه احساس سرخوشی (حال بهتر)
- رهایی از درد و رنج بیماری یا فشارهای روانی (حال خوب)
- بهبود کارکرد (عملکرد بهتر)
- کنجکاوی

هر گونه مصرف دخانیات، الکل و سایر مواد غیرقانونی یا مصرف نایجای داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف (چه داروهای تجویز شده توسط پزشک و چه داروهایی که به صورت غیرمجاز تهیه شده باشند) می‌تواند شروع ابتلاء فرد به اختلالات مصرف مواد باشد، اما نقطه دقیق تبدیل مصرف مواد به اختلال مصرف روشن نیست. کسانی که مواد مصرف می‌کنند مختلف ممکن است در مراحل مختلف به نقطه اعتیاد برسند.

شکل ۱-۳- نحوه تعامل عوامل گوناگون در شروع مصرف مواد و وابستگی به آن



شکل ۱-۳ نحوه تعامل عوامل گوناگون در ایجاد وابستگی به مواد را نشان می‌دهد. عنصر مرکزی در

این مدل خود رفتار مصرف مواد است. تصمیم به مصرف مواد تحت تأثیر وضعیت روانی، اجتماعی فعلی و تاریخچه مواجهه فرد با عوامل خطر در مراحل پیشین زندگی قرار می‌گیرد. مصرف مواد پیامدهایی را ایجاد می‌کند که می‌تواند خوشایند یا بیزارکننده باشد و این موضوع از طریق یک فرآیند یادگیری پیش‌بینی‌کننده احتمال تکرار رفتار مصرف مواد در فرد خواهد بود.

برای برخی مواد مصرف مواد شروع‌کننده فرآیندهای زیستی است که با **تحمل**، وابستگی جسمی و حساس سازی^۱ همراه است. به نوبه خود، **تحمل** می‌تواند باعث کاهش برخی عوارض ماده شده و به فرد امکان مصرف بیشتر را بدهد. این موضوع باعث تسریع یا تشدید ایجاد وابستگی جسمی در فرد می‌شود. بالاتر از یک آستانه مشخص، عوارض ناراحت‌کننده **محرومیت** می‌تواند یک انگیزه مجزا برای تکرار رفتار مصرف مواد باشد. حساس شدن سیستم‌های انگیزشی می‌تواند **برجستگی**^۲ و اهمیت محرک مرتبط با مواد را برای فرد افزایش دهد.

شواهد جدید نشان می‌دهد اعتیاد یک بیماری مغزی است، که در طی آن رفتار اختیاری مصرف مواد به مصرف اجباری تبدیل می‌شود و این گذار با تغییراتی در ساختار و شیمی مغز همراه است. به رغم این تغییرات افراد وابسته به مواد می‌توانند در پاسخ به تقویت‌کننده‌های مثبت و منفی بیرونی یا درونی رفتار مصرف مواد خود را تغییر دهند. در واقع با وجود تغییرات مغز در فرآیند ایجاد مصرف اجباری مواد، دستگاه اعصاب مرکزی ظرفیت بالایی برای ترمیم و اصلاح خود دارد.

به رغم تغییرات ساختاری و شیمیایی مغز در اعتیاد، افراد وابسته به مواد می‌توانند در پاسخ به تقویت‌کننده‌های مثبت و منفی بیرونی یا درونی رفتار مصرف مواد خود را تغییر دهند. در واقع می‌توان گفت که اعتیاد یک بیماری مغزی مزمن اما قابل مدیریت و درمان‌پذیر است.

در ادامه این فصل عوامل دخیل در سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد مرور شده است.

یادگیری و شرطی شدن

مصرف مواد، چه به صورت گاهگاهی و چه به صورت اجباری، می‌تواند همچون رفتاری دیده شود

¹ sensitization

² salience

که تداوم آن بستگی به پیامدهای آن دارد. اثرات سرخوشی آور مواد به عنوان یک تقویت کننده رفتاری قوی باعث تکرار این رفتار می شود. در برخی موقعیت های اجتماعی، مصرف مواد، مستقل از اثرات فارماکولوژیک آن، اگر منجر به کسب موقعیت ویژه ای در نزد دوستان یا تأیید آنها شود، اثر تقویت کننده خواهد داشت. هر بار مصرف مواد در نتیجه هجوم لذت (سرخوشی القاء شده با مواد)، تسکین خلق منفی، تسکین علایم محرومیت یا ترکیبی از این اثرات، باعث برانگیختن تقویت مثبت سریع در فرد می شود. علاوه بر آن، برخی مواد ممکن است سیستم عصبی را نسبت به اثرات تقویت کننده ماده حساس کنند. در نتیجه این موضوع، وسایل و رفتارهای مرتبط با مصرف مواد تبدیل به عوامل تقویت کننده ثانویه و سرخوشی های یادآوری کننده مواد شده و مواجهه با آنها و سوسه یا یک میل قوی برای مصرف مواد را افزایش می دهد. کسانی که مواد مصرف می کنند هنگام روبرو شدن با محرک های مرتبط با مواد دچار افزایش فعالیت در مناطق لیمبیک شامل آمیگدال و سینگولیت قدامی می شوند. فعال سازی مرتبط با مواد در مغز با مواد مختلف همچون مواد افیونی، مواد محرک و نیکوتین (سیگار) نشان داده شده است.

علاوه بر تقویت عاملی¹ مصرف مواد و رفتارهای موادجویانه سایر سازوکارهای یادگیری در وابستگی و عود به مصرف مواد نقش دارند. پدیده محرومیت از مواد افیونی و الکل می تواند نسبت به محرک های درونی یا بیرونی شرطی شود. تا مدت ها بعد از ترک موادی همچون نیکوتین یا مواد افیونی، فرد معتاد در صورت مواجهه با محرک های بیرونی که قبلاً با مصرف مواد یا محرومیت جفت شده است، می تواند دچار محرومیت و سوسه شرطی شده شود. شدیدترین ولع مصرف در اثر مواجهه با موقعیت های یادآوری کننده مصرف مواد نظیر مصرف مواد یک فرد دیگر روی می دهد.

مدارهای عصبی و عصب رسانه ها

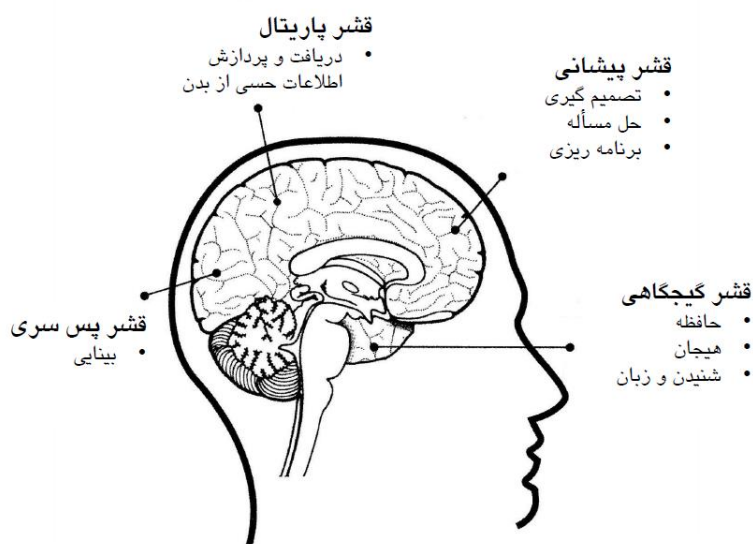
مغز انسان تمام آنچه را که او تجربه می کند، شامل حرکت، حس کردن محیط، تنظیم فرآیندهای خودکار بدن مثل تنفس، ضربان قلب و هیجانات او را تنظیم می کند. افکار، آگاهی و رفتار نیز نتیجه فعالیت مغز هستند. مناطق مختلف مغز کارکردهای مختلفی را تنظیم می کنند. هر بخش مغز وظایف اختصاصی بر عهده دارد. البته باید در نظر داشت حتی برای انجام یک تکلیف ساده چند بخش مختلف مغز باید هماهنگ با یکدیگر فعال شوند.

قشر مغز بزرگترین بخش توده مغز را تشکیل می دهد و بر رو و اطراف سایر ساختارهای مغز قرار

¹ operant reinforcement

گرفته است. قشر مغز بخشی از مغز است که مسئول تفکر، درک حس‌ها و تولید و درک زبان است. درست همان طوری که برای کنترل دیدن و شنیدن در مغز مناطق اختصاصی وجود دارد، مناطق اختصاصی مغز همچنین هیجان‌ات و انگیزه‌های افراد را تنظیم می‌کنند. این کار کردها تا حدی توسط بخشی از مغز به نام سیستم لیمبیک انجام می‌شود. شکل ۱-۴ نواحی مختلف کورتکس یا قشر مخ را نشان می‌دهد.

شکل ۱-۴- برش مغز از وسط لوب‌های قشر مخ و کارکردهای آن

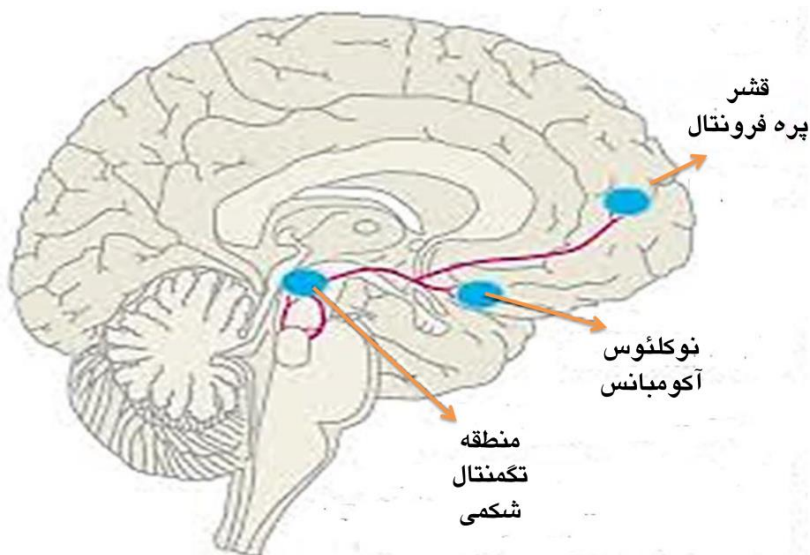


سیستم لیمبیک در بسیاری از هیجان‌ات و انگیزش‌ها خصوصاً موارد مرتبط با **حفظ بقا** مثل ترس و **خشم** دخیل است. سیستم لیمبیک همچنین احساس لذت مرتبط با بقای ما مثل احساس لذت ناشی از غذا خوردن و رابطه جنسی را تنظیم می‌کند. احساس لذت که که دانشمندان به آن پاداش می‌گویند بسیار قدرتمند است. اگر کاری لذت‌بخش یا پاداش‌دهنده باشد، تمایل به تکرار آن خواهید داشت. فعالیت‌های تداوم‌بخش زندگی مثل خوردن و رابطه جنسی یک مدار سلول‌های عصبی خاص را فعال می‌نمایند که مسئول تولید و تنظیم لذت هستند.

این سلول‌ها در بالای ساقه مغز در منطقه تگمنتال شکمی قرار دارند. این نورون‌ها پیام‌های خود را از طریق آکسون‌های خود به سلول‌های عصبی بخشی از سیستم لیمبیک به اسم **نوکلئوس آکومبانس** رله می‌کنند. فیبرهای عصبی دیگر به بخشی از منطقه **فرونتال قشر مخ** می‌روند. این مدار نورون‌ها مدار

پاداش^۱ نامیده می‌شود. شکل ۱-۵ مدار پاداش در مغز را نشان می‌دهد.

شکل ۱-۵- مدار پاداش



برای بیشتر مواد مورد سوء مصرف سیستم‌های عصب‌رسانه‌ای^۲ و گیرنده‌ای اختصاصی دخیل در اثرات آن شناسایی شده است. برای مثال مواد افیونی بر روی گیرنده‌های آپئوئیدی اثر می‌گذارد. یک فرد با فعالیت آپئوئید درون‌زاد پایین (برای مثال غلظت پایین اندروفین‌ها) یا فعالیت بالای آنتاگونیست‌های آپئوئیدی درون‌زاد ممکن است در معرض خطر ابتلا به وابستگی به مواد افیونی باشد. حتی در افراد با کارکرد گیرنده‌ای و غلظت عصب‌رسانه کاملاً طبیعی، مواجهه طولانی‌مدت با یک ماده خاص می‌تواند منجر به تغییراتی در سیستم گیرنده‌ای شود که حضور خارجی آن ماده برای هموستاز طبیعی مغز الزامی شود. این تغییرات در سطح سیستم گیرنده‌ای می‌تواند سازوکار ایجاد تحمل نسبت به مواد باشد.

مصرف مواد روان‌گردان از طریق اثر بر روی مدار پاداش باعث افزایش رهایش دوپامین در نورون‌ها شده و از این طریق باعث تولید احساس لذت می‌شود. مواد روان‌گردان مختلف نورون‌های سیستم پاداش را از طریق اثرگذاری بر روی سیستم‌های عصب‌رسانه‌ای و گیرنده‌های اختصاصی خود فعال می‌کنند. گرچه، مواد از یک نظر مشابه هستند: آن‌ها همگی بر روی سیستم پاداش مغز کار می‌کنند. درون این

¹ brain-reward circuitry

² neurotransmitters

سیستم آن‌ها تقریباً همگی باعث بالا رفتن دوپامین در نوکلئوس آکومبانس می‌شوند. اثرات پاداش‌دهنده (لذت‌بخش) مواد از طریق بالا رفتن دوپامین در نوکلئوس آکومبانس اعمال می‌شود.

اثرات مواد محدود به مسیر پاداش مغز نیست. مواد می‌توانند در مناطق مختلف مغز اثر بگذارند، اما توانایی آن‌ها برای ایجاد تغییر در انتقال دوپامین در منطقه تگمنتال شکمی و نوکلئوس آکومبانس یکی از مهم‌ترین عواملی است که فرد را به تداوم مصرف سوق می‌دهد. این مسیر در حساس‌سازی مغز نسبت به اثرات ماده و موضوعات مرتبط‌شده با آن نقش مهمی ایفا می‌کند.

ژنتیک و توارث

شواهد قوی از مطالعات دوقلویی، فرزندخواندگی و همشیره‌ها نشان می‌دهد که ژنتیک در ایجاد اختلال مصرف الکل و مواد نقش دارد.

- مطالعات فرزندخواندگی افزایش خطر اعتیاد به الکل و مواد را در کودکان به فرزندپذیری پذیرفته‌شده افراد مبتلا به وابستگی به الکل و مواد نشان داده‌اند، اما مصرف الکل در والدینی که کودک را به فرزندپذیری قبول کرده‌اند، خطر مصرف الکل را در فرزندان به فرزندپذیری پذیرفته‌شده را افزایش نمی‌دهد.
- مطالعات فرزندخواندگی نشان داده‌اند که به نظر می‌رسد آسیب‌پذیری ژنتیکی بیش از مصرف مواد در والدین جدید، خطر اختلالات مصرف مواد را در کودکان به فرزندخواندگی رفته را، افزایش می‌دهد.
- عوامل ژنتیکی و محیطی هر دو با شروع مصرف مواد همبسته هستند، اما پیش‌رفت به سمت وابستگی به مواد بیشتر با عوامل ژنتیکی رابطه دارد.

مواجهه قبل از تولد

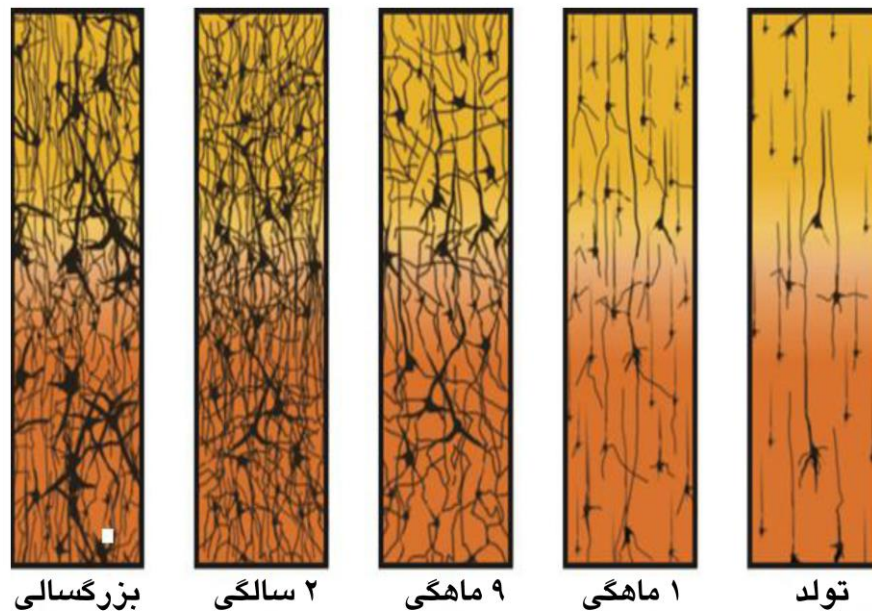
مصرف سیگار، الکل یا مواد در دوران بارداری خطر ابتلا به مجموعه‌ای از مشکلات روان‌پزشکی شامل اختلالات یادگیری، مشکلات شناختی و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی را افزایش داده که به نوبه خود می‌تواند منجر به افزایش خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد در سنین نوجوانی شود.

تجارب اولیه زندگی

بین زمان لقاح و سال‌های اول بعد از تولد مغز کودک تغییرات اساسی پیدا می‌کند. هنگام تولد تعداد نورون‌ها مغز با تعداد نورون‌ها در بزرگسالی مساوی است. اندازه مغز در سال اول بعد از تولد دو برابر

شده و حجم آن در سه سالگی به ۸۰٪ حجم آن در بزرگسالی می‌رسد. در طول سال‌های اول بعد از تولد سرعت ایجاد سنایس‌ها در مغز بیش از هر زمان دیگری در طول زندگی است. در واقع در سال‌های اول بعد از تولد تعداد سنایس‌هایی که ایجاد می‌شود بیش از تعداد سنایس‌هایی است که فرد در بزرگسالی نیاز خواهد داشت. به طوری که در سنین ۲ تا ۳ سالگی تعداد سنایس‌های مغز دو برابر تعداد سنایس‌ها در بزرگسالی است. سنایس‌های اضافی تدریجاً در طول دوران کودکی و نوجوانی حذف می‌شود. به این فرآیند هرس شدن می‌گویند. شکل ۱-۶ تراکم سنایس را در سنین مختلف نشان می‌دهد.

شکل ۱-۶- تراکم سنایس‌ها در مغز در طول زمان



مراحل اولیه تکامل مغز قویاً تحت تأثیر ژنتیک قرار دارد به این صورت که ژن‌ها نورون‌های تازه تشکیل شده را به محل صحیح‌شان در مغز هدایت می‌کند و نحوه تعامل آنها با یکدیگر را مشخص می‌کند. هر چند، ژن‌ها مسئول شکل‌گیری مدارهای پایه مغز هستند اما تمام معماری مغز بر اساس ژنتیک شکل نمی‌گیرد، بلکه ژن‌ها به مغز اجازه می‌دهند تا خود را بر اساس درون‌دادهای دریافت شده از محیط تنظیم کند. حس‌های کودک اطلاعات محیط و تجارب او را به مغز گزارش می‌دهند و این درون‌دادها فعالیت نورونی را تحریک می‌کنند.

برای مثال صدای حرف زدن فعالیت مناطق مرتبط با زبان را در مغز تحریک می‌کند. در صورتی که

میزان تحریک‌ها افزایش پیدا کند، سیناپس‌های مربوط به آن ناحیه بیشتر فعال می‌شوند. استفاده مکرر باعث تقویت سیناپس می‌شود. سیناپس‌هایی که به ندرت استفاده می‌شوند ضعیف باقی می‌مانند و با احتمال بیشتری در فرآیند **هرس شدن** حذف می‌شوند. قوت سیناپس تعیین‌کننده میزان پیوند و کارایی شبکه‌های عصبی دخیل در یادگیری، حافظه و سایر توانایی‌های شناختی است. بنابراین، تجارب کودک در سال‌های اولیه زندگی نه تنها تعیین‌کننده اطلاعات ورودی به مغز است بلکه بر روی نحوه پردازش آن اطلاعات نیز اثر می‌گذارد.

پیشگیری از مواجهه داخل رحمی جنین با دخانیات، الکل و مواد در طول دوران بارداری و تعامل مثبت والد-کودک در سال‌های اول پس از تولد نقش مهمی در پیشگیری از اختلالات مصرف مواد و مشکلات رفتاری دیگر در سنین بالاتر دارد.

سیناپس‌های مازاد نیز تولیدشده در سال‌های اول زندگی کودک باعث می‌شود که مغز کودک به درون‌دادهای خارجی به صورت خاص حساس و پاسخ‌گو باشد. در طول این دوره، توانایی مغز برای ثبت تجارب محیطی بالاتر است. به توانایی مغز برای شکل دادن به خود **پلاستیسیته** گفته می‌شود. فرآیند تولید سیناپس‌ها و سپس هرس شدن آنها یک روش کارآمد برای مغز برای دستیابی به رشد و تکامل بهینه در تعامل با محیط است. این پدیده توضیح می‌دهد چگونه تعامل انسانی مثبت و محیط غنی‌شده در سال‌های اول تولد می‌تواند به دستیابی به حداکثر توانایی‌های شناختی فرد کمک کند.

بنابراین می‌توان گفت، گرچه ژن‌ها نقشه معماری مغز را ترسیم می‌کنند، تأثیرات محیطی بر نحوه شکل‌گیری مدارهای عصبی مؤثر بوده و تعامل متقابل بین آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی و **تجارب اولیه زندگی** زیربنای یادگیری، رفتار و سلامت جسمی و روانی را تعیین می‌کند. این موضوع نقش اساسی خانواده‌ها و اجتماع را در فراهم نمودن روابط حمایت‌کننده و تجارب یادگیری مثبت برای تکامل سالم کودکان را نشان می‌دهد. تعامل پویای میان مجموعه‌ای از عوامل خطر و محافظ در سال‌های اولیه زندگی و حتی قبل از تولد تعیین‌کننده رشد و تکامل جسمی و عصبی در سال‌های اولیه زندگی، مشکلات یادگیری در مدرسه و مشکلات رفتاری در نوجوانی نظیر مصرف مواد است.

تعامل مثبت بین والد-کودک در فرآیند تکامل عصبی کودک در سال‌های اولیه زندگی یک عامل

محافظ مهم است، این موضوع اهمیت روابط پایدار بین والدین و کودکان و محافظت و مراقبت والدین از آنها را در کاهش مشکلات رفتاری در سنین بالاتر نشان می‌دهد. ترکیبی از مراقبت‌های پیش از تولد، فرزندپروری مناسب، حمایت‌های اجتماعی از خانواده‌های محروم و فراهم نمودن محیط غنی شده برای یادگیری و آموزش در سال‌های اولیه زندگی می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از مجموعه‌ای از مشکلات سلامت جسمی و روانی شامل اختلالات مصرف مواد شود. تعاملات زن-محیط در سال‌های اولیه زندگی بر نحوه تکامل فیزیولوژی مغز تأثیر گذاشته و بر روی مجموعه‌ای از کارکردهای فرد شامل مدیریت تنش‌های روانی، پاسخ نورواندوکراین به آن و سلامت قلبی، عروقی در سنین بالاتر اثر می‌گذارد. اگر تجارب اولیه مراقبت‌کننده، حمایت‌کننده، پایدار و قابل‌پیش‌بینی باشد، سیر تکامل طبیعی مغز رخ می‌دهد و سیستم‌های تنظیم‌کننده اعضا به صورت متناسب شکل می‌گیرند. در مقابل اگر محیط تجارب اولیه تهدیدکننده، غیرقابل‌پیش‌بینی، توأم با مسامحه و سوءرفتار باشد، سیستم‌های مدیریت استرس فعالیت بیش از حد پیدا کرده و نتیجه آن می‌تواند آسیب‌پذیری فرد به بیماری‌های جسمی و روانی باشد.

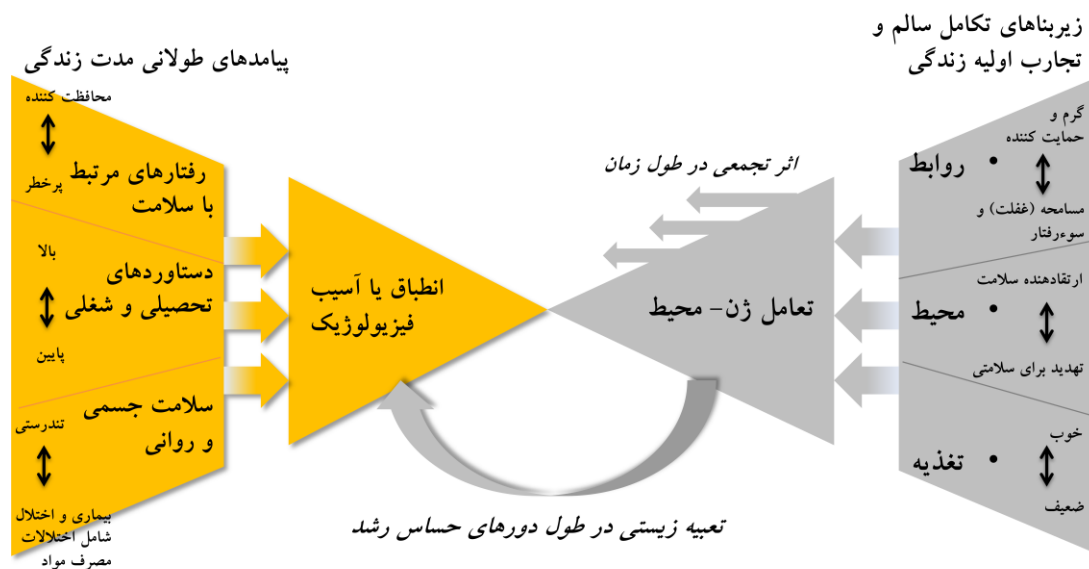
تجربه استرس در دوران کودکی را بر حسب پاسخ فیزیولوژیک بدن می‌توان به سه دسته طبقه‌بندی کرد:

- استرس مثبت با افزایش متوسط و کوتاه‌مدت ضربان قلب، قند و کورتیزول خون و سیتوکین‌های التهابی همچون اینترلوکین ۶ مشخص می‌شود. استرس مثبت به دنبال چالش‌هایی همچون احساس ناکامی، مواجهه با محیط جدید و سایر تجارب معمول زندگی رخ می‌دهد و یک جنبه مهم رشد طبیعی کودک محسوب می‌شود که در پس‌زمینه محیط پایدار و روابط گرم با والدین و/یا مراقبان منجر به پاسخ طبیعی سیستم استرس و تعامل مثبت با محیط می‌شود.
- استرس قابل تحمل به سطوح استرسی که به صورت بالقوه می‌تواند از طریق آسیب‌القائه شده توسط کورتیزول بر روی مدارهای مغزی در هیپوکامپ باعث آسیب به معماری مغز شود. این سطح از استرس متعاقب مواردی همچون مرگ والدین، طلاق، بلایای طبیعی یا خشونت تجربه می‌شود. در صورت داشتن محیط حمایت‌کننده کودک می‌تواند این سطح از استرس را بدون آسیب جدی به مغز تحمل نماید.
- استرس سمی میزانی از استرس است که باعث آسیب به مغز و اثر منفی بر سیستم‌های تنظیم‌کننده اعضای بدن و پاسخ به استرس می‌شود. این آسیب‌ها در طول زندگی باقی مانده و باعث افت کارکردهای شناختی در فرد می‌شود. موارد استرس سمی شامل سوءرفتار، خشونت، مصرف مواد یا

بیماری روانی شدید در مادر، وضعیت اقتصادی بسیار ضعیف در پس‌زمینه ارتباط و حمایت ضعیف والدین می‌شود.

شکل ۱-۷ نحوه تأثیر تجارب اولیه زندگی بر روی رفتارهای مرتبط با سلامت، دستاوردهای شغلی و تحصیلی و سلامت جسمی و روانی در سنین بعد را نشان می‌دهد.

شکل ۱-۷- تجارب اولیه کودکی زیربنای تکامل سالم

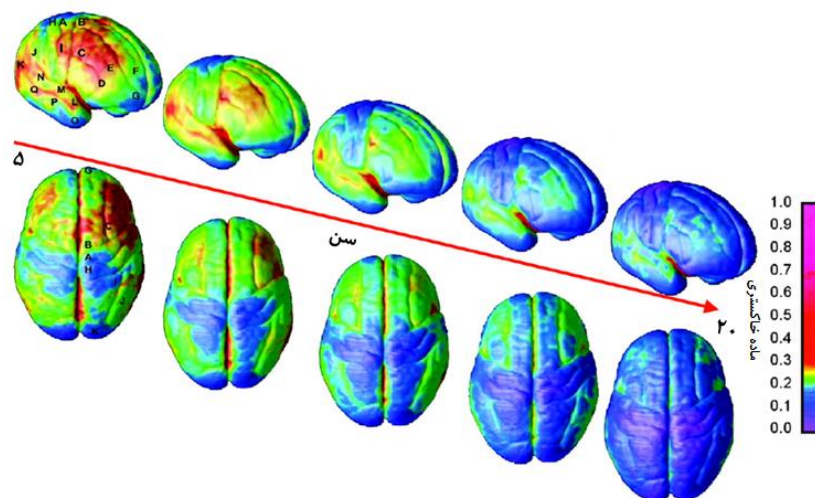


مصرف مواد در سنین پایین

رشد قشر خاکستری مغز پس از تولد از یک توالی آناتومیک خاص پیروی می‌کند. یک مطالعه روی دانشیته قشر خاکستری مغز از سن ۴ سالگی تا ۲۱ سالگی در ۱۳ فرد سالم نشان داد قشرهای ارتباطی با رتبه بالاتر پس از رشد قشرهای سوماتوسنسوری و بینایی که رتبه پایین‌تری دارند، رخ می‌دهد و مناطق مغزی به لحاظ تکامل نژادی^۱ قدیمی‌تر، زودتر از مناطق جدیدتر رشد می‌یابند. شکل ۱-۸ سیر رشد قشر خاکستری مغز از ۵ تا ۲۰ سالگی را نشان می‌دهد. نتایج این مطالعه مطرح‌کننده این موضوع است که مصرف مواد در سنین پایین‌تر می‌تواند عوارض جدی و طولانی‌مدت بر روی توالی رشد و تکامل طبیعی مغز ایجاد کند.

¹phylogenetically

شکل ۱-۸- سیر تکامل قشر خاکستری مغز



در نظریه مرحله‌ای^۱ این ایده مطرح می‌گردد که یک ترتیب زمانی برای تجربه مصرف مواد وجود دارد که در آن مواد دارای رتبه پایین‌تر که معمولاً به صورت شایع‌تری مصرف می‌شوند، پیش از مواد دارای رتبه بالاتر مصرف می‌شوند. بنابراین معمولاً مواد قانونی مثل سیگار، قلیان (و الکل؛ در کشورهای که مصرف الکل قانونی است) ابتدا مصرف می‌شوند و متعاقب آن مواد غیرقانونی اصطلاحاً «سبک‌تر» همچون الکل و حشیش مصرف می‌شود و پس از آن فرد به سمت مصرف سایر مواد غیرقانونی سنگین‌تر همچون تریاک، هروئین یا مت‌آمفتامین پیش می‌رود. مرتبط با نظریه مرحله‌ای فرضیه دروازه^۲ مطرح شده است. این فرضیه درباره مصرف حشیش بوده و می‌گوید مصرف حشیش پیش‌رفت به سمت مصرف سایر مواد غیرقانونی را تسهیل می‌کند. مرور شواهد نشان داده است که مصرف حشیش با پیش‌رفت به سمت مصرف سایر مواد رابطه دارد.

سن پایین شروع مصرف یک عامل پیش‌بینی‌کننده قوی برای شکل‌گیری اختلالات مصرف مواد در طول عمر است. مشخص نیست آیا سن پایین مصرف شاخصی برای سایر عوامل خطر پیش‌بینی‌کننده درگیری با مصرف مواد است یا یک رابطه علیتی بین سن شروع و ابتلا به اعتیاد وجود دارد. مطالعات حیوانی نشان داده است که مغز نوجوانان به صورت خاص به اثرات حساس‌سازی مواد آسیب‌پذیر است. این موضوع می‌تواند افزایش بروز اختلالات مصرف مواد را در کسانی که در سن پایین مصرف را شروع

¹ stage theory

² gateway hypothesis

می‌کنند، توضیح دهد.

- برخی یافته‌های مهم درباره رابطه میان سن شروع مصرف و ابتلا به اختلالات مصرف مواد عبارتند از:
 - افرادی که در سن پایین‌تر مصرف مواد را شروع کرده‌اند با احتمال بیشتری یک تشخیص اختلالات مصرف مواد را پر می‌کنند.
 - یک نکته مهم در اینجا آن است که پیش‌رفت سریع‌تر از مصرف به سوی اختلالات مصرف اغلب با سن پایین‌تر شروع مصرف و دفعات مصرف رابطه دارد تا طول مدت مصرف.
 - کسانی که در سنین پایین‌تر مصرف مواد را شروع می‌کنند در فاصله زمانی کمتری دچار اعتیاد می‌شوند تا کسانی که اولین بار مصرف مواد را در بزرگسالی تجربه کرده‌اند.
 - سن پایین‌تر مصرف مواد همچنین پیش‌بینی‌کننده خطر بالاتر برای مصرف سایر مواد است. بین سن پایین‌تر مصرف مواد و میزان‌های بالاتر رفتارهای مخرب^۱ و افسردگی اساسی رابطه دیده شده است.
- مصرف مواد چندگانه می‌تواند نشانه‌ای از اعتیاد پیش‌رفته‌تر باشد، که احتمالاً توانایی فرد برای مهار مصرف اجباری را مهار می‌کند.

عوامل روان‌پویایی

بر اساس نظریه‌های کلاسیک روان‌پویایی، درگیری با مصرف مواد معادل استمنا (برخی مصرف‌کنندگان هروئین هجوم لذت اولیه ناشی از مصرف آن را مشابه یک تجربه ارگاسم طولانی توصیف می‌کنند)، یک دفاع در برابر تکانه‌های اضطرابی بوده یا تظاهری از واپس‌روی^۲ دهانی (وابستگی) است. فرمول‌بندی‌های روان‌پویایی جدیدتر مصرف مواد را با کارکردهای مختل خود^۳ مرتبط می‌سازند (ناتوانی برای کنار آمدن با واقعیت‌ها). به عنوان شکلی از خوددرمانی^۴ مواد افیونی برای آرام‌بخشی و کاهش خشم، مواد محرک برای تسکین افسردگی و الکل برای کاهش اضطراب ممکن است استفاده شود.

همبودی روان‌پزشکی

به حضور هم‌زمان یک اختلال روان‌پزشکی یا بیشتر در یک بیمار در یک زمان مشخص همبودی گفته

¹ disruptive behaviors

² regression

³ ego

⁴ self-medication

می‌شود. شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی در میان افراد متقاضی درمان برای اختلالات مصرف مواد گزارش شده است. آخرین مطالعات (۲۰۲۰) نشان داده است بیش از ۶۰ درصد از بزرگسالان دارای اختلال مصرف مواد مخدر دارای معیار تشخیصی بیماری‌های روان‌پزشکی هستند. افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد در صورت ابتلا به اختلالات همبود با احتمال بیشتری ممکن است برای درمان مراجعه کنند، هر چند افرادی که متقاضی درمان نیستند، نیز ضرورتاً عاری از اختلالات روان‌پزشکی همبود نیستند.

این افراد معمولاً به دلیل سواد سلامت پایین یا انگ همراه با اختلالات مصرف مواد رنج ناشی از بیماری‌های همبود را تحمل نموده و برای درمان مراجعه نمی‌کنند. برخی نیز به دلیل حمایت خانوادگی و اجتماعی خوب هنوز با پیامدهای شدید ناشی از بیماری خود مواجه نشده و به این دلیل مراجعه درمانی را به تعویق می‌اندازند. نهایتاً گروهی نیز به دلیل ماهیت بیماری اعتیاد، برای تداوم مصرف مواد بیش از سلامت خود اهمیت قائل علی‌رغم مواجهه با مشکلات ناشی از مصرف مواد، نسبت به تغییر رفتار اقدام نمی‌کنند.

علایم افسردگی در میان افراد تشخیص داده شده با اختلالات مصرف مواد شایع است. مطالعات بین‌المللی نشان داده است که مصرف مواد یک عامل شروع‌کننده اصلی برای خودکشی محسوب می‌شود. در مقایسه با جمعیت عمومی، افراد وابسته به الکل و مصرف‌کنندگان مواد ۱۰-۱۴ برابر خطر مرگ ناشی از خودکشی بیشتری دارند. ۲۲ درصد مرگهای ناشی از خودکشی در مسمومیت‌های الکلی است. یک مطالعه چاپ شده در ۲۰۱۸ نشان داد مواد اپیوئیدی، ۲۰ درصد، ماری جوانا ۱۰/۲ درصد، کوکائین ۴/۶ درصد و آمفتامین‌ها ۳-۴ درصد مرگهای ناشی از خودکشی را شامل می‌شوند.

آن گونه که در شکل ۱-۳ دیده می‌شود، مجموعه‌ای از عوامل در سطح فرد، گروه همتا، خانواده و محیط در شروع و تداوم مصرف انواع مواد دخیل هستند. عوامل شناسایی شده به تفکیک سطح عبارتند از:

فرد

- ژنتیک
- شروع مصرف مواد در سن پایین
- نگرش و انتظارات مثبت نسبت به مواد
- خطر درک شده پایین
- عوامل سرشتی نظیر تکانش‌گری و مخاطره‌جویی

گروه همتا

- هنجار اجتماعی غلط درک شده
- مصرف مواد در گروه همتا
- فشار همتایان

خانواده

- تجارب اولیه زندگی
- اختلافات خانوادگی
- دلبستگی پایین به خانواده
- نظارت ضعیف والدین
- نگرش مطلوب والدین به مصرف مواد
- مصرف مواد در والدین

مدرسه

- اُفت تحصیلی
- نداشتن تعهد به مدرسه

اجتماع

- دسترسی به مواد و قیمت آن
- دلبستگی پایین به اجتماع
- نابسامانی شدید اجتماع
- جابجایی و مهاجرت
- محرومیت اقتصادی شدید

برای مطالب بیشتر درباره عوامل خطر و محافظ دخیل در ابتلا به اختلال مصرف مواد، فصل پنجم را

ببینید.

فصل دوم: آشنایی با چارچوب برنامه

عناوین فصل

- نگاه همه‌جانبه به سلامتی
- عوامل مؤثر بر سلامت
- مراقبت‌های بهداشتی اولیه
- اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه
- ضرورت ادغام
- اهداف برنامه
- سطوح پیشگیری
- سطح‌بندی مراقبت‌ها

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود:

- با تعریف سلامتی، ابعاد و عوامل مؤثر بر سلامت آشنا باشید.
- مراقبت‌های بهداشتی اولیه و اجزای آن را بشناسید.
- ضرورت ادغام خدمات اختلالات مصرف مواد و اهداف برنامه را تشریح کنید.
- سطوح پیشگیری و سطح‌بندی مراقبت‌ها در حوزه اختلالات مرتبط با مواد را بیان کنید.

نگاه همه‌جانبه به سلامتی

هدف از ارائه خدمات و مراقبت‌های راهنمای حاضر ارتقای سلامت روانی، اجتماعی گروه‌های هدف به صورت کلی و ارتقای پیامدهای مرتبط با پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اختلالات مصرف مواد به صورت اختصاصی است. سازمان جهانی بهداشت، سلامت را به این صورت تعریف می‌کند: «وضعیت آسایش، رفاه و تندرستی کامل جسمی، روانی، و اجتماعی معرفی می‌کند. بر اساس این تعریف، فقدان بیماری، یا ناتوانی به تنهایی سلامت محسوب نمی‌شود». این تعریف اولین بار در مقدمه نظام‌نامه تأسیس سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۴۶ مطرح شده و در سال ۱۹۴۸ مورد تأیید قرار گرفت. در سال ۱۹۸۴ بُعد چهارمی نیز به تعریف سلامت افزوده شد و آن **سلامت معنوی** بود.

تعریف سازمان جهانی بهداشت بر این نکته تأکید دارد که سلامت صرفاً فقدان بیماری نیست، در واقع بسیاری از افراد جامعه فاقد یک بیماری مشخص هستند، ولی به واسطه شرایط روانی یا اجتماعی خود از زندگی لذت نمی‌برند و وضعیت کارکردی مناسبی ندارند. ویژگی دیگر این تعریف فراگیری و گستردگی آن است که جنبه‌های جسمی، روانی و اجتماعی را در بر می‌گیرد. بر این اساس می‌توان گفت در رویکرد امروزی سلامتی صرفاً نبود بیماری، ناتوانی و مرگ نبوده، بلکه هم‌زمان آسایش و احساس رضایت افراد را نیز دربرمی‌گیرد.

دفتر منطقه‌ای سازمان جهانی بهداشت در اروپا در سال ۱۹۸۴ تعریف دیگری از سلامت ارائه نمود: «سلامت از یک سو میزان توانایی فرد در به فعل رسانیدن توانایی‌های بالقوه، تحقق آرزوها و برآورده ساختن نیازهای خود و از سوی دیگر توانایی وی برای تأثیر گذاشتن و تطابق و تأثر پذیرفتن از محیط اطراف است.»

به این ترتیب سلامت به جای آن که هدفی برای زندگی محسوب شود، سرمایه‌ای برای زندگی روزمره تلقی می‌شود. این رویکرد به سلامتی بر جنبه‌های اثباتی و اجتماعی سلامت تأکید می‌کند. تلاش‌های زیادی برای ارائه یک تعریف مورد اتفاق از سلامت صورت گرفته است. در این میان مفاهیمی که بیش از سایرین در این تعاریف تکرار شده‌اند، عبارتند از:

- انطباق و مدیریت استرس
- کسب و استفاده از ظرفیت‌های عملکردی
- یکپارچگی و انسجام ساختاری
- نقش‌آفرینی و مشارکت با ارزش در اجتماع

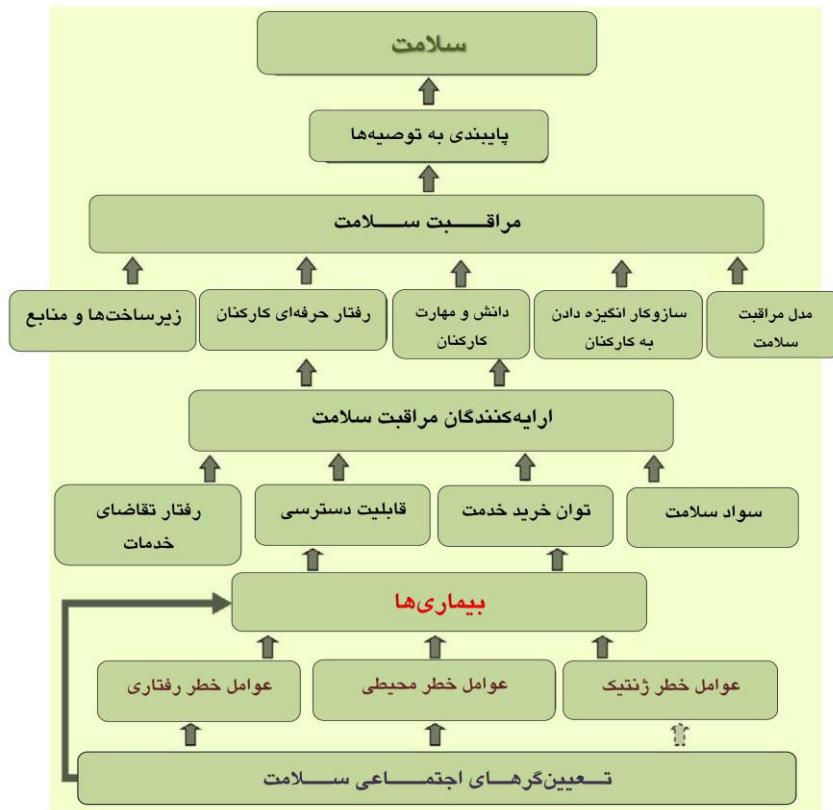
● حفظ تعادل درونی و برونی

با توجه به آن چه گفته شد آشنایی با عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت در حوزه اختلالات مصرف مواد اهمیت بالایی دارد. در فصل یکم به نقش عوامل خطر و محافظ دخیل در سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد اشاره شد و در فصل پنجم به آن به صورت مفصل‌تر پرداخته خواهد شد. در این فصل به نقش حوزه سلامت برای بهبود و ارتقای سلامت گروه‌های هدف در حوزه اختلالات مصرف مواد پرداخته می‌شود.

عوامل مؤثر بر سلامت

مجموعه‌ای از عوامل مختلف شامل بیماری‌ها، رفتارهای پرخطر، دسترسی به مراقبت سلامت، بهره‌مندی از آن و... بر سلامتی مؤثر است. شکل ۱-۲ شمای کلی عوامل اثرگذار بر سلامتی را نشان می‌دهد.

شکل ۱-۲- عوامل اثرگذار بر سلامتی



برای مدت‌ها بیماری‌ها عامل اصلی کاهش سلامت مردم تلقی می‌شدند. مدل بالا نشان می‌دهد دو عامل مهم اثرگذار بر روی سلامت و کیفیت زندگی مردم عبارتند از:

- عوامل خطر و محافظ برای مصرف و اختلالات مصرف مواد (برای توضیحات بیشتر فصل یکم و پنجم را ببینید)
- نحوه پاسخ بخش سلامت به آن
-

مراقبت‌های بهداشتی اولیه

بهداشت یک حق بنیادین برای انسان‌ها است. این بدان معناست که دولت‌ها مسئول سلامت مردم هستند. در سراسر جهان تلاش دولت‌ها بر این است که خدمات بهداشتی را توسعه داده و بهبود بخشند. در حال حاضر دغدغه کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته این است که بتوانند خدمات بهداشتی مناسبی را در اختیار هم‌مردم قرار داده و هم چنین سطح قابل قبولی از سلامت را برای همه (با استفاده از مراقبت‌های بهداشتی اولیه) به وجود آورند.

پیش از ارائه تعریف و کارکرد مراقبت‌های بهداشتی اولیه آشنایی با برخی تعاریف زیربنایی در حوزه سلامت یعنی **نظام سلامت**^۱ و **نظام مراقبت‌های سلامت**^۲ کمک‌کننده است. به زیرمجموعه‌ای از بخش سلامت که به صورت نظام‌مند و هماهنگ در جهت حفظ و ارتقای سطح سلامت جامعه، افزایش سطح رضایت‌مندی آحاد جامعه، به حداقل رساندن بی‌عدالتی در دسترسی به منابع سلامت در جامعه و محافظت از بیماران و خانواده آنان در مقابل فشارهای مالی ناشی از بیماری عمل می‌کند، **نظام سلامت** گفته می‌شود. **نظام مراقبت‌های سلامت** زیرمجموعه‌ای از نظام سلامت است که مستقیماً به ارائه طیف وسیعی از خدمات سلامت می‌پردازد.

وظیفه اصلی نظام مراقبت‌های سلامت آنست که فرد خدمت سلامت با کیفیت مناسب را از یک فرد ارائه‌دهنده مراقبت سلامت واجد دانش و مهارت کافی در زمان و مکان مناسب دریافت نماید.

¹ health system

² health care system

مراقبت‌های سلامت یا بهداشتی اولیه^۱ زیرمجموعه‌ای از نظام مراقبت‌های سلامت است که طیف گسترده‌ای از خدمات آموزش سلامت، پیشگیری اولیه، غربالگری، ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری‌ها را از طریق جایگاه‌های مبتنی بر اجتماع به افرادی که به صورت خودارجاع به مرکز ارائه خدمات مراجعه نموده‌اند ارائه می‌نماید. تمرکز اصلی خدمات در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ارائه خدمات آموزش و ارتقای سلامت و پیشگیری اولیه است، اما در کنار آن تشخیص و درمان بیماری‌های رایج که نیاز به درمان‌های تخصصی ندارند نیز در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ارائه می‌گردد. یکی از جنبه‌های مهم در مراقبت‌های اولیه، تأکید آن بر جلب همکاری افراد و گروه‌های اجتماعی جهت ارتقاء سلامت فردی و اجتماعی است.

مراقبت‌های بهداشتی اولیه، مراقبت‌های اساسی و قابل دسترس برای افراد جامعه و خانواده‌های آنها است. خدمات مراقبت‌های بهداشتی اولیه رایگان بوده و یا با هزینه پایین در حدی که برای عموم افراد جامعه قابل پرداخت باشد، ارائه می‌شود.

اصول پایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه

اگر چه اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشورهای مختلف، متفاوت است، اما بیانیه آما آتا، هشت اصل ضروری را برای مراقبت‌های بهداشتی تمام کشورها در نظر گرفته است:

- ۱) آموزش مسائل عمده بهداشتی جامعه و روش‌های پیشگیری و مبارزه با آنها
- ۲) تأمین غذای کافی و بهبود تغذیه صحیح
- ۳) تأمین آب سالم و کافی، بهسازی اساسی محیط و بهداشت مسکن
- ۴) بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده
- ۵) ایمن‌سازی علیه بیماری‌های عفونی خصوصاً بیماری‌های دوران کودکی
- ۶) پیشگیری از بیماری‌های شایع بومی مانند مالاریا و مبارزه با این بیماری‌ها
- ۷) درمان مناسب بیماری‌ها و صدمات رایج
- ۸) پیش‌بینی و فراهم کردن داروهای ضروری

بعدها به طرز فکر مراقبت‌های اولیه بهداشتی اصولی نیز اضافه شد شامل:

- مشارکت و درگیری جامعه در حل مشکلات بهداشتی خود

¹ Primary Health Care (PHC)

- تفکر پرداختن به بحث‌های مختلف تو سعه و رفاه اجتماعی که باعث می شود مجموعه‌ای از خدمات از پایین به بالا بر مبنای نیاز جامعه سازمان یابد.
 - توسعه فن‌آوری مناسب بهداشتی برای رسیدن به هدف‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی.
 - تاکید بیشتر مراقبت‌های اولیه بهداشتی بر پیشگیری نسبت به درمان.
- در کشور ما از سال ۱۳۶۹، ارائه خدمات بهداشت روان به عنوان نهمین جزء و دو جزء دیگر شامل بهداشت دهان و دندان و بهداشت حرفه‌ای نیز به اجزاء پیش‌گفته اضافه شده‌اند. شواهد داخلی و تجارب بین‌المللی نشان داده است که بهترین راه برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی به عموم مردم خصوصاً جمعیت‌های ساکن در مناطق محروم رو ستایی و حاشیه شهرها، توسعه خدمات کارآمد مراقبت‌های بهداشتی اولیه است که از سوی نظام ارجاع مناسبی حمایت شود.

ضرورت ادغام

- در مراقبت‌های اولیه با مشکلات سلامت در پایین‌ترین سطح از پیچیدگی برخورد می‌شود. مراقبت‌های اولیه، اولین نقطه تماس مردم با خدمات سلامت بوده و صرف نظر از میزان درآمد و مشکلات اجتماعی برای تمام افراد جمعیت قابل دسترس است.
- برخی ویژگی‌های منحصربه‌فرد مراقبت‌های اولیه عبارتند از:
- ارتباط نزدیک با جمعیت تحت پوشش و تداوم^۱ در ارائه خدمات
 - امکان مراجعه بدون محدودیت و از طریق خودارجاعی^۲
 - ارائه خدمات به صورت جامع^۳ و گسترده از طریق ارائه طیف کامل خدمات، از آموزش و پیشگیری، تا تشخیص و درمان و بازتوانی
 - هماهنگی^۴ در ارائه خدمات در سطح مراقبت اولیه و سطوح بالاتر
 - جامعه‌نگر بودن^۵
 - خانواده‌محور بودن^۶

¹ continuity

² self-referral

³ comprehensiveness

⁴ coordinated

⁵ community-based

⁶ family-centeredness

• احترام به فرهنگ مراجعان¹

به منظور تأمین پایه‌های کافی و متناسب به یک مشکل سلامتی، مراقبت‌های اولیه قلب یک نظام ارایه مراقبت منطقی و اثربخش را تشکیل می‌دهد. تنها در صورت پیش‌بینی یک نظام سطح‌بندی شده شامل یک نظام مراقبت‌های اولیه قوی و منسجم امکان ارتقای سلامت فراهم می‌گردد، در مقابل نظام‌های مراقبت سلامت با گرایش تخصصی شدید در بسیاری از موارد از دستیابی به پیامدهای سلامت ناکام باقی می‌مانند و این ارتباط حتی پس از تعدیل بر اساس سایر عوامل تأثیرگذار بر سلامت پایه باقی می‌ماند.

کسانی که مواد مصرف می‌کنند با احتمال بیشتری با مشکلات رایج سلامتی همچون سرماخوردگی‌های مکرر، التهاب معده، افسردگی، بی‌خوابی، سوانح و حوادث و... مواجهه می‌شوند و برای دریافت خدمات سلامت جسمی یا روانی به جایگاه‌های مراقبت اولیه مراجعه می‌کنند، این موضوع باعث می‌شود کارکنان مراقبت‌های اولیه بهداشتی موقعیت منحصر به فردی برای شناسایی و مداخله در بیماران با مصرف مخاطره‌آمیز یا آسیب‌رسان مواد برای سلامت یا تندرستی دارند. نقش مراقبت‌های اولیه تا حد زیادی ارتقاء سلامت و پیشگیری است و کارکنان مراقبت اولیه در فعالیتهای متعدد پیشگیرانه شامل ایمن‌سازی، غربالگری و مداخله زودرس برای فشار خون، چاقی، سیگار و سایر عوامل خطرزای سبک زندگی درگیر هستند.

زمانی که خدمات اختلالات مصرف مواد به صورت ادغام‌یافته با سایر خدمات سلامت ارایه می‌گردد، قابلیت پذیرش آن برای مخاطبان افزایش می‌یابد. این موضوع یکی دیگر از دلایل اهمیت ارایه این خدمات در مراقبت اولیه است.

برخلاف تصور برخی از کارکنان جایگاه‌های مراقبت سلامت، مراجعان به مراکز مراقبت اولیه انتظار دارند، برای موضوعات مربوط به سلامت رفتاری و سبک زندگی نظیر مشکلات مرتبط با مصرف مواد در خود یا اعضای خانواده خود از مراقبت‌های سلامت اولیه آموزش، مشاوره و مراقبت دریافت کنند. مراقبت اولیه از دید بیماران یک مرجع مهم برای توصیه درباره خطرات سلامت شامل مصرف دخانیات، الکل، داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف و مواد دیگر است.

با توجه به این واقعیت‌ها، ادغام خدمات سلامت روان و اختلالات مصرف مواد به صورت یکپارچه در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه به منظور افزایش ظرفیت ارائه مراقبت‌های بهداشتی ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

¹ culturally competent

اهداف برنامه

براساس اسناد سازمان جهانی بهداشت، هدف از ادغام خدمات اختلالات مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، این است که جمعیت عمومی، افراد در معرض خطر و یا بیماران مبتلا به اختلالات مصرف از طریق مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عنوان خط اول ارایه مراقبت‌ها، دسترسی عادلانه، زودهنگام، مؤثر و هماهنگ‌شده به خدمات مورد نیاز و مبتنی بر شواهد شامل آموزش، پیشگیری، شناسایی، ارزیابی، ارجاع به درمان و پیگیری پیدا کنند.

هدف کلی از ارائه خدمات اختلالات مصرف مواد در نظام شبکه به صورت ادغام‌یافته با خدمات سلامت روانی، اجتماعی و سایر مراقبت‌های جسمی، کاهش بار اختلالات مرتبط با مصرف دخانیات (تنباکو)، الکل، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف و مواد دیگر از طریق ارتقای دسترسی و پوشش مراقبت‌های استاندارد اختلالات مصرف مواد در زمینه پیشگیری اولیه، غربال‌گری، شناسایی، مداخله زودرس، ارجاع به درمان، کاهش آسیب، پیگیری و آموزش جمعیت‌های هدف است.

اهداف اختصاصی ارایه خدمات اختلالات مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه به شرح زیر است: کاهش بار اختلالات مرتبط با مصرف دخانیات (تنباکو)، الکل، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف و مواد دیگر از طریق

- توانمندسازی افراد در زمینه خودمراقبتی¹
- ارتقای سواد سلامت در زمینه اختلالات مصرف مواد و درک و پذیرش آن به عنوان یک بیماری قابل پیشگیری و درمان‌پذیر
- تأمین دسترسی عادلانه، جامع و پایدار به طیفی از خدمات اختلالات مصرف مواد شامل آموزش، پیشگیری اولیه، غربال‌گری، مداخلات زودرس، ارجاع به درمان، کاهش آسیب، مراقبت و پیگیری
- افزایش پوشش خدمات اختلالات مصرف مواد
- ارائه خدمات استاندارد و باکیفیت در زمینه اختلالات مصرف مواد
- ارجاع، آموزش و حمایت از بیماران و خانواده‌ها برای دریافت خدمات درمان در سطوح بالاتر
- تقویت ساختار، ظرفیت‌سازی و حمایت مستمر از ارایه خدمات و پایش و نظارت آنها

¹ self-care

سطوح پیشگیری

اقدامات پیشگیرانه در مفهوم جامع نگرانه عبارتند از کلیه تلاش‌هایی که به منظور پیشگیری از بروز اختلالات مصرف مواد، درمان و کاهش آسیب‌ها و عواقب ناشی از آن صورت می‌گیرد. در نظام سلامت، سه سطح برای پیشگیری در نظر گرفته می‌شود که عبارتند از:

- **پیشگیری اولیه:** کلیه مداخلات بهداشتی به منظور پیشگیری از شروع مصرف مواد در کسانی که مصرف مواد را شروع نکرده‌اند و ممانعت از پیشرفت مصرف مواد به اختلال مصرف در کسانی که مصرف مواد را شروع کرده‌اند، پیشگیری اولیه گفته می‌شود. مداخلات پیشگیری اولیه از اختلالات مصرف مواد شامل مراقبت‌های دوران بارداری، بهبود برنامه‌های آموزشی مدارس، آموزش مهارت‌های فرزندپروری، مهارت‌های زندگی و مشارکت مادران در برنامه‌های بهداشتی می‌شوند.
 - **پیشگیری ثانویه:** به کلیه مداخلات بهداشتی به منظور کاهش و قطع مصرف مواد در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد پیشگیری ثانویه گفته می‌شود. مداخلات درمان اعتیاد ذیل پیشگیری ثانویه تعریف می‌شوند.
 - **پیشگیری ثالثیه:** کمک به بازتوانی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد به منظور دستیابی به حداکثر کارکرد شناختی، شغلی و اجتماعی پیشگیری ثالثیه گفته می‌شود.
- علاوه بر سطوح پیشگیری ذکر شده در بالا، **پیشگیری اولیه** خود به سه سطح همگانی، انتخابی و موردی طبقه‌بندی می‌شود. مطالب بیشتر در این خصوص در **فصل پنجم** ارائه شده است.

سطح‌بندی مراقبت‌ها

به منظور تأمین پاسخ مؤثر و مقرون به صرفه به اختلالات مصرف مواد یک نظام سطح‌بندی شده ارائه خدمات پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد مورد نیاز است.

در قاعده هرم مراقبت‌های حوزه اختلالات مصرف مواد **خودمراقبتی** قرار دارد. منظور از خودمراقبتی داشتن درک صحیح از مصرف مواد به عنوان یک مشکل قابل پیشگیری و درمان‌پذیر است. ارتقای سواد سلامت در این حوزه منجر به اتخاذ سبک زندگی سالم، کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ، بهره‌مندی از خدمات پیشگیری اولیه، آشنایی با علایم پیش‌رس بیماری، شناسایی زودرس مصرف مواد و مراجعه به موقع می‌شود.

مراقبت‌های حرفه‌ای اختلالات مرتبط با مواد و رفتارهای اعتیادی در قالب یک مدل سطح‌بندی شده در سه سطح ارائه می‌شوند. در سطح یک خدمات پایه، نسبتاً کم‌هزینه و غیرتخصصی به صورت ادغام‌یافته در کنار سایر مراقبت‌های سلامت ارائه می‌شود در حالی که در سطوح بالاتر، خدمات جامع‌تر، تخصصی‌تر و پرهزینه‌تر فراهم می‌گردد.

ذیل هر سطح چند پایگاه^۱ یا خانه بهداشت^۲ و مراکز^۲ ارائه مراقبت پیش‌بینی شده است. پزشکان شاغل در مراقبت اولیه، برای ارائه تشخیص، درمان، آموزش، توصیه و ارجاع متناسب باید با جایگاه‌ها یا مراکز مختلف ارائه‌کننده خدمات مرتبط ذیل هر سطح ارائه مراقبت و نوع وابستگی آنها آشنا باشند. منظور از نوع وابستگی سازمان بالادست یا نهاد صادرکننده مجوز و حمایت‌کننده از هر مرکز است. در ادامه پایگاه‌ها یا مراکز ارائه خدمات تعریف شده ذیل هر یک از سطوح مراقبت توصیف شده‌اند. در ادامه سطوح و جایگاه‌های مختلف ارائه خدمات پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد معرفی شده است.

سطح یک- مراقبت‌های بهداشتی اولیه

این سطح، نخستین نقطه تماس فرد، خانواده و جامعه با نظام بهداشتی کشور است. مراقبت‌های بهداشتی اولیه در این سطح ارائه می‌شوند. در ضمن در همین جاست که بیماران نیازمند به خدمات تخصصی‌تر، به سطوح بالاتر مراقبت ارجاع می‌شوند.

در سطح یک تیم سلامت متشکل از بهورز/کارشناس مراقب سلامت، کارشناس سلامت روان و پزشک مسئول ارائه مراقبت‌های اختلالات مصرف مواد شامل آموزش‌های پیشگیرانه، فرزندپروری، مهارت‌های زندگی، غربال‌گری اولیه و تکمیلی، مداخلات روانشناختی، تشخیص درمان و ارجاع ارائه می‌شود. جایگاه‌های ارائه مراقبت در سطح یک عبارتند از:

- خانه بهداشت در روستای اصلی و قمر
- پایگاه بهداشتی در شهرها

در مناطق روستایی بهورزان مستقر در خانه بهداشت و در مناطق شهری کارشناسان مراقبت سلامت مستقر در پایگاه بهداشت محیطی‌ترین کارکنان فعال در ارائه مراقبت‌های بهداشتی اولیه هستند.

- مرکز خدمات جامع سلامت

¹ setting

² center

خدمات سطح اول با ارایه مراقبت‌های بیشتر در سطح مرکز خدمات جامع سلامت تکمیل می‌شود. در مرکز خدمات جامع سلامت، علاوه بر ارایه سایر خدمات پایگاه بهداشتی ضمیمه ی آن، پزشک خانواده و کارشناس بهداشت روان حضور دارند و خدمات سلامت حوزه روانی، اجتماعی و اعتیاد را ارایه می‌نمایند.

سطح دو- کاهش آسیب، درمان و بازتوانی سرپایی

سطح سرپایی گستره‌ای از خدمات از مداخلات کاهش آسیب تا خدمات تخصصی روان‌پزشکی را در برمی‌گیرد. در این سطح ارزیابی و درمان اختصاصی/تخصصی سرپایی به صورت برنامه‌ریزی شده و هماهنگ ارایه می‌شود. این مداخلات شامل ارزیابی جامع، مداخلات روان‌شناختی ساختاریافته و مداخلات دارویی با هدف بازگیری با حمایت طبی یا درمان نگهدارنده، پیشگیری از عود، تشخیص و درمان همبودی‌های روان‌پزشکی و ارجاع متناسب به سایر سطوح و خدمات می‌شود. به منظور افتراق میان انواع خدمات سرپایی این سطح به سه زیر سطح تقسیم‌بندی می‌شود:

مرکز کاهش آسیب ثابت و سیار و گروه‌های نیازمندیابی (تیم‌های سیار)

این سطح شامل خدمات کاهش آسیب ارایه شده در مراکز کاهش آسیب ثابت^۱ یا سیار^۲ و گروه‌های نیازمندیابی^۳ می‌شود. در حال حاضر حداقل خدمات الزامی در یک مرکز کاهش آسیب ثابت شامل موارد زیر می‌شود:

- برنامه سرنگ و سوزن
- برنامه سلامت جنسی شامل توزیع کاندوم
- تیم سیار
- درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین
- آموزش‌های کاهش آسیب
- آزمایش سریع اچ آی وی و مشاوره
- ارجاع جهت درمان‌های ضد‌رتروویروسی
- مراقبت زخم

¹ fixed-site

² mobile centers

³ outreach teams

- استحمام
- جمع‌آوری و دفع بهداشتی سرنگ‌های آلوده
- جای و وعده غذایی
- پیگیری

مراکز کاهش آسیب و تیم‌های سیار مرتبط با آن وابسته به گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد¹ معاونت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی یا سازمان بهزیستی کشور هستند.

برخی مراکز کاهش آسیب سازمان بهزیستی کشور واجد سرپناه¹ هستند. سرپناه‌های وابسته به سازمان بهزیستی کشور یا شهرداری‌ها محیط‌هایی هستند که امکان اسکان، استحمام، خواب و دریافت وعده غذایی شام و صبحانه را در فاصله زمانی ۷ شب تا ۷ صبح فراهم می‌کنند. در حاشیه برخی شهرهای بزرگ خصوصاً تهران به منظور تسهیل ارائه خدمات بهداشتی در کنار خدمات حمایتی، برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی اقدام به راه‌اندازی مراکز کاهش آسیب در داخل فضای مددسراها یا گرم‌خانه‌های شهرداری کرده‌اند. این اقدام به صورت بالقوه امکان ارائه خدمات جامع‌تری را برای مراجعان فراهم نموده است.

گروه هدف مراکز کاهش آسیب و تیم‌های سیار معتادان پرخطر بی‌خانمان و حاشیه‌ای هستند که در حال حاضر انگیزه و آمادگی کافی برای قطع مصرف مواد را ندارند.

علاوه بر مراکز کاهش آسیب، مراکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر در حاشیه برخی شهرها توسط واحد مبارزه با بیماری‌های واگیر، معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی در مناطق آسیب‌پذیر برخی شهرها راه‌اندازی شده است. گروه هدف این مراکز زنان واجد رفتارهای پرخطر جنسی شامل زنان مصرف‌کننده مواد واجد این رفتارها هستند.

مرکز سرپایی درمان اعتیاد

در این سطح مراکز سرپایی درمان اعتیاد با استفاده از یک گروه چندرشته‌ای زیر نظر یک پزشک عمومی دوره‌دیده خدمات ارزیابی و درمان اختلالات مصرف مواد غیرقانونی را برای بزرگسالان ارائه می‌کنند. این خدمات شامل بازگیری طبی و درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست، مداخلات روان‌شناختی برای درمان مواد افیونی، مداخلات روان‌شناختی برای درمان مواد محرک ارائه می‌گردد.

¹ shelter

در مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست خدمات ارزیابی و درمان وابستگی به مواد افیونی شامل درمان بازگیری یا نگهدارنده با بوپرنورفین، درمان نگهدارنده با متادون، درمان با تالترکسون و مداخلات روان‌شناختی ارائه می‌گردد. برخی مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست که بیش از دو سال سابقه داشته و در زمینه ارائه مداخلات روان‌شناختی فعال باشند، می‌توانند پس از تأیید معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی درمان با کمک تننور آپيوم (شربت تریاک) را ارائه کنند.

واحدهای دولتی درمان با داروهای آگونیست در حوزه معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی و برخی معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی خدمات ارزان‌قیمت درمان اعتیاد را برای گروه‌های آسیب‌پذیر ارائه می‌کنند.

برخی مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری زیر نظر واحد مبارزه با بیماری‌های واگیر دانشگاه‌های علوم پزشکی نیز مجهز به واحد درمان با داروهای آگونیست هستند. گروه هدف اصلی این مراکز افراد مبتلا به عفونت اچ آی وی یا هپاتیت سی با وابستگی به مواد افیونی هستند. سایر افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی واجد رفتارهای پرخطر نظیر کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند نیز گروه هدف این مراکز هستند.

سطح سه - درمان و بازتوانی اقامتی و بستری

سنگ بنای مراقبت‌های اختصاصی و تخصصی کاهش آسیب، درمان و بازتوانی اختلالات مصرف مواد جایگاه‌های سرپایی هستند. بر این اساس به صورت اولیه درمان اقامتی یا بستری برای افراد درگیر اعتیاد نباید توصیه شود. اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است و درمان آن صرفاً از طریق یک برنامه درمان سرپایی ساختاریافته و طولانی‌مدت امکان‌پذیر است.

درمان اقامتی و بستری صرفاً باید برای کسانی در نظر گرفته شود که در درمان سرپایی دچار شکست‌های مکرر شده‌اند، محیط بهبودی حمایت‌کننده ندارند، از مشکلات خانوادگی و فقدان حمایت اجتماعی شدید رنج می‌برند یا مشکلات همبود طبی یا روان‌پزشکی شدید دارند.

سطح سه شامل دو زیرسطح کلی است:

- سه-آ- درمان و بازتوانی اقامتی
- سه-ب- درمان بستری

● سه-آ- درمان و بازتوانی اقامتی

مراکز اقامتی، مراکزی هستند که محیط ایمن برای اقامت ۲۴ ساعته بیماران فراهم نموده و از این طریق امکان دستیابی به پیامدهای درمانی مطلوب را تسهیل می‌کنند. مراکز اقامتی برحسب رویکرد غالب ارایه خدمات به سه زیرسطح اقامتی با مدل طبی، اقامتی پرهیزمدار و اجتماع درمان‌مدار تقسیم‌بندی می‌شوند.

مرکز اقامتی با مدل طبی

در مراکز اقامتی با مدل طبی مجموعه‌ای از خدمات طبی و روانی، اجتماعی درمان اعتیاد ارایه می‌گردد. این مداخلات عبارتند از ارزیابی جامع، درمان دارویی بازگیری طبی و تثبیت و مداخلات روانی، اجتماعی ساختاریافته می‌شود. در درمان اقامتی طبی خدمات حرفه‌ای به صورت تلفیقی در کنار برنامه بهبودی مبتنی بر اصول خودیاری ارایه می‌شود.

گروه هدف این مراکز بیمارانی هستند که فاقد مشکلات طبی و روان‌پزشکی اورژانس هستند اما به دلیل مشکلات اجتماعی، نداشتن حمایت خانوادگی یا عدم موفقیت در درمان سرپایی نیاز به محیط زندگی ایمن و پایدار دارند تا بتوانند مهارت‌های بهبودی را در خود ایجاد کنند.

خدمات بازگیری و تثبیت با داروهای آگونیست زیر نظر پزشک در این مراکز ارایه می‌شود، این موضوع این مراکز را تبدیل به جایگاه‌های مناسبی برای درمان زنان باردار وابسته به مواد افیونی می‌نماید که مشکلات اجتماعی و حمایتی شدید داشته اما هیچ‌گونه مشکل اورژانس جسمی یا روان‌پزشکی ندارند.

مراقبت بیماران مراجعه‌کننده به این مراکز باید پس از خاتمه درمان اقامتی در مراکز سرپایی درمان اعتیاد ادامه پیدا کند. در حال حاضر مراکز اقامتی با مدل طبی با مجوز آزمایشی دانشگاه‌های علوم پزشکی به صورت محدود در سطح استان تهران فعالیت دارند.

مرکز اقامتی پرهیزمدار (گروه‌های همتا)

در این مراکز مددیاران یا روان‌شناسان بالینی یا مددکاران مقطع کارشناسی یا بالاتر که دوره‌های آموزشی لازم را گذرانده‌اند، خدمات بهبودی مبتنی بر برنامه‌های ۱۲ قدمی را در یک دوره زمانی محدود ۱ تا ۳ ماهه ارایه می‌کنند. مددیاران افرادی واجد شرایط مشخص و آموزش‌دیده از گروه همتا هستند. دوره بازگیری از مواد در این مراکز بدون حمایت طبی ارایه می‌گردد. مراکز اقامتی پرهیزمدار صرفاً

امکان دستیابی به پرهیز کوتاه مدت برای بیماران فراهم می‌کنند و خدمات آنها پس از ترخیص برای بیماران در محیط واقعی زندگی ادامه پیدا نمی‌کند. بدین ترتیب بازگیری کوتاه مدت در این مراکز با خطر افزایش یافته بیش مصرفی مواد پس از ترخیص همراه است.

مراکز اقامتی پرهیزمدار پس از اخذ مجوز از سازمان بهزیستی کشور شروع به فعالیت می‌کنند. این مراکز به دلیل فراهم کردن امکان جداسازی و نگهداری بیماران، کوتاه مدت بودن دوره درمان و هزینه نسبتاً پایین از سوی برخی بیماران و خانواده‌ها مورد توجه بوده و گسترش زیادی در سطح کشور پیدا کرده‌اند.

مدل مراقبت‌ها در این مراکز استاندارد و مبتنی بر شواهد به نظر نمی‌رسد و به طور کلی ارجاع بیماران به این مراکز توصیه نمی‌گردد. به دلیل عدم ارایه خدمات طبی کافی ارجاع زنان باردار وابسته به مواد به این مراکز ممنوع است.

اجتماع درمان مدار

در اجتماع درمان مدار¹ خدمات بهبودی بر اساس برنامه ساختاریافته اجتماع درمان مدار توسط روان‌شناسان بالینی یا مددکاران مقطع کارشناسی ارشد یا پی‌اچ‌دی که دوره‌های آموزشی لازم را گذرانده‌اند، ارایه می‌شود. طول دوره درمان در مراکز اجتماع مدار ۳ تا ۱۲ ماه بوده و در صورت نیاز برای بیماران مبتلا به اختلالات همبود برای بیش از ۱۲ ماه قابل تمدید است.

اجتماع درمان مدار با مجوز فعالیت سازمان بهزیستی فعالیت می‌کنند. برخی اجتماع‌های درمان مدار همچنین از دانشگاه‌های علوم پزشکی مجوز واحد درمان با داروهای آگونیسست دریافت نموده و در کنار برنامه بهبودی و بازتوانی خاص خود، برای برخی بیماران وابسته به مواد افیونی، درمان دارویی نیز ارایه می‌کنند. به این گونه مراکز اجتماع درمان مدار متادون گفته می‌شود.

گروه هدف اجتماع درمان مدار بیماران هستند که در جایگاه‌های درمانی دیگر دوره بازگیری خود را تکمیل نموده و برای دریافت خدمات روانی، اجتماعی ساختاریافته به منظور پیشگیری از عود و بازتوانی وارد این گونه مراکز می‌شوند. مراکز اجتماع درمان مدار متادون برای افراد مبتلا به اعتیاد شدت و اختلالات روان‌پزشکی همبود که از روش‌های درمانی دیگر پاسخ نگرفته‌اند، توصیه می‌گردد.

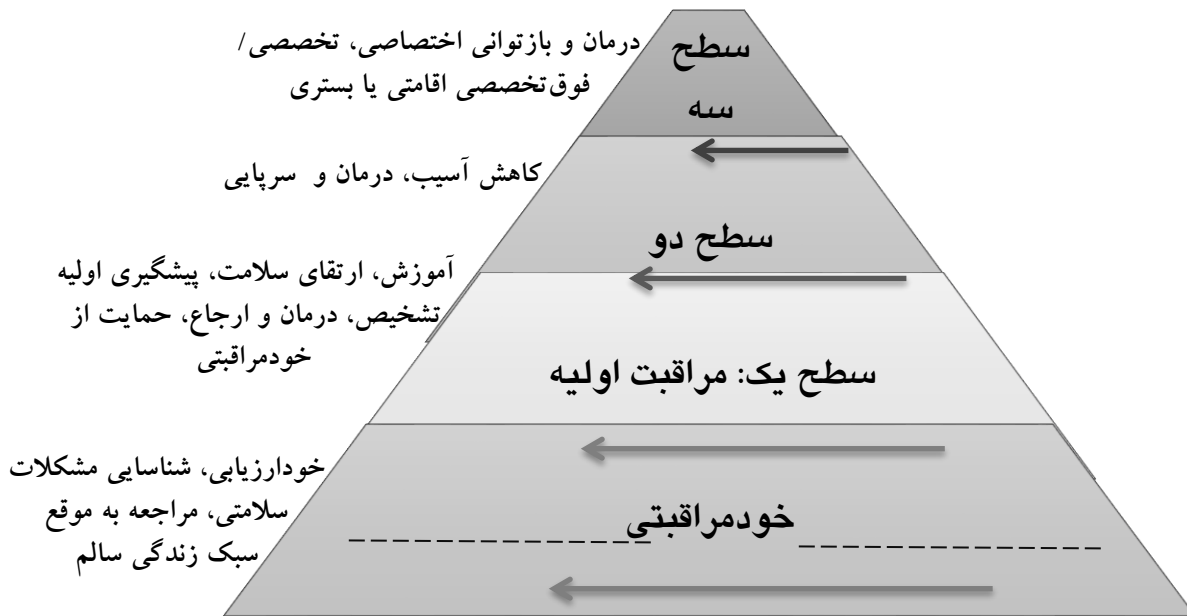
¹ TC: Therapeutic community

سطح ۳-ب:

سطح ۳-ب مرکز/بخش‌های تخصصی و فوق تخصصی درمان اعتیاد مستقر در بیمارستان‌های روان‌پزشکی یا عمومی یا مراکز بستری درمان اعتیاد را شامل می‌شود. گروه هدف خدمات بستری درمان اعتیاد کسانی هستند که امکان درمان آنها به دلیل ابتلا به اورژانس‌های طبی یا روان‌پزشکی در مراکز سرپایی و اقامتی درمان وجود ندارد.

شکل ۲-۲ سطوح مراقبت‌های اختلالات مصرف مواد را نشان می‌دهد.

شکل ۲-۲- سطوح مراقبت‌های اختلالات مرتبط با مواد



برای آن گروه از مصرف‌کنندگان مواد که فاقد حمایت خانوادگی کافی هستند سازمان بهزیستی کشور در برخی شهرهای کشور **خانه‌های میان‌راهی**^۱ را راه‌اندازی کرده است. این مراکز امکان اسکان پایدار^۲ و ایمن و خدمات اشتغال‌پذیری و بازگشت به اجتماع برای افراد مقیم فراهم می‌نماید.

نظام سطح‌بندی شده مراقبت‌های اختلالات مصرف مواد باید دارای پیوندهای و مسیرهای ارجاع

¹ half-way houses

² stable housing

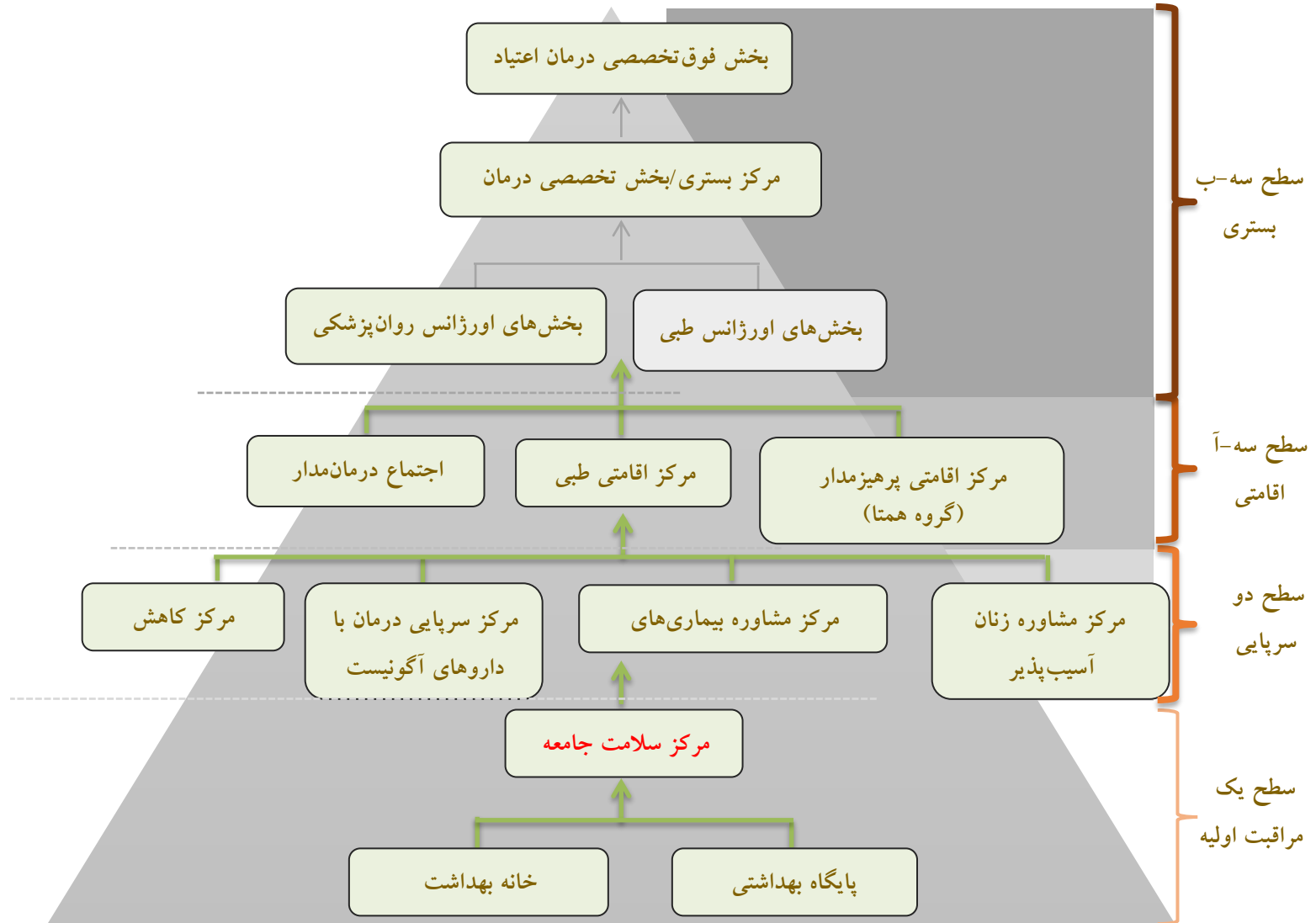
روشن و تعریف شده با نظام سلامت (جسمی و روان‌پزشکی) و نظام حمایت‌های اجتماعی (بیمه، حرفه‌آموزی، اشتغال، اسکان پایدار و...) باشد.

نظام ارجاع یکی از اجزای بنیادین و ضروری یک نظام سطح‌بندی شده ارائه خدمات اختلالات مصرف مواد است.

این نظام باید راهی دو سویه برای تبادل اطلاعات و بازگرداندن بیماران به افرادی باشد که آنها را ارجاع کرده‌اند تا بتوان پیگیری لازم را انجام داد. این کار باعث تضمین تداوم مراقبت‌ها شده و به مشتریان درونی سیستم، احساس آرامش می‌بخشد.

شکل ۲-۳ مراکز و جایگاه‌های ارائه خدمات اختلالات مصرف مواد ذیل هر یک از سطوح ارائه مراقبت را نشان می‌دهد.

شکل ۲-۳- مراکز ارایه مراقبت‌های اختلالات مرتبط با مواد



فصل سوم: آشنایی با انواع مواد

عناوین فصل

- عوارض کلی ناشی از مصرف مواد
- دخانیات
- حشیش
- الکل
- مواد افیونی
- مواد محرک
- داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود:

- عوارض کلی ناشی از مصرف مواد را بشناسید.
- عوارض اختصاصی ناشی از مصرف مواد شایع مشکل‌آفرین در کشور را تشریح کنید.

عوارض کلی ناشی از مصرف مواد

در پنجمین ویرایش طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی، در فصل اختلالات مرتبط با مواد ده کلاس مختلف مواد پیش‌بینی شده که با همه آنها (به جز کافئین) یک اختلال مصرف تعریف شده است. فهرست این مواد در جدول ۱-۳ ارائه شده است.

سازوکار تأثیر و عوارض هر یک از طبقات مواد متفاوت هستند. به عنوان یک اصل کلی باید در نظر داشته باشیم هر چند مصرف همه انواع مواد از طریق فعال‌سازی مدار پاداش مغز به صورت موقت باعث احساس سرخوشی و کاهش تنش روانی در فرد می‌شود، اما عوارض سلامتی کوتاه‌مدت، میان‌مدت و طولانی‌مدت آن شدید بوده و به صورت جدی با رشد و تکامل سالم روان‌شناختی و اجتماعی فرد تداخل ایجاد می‌کند.

جدول ۱-۳- فهرست طبقات و انواع مواد مختلف

ردیف	نام ماده	انواع
۱	دخانیات	سیگار، قلیان، ناس، انفیبه تنباکو، سیگار الکترونیک
۲	حشیش	ماری‌جوانا، سیگاری، گل، بنگ
۳	الکل	کلیه نوشابه‌های الکلی از جمله شراب و آبجو
۴	مواد افیونی	تریاک، شیره، هروئین، کدئین، مرفین، کراک هروئین، ترامادول، کدئین، اُکسی‌کدون
۵	محرک‌ها	آمفتامین‌ها (مت‌آمفتامین یا شیشه)، کوکائین
۶	داروهای آرام‌بخش، ضد اضطراب و خواب‌آورها	انواع بنزودیازپین‌ها (لورازپام، دیازپام، آلپرازولام یا زاناکس و ...) و باربیتورات‌ها
۷	توهم‌زاها	ال‌اس‌دی، فن‌سیکلیدین، قرص اکس، اکستیزی
۸	مواد استنشاقی	چسب، تینر، گاز فندک، بنزین
۹	کافئین	چای، قهوه، نوشیدنی‌های انرژی‌زا، نوشابه‌های کافئین‌دار
۱۰	سایر مواد	پان، پان پراگ، گوتکا

در زبان فارسی معادل هر دو واژه substances و drugs کلمه مواد استفاده می‌شود. منظور از drugs در زبان انگلیسی مواد غیرقانونی است. با توجه به قانونی بودن مصرف الکل در کشورهای انگلیسی‌زبان

و غیرقانونی بودن آن در کشور ما در این راهنما برای **drugs** معادل مواد غیرقانونی (به جز الکل) استفاده شده است. واژه **substances** برای انواع مواد واجد پتانسیل سوء مصرف در طبقه بندی های اختلالات روان پزشکی استفاده می شود که دربرگیرنده دخانیات، داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف، الکل و مواد غیرقانونی (به جز الکل) می شود. بنابراین به اختصار می توان گفت:

مواد (**substances**) = دخانیات + داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف + الکل + مواد غیرقانونی (به جز الکل)

اطلاعات بسیاری از مردم درباره مواد زیاد نیست. به همین دلیل، ضروری است اطلاعات اساسی و پایه در زمینه عوارض مختلف مواد بر زندگی انسان به آنان داده شود. اگر چه اثر هر یک از مواد ممکن است متفاوت باشد، ولی به صورت کلی، آنچه که مهم است مراجعان عمومی در مورد مصرف مواد بدانند، در ادامه به طور خلاصه ارایه شده است.

عوارض جسمی

اختلال مصرف مواد بر حسب نوع ماده، با عوارض جسمی متعددی همراه است. برای مثال مصرف **مواد افیونی** حالت تحمل و در صورت عدم مصرف محرومیت، ناتوانی جنسی، یبوست، بیماری های گوارشی و... می شود. منظور از تحمل آن است که با گذشت زمان، فرد مجبور است بر مقدار ماده مصرفی خود بیافزاید تا به همان اثرات قبلی مواد دست یابد. منظور از محرومیت آن است که اگر ماده، به فرد نرسد، فرد دچار عوارض و ناراحتی های خاصی می شود. اگر اعتیاد از نوع تزریقی باشد فرد ممکن است به بیماری های عفونی مانند عفونت اچ آی وی و هپاتیت سی دچار شود. مصرف **مواد محرک** نظیر مت آمفتامین (شیشه) با عوارض جسمی شدیدی مانند سکتة مغزی، سکتة قلبی، نارسایی قلبی، فشار خون بالا، سوء تغذیه، تحلیل عضلات بدن، پوسیدگی دندان ها و... همراه است. مصرف مواد محرک با خطر بیشتر رفتارهای پرخطر جنسی و ابتلای به عفونت های منتقله از راه جنسی نظیر عفونت اچ آی وی و سوزاک (گنوره آ) همراه است.

عوارض روان‌شناختی

اختلال مصرف مواد باعث ایجاد ولع مصرف و ناتوانی برای کنترل آن، اجبار به مصرف، تکانش‌گری و اختلالات در کارکردهای شناختی و تصمیم‌گیری می‌شود.

مصرف مواد ممکن است باعث اختلال در خواب، افسردگی، مشکل در تصمیم‌گیری و اختلالات روانی خفیف و شدید شود. شیوع اختلالات روانی مانند افسردگی در افراد مبتلای به اختلال مصرف مواد افیونی دو برابر جمعیت عمومی است. افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک در معرض خطر بالای ابتلا به جنون ناشی از مصرف ماده هستند. جنون ناشی از مصرف مت‌آمفتامین با خطر بالای پرخاش‌گری و تهاجم همراه است.

عوارض خانوادگی

در تعریف اختلال مصرف مواد، ذکر شده که تلاش برای تهیه، مصرف و رهایی از اثرات مصرف ماده مصرف، اولویت اصلی زندگی فرد مبتلا می‌شود و در نتیجه سایر موضوعات مهم زندگی مانند خانواده در درجه اهمیت پایین‌تری قرار می‌گیرد.

مصرف مواد نه تنها به فرد مصرف‌کننده، بلکه به هرکسی که با او در تماس باشد نیز آسیب می‌رساند. نیاز فرد به مصرف مداوم مواد موجب بروز مشکلات اقتصادی، کاهش درآمد خانواده، افزایش هزینه‌ها، نابسامانی و ازهم‌پاشیدگی خانواده، طلاق، خشونت خانگی (خشونت نسبت به همسر و آزار کودکان) و همچنین محدود شدن معاشرت سالم خانواده با دیگران می‌شود و تربیت فرزندان را دچار اشکال می‌سازد.

عوارض شغلی، اجتماعی و قانونی

اعتیاد خسارات بسیاری را بر جامعه و اجتماع تحمیل می‌کند و در عملکرد شغل دشواری‌های فراوان پدید می‌آورد. اعتیاد ممکن است موجب طرد شدن فرد از جامعه، بیکاری، غیبت از کار، کاهش میزان کارایی، اخراج از کار و بروز حوادث حین کار و رانندگی شود.

شیوع فقر، بیکاری، افزایش بروز جرم و جنایت در جامعه همچون دزدی، فحشا و قتل از جمله عارضه‌های قانونی اعتیاد است.

ممکن است گروه‌های سنی مختلف به مواد خاصی بیش از مواد دیگر علاقه داشته باشند و شیوع آنها در کشورها، مناطق و گروه‌های سنی ممکن است متفاوت باشد. بنابراین، مهم است که مشخص شود، شایع ترین مواد در گروه‌های سنی مختلف کدام اند و برنامه‌های پیشگیرانه متناسب با آن تهیه و طراحی شود.

علاوه بر این، به منظور ارزیابی آموزش‌های پیشگیری اولیه و مداخلات انگیزشی مختصر آشنایی با انواع مواد و عوارض سلامتی مهم ناشی از مصرف آن اهمیت بالایی دارد. این موضوع به پزشکان کمک می‌کند تا تأثیرات منفی مصرف انواع مواد را از جنبه‌های مختلف برای مراجعان خود توضیح داده و به ابهامات و سؤالات آنها پاسخ دهند.

در این فصل انواع مواد شایع مورد مصرف در کشور و عوارض ناشی از مصرف آن توضیح داده شده است. موارد مورد بحث در این فصل عبارتند از:

- دخانیات
- حشیش
- الکل
- مواد افیونی
- مواد محرک
- داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور

دخانیات (تباکو)

آن گونه که در بخش تعریف واژه‌ها و اصطلاحات دیدیم بر اساس آیین‌نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات، فرآورده‌های دخانی شامل کلیه مواد واجد توتون و تباکو و مشتقات آن (به جز داروهای مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) می‌شود. رایج ترین شکل مصرف محصولات تباکو به صورت **کشیدنی (تدخینی)** است، اما مصرف محصولات تباکوی غیرکشیدنی و سیگار الکترونیک در برخی زیرگروه‌های جمعیت غیرشایع نیست. با توجه به آنچه گفته شد انواع محصولات و فرآورده‌های دخانی به سه دسته کلی قابل طبقه‌بندی هستند:

- فرآورده‌های تباکوی کشیدنی (سیگار، قلیان، پیپ، سیگار برگ)
- فرآورده‌های تباکوی غیرکشیدنی (ناس، تباکوی بدون دود، تباکوی جویدنی، انفیه تباکو)

● سیگار/قلیان الکترونیک (سیستم‌های انتقال نیکوتین الکترونیک یا اندز^۱)

ماده مؤثره موجود در انواع تنباکو نیکوتین است که وابستگی یا اختلال مصرف آن یکی از شایع‌ترین و پرعارضه‌ترین اختلالات مصرف مواد محسوب می‌شود. هر چند شباهت‌های بین وابستگی به نیکوتین با سایر وابستگی‌ها همچون ایجاد ولع مصرف آشکار است، اما مصرف انواع تنباکو با مشکلات رفتاری همراه نیست و به این دلیل کسانی که تنباکو مصرف می‌کنند، کمتر به دلیل مشکلات روان‌پزشکی، اجتماعی یا قانونی، متقاضی دریافت خدمات درمانی می‌شوند. با این وجود مصرف تنباکو با مشکلات جسمی متعددی همراه است و مصرف‌کنندگان آن به دلیل شکایات جسمی مختلف به احتمال بالایی ممکن است متقاضی خدمات درمانی از جایگاه‌های مراقبت اولیه شوند. سیگار کشیدن یک عامل خطر در بار بیماری‌ها است و همان‌طور که در فصل یکم دیدیم پنجمین عامل بیماری‌ها در کشور است.

نیکوتین به اشکال مختلف در انواع محصولات تنباکو و سیگارهای الکترونیک در دسترس قرار دارد. رایج‌ترین طریقه مصرف تنباکو سیگار کشیدن هست. سایر روش‌های تدخین تنباکو شامل کشیدن قلیان، سیگار برگ، چپق یا پیپ است. تنباکو همچنین به صورت مشامی در انفیه^۲ و به صورت جویدنی^۳ یا بدون دود^۳ در ناس مصرف می‌شود. در سال‌های اخیر مصرف نیکوتین با استفاده از تبخیرکننده‌های الکترونیک رایج شده است. این تبخیرکننده‌های الکترونیک به صورت سیگار، سیگار برگ، قلیان و پیپ الکترونیک در دسترس قرار گرفته‌اند که به طور کلی به آنها سیستم‌های انتقال نیکوتین الکترونیک یا اندز گفته می‌شود. لازم به توجه است که استفاده از سیگارهای الکترونیک به عنوان یک کالای سلامتی مورد تأیید قرار نگرفته است و مصرف از آن از سوی سیستم بهداشتی توصیه نمی‌شود.

سازمان جهانی بهداشت شیوع فعلی مصرف کشیدنی تنباکو در جهان را در سال ۲۰۱۳، ۲۱٪ برآورد نمود که در مقایسه با برآورد سال ۲۰۰۷ معادل ۲۳٪، اندکی کاهش را نشان می‌دهد. در این گزارش شیوع مصرف فعلی روزانه تنباکوی کشیدنی در ایران ۱۰٪ گزارش شده است.

مطالعات بین‌المللی نشان می‌دهد ۲۰٪ جمعیت زمانی در طول عمر تشخیص وابستگی به تنباکو می‌گیرند که آن را تبدیل به یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی می‌کند. تقریباً ۸۵٪ کسانی که مصرف روزانه تنباکو دارند به آن وابسته هستند و محرومی‌بت از تنباکو در ۵۰٪ سیگاری‌هایی که اقدام به ترک می‌کنند، رخ می‌دهد. وابستگی به دخانیات (تنباکو) در افراد مبتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی

¹ ENDS: Electronic nicotine delivery systems

² Chewing

³ Smokeless

شکل ۳- پیپ



شکل ۴- قلیان



شکل ۵- چپق



شکل ۶- سیگار دست پیچ



شیوع بسیار بالایی دارد و پزشکان باید در ارایه مراقبت به این گروه از بیماران این موضوع را به طور خاص در نظر داشته باشند. افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی در صورت اقدام به ترک سیگار میزان‌های موفقیت کمتری نشان می‌دهند. این موضوع اهمیت ارایه مراقبت جامع به این گروه از بیماران را مورد تأکید قرار می‌دهد.

دخانیات و انواع آن

دخانیات یا مواد دخانی، هر ماده یا فرآورده‌ایست که تمام یا بخشی از ماده خام تشکیل‌دهنده آن، گیاه توتون یا تنباکو یا مشتقات آن (به استثنای مواد دارویی مجاز ترک دخانیات به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) باشد. ماده مؤثره در گیاه تنباکو، نیکوتین است که مصرف آن می‌تواند باعث ایجاد وابستگی در فرد شود.

مواد دخانی بر اساس نوع مصرف به سه گروه اصلی (۱) تدخینی، (۲) غیرتدخینی و (۳) سیگارهای الکترونیک تقسیم می‌شوند.

گروه تدخینی

الف- سیگار: به تنباکوی پیچیده شده در کاغذ گفته می‌شود که توسط ماشین تولید می‌گردد. سیگار، استوانه کاغذی کوچکی معمولاً به طول کمتر از ۱۲ سانتی‌متر و قطر نزدیک به ۱۰ میلی‌متر است که از برگ‌های بریده شده یا عمل آمده تنباکو پر می‌شود. یک عدد سیگار به طور معمول کمتر از ۱ گرم تنباکو دارد. شکل ۱ را ببینید.

ب- سیگار برگ: سیگارهای برگ از سیگارهای معمولی بزرگتر

بوده و نوع و میزان تنباکویی که در آنها به کار رفته نیز متفاوت است. سیگار برگ فیلتر ندارد. محتوای نیکوتین و تنباکو در سیگارهای برگ، چند برابر سیگارهای معمولی است. **شکل ۲** را ببینید.

ج- پیپ: وسیله‌ای که در آن از برگ‌های خشک شده گیاه تنباکو، به عنوان توتون برای مصرف استفاده می‌گردد. **شکل ۳** را ببینید.

د- قلیان: قلیان وسیله‌ای است برای کشیدن تنباکو، که دود حاصل از آن ناشی از سوختن ذغال گداخته و تنباکو است. **شکل ۴** را ببینید.

هـ- چپق: وسیله‌ای است دارای حقه و یک لوله متصل به آن که در حقه توتون ریخته و آتش را بر روی آن گذاشته و می‌کشند. **شکل ۵** را ببینید.

و) سیگار دست پیچ: سیگاری است که توسط مصرف‌کننده با پیچیدن تنباکو در کاغذ نازکی تهیه و مصرف می‌شود. **شکل ۶** را ببینید.

گروه غیرتدخینی^۱

الف- تنباکوی جویدنی: در شرق ایران و بیشتر با نام «ناس» شیوع مصرف دارد. **شکل ۷** را ببینید.
ب- انفیه تنباکو: گردی است که بیشتر از تنباکو به دست می‌آید، عطسه‌آور و نشئه‌کننده بوده و از طریق بینی استفاده می‌شود.

شکل ۷- تنباکوی جویدنی (ناس)



الکترونیک

سیگار

در سال‌های اخیر مصرف نیکوتین با استفاده از تبخیرکننده‌های الکترونیک رایج شده است. این تبخیرکننده‌های الکترونیک به صورت سیگار، سیگار برگ، قلیان و پیپ الکترونیک در دسترس قرار

¹ Smokless tobacco

گرفته‌اند که به طور کلی به آنها سیستم‌های الکترونیک انتقال نیکوتین یا اندز^۱ گفته می‌شود. لازم به توجه است که استفاده از سیگارهای الکترونیک به عنوان یک کالای سلامتی مورد تأیید قرار نگرفته و استفاده از آن به عنوان یک روش ایمن و مؤثر برای ترک سیگار توصیه نمی‌شود. علاوه بر این، در کشور ما مجوزی برای توزیع و فروش آن صادر نشده است. شکل ۸ را ببینید.

شکل ۸ - سیگار الکترونیک و سایر وسایل الکترونیک انتقال نیکوتین



نوروفارماکولوژی

جزء مؤثره تنباکو یک ماده آلکالوئید به نام نیکوتین است که بر روی گیرنده‌های نیکوتینی اثر می‌گذارد. در حدود ۲۵٪ نیکوتین هنگام تدخین وارد جریان خون می‌شود و از طریق آن نیکوتین به مغز می‌رسد. نیکوتین یک آلکالوئید شدیداً سمی است که مصرف دوز ۶۰ میلی‌گرم آن در یک فرد بزرگ سال از طریق فلج تنفسی باعث مرگ می‌شود. با مصرف یک سیگار به طور میانگین ۰/۵ میلی‌گرم نیکوتین وارد بدن می‌شود. در دوزهای پایین علائم مسمومیت با نیکوتین شامل تهوع، استفراغ، افزایش بزاق، رنگ‌پریدگی، ضعف، درد شکمی (به دلیل افزایش حرکات روده‌ای)، اسهال، سبکی سر، سردرد، افزایش فشار خون، تاکیکاردی، لرز و عرق سرد می‌شود. سمیت نیکوتین با ناتوانی در تمرکز، تیرگی شعور و اختلالات حسی نیز همراه است.

نیمه‌عمر نیکوتین در حدود ۲ ساعت است. نیکوتین اثرات تقویت‌کننده خود را از طریق رهایش دوپامین در مدار پاداش اعمال می‌کند. نیکوتین همچنین باعث افزایش غلظت نوراپی‌نفرین و اپی‌نفرین در خون و افزایش رهایش وازوپرسین، بتا-اندروفین، هورمون آدرنوکورتیکوتروپین و کورتیزول می‌شود و از این طریق اثرات محرک خود را اعمال می‌کند.

¹ ENDS: Electronic nicotine delivery systems

عوارض مصرف

مصرف کشیدنی تنباکو تقریباً به تمام دستگاه‌های بدن آسیب رسانده و یکی از اصلی‌ترین عوامل اصلی مرگ قابل پیشگیری در جهان است.

تنباکو حاوی ۶۰۰ ماده شیمیایی است که هنگام سوختن بیش از ۷۰۰۰ ماده شیمیایی مختلف تولید می‌کند که حداقل ۶۹ عدد از آنها سرطان‌زا هستند و بسیاری از آنها سمی بوده و به بافت‌های بدن آسیب می‌رساند. بسیاری از مواد موجود در دود سیگار در محصولات مورد استفاده در زندگی روزمره ما وجود دارند، اما بر روی تمام آنها برچسب‌های هشدار و علامت مرگ وجود دارد. در جدول ۲-۳ برخی مواد سمی موجود در دود حاصل از سوختن تنباکو و کاربردهای آن در زندگی روزمره ارایه شده است.

کشیدن تنباکو خطر ابتلا به **سکته قلبی** و بیماری‌های عروقی را افزایش می‌دهد. سیگار کشیدن از طریق ایجاد التهاب در جداره عروق باعث ضخیم‌تر شدن شریان‌ها و نازک‌تر شدن مجرای عبور خون می‌شود. این موضوع باعث بالا رفتن **فشار خون** می‌شود. آسیب جدار عروق در اثر مواد سمی حاصل از کشیدن سیگار همچنین منجر به تشدید فرآیند ایجاد پلاک‌های آترواسکلروزی در جدار شریان‌ها می‌گردد. پلاک‌های آترواسکلروزی و فشار خون بالا خطر لخته شدن خون را افزایش می‌دهند. لخته‌ها خون می‌توانند باعث بروز سکته قلبی و مغزی شوند. سکته مغزی در افراد سیگار همچنین ممکن است به دلیل فشار خون بالا و پاره شدن شریان‌ها در مغز ایجاد شود. مطالعات مختلف نشان داده است که خطر سکته قلبی و سکته مغزی با مصرف سیگار ۴-۲ برابر می‌شود. حتی کسانی که **روزانه ۴-۲ نخ سیگار** می‌کشند، با احتمال بیشتری علایم اولیه بیماری‌های قلبی، عروقی را نشان می‌دهند.

کشیدن تنباکو باعث آسیب به راه‌های تنفسی و کیسه‌های هوایی در ریه می‌شود. بیماری‌های ریوی ناشی از مصرف کشیدنی محصولات تنباکو شامل بیماری انسدادی مزمن ریوی می‌شود که شامل **آمفیزم** و **برونشیت مزمن** است. در افراد مبتلا به آسم سیگار کشیدن یا مواجهه با دود سیگار منجر به بروز حمله آسم و تشدید بیماری می‌شود. افراد سیگاری ۱۳-۱۲ برابر بیش از افراد غیر سیگاری ممکن است در اثر بیماری انسدادی مزمن ریه فوت کنند.

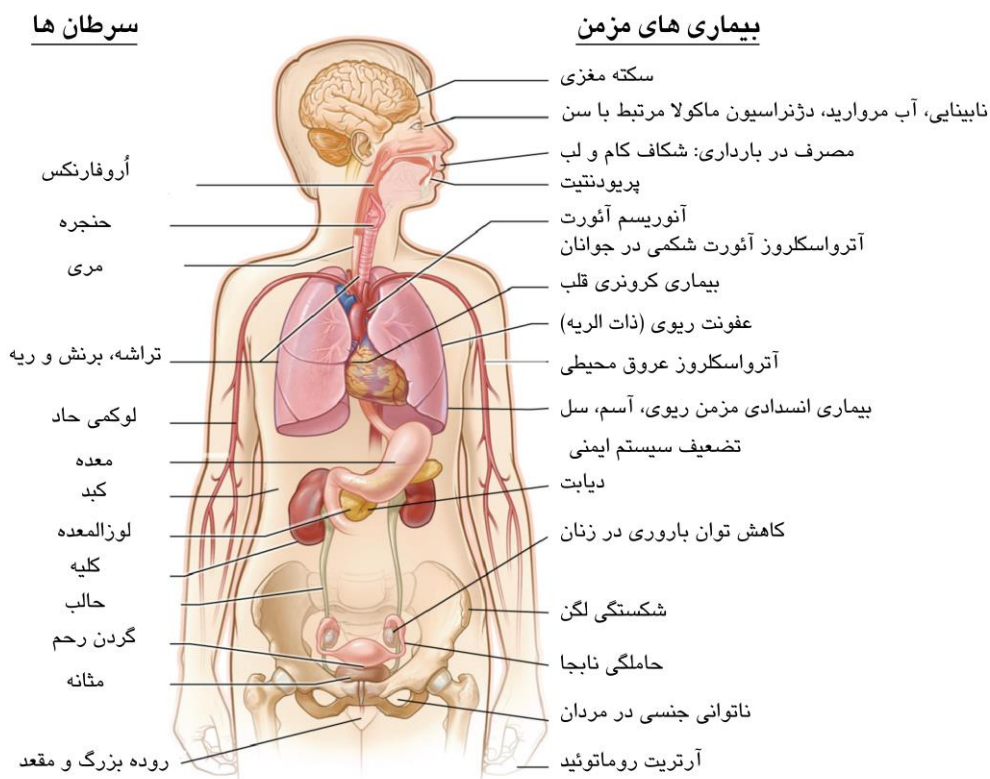
مونواکسید کربن یک گاز سمی موجود در دود سیگار، قلیان یا سایر محصولات کشیدنی تنباکو است که قابلیت اتصال آن به هموگلوبین خون ۲۰۰ برابر از اکسیژن بیشتر است. افراد بزرگسالی که به صورت مستمر تنباکو را به صورت کشیدنی مصرف می‌کنند، سطوح افزایش یافته مونواکسید کربن بالای ۱۰ واحد

در میلیون هوای بازدمی خود دارند که باعث افزایش تولید هموگلوبین به صورت واکنشی و غلظت خون می‌شود. از اندازه‌گیری مونواکسیدکربن در هوای بازدمی افراد سیگاری به صورت موفقیت‌آمیزی برای انگیزه دادن به افراد سیگار و پایش درمان آنها استفاده شده است.

جدول ۳-۲- برخی مواد سمی موجود در دود حاصل از سوختن تنباکو

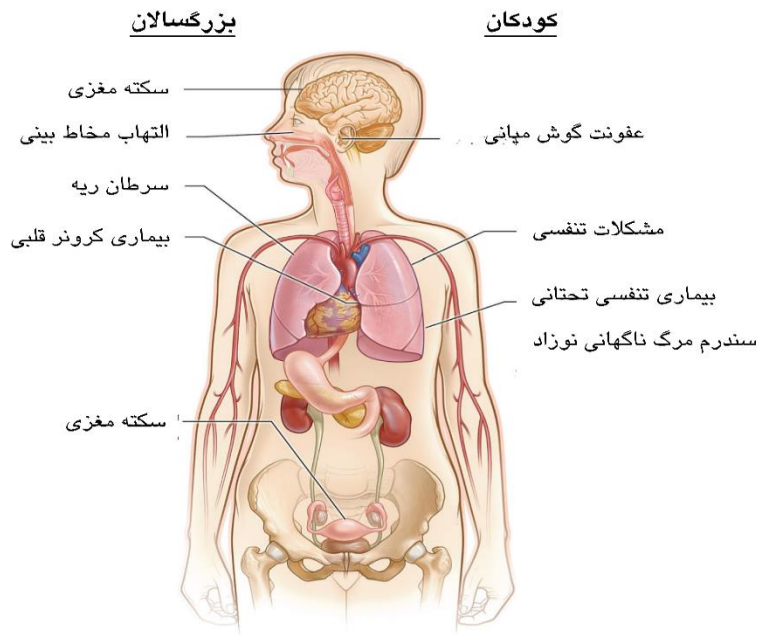
نام ماده	کاربرد در زندگی روزمره
اسیتن	حلال قوی و پاک‌کننده لاک ناخن
اسید استیک	یکی از مواد مورد استفاده در رنگ مو
آمونیاک	تمیزکننده سطوح منزل
آرسنیک	مورد استفاده در مرگ موش
بنزن	مورد استفاده در چسب‌های صنعتی
بوتان	مورد استفاده در گاز فندک
کادمیوم	ماده فعال اسید باتری
منواکسید کربن	موجود در دود آگزوز ماشین
فرمالدهید	مایع فیکس‌کننده بافت‌ها
هگزامین	مورد استفاده در سوخت اجاق
سرب	مورد استفاده در باتری
نفتالین	مورد استفاده در سم ضدبیدخوردگی
متانول	جزء اصلی سوخت موشک
نیکوتین	مورد استفاده به عنوان حشره‌کش
قطران	مورد استفاده برای آسفالت کردن خیابان‌ها
تولوئن	مورد استفاده در ساخت رنگ

شکل ۳-۱- عوارض مصرف کشیدنی دخانیات



مواجهه با دود دستِ دوم سیگار خطر سرطان ریه و بیماری کرونری قلبی را در بزرگسالان غیرسیگاری افزایش می‌دهد. در کودکان دود دستِ دوم سیگار خطر سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، وزن کم تولد، عفونت‌های مزمن گوش میانی و بیماری‌های تنفسی نظیر آسم و عفونت ریه را افزایش می‌دهد. شکل ۳-۲ عوارض مواجهه با دود دستِ دوم سیگار را نشان می‌دهد.

شکل ۳-۲- عوارض مواجهه با دود دست دوم دخانیات در کودکان و بزرگسالان



مصرف تنباکوی بدون دود یا تنباکوی جویدنی در محصولات ناس نیز با مجموعه‌ای از آسیب‌های جسمی برای مصرف‌کنندگان همراه است، هر چند آسیب‌های سلامتی ناشی از آن در مقایسه با مصرف کشیدنی تنباکو کمتر است. اطلاعات درباره عوارض جسمی ناشی از مصرف تنباکوی بدون دود اندک است. مهم‌ترین عوارض شناخته شده ناشی از مصرف تنباکوی جویدنی ایجاد فیروز مخاطی و سرطان مخاط دهان در افراد مصرف‌کننده است. شواهد موجود نشان می‌دهد مصرف تنباکوی جویدنی نیز خطر سکته قلبی و سکته مغزی را تا ۱/۵ برابر بالا می‌برد.

مصرف محصولات جویدنی در کودکان و نوجوانان نظیر ناس و یا محصولات جویدنی غیرمرتبط با تنباکو نظیر پان، پان پراگ و گوتکا در کودکان و نوجوانان به صورت بالقوه می‌تواند نقش ماده دروازه‌ای داشته و علاوه بر عوارض جسمی زمینه را برای پیشرفت مصرف به سمت تنباکوی کشیدنی و مواد غیرقانونی فراهم سازد.

پان، پان پراگ و گوتکا محصولات گیاهی جویدنی هستند که مصرف آنها در جنوب شرقی آسیا رایج است. این مواد با بسته‌بندی‌ها و نام‌های مختلف غالباً از مرز جنوب شرقی کشور وارد می‌شود و در استان‌های شرقی و مرکزی کشور مصرف آنها دیده می‌شود. پان واجد آرکولین یک آلکالوئید با خواص

محرک خفیف م شابه نیکوتین است. م مصرف این مواد می تواند همچون تنباکو منجر به وابستگی شود. تحقیقات درباره عوارض ناشی از مصرف این مواد محدود است. مهم ترین عارضه شناخته شده ناشی از مصرف محصولات جویدنی نظیر پان، پان پراگ و گوتکا خطر افزایش یافته برای بیماری های لته، فیروز مخاطی و سرطان های حفره دهان است.

در سال های اخیر، سیگارهای الکترونیک به عنوان یک جایگزین کم خطرتر از سوی تولیدکنندگان تنباکو به بازار معرفی شده است. سیگار الکترونیک واجد یک کارتریج محتوای مایعی است که اصطلاحاً به آن مایع الکترونیک¹ گفته می شود. محتوای این مایع از نیکوتین مخلوط شده با یک باز (معمولاً پروپیلن گلیکول)، طعم دهنده ها، رنگ و سایر مواد شیمیایی تشکیل شده است. عوارض و مشکلات شناخته شده مصرف سیگارهای الکترونیک عبارتند از:

- دقت پایین در انتقال دوز ثابت نیکوتین
- انتقال دوزهای بالای نیکوتین که خطر وابستگی شدیدتر و به صورت بالقوه مسمومیت با نیکوتین را به دنبال دارد.
- خطر افزایش یافته برای زایمان زودرس و وزن کم تولد در بارداری
- نقایص شناختی و اشکال در روند تکامل طبیعی مغز در نوجوانی
- برخی مطالعات اولیه وجود مواد سرطان زا نظیر فرمالدهید را در بخار حاصل از مصرف این محصولات نشان داده اند.
- مایعات الکترونیک مورد استفاده در این محصولات بسیار سمی بوده و موارد مسمومیت متعاقب مصرف خوراکی اتفاقی در بزرگسالان و مرگ در کودکان با آن گزارش شده است.
- برخی مطالعات نشان می دهد که بخار حاصل از سیگارهای الکترونیک نیز می تواند منجر به آلودگی محیطی شود و مواجهه با بخار دست دوم سیگارهای الکترونیک ممکن است خطراتی برای سلامت دیگران به دنبال داشته باشد.

برخی از تولیدکنندگان سیستم های انتقال نیکوتین الکترونیک محصول خود را به عنوان روشی برای ترک سیگار بازاریابی می کنند. مطالعات درباره اثربخشی سیگارهای الکترونیک قطعی نیست و استفاده از سیگار الکترونیک به عنوان یک روش ایمن و مؤثر برای ترک سیگار توصیه نمی شود.

¹ e-liquid

در مجموع باید گفته سیگارهای الکترونیک نسبت به تنباکوی کشیدنی کم خطرتر است اما کاملاً ایمن نبوده و یک کالای سلامت قابل توصیه از سوی ارائه‌دهندگان سلامت نیست، بلکه به جای آن باید مداخلات استاندارد ترک سیگار برای افراد مبتلا به وابستگی به دخانیات (تنباکو) توصیه گردد. در جدول ۳-۳ خطرات مصرف دخانیات به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر ارائه شده است.

جدول ۳-۳- خطرات همراه با مصرف دخانیات به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

پیری زودرس، چین و چروک صورت	
سلامت پایین‌تر و دیر خوب شدن سرماخوردگی	
عفونت تنفسی و آسم	
فشار خون بالا، دیابت	
سقط، زایمان زودرس و کودکان با وزن کم هنگام تولد در زنان باردار	
بیماری کلیوی	
بیماری انسداد مزمن راه هوایی شامل آمفیزم	
بیماری قلبی، سکته، بیماری عروقی	
سرطان‌ها	

حشیش

حشیش شایع‌ترین ماده غیرقانونی مورد مصرف در جهان است. در کشور ما معمولاً اولین تجربه مصرف مواد با مصرف انواع تنباکو در نوجوانی شروع و با مصرف حشیش یا الکل ادامه پیدا می‌کند. محصولات حشیش از گیاهی به همین نام تهیه می‌شود. استفاده از حشیش در منطقه غرب آسیا سابقه‌ای ۸۰۰۰ ساله دارد. از این گیاه در مراسم مذهبی و مقاصد دارویی استفاده می‌شده است. گیاه حشیش یا **کانابیس ساتیوا**^۱ اشکال نر و ماده دارد. گیاه ماده آن میزان‌های بالاتری از بیش از ۶۰ نوع کانابینوئید را در خود دارد. دلتا-۹-تتراهیدروکانابینول^۲، کانابینوئید اصلی موجود در حشیش است. قوی‌ترین اشکال حشیش از برگ‌های جدید بالای گیاه یا از صمغ قهوه‌ای-سیاه خشک شده برگ‌ها به دست می‌آید. بر اساس گزارش‌های بین‌المللی در طول دهه‌های اخیر به دلیل بهبود روش‌های کشاورزی محتوای تتراهیدروکانابینول حشیش افزایش یافته به طوری که محتوای تتراهیدروکانابینول گیاه حشیش به ۲۰-۱۵٪

^۱ cannabis sativa

^۲ Δ9-THC

رسیده است. اسم‌های شایع حشیش در کشور شامل گل، سیگاری، گراس، بنگ، جوینت و ماری‌جوانا می‌شود. رایج‌ترین شکل مصرف حشیش به صورت کشیدنی است. حشیش به صورت خوراکی نیز مصرف می‌شود. حشیش حلالیت بالایی در چربی دارد اما در آب محلول نیست، در نتیجه تزریق آن تقریباً امکان‌پذیر نیست.

در سال‌های اخیر کاربرد حشیش برای مقاصد طبی روند رو به افزایشی داشته به طوری که در برخی ایالت‌های آمریکا امکان تجویز آن توسط پزشک برای درمان اختلالات مختلف مثل تهوع ثانویه به شیمی‌درمانی، درد مزمن مالتیپل اسکلروزیس، ایدز، صرع و گلوکوما اجازه داده شده است. (اگرچه این مورد هنوز مورد توافق صاحب نظران پزشکی جهان نیست). استفاده از درونابینول^۱ یک شکل صناعی تتراهیدورکانابینول برای درمان تهوع ناشی از ایدز مورد تأیید قرار گرفته است.

نوروفارماکولوژی

متعاقب مصرف حشیش دلتا ۹- تتراهیدورکانابینول سریعاً به متابولیت فعال آن یعنی ۱۱-هیدروکسی- دلتا ۹- تتراهیدورکانابینول تبدیل می‌شود. یک گیرنده اختصاصی برای کانابینوئیدها در مغز شناسایی شده که بیش‌ترین تراکم آن در ناحیه بازال گانگلیا، هیپوکامپ و مخچه دیده می‌شود و تراکم آن در قشر مخ به صورت نسبی کمتر است.

به صورت جالب توجهی برخلاف بیشتر مواد، کانابینوئیدها در آزمایش‌های حیوانی مورد خودتجویزی قرار نمی‌گیرد. نسبت به مصرف کانابینوئیدها تحمل ایجاد می‌شود و وابستگی روان‌شناختی و تا حدی فیزیولوژیک نسبت به مصرف آن ایجاد می‌شود. علائم محرومیت شامل افزایش متوسط در تحریک‌پذیری، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و تهوع خفیف می‌شود.

اثرات سرخوشی‌آور حشیش در مصرف تدخینی در عرض چند دقیقه شروع، بعد از ۳۰ دقیقه به حداکثر خود رسیده و برای ۴-۲ ساعت باقی می‌ماند. برخی عوارض شناختی و حرکتی حشیش برای ۵ تا ۱۲ ساعت ممکن است باقی بماند. در صورت مصرف خوراکی برای دستیابی به سطح خونی مشابه مصرف تدخینی مقدار حشیش مصرفی باید ۲-۳ برابر بیشتر باشد.

مجموعه‌ای از عوامل بر روی خواص روان‌گردان حشیش بر روی فرد مصرف‌کننده اثر می‌گذارند. این عوامل عبارتند از: در صد ماده مؤثره موجود در حشیش، طریقه مصرف، تکنیک کشیدن، اثر حرارت بر

¹ dronabinol

محتوای کانابینوئید، دوز، موقعیت مصرف، تجارب پیشین فرد با مصرف، انتظارات فرد از مصرف و آسیب‌پذیری زیستی نسبت به اثرات مصرف کانابینوئیدها.

عوارض مصرف

مصرف حشیش می‌تواند خطر ابتلا به پسیکوز را در مصرف‌کنندگان آن افزایش دهد. این عارضه خصوصاً در صورت مصرف در نوجوانی و کسانی که سابقه خانوادگی اختلالات پسیکوتیک دارند بالاتر است.

مصرف حشیش با عوارض مشابه سیگار کشیدن نیز همراه است. مصرف‌کنندگان قهار حشیش در معرض خطر بالاتر برای ابتلا به بیماری‌های تنفسی و سرطان ریه هستند. روش مصرف حشیش به صورت زدن پک‌های عمیق خصوصاً زمانی که سیگار به انتهای آن می‌رسد، باعث ورود مقدار زیادی قطران به داخل ریه می‌شود.

هیچ موردی از مرگ ناشی از مصرف حشیش به تنهایی گزارش نشده است. این موضوع نشان می‌دهد مصرف این ماده بر روی تعداد تنفس فرد در دقیقه اثر منفی ندارد. هرچند ترکیب آن با سایر مواد می‌تواند منجر به بیش‌مصرفی و مرگ شود.

رانندگی تحت تأثیر مصرف حشیش می‌تواند خطر تصادفات رانندگی را افزایش دهد. یکی از عوارض مناقشه‌برانگیز مصرف حشیش **سندرم بی‌انگیزگی**¹ است که با کاهش پیگیری و استمرار فعالیت‌ها معطوف به هدف مشخص می‌شود. در بخش تشخیص اختلالات مرتبط با حشیش درباره این سندرم توضیحات بیشتری ارائه شده است.

در برخی مطالعات اثر حشیش بر روی آتروفی مغزی، کاهش آستانه تشنج، آسیب کروموزومی، نقایص مادرزادی، ضعف سیستم ایمنی، کاهش تستوسترون در مردان و به هم خوردن دوره‌های قاعدگی در زنان نشان داده شده است.

مصرف حشیش می‌تواند شدت و عوارض و وضعیت‌های بیماری فعلی مثل فشار خون بالا، بیماری قلبی، بیماری‌های تنفسی و سرطان‌های خاص را افزایش دهد.

¹ amotivational syndrome

جدول ۳-۴- خطرات مصرف حشیش به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

مشکلات توجه و انگیزش	
اضطراب، بدبینی، حمله هول (پانیک)، افسردگی	
کاهش توانایی حافظه و حل مسأله	
فشار خون بالا	
آسم، برونشیت	
پسیکوز خصوصاً در افراد با تاریخچه فردی و خانوادگی اسکیزوفرنی	
بیماری قلبی و بیماری انسداد مزمن ریوی	
سرطان‌های راه هوایی فوقانی و گلو	

الکل

وابستگی به الکل یا الکلیسم از اختلالات روان‌پزشکی است که در کشورهای که مصرف الکل به لحاظ اجتماعی و قانونی پذیرفته شده است، شیوع بالایی دارد. منع شرعی مصرف الکل یک عامل محافظتی مهم برای پرهیز از مصرف آن در کشورهای اسلامی است. در کشور ما نیز به دلیل منع شرعی، عدم پذیرش اجتماعی و ممنوعیت قانونی شیوع وابستگی به الکل به صورت نسبی پایین است. در میان افراد وابسته به مواد افیونی مراجعه‌کننده به جایگاه‌های درمان و کاهش آسیب اعتیاد در کشور ما الکل بعد از سیگار و حشیش معمولاً پایین‌ترین میانگین سن شروع مصرف را دارد.

واژه الکل به گروهی از مواد آلی گفته می‌شود که واجد یک گروه هیدروکسی (-OH) متصل به یک اتم کربن اشباع است. ماده مؤثره موجود در تمام مشروبات الکلی اتیل الکل یا اتانول است و مشروبات الکلی واجد محتوای اتانول بیشتر، گیرایی بالاتری دارند. تفاوت در طعم و مزه مشروبات الکلی مختلف به روش تولید برمی‌گردد. در فرآیند تولید علاوه بر اتانول مواد دیگری تولید می‌شود که با آنها مواد هم‌نوع^۱ گفته می‌شود. این مواد شامل بوتانول، آلدهاید، فنل‌ها، تانین‌ها، متانول و مقادیر اندکی فلزات می‌شود. برخی مواد هم‌نوع تأثیر اندکی بر روی گیرایی مشروبات الکلی مختلف دارد، اما این تأثیر در مقایسه با اثرات ناشی از خود اتانول جزئی است.

پیمانه استاندارد

به منظور ارزیابی کسانی که الکل مصرف می‌کنند، تعیین کمیت الکل مصرفی فرد اهمیت بالایی دارد. به دلیل تنوع محصولات تخمیری و تقطیری الکل، توصیه می‌شود مقدار الکل خالص مصرفی فرد با واحد

¹congeners

پیمانه^۱ گزارش شود. پیمانه یا واحد استاندارد^۲ مصرف الکل تنوع بالایی در کشورهای مختلف نشان می دهد.

شکل ۳-۳- مقدار یک پیمانه استاندارد از مشروبات الکلی مختلف

			
۳۷۵ میلی لیتر آبجو با قدرت متوسط ۳/۵٪	۱۰۰ میلی لیتر شراب ۱۳/۵٪	۳۰ میلی لیتر عرق یا ویسکی ۴۰٪	حجم/درصد الکل

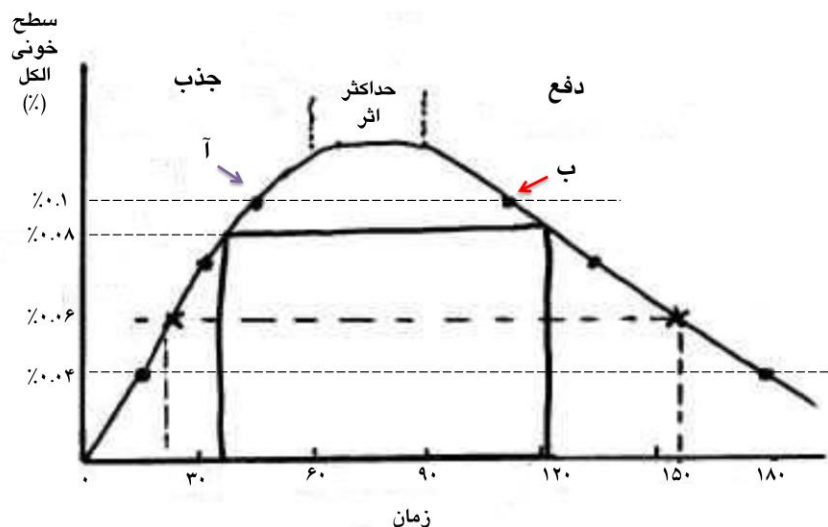
در این راهنما برای مقاصد آموزشی بر اساس منابع سازمان جهانی بهداشت یک پیمانه استاندارد معادل ۱۰ گرم (۱۲/۷ میلی لیتر) الکل خالص در نظر گرفته شده است. شکل ۳-۳ مقدار یک پیمانه استاندارد از مشروبات الکلی مختلف را نشان می دهد.

نوروفارماکولوژی

در حدود ۱۰٪ الکل از معده و بقیه آن از روده کوچک جذب می شود. حداکثر غلظت خونی الکل بعد ۳۰ تا ۹۰ دقیقه و معمولاً در عرض ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بعد از مصرف بسته به این که الکل با معده خالی خورده شده باشد یا پر به دست می آید. سرعت مصرف نیز فاصله زمانی برای رسیدن الکل به حداکثر سطح خونی را کاهش می دهد. بالاترین سرعت جذب الکل با مشروبات ۳۰-۱۵٪ رخ می دهد. بدن انسان یک سیستم محافظتی در برابر الکل دارد. برای مثال اگر غلظت الکل در معده خیلی افزایش پیدا کند، ترشح مخاط افزایش یافته و دریچه پیلور بسته می شود. به این دلیل مقادیر در صورت مصرف مقادیر بالای الکل ممکن است تا چندین ساعت در معده باقی بماند. اسپاسم پیلور معمولاً با احساس تهوع و استفراغ همراه است. الکل بعد از جذب در تمام بافت های بدن توزیع می شود.

¹ drink
² standard unit

شکل ۳-۴- اثر ملانبی



یک پیمانه استاندارد الکل سطح خونی الکل را ۱۵-۲۰ میلی گرم بر دسی لیتر یا ۰/۰۲٪ تا ۰/۰۱۵ درصد بالا می برد. عوارض سمیت الکل در زمانی که غلظت خونی الکل در حال افزایش است در مقایسه به زمانی که غلظت خونی الکل در حال کاهش است بیشتر است. به این پدیده اثر ملانبی^۱ گفته می شود. شکل ۱۰ اثر ملانبی را نشان می دهد. عوارض الکل بر روی وضعیت شناختی و توانایی فرد برای رانندگی در نقطه ب در مقایسه با نقطه آ بیشتر است. با افزایش دوز از ۰,۰۸ به ۰,۱۰ گرم، نوسانات خلقی با سرخو شی، طغیان عاطفی و انتشار بیشتر مهارها بیشتر می شود. میزان الکل خون ۰,۰۸ گرم در صد در قضاوت اختلال مشخص ایجاد می کند و اختلال عملکرد حرکتی واضح می دهد. میزان الکل خون از ۰/۱۵ تا ۰,۲۰ گرم درصد با آتاکسی، اختلال در حرکات اساسی، لکنت زبان، عدم هماهنگی عضلانی و اختلال در زمان واکنش در ارتباط است.

۹۰٪ الکل جذب شده در کبد متابولیزه می شود و ۱۰٪ آن بدون تغییر از طریق تنفس، تعریق و ادرار دفع می شود. سرعت متابولیسم کبد ۱۵ میلی گرم در دسی لیتر در ساعت (در دامنه ۱۰ تا ۳۴ میلی گرم/دسی لیتر) است. در افرادی که سابقه مصرف بیش از حد الکل دارند، افزایش سطوح آنزیم های مورد نیاز برای متابولیسم الکل منجر به افزایش سرعت متابولیسم می شود. الکل ابتدا توسط الکل

¹ Mellanby effects

دهیدروژناز^۱ تبدیل به استالدهید^۲ شده و سپس توسط آلدهید دهیدروژناز^۳ به اسید استیک تبدیل می شود. استالدهید یک ماده سمی است و تجمع آن در خون باعث احساس تهوع و افت فشار خون می شود. آنزیم آلدهید دهیدروژناز در اثر مصرف دی سولفیرام مهار می شود. از این دارو برای درمان نگهدارنده پیشگیری از عود الکل در بیماران وابسته به الکل استفاده می شود. مطالعات نشان می دهد میزان الکل دهیدروژناز در زنان کمتر از مردان است. این موضوع در کنار توده بدنی پایین تر زنان می تواند توضیح دهنده علت تاثیر بیشتر الکل در زنان در مقایسه با مردان باشد.

جدول ۳-۵- اثرات سطوح خونی الکل بر کارکردها

سطح خونی	تغییر رفتاری	اختلال فعالیت
۰/۰۵-۰/۰۱٪	آرام بخشی، شادابی، کاهش مهارها	کاهش مختصر هوشیاری اشکال جزئی در قضاوت و حافظه
۰/۱-۰/۰۶٪	احساس سرخوشی، احساس بی حسی ^۴ ، تهوع، خواب آلودگی	اشکال در هماهنگی، تعادل و تکلم کندی زمان واکنش دهی
۰/۲-۰/۱۱٪	خشم، نوسانات خلقی، اختلال جهت یابی	اختلال در هماهنگی حرکتی و تعادل
۰/۳-۰/۲۱٪	تهاجم، استوپور، تهوع و استفراغ	نیستآگموس، فراموشی ^۵ از دست رفتن تعادل و تنظیم دما
۰/۴-۰/۳۱٪	اختلال هوشیاری شدید و کوما	از دست رفتن کنترل متانه، اشکال تنفسی برادی کاردی، احتمال مرگ
بیش از ۰/۴٪	کوما و مرگ	آسپیراسیون تنفسی، ایست تنفسی

بر خلاف بیشتر مواد روان گردان، الکل هیچ گیرنده اختصاصی در مغز ندارد. برخی شواهد از تعامل مستقیم الکل بر روی غشای سلول و افزایش سیالیت آن در مصرف کوتاه مدت حمایت می کنند. با مصرف طولانی مدت غشای سلولی سخت شده و الکل اثر خود را از طریق کانال های یونی اعمال می کند. مصرف الکل گیرنده های GABA، سروتونینی و نیکوتینی را تحریک و بر روی گیرنده های گلوتاماتی NMDA

¹ alcohol dehydrogenase (ADH)

² acetaldehyde

³ aldehyde dehydrogenase

⁴ numbness

⁵ black out

اثر مهاری دارد.

الکل اثرات مضعف مشابه داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور بر روی دستگاه اعصاب مرکزی دارد. الکل با بنزودیازپین‌ها و باریتورات‌ها تحمل متقاطع^۱ و وابستگی متقاطع نشان می‌دهد. اثرات سطوح مختلف الکل بر روی مغز در جدول ۳-۵ نشان داده شده است. البته لازم به توضیح است افرادی که سابقه طولانی مدت مصرف الکل دارند، می‌توانند میزان‌های بسیار بالاتری از الکل را تحمل نمایند.

عوارض مصرف

الکل یک ماده بسیار قوی است که بر روی تقریباً تمام دستگاه‌های بدن تغییراتی به صورت حاد و مزمن ایجاد می‌کند. مصرف الکل می‌تواند باعث بروز مشکلات گذرای روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب و پسیکوز شود. مصرف طولانی مدت مقادیر بالای الکل می‌تواند باعث ایجاد تحمل می‌شود. قطع مصرف الکل در صورت وجود تحمل با سندرم محرومیت همراه است که با بی‌خوابی، بیش‌فعالی سیستم اعصاب خودکار، اضطراب و لرزش مشخص می‌شود.

شدت عوارض مصرف الکل در جمعیت‌ها بستگی به سه شاخص زیر دارد:

- حجم الکل مصرفی
- الگو الکل مصرفی
- کیفیت الکل مصرفی

حجم الکل مصرفی با شاخص سرانه مصرف الکل بزرگسالان^۲ اندازه‌گیری می‌شود. سرانه مصرف الکل بزرگسالان به صورت میانگین حجم الکل خالص مصرفی بر حسب لیتر در جمعیت بالای ۱۵ سال تعریف می‌شود. این شاخص در جهان در سال ۲۰۱۶، ۶/۳۸ لیتر الکل خالص برآورد گردید. کشورهای روسیه و اروپای شرقی بالاترین و کشورهای غرب آسیا و شمال آفریقا پایین‌ترین میزان سرانه مصرف را دارند. سرانه الکل مصرفی با تمام عوارض جسمی و روان‌پزشکی مرتبط با مصرف الکل رابطه دارد. به صورت خاص هر چه قدر حجم الکل مصرفی در یک جمعیت بالاتر باشد شیوع سیروز الکلی و سرطان‌های مرتبط با مصرف الکل بالاتر خواهد بود.

الگوی الکل مصرفی با شاخص مصرف سنگین دوره‌ای^۳ اندازه‌گیری می‌شود. مصرف سنگین دوره‌ای

¹ cross-tolerance

² APC: Adult alcohol per capita consumption

³ HED: Heavy episodic drinking

به مصرف الکل در حد مسمومیت یا مستی (مصرف ۶ پیمانه یا بیشتر الکل در یک نوبت مصرف) به صورت حداقل ماهانه در سال گذشته گفته می‌شود. این شاخص به صورت قابل انتظاری پیش‌بینی‌کننده سوانح و جراحات عمدی و غیرعمدی ناشی از مصرف الکل است. علاوه بر این شواهد جدید نشان می‌دهد مصرف سنگین دوره‌ای الکل خطر بیماری‌های قلبی، عروقی را به صورت قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد.

در نهایت کیفیت الکل مصرفی خصوصاً در کشورهایی که مصرف الکل غیرقانونی است می‌تواند یک چالش جدی برای سلامتی باشد. جدی‌ترین عارضه مرتبط با کیفیت الکل مصرفی وجود ناخالصی متانول در آن است که می‌تواند عوارض جدی همچون نابینایی، نارسایی کلیه و مرگ به دنبال داشته باشد. یکی از جدی‌ترین عوارض مصرف الکل بر روی کبد است. مصرف مقادیر بالای الکل حتی برای یک هفته می‌تواند منجر به تجمع چربی و پروتئین در کبد و ایجاد کبد چرب شود. مصرف الکل بسته به فرد در میان مدت و طولانی مدت می‌تواند باعث سیروز کبدی شود.

مصرف الکل با عوارض گوارشی جدی همچون التهاب مری و معده و زخم معده همراه است. یکی از عوارض مصرف سنگین الکل واریس مری است. پارگی واریس مری یک اورژانس پزشکی بوده و می‌تواند منجر به مرگ فرد شود. مصرف الکل یک عامل خطر برای التهاب لوزالمعده و سرطان آن است. مصرف الکل باعث نارسایی روده برای جذب برخی ویتامین‌ها و مواد مغذی دیگر می‌شود.

مصرف الکل همچنین منجر به فشار خون بالا، افزایش کلاسترول و تری‌گلیسیرید و افزایش خطر سکته قلبی می‌شود. در گذشته چنین تصور می‌شد که بین خطر بیماری‌های قلبی و مصرف الکل یک رابطه به شکل حرف J وجود دارد. به این معنا که مصرف مقادیر اندک الکل، خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی را کاهش داده و با افزایش میزان مصرف الکل از یک حد مشخص خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی افزایش می‌یابد. مطالعات جدیدتر وجود چنین ارتباطی را رد کرده است. این مطالعات نشان می‌دهد رابطه بین خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و مصرف الکل یک رابطه خطی است، به طوری که کسانی که از مصرف الکل پرهیز می‌کنند پایین‌ترین سطح خطر را نشان می‌دهند و با افزایش مصرف الکل خطر بیماری‌های قلبی نیز افزایش می‌یابد.

الکل خطر انواع سرطان‌ها شامل سرطان سر و گردن، مری، معده، کبد، کولون و ریه را افزایش می‌دهد. مسمومیت حاد الکل می‌تواند منجر به هیپوگلیسمی و متعاقب آن مرگ شود.

مصرف الکل خطرات تصادفات رانندگی و سوانح و جراحات عمدی و غیرعمدی را افزایش می‌دهد. در کشورهایی که مصرف الکل قانونی است معمولاً سطحی از غلظت خونی الکل مجاز برای رانندگی مشخص شده و رانندگی در حالی که سطوح الکل خون از آن مقادیر بالاتر است، پیامدهای جدی قانونی و اجتماعی برای فرد به دنبال دارد. در بیشتر کشورهای دنیا حداکثر سطح خونی مجاز برای رانندگی در دامنه ۰/۰۵٪ تا ۰/۰۸٪ یا ۵۰ تا ۸۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر قرار دارد.

کمتر از نیمی از کشورها در سراسر جهان (۸۸ کشور) قوانینی برای نوشیدن الکل بر اساس محدودیت غلظت الکل خون دارند که برابر یا کمتر از ۰,۰۵ گرم در دسی‌لیتر است، این میزان بر اساس گزارش جهانی پیشگیری از صدمات ناشی از تصادفات جاده‌ای توصیه شده است. در حالی که اکثر کشورها (۸۶٪) در منطقه اروپا دارای قوانین BAC مطابق با این توصیه هستند، در سایر مناطق جهان اکثر کشورها یا محدودیت BAC ندارند یا محدودیتی بالاتر از ۰,۰۵ گرم در دسی‌لیتر دارند.

مصرف الکل به دلیل تضعیف سیستم ایمنی خطر ابتلا به سل را افزایش می‌دهد. علاوه بر این مصرف الکل با افزایش رفتارهای پرخطر جنسی خطر ابتلا به عفونت اچ آی وی را افزایش می‌دهد. در جدول ۳-۶ خطرات مصرف الکل به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر ارائه شده است.

جدول ۳-۶- خطرات مصرف الکل به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

سر درد و کسالت صبح روز بعد، رفتار تهاجمی و خشن، تصادفات، جراحات	
کاهش عملکرد جنسی، پیری زودرس	
مشکلات گوارشی، زخم معده، ورم لوزالمعده، فشار خون بالا	
اضطراب و افسردگی، دشواری‌های ارتباطی، مشکلات مالی و شغلی	
دشواری در به خاطر آوردن چیزها و حل مسائل	
ناهنجاری مادرزادی و آسیب مغزی در کودکان متولدشده از زنان باردار	
سکته، آسیب دائمی مغز، آسیب عصب و عضله	
سیروز کبدی و التهاب لوزالمعده	
مسمومیت با متانول (نابینایی، مرگ)، سرطان، خودکشی	

مواد افیونی

ایرانیان همچون مردمان سایر تمدن‌های باستانی از هزاران سال پیش با خواص ضد درد و آرام‌بخشی تریاک آشنا بوده‌اند. هر چند در سده‌های اول هجری اشاراتی به تریاک در ادبیات کلاسیک فارسی و کتب حکمای ایرانی دیده می‌شود، اما به نظر می‌رسد مصرف تریاک در میان مردم عمومیت نداشته است. به طوری که ناصر خسرو در سفرنامه خود در قرن پنجم هجری شهر **اسیوط** را در جنوب قاهره را به عنوان مرکز افیون جهان معرفی می‌کند. رازی در کتاب **الحاوی فی الطب** نظرات دانشمندان پیشین دوره اسلامی درباره اثرات ضد اسهال، ضد سرفه ناشی از نزله (ترشحات پشت حلق) و مسکن و خواب‌آور بودن آن را تأیید می‌کند. ابن سینا در کتاب **قانون** تریاک را تسکین‌دهنده درد، خواب‌آور، بندآورنده اسهال و تسکین‌دهنده سرفه توصیف می‌کند. در قرن پنجم هجری ابوریحان بیرونی پدیده **تحمل** نسبت به مصرف افیون (تریاک) و **دوز کشنده** آن در افراد فاقد تحمل نسبت به مواد افیونی را در آخرین کتاب خود **الصیدنه فی طب** (داروشناسی پزشکی) توصیف کرده است. به نظر می‌رسد تریاک در ایران از دوران صفویه مصرف عام‌تری پیدا می‌کند.

مصرف مواد افیونی به قصد دستیابی به سرخوشی و نشنگی خیلی زود می‌تواند از مصرف گاهگاهی تبدیل به مصرف روزانه شده و در فرد حالت اجبار به مصرف و تحمل فیزیولوژیک ایجاد نماید. مواد افیونی شایع‌ترین مواد غیرقانونی در کشور ما هستند که با آن یک اختلال مصرف دیده می‌شود. پیشتر در **فصل یکم** دیدیم که رایج‌ترین شکل مصرف مواد افیونی غیرقانونی در کشور **تریاک** و در رتبه دوم **هروئین** است. مواد افیونی معمولاً به طریقه کشیدنی مصرف می‌شود اما مصرف تزریقی عمدتاً هروئین در بخشی از مصرف‌کنندگان مواد افیونی دیده می‌شود.

تریاک از خشخاش، گیاهی از دسته شقایق‌ها گونه **پاپاور سومنیفرم**^۱ به دست می‌آید. برای استحصال تریاک هنگام غروب آفتاب گرز خشخاش تیغ زده می‌شود و در طلوع آفتاب صمغ خارج شده را جمع‌آوری می‌کنند. خشخاش دارای تقریباً ۲۰ آکالوئید قلیایی شامل مورفین است. **هروئین** یا دی‌استیل مورفین یک ترکیب نیمه‌صناعی کوتاه‌اثر و بسیار قوی است که با یک فرآیند شیمیایی با استفاده از اسید استیک از تریاک به دست می‌آید. افغانستان بزرگ‌ترین تولیدکننده تریاک و هروئین غیرقانونی در جهان در مرز شرقی کشورمان قرار دارد.

¹ Papaver somniferum

علاوه بر مواد افیونی غیرقانونی، مصرف غیرپزشکی داروهای آپئوئیدی تجویزی نظیر ترامادول، داروهای واجد کدئین، دیفنوکسیلات یا داروهای مورد استفاده در درمان وابستگی به مواد افیونی نظیر متادون و بوپرنورفین نیز در کشور ما غیرشایع نیست. منظور از مصرف غیرپزشکی مصرف داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف بدون تجویز پزشک یا با دوز و یا طول مدت بیش از آنچه پزشک تجویز کرده است. انواع مختلفی از داروهای آپئوئیدی صناعی تولید شده است که امروز در کنار مورفین در درمان درد و یا مدیریت وابستگی به مواد افیونی مورد استفاده قرار می‌گیرند. این داروها شامل کدئین، پتیدین، مپیدین، پنتازوسین، پروپکسی فن، بوپرنورفین و متادون می‌شوند.

آنتاگونیست‌های گیرنده‌های آپئوئیدی نیز ساخته شده و در درمان بیش‌مصرفی و وابستگی به مواد افیونی استفاده می‌شوند. این گروه از داروها شامل نالوکسان، نالترکسون، نالمفن، نالورفین و آپومورفین می‌شوند. کاربرد بالینی **نالوکسان تزریقی** در درمان بیش‌مصرفی مواد افیونی است. به منظور کاهش مرگ ناشی از بیش‌مصرفی مواد افیونی دسترسی به این دارو در قالب **سرنگ از پیش پر شده^۱**، **دستگاه اتواینجکتور^۲** و **اسپری بینی^۳** برای افراد غیرحرفه‌ای که بالقوه ممکن است شاهد بیش‌مصرفی باشند، تسهیل شده است. **نالترکسون** به صورت خوراکی و آمپول تزریقی طولانی‌اثر در درمان وابستگی به مواد افیونی و الکل مورد تأیید قرار گرفته است.

ترکیبات واجد اثر آگونیستی و آنتاگونیستی بر روی گیرنده‌های آپئوئیدی شامل **بوپرنورفین** و **پنتازوسین** است. بوپرنورفین در درمان وابستگی به مواد افیونی و **پنتازوسین** در مدیریت درد کاربرد دارند.

نوروفارماکولوژی

اثرات اولیه مواد افیونی با واسطه گیرنده‌های آپئوئیدی اعمال می‌شوند. گیرنده‌های μ (مو) در تنظیم و میانجی‌گری اثرات ضددرد، تضعیف تنفسی، یبوست و وابستگی به مواد دخیل هستند. گیرنده‌های κ (کاپا) در بی‌دردی، افزایش تولید ادرار و آرام‌بخشی نقش دارند و گیرنده‌های Δ (دلتا) با اثرات بی‌دردی آپئوئیدها مرتبط هستند.

¹ pre-filled syringe

² auto-injector device

³ nasal spray

در اواسط دهه ۱۹۷۰ میلادی، انکفالین‌ها^۱ دو پنتاپتید درون‌زاد با اثرات آپئوئیدی در مغز کشف شد. این کشف منجر به شناسایی سه کلاس از آپئوئیدهای درون‌زاد در مغز گردید که شامل اندورفین‌ها، دینورفین‌ها و انکفالین‌ها بود. اندورفین‌ها در انتقال عصبی و سرکوب درد دخیل هستند. این مواد به صورت طبیعی در بدن در صورت بروز آسیب جسمی یا استرس شدید آزاد می‌شوند و چنین تصور می‌شود که در کاهش درد متعاقب جراحات حاد نقش دارند.

آپئوئیدهای درون‌زاد تعاملات زیادی با سیستم‌های عصبی دیگر نظیر سیستم‌های عصبی سانه‌ای دوپامینرژیک و نورآدرنرژیک دارند. خواص اعتیادآور و تقویت‌کننده مواد افیونی با واسطه فعال‌سازی نورون‌های دوپامینرژیک در ناحیه تگمنتال شکمی اعمال می‌شود. فعال شدن سیستم دوپامینی در این منطقه منجر به فعال شدن سیستم دوپامینی در سیستم لیمبیک و قشر مغز می‌شود.

متعاقب مصرف کشیدنی تریاک آلکالوئیدهای آپئوئیدی و مهم‌ترین آنها مورفین پس از عبور از سد خونی، مغزی به مغز رسیده و از طریق اتصال به گیرنده‌های μ سیستم آپئوئیدی را فعال می‌کند. به دلیل ارتباط نزدیک سیستم آپئوئیدی با سیستم دوپامینی در مغز فعال شدن سیستم آپئوئیدی منجر به افزایش رهایش دوپامین در مدار پاداش و ایجاد اثرات سرخوشی‌آور ناشی از مصرف تریاک می‌شود. میزان مورفین در تریاک تقریباً ۱۰٪ است. در واقع ۱ گرم تریاک حاوی ۱۰۰ میلی‌گرم مورفین است. هروئین یا دی‌استیل مورفین در مقایسه با مورفین حلالیت بالاتری در چربی داشته و با سرعت بیشتری از سد خونی-مغزی عبور می‌کند. هروئین در مقایسه با مورفین سرخوشی سریع‌تر و بیشتری ایجاد می‌کند. لذا خطر وابستگی متعاقب مصرف آن بالاتر است. کدئین که به صورت طبیعی ۰/۵٪ آلکالوئیدهای آپئوئیدی تریاک را تشکیل می‌دهد، به صورت خوراکی جذب مناسبی داشته و در بدن به مورفین تبدیل می‌شود. مواد افیونی کوتاه‌اثر همچون هروئین خاصیت اعتیادآوری بالاتری در مقایسه با مواد افیونی طولانی‌اثر نظیر متادون دارد.

مواد افیونی ممکن است به صورت خوراکی، مشامی یا تزریقی مصرف شود. اثرات سرخوشی‌آور ناشی از مصرف مواد افیونی خصوصاً در مصرف تزریقی قابل‌ملاحظه بوده و این موضوع باعث می‌شود این مواد بسیار اعتیادآور باشند. متعاقب مصرف احساس گرما، سنگینی اندام‌ها، خشکی دهان، خارش (خصوصاً در بینی) و برافروختگی صورت تجربه می‌شود. متعاقب سرخوشی اولیه یک دوره آرام‌بخشی به

¹ enkephalins

وجود می‌آید که خود را به صورت چرت زدن^۱ نشان می‌دهد. مصرف مواد افیونی می‌تواند در افراد فاقد تحمل نسبت به مواد افیونی^۲ حالت تهوع، استفراغ و کج خلقی به وجود آورد. اثرات جسمی مواد افیونی شامل سرکوب تنفسی، تنگی مردمک، انقباض عضلات صاف (شامل مجاری صفراوی و حالب)، یبوست و افت فشار خون است. سرکوب تنفسی ناشی از مصرف مواد افیونی در سطح ساقه مغز رخ می‌دهد. نسبت به تمام اثرات مواد افیونی به یک میزان تحمل ایجاد نمی‌شود. در صورت ایجاد تحمل فیزیولوژیک کاهش یا قطع ناگهانی مصرف مواد افیونی منجر به بروز علائم محرومیت می‌شود. مصرف داروهای آنتاگونیست آپیوئیدی در افراد وابسته به مواد افیونی نیز می‌تواند منجر به القای علائم و نشانه‌های شدید محرومیت از مواد افیونی شود. مصرف طولانی مدت مواد افیونی منجر به کاهش تعداد و حساسیت گیرنده‌های آپیوئیدی می‌شود که تا حدی در ایجاد تحمل فیزیولوژیک نقش دارد. مصرف طولانی مدت این گروه از مواد با افزایش حساسیت نورون‌های دوپامینرژیک، کلی‌نرژیک و سروتونرژیک همراه است. اثر مواد افیونی بر روی نورون‌های نورآدرنرژیک احتمالاً عامل اصلی محرومیت ناشی از قطع این مواد است. مصرف کوتاه مدت مواد افیونی فعالیت نورآدرنرژیک در **لوکوس سرلئوس**^۳ را کاهش می‌دهد، اما در مصرف طولانی مدت فعالیت این نورون‌ها به صورت جبرانی برای حفظ هموستاز مغز افزایش پیدا می‌کند. محرومیت مواد افیونی در نتیجه بیش‌فعالی برگشتی سیستم^۴ نورآدرنرژیک متعاقب قطع مصرف مواد افیونی ایجاد می‌شود. این موضوع چرایی اثربخشی **کلونیدین** یک داروی ۰۲-آدرنرژیک در درمان محرومیت مواد افیونی را توضیح می‌دهد.

عوارض جانبی

مصرف مواد افیونی و داروهای آپیوئیدی تجویزی می‌تواند منجر به وابستگی به مواد افیونی شود. وابستگی به مواد افیونی علاوه بر ایجاد افت کارکرد پیش‌رونده در حوزه‌های شغلی، اجتماعی، خانوادگی، مالی و قانونی با خطر افزایش یافته برای بروز مجموعه‌ای از بیماری‌های طبی و روان‌پزشکی همراه است. در مطالعات کوهورت و همچنین در مطالعات اپیدمیولوژیک در سال ۲۰۱۹، روی مصرف‌کنندگان مواد، حدود دو سوم افراد حداقل یک اختلال روان‌پزشکی همراه دارند. تصویر بالینی در بین افراد دارای

¹ nodding off

² opioid-naive

³ locus ceruleus

⁴ rebound hyperactivity

اختلال مصرف مواد، اختلالات شخصیتی همراه، افسردگی و سندرم اضطراب و در صد کمی، سایکوز ناشی از مصرف مواد یا سایکوز اولیه است. بر اساس گزارش مطالعات مروری، اختلالات عاطفی / خلقی و اختلالات اضطرابی در ۴۰-۲۰٪ از افراد دارای اختلال مصرف مواد [۱۵-۱۵] دیده می‌شود. با این حال، از آنجا که خلق و خوی / افسردگی و اضطراب با افزایش خطر ابتلا به خودکشی همراه هستند و خودکشی را به میزان ۵ تا ۱۵٪ در مصرف‌کنندگان مواد مخدر [۱، ۲، ۲۲] و ۳-۳۵٪ در مصرف‌کنندگان هروئین به طور خاص [۱۲] افزایش می‌دهند، این اختلالات همیشه باید مورد توجه قرار گیرند.

مرگ پیش از موعد ناشی از بیش‌مصرفی مواد افیونی شدیدترین عارضه جسمی ناشی از مصرف مواد افیونی است. مرگ ناشی از بیش‌مصرفی در نتیجه ایست تنفسی ناشی از اثر تضعیف تنفسی مواد رخ می‌دهد. علائم بیش‌مصرفی شامل عدم پاسخ‌دهی، اغما، کاهش تعداد تنفس، هیپوترمی، اُفت فشار خون و کاهش تعداد ضربان قلب می‌شود. **مردک ته سنجاقی** که پا سخ خفیف به نور می‌دهد یکی از نشانه‌های بیش‌مصرفی مواد افیونی است، در مراحل پیش‌رفته بیش‌مصرفی و متعاقب هیپوکسی شدید مردمک متسع می‌شود. مصرف هم‌زمان مواد افیونی با سایر داروهای مضعف دستگاه اعصاب مرکزی همچون بنزودیازپین‌ها اثر هم‌افزا داشته و خطر بروز بیش‌مصرفی را افزایش می‌دهد.

یکی از جدی‌ترین عوارض جسمی ناشی از مصرف مواد افیونی ابتلا به عفونت‌های منتقله از راه خون نظیر اچ آی وی و **هپاتیت سی** متعاقب مصرف تزریقی مواد با استفاده از سرنگ و یا سایر وسایل تزریق غیراستریل است.

بر اساس داده‌های گزارش شده توسط مقامات ایرانی در گزارش جهانی ایدز ۲۰۱۳، تعداد ایرانیانی که مبتلا به HIV هستند ۷۱،۰۰۰ نفر (دامنه: ۵۳۰۰۰-۱۰۰۰۰۰) تخمین زده می‌شود که تقریباً ۶۸٪ آنها ویروس را از طریق روش‌های تزریق غیر ایمن مواد به دست آورده‌اند. نزدیک به ۱۵٪ از مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی و ۳-۵٪ افرادی که از طریق راه‌های غیر تزریقی مواد مخدر استفاده می‌کنند، دارای HIV مثبت هستند و بنابراین منبع مهم جدی عفونت HIV برای شرکای جنسی و زناشویی خود خواهند بود. هر چند مصرف تدخینی تریاک در مقایسه با مصرف هروئین و مصرف تزریقی به لحاظ شدت تخریب روان پزشکی و ابتلاء به عفونت‌های منتقله از راه خون کم خطرتر است، اما مطالعات اخیر نشان داده است **تدخین تریاک** یک عامل خطر مستقل برای ابتلاء به **سرطان‌های مری، معده، حنجره، ریه و مثانه** محسوب می‌گردد. مصرف تریاک به صورت مستقل خطر ابتلا به سرطان حنجره را ۱۰/۷۴ برابر و خطر ابتلا به سرطان ریه را ۳/۱ برابر می‌کند. در صورتی که مصرف تریاک با سیگار کشیدن سنگین

همراه شود خطر ابتلا به سرطان ریه ۳۵ برابر افزایش پیدا می‌کند. مصرف تریاک خطر سرطان آدنوکارسینوما گاستریک را ۳/۱ و تدخین سنگین آن این خطر را ۴/۵ برابر بالا می‌برد.

در سال‌های اخیر رابطه بین مصرف مواد افیونی و بیماری‌های قلبی و سکته‌های مغزی مورد توجه محققان کشور قرار گرفته است. این مطالعات نشان می‌دهد مصرف مواد افیونی با خطر افزایش یافته برای بیماری کرونری قلب و سکته‌های مغزی مرتبط است. برخلاف باور غلط مبنی بر اثر تریاک بر کاهش قند خون در تحقیقات انجام شده در کشور چنین رابطه‌ای اثبات نشده است. بلکه کسانی که تریاک مصرف می‌کردند در مقایسه با گروه کنترل سالم کلسترول و تری‌گلیسیرید بالاتری داشتند.

مصرف طولانی مدت مواد افیونی خصوصاً مواد افیونی کوتاه‌اثر همچون هروئین با مهار محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - گنادها منجر به آمنوره ثانویه در زنان و کاهش میل و توانایی جنسی در مردان می‌شود. در کشور ما از تریاک و سایر ترکیبات افیونی نظیر ترامادول به عنوان روشی برای خوددرمانی انزال زودرس در مردان استفاده می‌شود. در کوتاه مدت استفاده از مواد افیونی در ایجاد تأخیر در انزال مؤثر است، اما این موضوع مردان را در معرض خطر وابستگی به این ترکیبات قرار می‌دهد. علاوه بر این مصرف طول کشیده مواد افیونی با کاهش سطح تستوسترون خون و اُفت قابل ملاحظه میل و کارکرد جنسی همراه است.

مصرف ترامادول علاوه بر عوارض معمول مواد افیونی در دوزهای بالا باعث بروز پرش‌های عضلانی و تشنج می‌شود. مصرف مواد افیونی در بارداری با خطر بالا برای زایمان زودرس، جفت سرراهی، کنده شدن جفت، خون‌ریزی بعد از زایمان و وزن کم موقع تولد همراه است. مجموعه‌ای از مشکلات جسمی در زنان باردار وابسته به مواد افیونی شامل کم‌خونی، فشار خون بارداری، دیابت بارداری و انواع عفونت‌ها با شیوع بالاتری دیده می‌شود. پیامدهای بارداری و نوزادی ضعیف‌تر در زنان بارداری که مواد افیونی مصرف می‌کنند به دلیل اثرات مستقیم مواد، بیماری‌های همراه نظیر سوءتغذیه، سیگار کشیدن و عفونت‌ها و عدم دریافت مراقبت‌های بارداری کافی است. زنان باردار وابسته به مواد افیونی به دلیل بیماری خود در مراقبت‌های بارداری به صورت منظم شرکت نمی‌کنند. علاوه بر این احساس گناه شدید، انگ و طرد اجتماعی در این افراد یک مانع جدی برای دسترسی به مراقبت‌های بارداری محسوب می‌گردد که باید در طراحی خدمات برای این گروه جمعیتی مورد توجه قرار گیرد.

مصرف مواد افیونی با ایجاد یبوست مزمن در مصرف‌کنندگان آن خطر هموروئید و فیشر ناحیه مقعدی را افزایش می‌دهند. برخی از افراد نسبت به مواد افیونی حساسیت داشته و متعاقب مصرف آن دچار

واکنش حساسیتی به صورت شوک آنافیلاکتیک، ادم ریوی و در صورت عدم درمان مناسب مرگ می‌شوند. مصرف هم‌زمان مواد افیونی و داروهای مهارکننده مونوآمین اکسیدازها می‌تواند منجر به ناپایداری سیستم عصبی اتونوم، تشنج، کوما و مرگ شود.

مصرف تزریقی مواد افیونی علاوه بر خطر عفونت‌های منتقله از راه خون با خطر بالاتر برای بیش‌مصرفی، اعتیاد شدیدتر، عفونت محل زخم، سلولیت پوستی، آندوکاردیت عفونی و خراب شدن رگ‌ها می‌شود. خراب شدن رگ‌ها باعث می‌شود فرد به تزریق در وریدهای جدید روی آورده و نهایتاً مجبور به تزریق در مناطق خطرناک همچون **کشاله ران** یا **گردن** شود. تزریق در کشاله ران با خطر عفونت و آسیب به عصب و شریان رانی و قطع عضو همراه است. در **جدول ۳-۷** خطرات مصرف مواد افیونی به ترتیب از شدت کمتر یا شدت بیشتر آورده شده است.

جدول ۳-۷- خطرات همراه با مصرف مواد افیونی به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

خارش، تهوع و استفراغ	
خواب‌آلودگی، یبوست، خرابی دندان، دوره‌های قاعدگی نامنظم	
دشواری در تمرکز و به یاد آوردن چیزها	
افسردگی، کاهش میل جنسی، ناتوانی جنسی	
مشکلات مالی و درگیری با قانون	
مشکل در حفظ شغل، ارتباطات و زندگی خانودگی	
تحمل، محرومیت، وابستگی، اختلال مصرف	
سرطان‌های حنجره، ریه، مری و معده	
بیش‌مصرف و مرگ ناشی از نارسایی تنفسی	

مواد محرک

مواد محرک را می‌توان به دو گروه کلی طبقه‌بندی نمود:

- کوکائین
- محرک‌های شبه‌آمفتامینی

کوکائین یک ماده محرک طبیعی است که از بوته گیاه ارتیروکسیلوم کوکا^۱، یک گیاه بومی آمریکای

¹ erythroxylum coca

جنوبی، تهیه می‌شود. برگ‌های این گیاه از قرن‌ها پیش توسط مردمان این منطقه برای خواص محرک و نیروزای آن به صورت جویدنی مصرف می‌شده است. کوکائین خالص اولین بار در سال ۱۸۵۵ استخراج شد و در سال ۱۸۸۰ به عنوان بی‌حسی موضعی در پزشکی مورد استفاده قرار گرفت. از محلول کوکائین همچنان در جراحی‌های چشم، بینی و گلو استفاده می‌شود. در دهه‌های ۱۸۸۰ و ۱۸۹۰ میلادی، کوکائین به صورت گسترده در پزشکی و فرآورده‌های غذایی استفاده می‌شد. تا سال ۱۹۰۳، ماده فعال موجود در کوکاکولا کوکائین بود. از سال ۱۹۱۴ با آشنایی گسترده با خواص اعتیادآور کوکائین کاربرد آن در پزشکی بسیار محدود شد. مصرف کوکائین در کشور ما رایج نبوده و گزارش‌های محدود از مصرف آن در افراد با وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالا در تهران و برخی شهرهای بزرگ وجود دارد.

محرک‌های شبه‌آمفتامینی شامل موادی همچون که مت‌آمفتامین، آمفتامین و دکستروآمفتامین می‌شود دارای یک حلقه فنیل‌اتیل‌آمین مرکزی هستند. آمفتامین و مت‌آمفتامین اولین بار در اواخر قرن نوزدهم میلادی به صورت صناعی با استفاده از افرین موجود در گیاه **اِندرا سینیکا** در کشور ژاپن ساخته شد. این گروه مواد همچنین شامل متیل‌فنیدیت (ریتالین) می‌شود که ساختار متفاوت اما اثرات مشابهی دارد. علاوه بر ترکیبات شبه‌آمفتامینی صناعی، مواد محرک شبه‌آمفتامینی با منشأ گیاهی نیز شناسایی شده است که شامل کاتینون^۱ موجود در برگ‌های تازه گیاه **کاتا ادولیس**^۲ یا **خات**^۳ می‌شود. این گیاه بومی شرق آفریقا بوده و مصرف جویدنی آن از قرن‌ها پیش در شرق آفریقا (اتیوپی، کنیا، سومالی) و غرب آسیا (یمن و عربستان سعودی) رایج است.

سایر مواد محرک شبه‌آمفتامینی شامل افرین، پَسودوافدرین و فنیل‌پروپانولامین^۴ است. این گروه از مواد محرک خصوصاً فنیل‌پروپانولامین می‌توانند شدیداً فشار خون را بالا برده، سایکوز حاد را القاء نموده و باعث انفارکشن روده یا مرگ شوند. **مدافینیل** داروی مورد استفاده در درمان نارکولپسی و اجد اثرات محرک و سرخوشی‌آور است، اما میزان سمیت آن و احتمال ایجاد اختلالات القاء شده با مواد محرک با آن ناشناخته است.

در سال ۱۹۳۲ **آمفتامین سولفات را سمیک (بنزدین)** به عنوان یک داروی استنشاقی بدون نسخه برای درمان احتقان بینی و آسم به بازار معرفی شد. در سال ۱۹۳۷ استفاده از قرص‌های بنزدین برای

¹ cathinone (S[-] α -aminopropiophenone or S[-]-2-amino-1-phenyl-1-propanone)

² catha edulis

³ khat

⁴ phenylpropanolamine (PPA)

درمان نارکولپسی، پارکینسون بعد از آذسفالیت، افسردگی و لتارژی شروع شد. در دهه ۱۹۵۰ میلادی محرک‌های شبه‌آمفتامینی به صورت گسترده برای درمان چاقی استفاده می‌شدند. آشنایی سیستم‌های سلامت با عوارض ناشی از مصرف این داروها منجر به وضع مقررات سخت‌گیرانه در دهه ۱۹۷۰ میلادی برای استفاده از این ترکیبات در درمان بیماری‌ها شد. در حال حاضر استفاده از داروهای محرک آمفتامینی صرفاً برای درمان اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و نارکولپسی مورد تأیید قرار دارد. در سال‌های اخیر استفاده از ترکیبات محرک شبه‌آمفتامینی در داروهای بدون نسخه مثل داروهای سرماخوردگی محدود شده است، زیرا از آنها به عنوان پیش‌ساز برای تولید مت‌آمفتامین در آزمایشگاه‌های غیرقانونی استفاده می‌شود.

رایج‌ترین و مشکل‌آفرین‌ترین ماده محرک مصرفی در بازار غیرقانونی مواد در کشور ما در حال حاضر **مت‌آمفتامین** با نام خیابانی **شیشه** است. شکل رایج مت‌آمفتامین در کشور به شکل نمک سنگ خورد شده است. مت‌آمفتامین یک محرک آمفتامینی قوی و نسبتاً طولانی‌اثر است. برخلاف کوکائین که به صورت محدود و عمدتاً از خارج کشور به کشور وارد می‌شود، مت‌آمفتامین یک ماده صناعی است که در سال‌های اخیر در داخل کشور در آزمایشگاه‌های غیرقانونی تولید می‌شود. این موضوع کاهش قیمت و افزایش دسترسی به این ماده را به دنبال داشته است.

شایع‌ترین طریقه مصرف شیشه در کشور ما به صورت کشیدنی با استفاده از پایپ است. مصرف کشیدنی شیشه بر روی فویل آلومینیومی نیز انجام می‌شود. شیشه به صورت خوراکی در ترکیب با آب‌میوه یا سایر نوشیدنی‌ها استفاده می‌شود. مصرف تزریقی شیشه غیرشایع است، اما به خصوص در میان کسانی که در گذشته مواد افیونی را به صورت تزریقی مصرف می‌کردند، دیده می‌شود.

متیل‌فنیدیت و دکستروآمفتامین دو داروی محرک هستند که استفاده از آنها برای درمان **اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی** مورد تأیید قرار گرفته است. گزارش‌ها از مصرف غیرپزشکی این داروها به خصوص متیل‌فنیدیت با نام تجاری ریتالین در بین دانش‌آموزان و دانشجویان به منظور بیدار ماندن یا تقویت حافظه حکایت دارد.

۳،۴-متیلن‌دی‌آکسی‌مت‌آمفتامین^۱ یک ماده با خواص محرک است که با نام خیابانی **قرص اکس** یا **اکستیزی** به صورت خوراکی در بازار غیرقانونی مواد کشور ما در دسترس قرار دارد. به دلیل خواص سرتونریک این ماده خواص توهم‌زایی قوی دارد و در طبقه‌بندی DSM در گروه **مواد توهم‌زا طبقه‌بندی**

¹ 3,4-methylenedioxyamphetamine (MDMA)

می‌شود. ۳،۴-متیلن‌دی‌اکسی‌مت‌آمفتامین (قرص اکس) در دهه ۱۹۸۰ میلادی در بازار غیرقانونی رایج شد. در آن زمان مواد این دسته برای سیستم‌های قانونی شناخته شده نبود و نام مواد طراح^۱ بر آنها گذاشته شد، با این تصور که این مواد عمداً برای دوز زدن قانون تولید شده است، هر چند این موضوع به لحاظ تاریخی صحیح نبوده و تولید و مجوز اختراع این مواد به سال‌های قبل برمی‌گردد. مصرف اکستیزی در ایران در سال‌های اواخر دهه ۱۳۷۰ و در اوایل دهه ۱۳۸۰ شمسی رایج شد، اما با گسترش همه‌گیری مت‌آمفتامین مصرف آن در کشور رو به کاهش گذاشت.

به قرص اکس و گروهی از مواد همچون ال‌اس‌دی، گاما‌هیدرو بوتیرات^۲، کتامین، مت‌آمفتامین و قرص فلونیترازیپام مواد بزمی^۳ نیز گفته می‌شود. این مواد از کلاس‌های مختلف مواد هستند و نقطه مشترک آنها این است که در کلوب‌های شبانه و مهمانی‌ها مصرف می‌شوند.

در دهه ۱۹۹۰ میلادی، آزمایشگاه‌های غیرقانونی در کشورهای غربی شروع به تولید مت‌کاتینون^۴ صنعتی کردند. ماده‌ای که خواص آن مشابه کاتینون بوده و با نام‌های خیابانی مختلف مثل کت^۵، میومیو و کرانک به فروش می‌رسید. گسترش آن تا حدی به دلیل سهولت تولید غیرقانونی آن از افدرین یا پسودوافدرین بود. مصرف این ماده در کشور ما رایج نیست. در سال‌های اخیر مصرف فن‌اتیلن^۶، یک ماده ماده محرک شبه‌آمفتامینی با نام خیابانی کپتاگون^۷ در میان جنگجویان داعش در جنگ‌های جاری در کشورهای عراق و سوریه دیده شده است و برخی جنایات و رفتارهای غیرانسانی این گروه به مصرف این ماده منتسب می‌گردد.

نوروفارماکولوژی

به عنوان یک کلاس کلی از مواد، آمفتامین‌ها در گروه مواد نیروبخش^۸، سمپاتومیمتیک، محرک و محرک روانی^۹ طبقه‌بندی می‌شوند. تمام آمفتامین‌ها جذب خوراکی سریعی داشته و شروع اثر سریعی

¹ designer drug

² γ -hydroxybutyrate (GHB)

³ club drugs

⁴ methcathinone

⁵ CAT

⁶ fenetylline or phenethylamine (amphetaminoethyltheophylline)

⁷ captagon

⁸ analeptic

⁹ psychostimulant

دارند. آمفتامین‌ها همچنین محلول در آب بوده و در صورت مصرف تزریقی اثرات آنی ایجاد می‌کنند. مصرف تدریجی محرک‌های شبه‌آمفتامینی نیز رایج است و آن طور که گفته شد رایج‌ترین شیوه مصرف مت‌آمفتامین در کشور ما است.

بر خلاف این تصور غلط که برخی کسانی که مواد محرک مصرف می‌کنند مبنی بر آن که مصرف این گروه از مواد اعتیادآور نیست، مصرف محرک‌های آمفتامینی می‌تواند ولع و اجبار به مصرف ایجاد کند. مصرف مواد محرک همچنین باعث ایجاد تحمل فیزیولوژیک نسبت به دوزهای پایین و افزایش تدریجی میزان مصرف روزانه فرد می‌شود.

مصرف آمفتامین‌های کلاسیک نظیر مت‌آمفتامین، دکستروآمفتامین و متیل‌فنیدیت، اثرات خود را از طریق رهایش کاتکول‌آمین‌ها (دوپامین و نوراپی‌نفرین) خصوصاً دوپامین از پایانه‌های پیش‌سیناپسی اعمال می‌شوند. این موضوع از طریق تحریک مدار پاداش باعث تجربه احساس سرخوشی می‌شود. آمفتامین‌های طراح^۱ همچون اکستیزی منجر به رهایش کاتکول‌آمین‌ها (دوپامین و نوراپی‌نفرین) و سرتونین می‌شود. تحریک سیستم سروتونینی مسیر عصبی- شیمیایی اصلی اثرگذاری مواد توهم‌زا است. در نتیجه، محرک‌های طراح ترکیبی از اثرات آمفتامین‌های کلاسیک و مواد توهم‌زا ایجاد می‌کنند.

۳،۴-متیلن‌دی‌اکسی مت‌آمفتامین با نام خیابانی اکستیزی یا قرص اکس، ۳،۴-متیلن‌دی‌اکسی آمفتامین^۲، ۲،۵-دی‌متوکسی-۴-بروموآمفتامین^۳ و پارامتوکسی آمفتامین^۴ مجموعه موادی هستند که اثرات مشابه آمفتامین و ال‌اس‌دی (لیسرژیک اسید دی‌اتیل‌آمید)^۵ دارد یعنی ترکیبی از اثرات محرک و توهم‌زایی دارند.

خواص غیرمعمول این مواد در نتیجه اثرات متفاوت ایزومرهای راست‌گردان و چپ‌گردان آن است. ایزومرهای راست‌گردان اثرات توهم‌زا و ایزومرهای چپ‌گردان اثرات محرک اعمال می‌کنند. این مواد از طریق افزایش رهایش سروتونین اثرات توهم‌زایی خود را اعمال می‌کنند. مطالعات حیوانی نشان می‌دهد مصرف مواد این گروه علاوه بر عوارض محرک‌های شبه‌آمفتامینی با تخریب گسترده پایانه‌های پیش‌سیناپسی سیستم سروتونرژیک همراه است.

علاوه بر دستیابی به سرخوشی، مواد محرک آمفتامینی به دلایل دیگری نیز مورد سوءمصرف قرار

¹ designer

² MDA: 3,4-methylenedioxyamphetamine

³ DOB: 2,5-dimethoxy-4-bromoamphetamine

⁴ PMA: Paramethoxyamphetamine

⁵ LSD: Lysergic acid diethylamide

می‌گیرند. این دلایل عبارتند از:

- تقویت قوای شناختی در دانش‌آموزان و دانش‌جویان
- کاهش وزن به خصوص در زنان جوان
- بهبود کارکرد شغلی برای افراد شاغل
- بیدار ماندن طولانی در رانندگان جاده‌ای
- افزایش لذت رابطه جنسی
- افزایش انرژی و پیروزی در مسابقات برای ورزش‌کاران
- افزایش بی‌پروایی و کاهش خستگی در سربازان در جنگ

عوارض مصرف

عوارض روان‌پزشکی مرتبط با مصرف مواد محرک قابل ملاحظه است. مصرف مواد محرک همچون سایر مواد اعتیادآور می‌تواند منجر به ایجاد یک سندرم مشخص وابستگی یا اعتیاد شود که با اجبار به مصرف و تداوم مصرف علی‌رغم مواجهه با پیامدهای منفی مصرف مشخص می‌گردد. تفاوت‌های موجود بین سندرم وابستگی یا اعتیاد به مواد محرک و مواد افیونی منجر به بروز یک سوءتفاهم تاریخی درباره مواد محرک شده است و آن این است که: «مواد محرک اعتیادآور نیستند!» این موضوع حتی در مقاله سال ۱۸۸۴ زیگموند فروید مؤسس مکتب روان‌تحلیلی درباره کوکائین راه یافته است. در این مقاله^۱ او از اثرات مفید کوکائین تعریف کرده و آن را نوش‌دارویی بی‌ضرر برای درمان بسیاری از بیماری‌ها دیده است. به صورت جالب توجهی فروید استفاده از کوکائین را به عنوان علاجه برای اعتیاد به مورفین مطرح نموده که به خودی خود اعتیادآور نیست: «این کار فرد معتاد به مورفین را به یک کشاورز کوکا^۲ مبدل نمی‌کند، مصرف کوکائین موقتی خواهد بود». این موضوع که مصرف مواد محرک اجبار به مصرف ندارد و می‌توان با آن اعتیاد به مورفین را ترک کرد، یک باور غلط است که امروز نیز در میان افراد وابسته به مواد افیونی و بیماران روی درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست دیده می‌شود. بنابراین شاید بتوان گفت اولین عارضه روان‌پزشکی مصرف مواد محرک اعتیاد به محرک‌ها است. این موضوع با آن که بدیهی به نظر می‌رسد باید در آموزش‌ها مورد تأکید قرار گیرد، زیرا گروهی از مصرف‌کنندگان مواد محرک ابراز می‌کنند که از اعتیادآور بودن این گروه مواد بی‌اطلاع بوده‌اند.

¹ Über Coca

² coquero

بر خلاف این تصور غلط که برخی کسانی که مواد محرک مصرف می‌کنند مبنی بر آن که مصرف این گروه از مواد اعتیادآور نیست، مصرف محرک‌های آمفتامینی می‌تواند ولع و اجبار به مصرف ایجاد کند. مصرف مواد محرک همچنین باعث ایجاد تحمل فیزیولوژیک نسبت به دوزهای پایین و افزایش تدریجی میزان مصرف روزانه فرد می‌شود.

مهم‌ترین عوارض جسمی مصرف محرک‌های شبه‌آمفتامینی اثرات مغزی-عروقی، قلبی و گوارشی هستند. برخی عوارض تهدیدکننده حیات ناشی از مصرف مواد محرک عبارتند از: سکته قلبی، فشار خون حاد، سکته مغزی و ایسکمی روده‌ای. طیفی از علائم نورولوژیک از انقباض و سفتی عضلات تا تشنج، اغما و مرگ با مصرف دوزهای بالای آمفتامین‌ها مرتبط است.

مصرف مواد محرک با افزایش رفتارهای پرخطر جنسی شامل رابطه جنسی بدون محافظت و تعدد شرکای جنسی همراه است. مطالعات بین‌المللی نشان داده است کسانی که مواد محرک آمفتامینی مصرف می‌کنند ۲-۳ برابر بیشتر در معرض ابتلا به عفونت‌های منتقله از راه جنسی شامل کلامیدیا، سیفلیس، گنوره‌آ و اچ‌آی‌وی هستند. مصرف مواد محرک با عدم استفاده مداوم کاندوم، مصرف پیش از رابطه جنسی و ارتباط جنسی در ازای پول یا مواد ارتباط دارد. مصرف مواد محرک در افراد مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی منجر به پایین‌تری به رژیم درمان ضدویروسی و در نتیجه افزایش مقاومت و بار ویروسی می‌شود. مصرف مواد محرک در میان زنان تن‌فروش بالا بوده و زنان تن‌فروش مصرف‌کننده مواد محرک به دلیل مواجهه با عوامل خطرزای متعدد مرتبط با رفتارهای جنسی و مصرف مواد، به صورت خاص به ابتلا به عفونت‌های منتقله از راه جنسی آسیب‌پذیر هستند.

مطالعات اخیر بر روی مصرف تدخینی مواد محرک نشان داده است که استفاده مشترک از پایپ یک عامل خطر برای انتقال هپاتیت سی و احتمالاً عفونت اچ‌آی‌وی محسوب می‌شود. عفونت هپاتیت سی در مایع بزاقی، ترشحات بینی و پایپ‌های مورد استفاده افراد هپاتیت سی وجود دارد. پایپ‌های مورد استفاده در تدخین مواد محرک شیشه‌ای بوده و در حین مصرف این مواد شدیداً داغ می‌شوند. لبه‌های محل تماس پایپ با دهان ممکن است دارای لبه‌های تیز و برنده باشد. زخم‌های دهانی و سوختگی لب‌ها می‌تواند در اثر استفاده از این پایپ‌ها به وجود آید و قطره‌های خون کوچک باقی مانده بر روی لوله این پایپ‌ها، احتمالاً عفونت هپاتیت سی را به افراد دیگر واجد زخم‌های دهانی مشابه منتقل می‌نماید. مصرف

توزیعی مت‌آمفتامین با خطر بالای برای انتقال عفونت‌های منتقله از راه خون نظیر اچ آی وی و هیپاتیت سی و آندوکاردیت عفونی، آبسه ریوی، عفونت محل زخم و خراب شدن رگ‌ها همراه است.

بی‌اشتهایی متعاقب مصرف مواد محرک در کنار عادات تغذیه‌ای نامناسب و افزایش متابولیسم پایه منجر به کاهش وزن و تحلیل بافت‌های بدن می‌گردد. در نیمه اول قرن بیستم محرک‌های شبه‌آمفتامینی توسط پزشکان برای درمان چاقی تجویز می‌شد، اما نگرانی درباره اعتیاد و سایر عوارض ناشی از تجویز این داروها در دهه ۱۹۷۰ میلادی منجر به ممنوعیت استفاده از آن‌ها به این منظور گردید. این می‌تواند علت محبوبیت بالای محرک‌های شبه‌آمفتامینی در میان زنان جوان باشد. مطالعات نشان می‌دهد نسبت به اثر کاهنده اشتها در مصرف دوزهای پایین آمفتامین‌ها تحمل ایجاد شده و میزان دریافت غذای فرد خیلی زود به سطح اولیه برمی‌گردد.

تشدید پوسیدگی دندان‌ها و بیماری‌های التهابی لثه‌ها از دیگر عوارض جسمی ناشی از مصرف مواد محرک است که به آن اصطلاحاً دهان مت‌آمفتامینی^۱ گفته می‌شود.

در کوتاه‌مدت مواد محرک برای تقویت کارکرد و لذت رابطه جنسی استفاده می‌شود، اما مصرف طولانی مدت دوزهای بالای آن در مردان منجر به ناتوانی جنسی می‌شود.

مصرف محرک‌های آمفتامینی در بارداری منجر به کاهش وزن تولد، کاهش قد و دور سر، زایمان زودرس و تأخیر رشدی بعد از تولد می‌شود. خطر تأخیر رشد داخل رحمی با مواد محرک در مقایسه با مواد افیونی، سیگار و حشیش بالاتر است. مصرف محرک‌های آمفتامینی احتمال تأخیر رشد داخل رحمی را ۳-۳/۵ برابر بالا می‌برد (۱۵٪ در مقایسه با ۵٪ در زنان غیرمصرف‌کننده)، در حالی که سیگار کشیدن خطر افزایش یافته ۲ برابر دارد. کاهش خون‌رسانی رحم و جفت به دلیل انقباض عروقی ناشی از مصرف مت‌آمفتامین و در نتیجه کاهش انتقال اکسیژن و مواد مغذی به جنین به عنوان سازوکار تأخیر رشد داخل رحمی ناشی از مصرف مواد محرک مطرح شده است. مصرف مواد محرک در زنان باردار معمولاً با کیفیت پایین زندگی، مصرف مواد در همسر و مشکلات قانونی ارتباط دارد.

مصرف مواد محرک همچنین خطر پارگی جفت و پارگی زودرس پرده‌ها را بالا می‌برد. مشکلات دیگر همچون سقط خودبه‌خودی، زایمان زودرس، ناهنجاری‌های مادرزادی، نقایص رفتاری و رشدی در نوزاد و مشکلات شیرخوردن با شیوع بیشتری دیده می‌شود، البته در این گونه موارد تمام مشکل قابل انتساب

¹ meth mouth

به مصرف مواد محرک نیست بلکه عوامل دیگر همچون سیگار کشیدن، سوء تغذیه، عدم دریافت مراقبت بارداری کافی، عفونت‌ها، سبک زندگی نامناسب و فقر نیز دخیل هستند.

قطع مصرف مت‌آمفتامین در طول بارداری می‌تواند سلامت کودک را بهبود بخشد. در یک مطالعه نشان داده شد وزن تولد و دور سر کودکان متولد شده از زنانی که در طول بارداری مت‌آمفتامین استفاده کرده بودند به صورت معنی‌داری از کودکان متولد شده از زنانی که فقط در سه ماهه اول و دوم آن را مصرف کرده بودند، پایین‌تر بود.

به جز اعتیاد سایر عوارض روان‌پزشکی ناشی از مصرف مواد محرک شامل افسردگی، اضطراب، حملات هول (پانیک)، خودکشی و پسیکوز می‌شود. یکی از برجسته‌ترین پیامدهای روان‌پزشکی مصرف مت‌آمفتامین القای جنون یا پسیکوز در فرد است که می‌تواند از نظر بالینی آن قدر شدید باشد که نتوان آن را از اسکیزوفرنی پارانوئید افتراق داد. شایع‌ترین هذیان در پسیکوز القاء‌شده توسط مت‌آمفتامین **هذیان‌های گزند و آسیب هستند و توهم‌های شنوایی و بینایی** در درجات بعدی قرار می‌گیرند. اقلیتی از بیماران علائم منفی را تجربه می‌کنند. هذیان بی‌وفایی نسبت به همسر یا شریک زندگی در مصرف‌کنندگان مواد محرک شایع بوده و می‌تواند منجر به اعمال رفتارهای محدودکننده یا خشونت نسبت به او شود.

در گروهی از بیماران علائم پسیکوز ممکن است فقط در طول دوره مسمومیت حاد یا نشئگی با مت‌آمفتامین دیده شود. در این گونه موارد معمولاً علائم جنون با حالت سرسام یا دلیریوم همراه است و به آن دلیریوم ناشی از مسمومیت مواد محرک گفته می‌شود. در گروه دیگری از بیماران متعاقب مصرف مزمن مواد محرک علائم جنون بدون تغییر حالت هوشیاری و جهت‌یابی دیده می‌شود که به آن پسیکوز القاء‌شده از اثر مواد محرک می‌گویند.

افراد بهبودیافته از پسیکوز ناشی از مصرف مواد محرک، حساسیت تشدید شده نسبت به این مواد داشته که به این حالت اصطلاحاً **تحمل معکوس^۱** می‌گویند. این افراد در صورت لغزش و عود به مصرف مواد محرک، با مصرف دوز کمی از ماده مجدداً علائم پسیکوز را تجربه می‌کنند. مواجهه با تنش‌های روانی، اجتماعی می‌تواند همچنین بدون مواجهه عملی مجدد با ماده، خطر عود به سایکوز القاء‌شده توسط مت‌آمفتامین را تشدید کند.

با مصرف مواد محرک مصرف‌کنندگان دچار رفتارهای اجبار گونه^۲ و تکراری^۳ چون بازرسی اشیاء و

¹ reverse tolerance

² compulsive

³ repetitive

وسایل، شمارش اجسام، جمع کردن وسایل بی ارزش یا فاقد ارزش برای بیمار^۱، حرکات تکراری در اندام‌ها، تکرار ژست‌های خاص و تکیه کلام‌های به خصوص، دست زدن اجباری به برخی وسایل یا مردم، کندن موها^۲ و ابروها، کندن پوست و حاشیه ناخن‌ها و لب‌ها حتی تا حد مجروح کردن آنها، بازی با لباس‌ها و کشیدن و کندن نخ پارچه‌ها و جویدن انگشتان و لباس‌ها و یا اجسام مختلف می‌شوند. در عده‌ای دیگر رفتارهای تکراری جنبه خالص حرکتی داشته و مصرف‌کنندگان دچار تیک صوتی، بدنی یا در صورت می‌شوند. رفتارهایی چون کندن پوست دست و موها ممکن است با اقدام برخی بیماران در خارج ساختن موجودات خیالی زیر پوستی که ناشی از پسیکوز و هذیان‌های بدنی^۳ است، اشتباه شود. در حالات اخیر بیماران به شیوه‌ای هذیانی و غیرقابل استدلال باور دارند که در زیر پوست آنها حشرات، انگل‌ها، کرم‌ها یا موجودات کوچکی زندگی می‌کنند و ایشان سعی می‌کنند به کمک ناخن، سوزن یا چاقو آنها را خارج نمایند. معمولاً نیز از بافت‌های طبیعی بدن بعد از کندن به عنوان قطعات بدن انگل تعبیر می‌شود. البته فراموش نکنید که وجود هم‌زمان حالات اجبارگونه و تکراری و حالات هذیانی نه تنها غیر ممکن نیست بلکه شایع نیز بوده و گاهی نمی‌توان انگیزه بیمار را از کندن و مجروح کردن خود به درستی درک کرد.

مصرف همچنین مت‌آفتمین با سطوح افزایش یافته **تکانش‌گری** همراه است. تکانش‌گری خطر اقدامات خشونت‌آمیز نسبت به خود (خودزنی، خودکشی) و دیگران (پرخاش‌گری، دیگركشی) را بالا می‌برد. پرخاش‌گری و خشونت از جمله علایم بسیار شایع مصرف مواد محرک است. بیماران تحریک‌پذیر^۴ شده و در اثر محرک‌های بیرونی یا بروز ناکامی سریعاً پرخاش‌گر می‌شوند. در عده‌ای دیگر پرخاش‌گری برخواسسته از حالات بدبینی و یا حالات توهمی و هذیانی است. حملات هدمند و کور خشم، شکستن وسایل منزل، ضرب و جرح اطرافیان، نزاع‌های خیابانی و خودزنی در جریان عصبانیت شایع است. متأسفانه عده‌ای نیز به آسیب جدی به دیگران، خشونت خانگی، کودک‌آزاری و قتل مبادرت می‌نمایند.

در جدول ۳-۸ خطرات مصرف مواد محرک به ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر آورده شده است.

¹ hoarding

² trichotillomania

³ somatic delusions

⁴ irritable

جدول ۳-۸- خطرات مصرف مواد محرک به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن، دهیدراتاسیون، کاهش مقاومت به عفونت	
دشواری در تمرکز و به خاطر آوردن چیزها	
نوسانات خلقی، اضطراب، افسردگی، بی‌قراری، شیدایی (مانیا)، هول (پانیک)، بدبینی (پارانویا)	
تیک، رفتارهای تکراری و اجباری	
مسمومیت، قفل شدگی فک، اسپاسم عضلانی، آریتمی قلبی	
عفونت‌های منتقله از راه جنسی نظیر گنوره آ (سوزاک)، سیفلیس و اچ آی وی	
پسیکوز (جنون) بعد از مصرف مستمر و/یا دوزهای بالا، پرخاش‌گری و خشونت	
سکته قلبی، سکته مغزی، مرگ	

داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور

داروهای آرام‌بخش، ضد اضطراب و خواب‌آور در درمان اختلالات روان‌پزشکی و تشنج و به عنوان شل‌کننده عضلانی، داروی بی‌هوشی و داروهای کمکی بی‌هوشی کاربرد دارند. الکل با تمام مواد این گروه تحمل متقاطع نشان می‌دهد. مصرف غیرپزشکی این داروهای می‌تواند منجر به وابستگی جسمی و روان‌شناختی شود.

داروهای این دسته شامل سه دسته اصلی هستند:

- بنزودیازپین‌ها
- داروهای خواب‌آور غیربنزودیازپینی (مثل زولپیدم)
- باربیتورات‌ها

بنزودیازپین‌ها رایج‌ترین مواد این دسته هستند. انواع مختلف بنزودیازپین‌ها در بازار دارویی کشور در دسترس هستند. تفاوت اصلی بنزودیازپین‌ها با یکدیگر در **نیمه‌عمر** آنها است. بنزودیازپین‌ها شایع مورد استفاده در کشور شامل آلپرازولام، دیازپام، کلونازپام، اکسازپام، فلورازپام و کلردیازپوکساید می‌شود. باین داروها در درمان اختلالات اضطرابی، خواب و وابستگی به الکل کاربرد دارند. افزایش آگاهی درباره خطر وابستگی به بنزودیازپین‌ها منجر به توصیه راهنماهای بالینی به رعایت احتیاطات لازم هنگام تجویز این داروها برای بیماران شده است. هر گونه مصرف این داروها باید زیر نظر پزشک با دوز و برای دوره

زمانی مشخص (معمولاً ۴ هفته) باشد.

داروهای خواب‌آور غیربنزودیازپینی همچون زولپیدم، زالپون، زوپیکلون و... که اصطلاحاً به آنها داروهای زد^۱ گفته می‌شود، اثرات بالینی مشابه بنزودیازپین‌ها دارند. در گذشته تصور می‌شد این داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف نبوده و اعتیادآور نیستند. تجربه چند ساله در تجویز زولپیدم و سایر داروهای این دسته نشان می‌دهد که این موضوع صحت نداشته و سوءمصرف و وابستگی با این داروها نیز می‌تواند رخ دهد.

قبل از معرفی بنزودیازپین‌ها، باریتورات‌ها به صورت گسترده برای درمان اضطراب، بی‌خوابی و تشنج مورد استفاده قرار می‌گرفت. به دلیل پتانسیل سوءمصرف بالای باریتورات‌ها و در دسترس قرار گرفتن داروهای ضد تشنج جدید، امروزه کاربرد بالینی باریتورات‌ها بسیار محدود شده است. فنوباریتال یک باریتورات کوتاه‌اثر با نیمه‌عمر ۶-۳ ساعت در بازار دارویی کشور در دسترس است.

نوروفارماکولوژی

عمده اثرات بنزودیازپین‌ها و باریتورات‌ها از طریق اثرگذاری بر روی کمپلس گیرنده گابا نوع A (GABA_A)^۲ اعمال می‌شود که از یک کانال یونی کلر، یک جایگاه اتصال برای گابا و یک جایگاه اتصال مشخص برای بنزودیازپین‌ها تشکیل شده است. تصور می‌شود باریتورات‌ها نیز به جایی بر روی کمپلکس گیرنده گابا A متصل می‌شوند. اتصال داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور به گیرنده گابا منجر به باز شدن کانال و انتقال یون کلر منفی به داخل نورون می‌شود که بر روی نورون اثر مهاری دارد. سازوکار ایجاد تحمل نسبت به اثر بنزودیازپین‌ها به خوبی شناخته شده است. با مصرف طولانی‌مدت این داروها، اثر دارو بر روی گیرنده کاهش پیدا می‌کند. این تنظیم رو به پایین گیرنده^۳ در نتیجه کاهش تعداد یا تمایل گیرنده به گابا ایجاد نمی‌شود، بلکه زیربنای تنظیم رو به پایین گیرنده، جفت شدن جایگاه اتصال گابا و فعال‌سازی کانال یونی کلرید است.

عوارض مصرف

بنزودیازپین‌ها ممکن است به صورت گاهگاهی برای دستیابی به حالات سرخوشی مصرف شود. این

¹ Z drugs

² GABA_A: γ -aminobutyric acid (GABA) type A

³ downregulation

الگوی مصرف غیرپزشکی بنزودیازپین‌ها معمولاً در جوانان دیده می‌شود. حتی مصرف گاهگاهی بنزودیازپین‌ها می‌تواند منجر به عوارضی همچون بیش‌مصرفی (اوردوز)، تصادفات و جراحات عمدی و غیرعمدی شود. برون‌ریزی هیجانی، مهارگسیختگی، حملات خشم، پرخاش‌گری و نزاع ممکن است رخ دهد. مصرف هم‌زمان الکل و سایر مواد مضعف دستگاه اعصاب مرکزی خطر بروز عوارض را تشدید می‌کند. در این حالت، اثرات ناشی از مصرف بنزودیازپین‌ها علاوه بر نوع ماده و دوز مصرفی به شخصیت و انتظارات فرد از مصرف و پس‌زمینه‌ای که در آن ماده مصرف‌شده بستگی دارد.

الگوی مصرف غیرپزشکی مستمر بنزودیازپین‌ها معمولاً در افراد میانسال دیده می‌شود که متعاقب به قصد خوددرمانی یک مشکل روان‌پزشکی مصرف آن را شروع نموده، اما به مصرف آن برای مدت طولانی ادامه می‌دهند. این الگو همچنین ممکن است در کسانی دیده شود که بنزودیازپین‌ها توسط پزشک برای آنها تجویز شده اما آنها دارو را با دوز یا طول‌مدت بیش از آنچه پزشک تجویز نموده مصرف می‌کنند.

تحمل و وابستگی به داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور می‌تواند پس از یک دوره کوتاه مصرف ایجاد و ترک از این داروها می‌تواند بسیار ناخوشایند باشد. علائم ترک شامل اضطراب شدید و هول، بی‌خوابی، افسردگی، سردرد، تعریق و تب، تهوع و استفراغ و تشنج است.

احتمال بیش‌مصرفی ناشی از بنزودیازپین‌ها در مقایسه با باربیتورات‌ها پایین‌تر است. گرچه، در صورت مصرف آن‌ها با سایر مواد مثل الکل، استامینوفن یا مواد افیونی، خطر بیش‌مصرفی و مرگ به صورت قابل توجهی افزایش می‌یابد.

مصرف تزریقی بنزودیازپین‌ها کمتر شایع است. به دلیل دسترسی محدودتر به بنزودیازپین‌ها تزریقی افرادی که درگیر این رفتار هستند برای تهیه نسخه دیازپام تزریقی به پزشکان متعدد مراجعه نموده یا برای اخذ دیازپام تزریقی بدون نسخه به داروخانه‌های مختلف مراجعه و در صورت عدم موفقیت ممکن است پرخاش‌گری یا مزاحمت ایجاد نمایند. مصرف تزریقی بنزودیازپین‌ها با خطر افزایش یافته برای انتقال عفونت‌های منتقله از راه خون (اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی)، عفونت محل زخم، سلولیت پوستی، عوارض عروقی، تزریق تصادفی در شریان و واکنش افزایش حساسیت می‌شود. مصرف تزریقی بنزودیازپین‌ها باعث ایجاد تحمل سنگین شده و قطع مصرف آن محرومیت شدید به دنبال خواهد داشت.

بیش‌مصرفی با باربیتورات‌ها خطرناک بوده و مصرف دوزهای حدود ۱۰ برابر (در دامنه ۳ تا ۳۰ برابر) دوزهای درمانی می‌تواند کشنده باشد. برخلاف باربیتورات‌ها، بنزودیازپین‌ها حاشیه ایمنی بیشتری دارند

و نسبت دوز کشنده آنها به دوزهای درمانی در حدود یک به ۲۰۰ یا بیشتر است. مصرف هم‌زمان بنزودیازپین‌ها با سایر مواد مضعف دستگاه اعصاب مرکزی اثر هم‌افزا بر روی سرکوب تنفسی دارد. در صورت مصرف هم‌زمان با سایر مواد دوزهای معمول بنزودیازپین‌ها می‌توانند کشنده باشند. در جدول ۳-۹ خطرات مصرف داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور به ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر آورده شده است.

جدول ۳-۹- خطرات مصرف داروهای آرام‌بخش‌ها و خواب‌آور به ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر

خواب‌آلودگی، گیجی و تیرگی شعور	
دشواری در تمرکز و به خاطر آوردن چیزها	
تهوع، سردرد، عدم تعادل در راه رفتن	
دشواری در خواب	
اضطراب و افسردگی	
تحمل و وابستگی در مصرف خودسرانه	
علائم محرومیت شدید شامل تشنج و پسیکوز (جنون)	
بیش مصرف و مرگ در صورت مصرف با الکل، ترکیبات افیونی و سایر مواد سرکوب‌کننده	

فصل چهارم: نحوه برقراری ارتباط مؤثر

عناوین فصل

- مقدمه
- مراحل تغییر رفتار
- دلایل عدم تمایل به تغییر رفتار
- آشنایی با ماهیت انگیزه
- نکاتی برای برقراری ارتباط مناسب
- اجزای ارتباط مؤثر

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود:

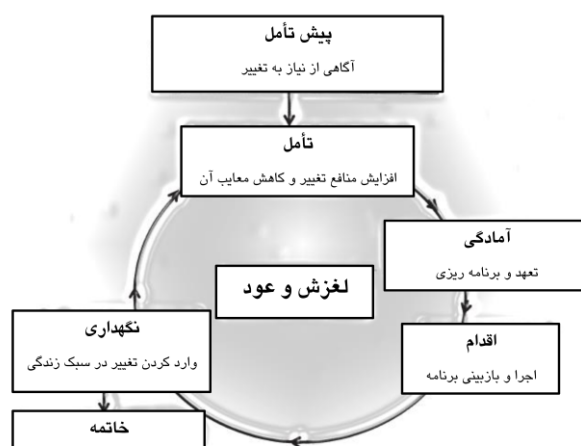
- مراحل تغییر رفتار را بشناسید.
- دلایل عدم تمایل به تغییر رفتار مثبت را بدانید.
- با ماهیت انگیزه برای تغییر رفتار آشنا شوید.
- اصول و اجزای برقراری یک ارتباط مؤثر برای ارائه خدمات را بشناسید.

گام نخست در ارایه خدمات، ایجاد ارتباط مناسب و مؤثر با مراجع است. برقراری ارتباط با گروه‌های هدف یکی از کلیدی‌ترین فعالیت‌ها برای ارایه کلیه خدمات اختلالات مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. رابطه‌ای که پذیرش، احترام، اعتماد و فهم را به همراه دارد سنگ بنای ارائه موفق خدمات و ایجاد تغییرات مثبت هستند. ارایه‌دهندگان خدمات اختلالات مصرف مواد، باید با مجموعه‌ای از مهارت‌های پایه در زمینه ارایه مداخلات آموزشی و روان‌شناختی به این گروه از خدمت‌گیرندگان آشنا باشد.

مراحل تغییر رفتار

کسانی که مصرف دخانیات، الکل یا مواد دارند سطوح متفاوتی از آمادگی و انگیزه برای تغییر رفتار نشان می‌دهند. برای برقراری ارتباط مؤثر با آنها، ارایه‌دهندگان مراقبت سلامت باید درک صحیحی از ماهیت انگیزه داشته و بتوانند متناسب با میزان آمادگی فرد برای تغییر رفتار مراقبت متناسب ارایه دهند. روان‌شناختی‌سان یک مدل فرانظری^۱ برای توضیح فرآیند تغییر رفتار با یا بدون دریافت مداخله توصیف کرده‌اند. در این رویکرد افراد برای اصلاح رفتارهای مشکل‌آفرین خود از مجموعه‌ای از مراحل عبور می‌کنند. آشنایی با مراحل تغییر و میزان آمادگی افراد برای تغییر رفتار نیز می‌تواند به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت برای تک‌دوزی مراقبت‌های سلامت کمک کند.

شکل ۴-۱- مراحل تغییر رفتار



¹ tran-theoretical

این مراحل عبارتند از:

- **پیش‌تأمل^۱ یا پیش‌تردید:** مرحله‌ای است که در آن افراد به تغییر فکر نمی‌کنند.
 - **تأمل^۲ یا تردید:** در این مرحله افراد شروع به در نظر گرفتن این موضوع می‌کنند که مشکل دارند و امکان و هزینه‌های تغییر رفتار را سبک و سنگین می‌کنند.
 - **آمادگی^۳ یا تصمیم^۴:** در این مرحله فرد تصمیم خود را برای تغییر رفتار می‌گیرد.
 - **اقدام^۵:** در این مرحله فرد تغییر رفتار را شروع می‌کند. این مرحله به صورت طبیعی ۶-۳ ماه طول می‌کشد.
 - **نگهدارنده^۶:** پس از پشت سر گذاشتن موفق مرحله اقدام فرد وارد مرحله نگهدارنده یا تغییر طول کشیده می‌شود. در صورتی که فرد در تغییر رفتار شکست خورده و دچار عود شود فرد یک چرخه جدید را آغاز خواهد کرد.
- این فرآیند معمولاً با لغزش‌ها و عودهای مکرر در مراحل اقدام و نگهدارنده همراه است، با این وجود بسیاری از افرادی که دچار عود می‌شوند مجدداً وارد مرحله پیش‌تأمل و فرآیند تغییر می‌شوند. از دیدگاه نظریه مراحل تغییر، کار ارایه‌دهندگان خدمات سلامت این است که ببینند که فرد در حال حاضر در کدام مرحله تغییر است و به او کمک می‌کنند در مراحل تغییر به سمت دستیابی به موفقیت طولانی‌مدت پیش بروند. شواهد تجربی در حمایت از مراحل چرخه تغییر محدود است، با این حال این مدل چارچوبی کاربردی برای درک فرآیند تغییر رفتار فراهم می‌نماید. مراحل چرخه تغییر رفتار در شکل ۴-۱ نشان داده شده است.
- در مراقبت اولیه سلامت هدف این است که به مراجع کمک شود دو موضوع اساسی را در نظر بگیرد:
- نخست آن که چقدر مصرف دخانیات، الکل و مواد برای او مشکل به بار آورده و این رفتار چگونه زندگی او را (چه مثبت و چه منفی) تحت تأثیر قرار می‌دهد. به هم خوردن تعادل بین مزایا و معایب مصرف مواد به نفع تغییر رفتار برای حرکت از مرحله تأمل به تصمیم اهمیت بالایی دارد.
 - دوم، مراجع دریابد که تغییر برای او امکان‌پذیر بوده و منافع ناشی از تغییر رفتار را در نظر بگیرد. در

¹ contemplation

² pre-contemplation

³ preparation

⁴ determination

⁵ action

⁶ maintenance

مرحله اقدام یا تصمیم، قصد مراجع برای اقدام به تغییر رفتار کاملاً روشن می‌شود. این تغییر تحت تأثیر تجارب پیشین فرد در اقدام به تغییر قرار می‌گیرد. افرادی که اقدامات مکرر ناموفق در تغییر رفتار داشته‌اند، برای شروع تغییر رفتار به تشویق بیشتری نیاز خواهند داشت. آشنایی با چرخه تغییر به ارایه‌دهندگان خدمات سلامت کمک می‌کند تا با مراجع همدلی نموده و راهبردهای مداخله‌ای خود را جهت‌دهی کند. گرچه افراد از مراحل تغییر به روش خود عبور می‌کنند، سرعت و کارآمدی حرکت در چرخه در افراد مختلف متفاوت است. هدف کمک به فرد برای پیش‌رفت از یک مرحله تغییر به مرحله بعد با سرعت مناسب و به نحوی اثربخش است.

دلایل عدم تمایل به تغییر رفتار

به صورت ساده می‌توان گفت، مراجعه‌کنندگان برای تغییر رفتار خود در زمینه مصرف مواد و سایر رفتارهای مرتبط با سلامتی باید به این شناخت برسند که اقدام به تغییر رفتار برای‌شان مهم است و دستیابی به آن شدنی است. در صورتی که فرد تغییر رفتار برای‌ش مهم نباشد یا دستیابی به آن برای‌ش غیرممکن و دور از دسترس به نظر برسد، تمایل کافی برای اقدام از خود نشان نخواهد داد. روان‌شناسان دلایل عدم تمایل به تغییر رفتار را در مصرف‌کنندگان مواد به ۵ دسته طبقه‌بندی می‌کنند که به آن 5Rs نیز گفته می‌شود:

لذت بردن^۱

افرادی که لذت بردن را به عنوان علت عدم تمایل به تغییر ذکر می‌کنند، معمولاً در اوایل مصرف خود هستند و هنوز با پیامدها و عوارض منفی ناشی از مصرف مواد مواجه نشده‌اند و یا اگر مواجه شده‌اند به دلیل احساس لذت بیشتر ناشی از مصرف مواد آنها را نادیده می‌گیرند. در این گروه لذت و سرخوشی مواد به حدی است که از دید فرد تغییر رفتار مصرف مواد مهم نیست. در صورتی که با افرادی که در این مرحله قرار دارند، مقابله نموده و به آنها بگوییم که معتاد هستند و نمی‌توانند مواد را ترک کنند، اظهار خواهند کرد که هر موقع بخواهند می‌توانند مصرف مواد را قطع کنند، اما نمی‌خواهند این کار را بکنند. در واقع توان خود را برای تغییر رفتار بالا می‌دانند و اعتماد به نفس بالایی برای ترک داشته و احساس ناتوانی و درماندگی نمی‌کنند.

¹ revealing

عناد و سرکشی^۱

در برخی مصرف‌کنندگان مواد ممکن است، علت عدم تمایل به تغییر رفتار عناد یا سرکشی باشد. افراد در این مرحله مصرف مواد را نوعی حق خود می‌دانند و آن را نشانه اقتدار و استقلال خود می‌دانند. این افراد معمولاً در سنین نوجوانی و جوانی بوده و با اعمال قدرت و نظر دیگران مشکل جدی دارند. افراد در این مرحله مشکلات ناشی از مصرف مواد را می‌پذیرند، اما آن را یک امر شخصی و خصوصی می‌دانند که کسی حق ندارد درباره آن به آنها امر و نهی کند. برای این گروه از افراد مصرف مواد نوعی نشانه خودمختاری فرد و استقلال او از مراجع اقتدار در محیط است.

دلیل تراشی^۲

افراد در این گروه دلایل ظاهراً موجهی برای عدم تمایل به تغییر رفتار دارند. آنها رفتار خود را چندان مخرب نمی‌بینند و حتی خواص مثبت متعددی را به مواد مختلف نسبت می‌دهند. مثلاً می‌گویند مصرف تریاک اثر پایین‌آورنده قند خون دارد یا مصرف الکل باعث دفع سموم از بدن شده و خطر بیماری‌های قلبی، عروقی را کاهش می‌دهد. این افراد معتقدند مصرف مواد باعث طول عمر می‌شود و ممکن است از برادر، پدر یا عموی خود مثال بیاورند که تا زمانی که تریاک مصرف می‌کرد، هرگز نیاز به پزشک پیدا نکرده بود، اما به محض آن که آن را کنار گذاشت، دچار بیماری شد و فوت کرد. افراد این گروه در واقع دلایل به ظاهر علمی و منطقی برای استمرار مصرف مواد خود اقامه می‌کنند و حتی ممکن است ارایه‌دهندگان مراقبت سلامت را برای مصرف مواد تشویق نمایند. این افراد اکثراً حاضر جواب و اهل بحث بوده و ارایه‌دهندگان مراقبت سلامت را با دلیل‌تراشی‌های مختلف به چالش می‌کشند. آنها ممکن است عوارض مواد را بپذیرند اما معتقدند در مقایسه با رفتارهای جایگزین این رفتارشان قابل قبول است.

طفره رفتن و بی‌میلی^۳

این گروه از افراد، کسانی هستند که از اقدام به تغییر رفتار طفره می‌روند، تغییر را دشوار و پردرد سر می‌دانند و احساس می‌کنند انرژی تغییر را ندارد. فرد در این مرحله می‌پذیرد که تغییر رفتار برایش مهم است، اما احساس می‌کند به سهولت برایش شدنی نیست. در واقع عامل بازدارنده برای اقدام به تغییر

¹ rebelling

² rationalization

³ reluctance

رفتار بیشتر اینرسی است. در بسیاری از موارد این افراد به جنبه‌های منفی رفتار اذعان دارند، اما اقدام به تغییر رفتار را به تأخیر می‌اندازند. در این مرحله مصرف‌کنندگان مواد چندان سرسخت نیستند، بلکه بیشتر بی‌انگیزه‌اند.

بسیاری از افراد در رفتارهای پرخطر مرتبط با سلامتی در این وضعیت قرار دارند. برای مثال، بسیاری از ما به رغم آن که به اهمیت و ضرورت ورزش واقف بوده و خطرات بی‌تحرکی بر سلامتی خود را می‌دانیم اما به دلایلی همچون بی‌انرژی، وقت نداشتن و... از شروع یک برنامه ورزشی منظم طفره رفته و آن را به تأخیر می‌اندازیم.

وادادن و تسلیم شدن^۱

افراد در این گروه به عوارض مخرب رفتار خود اشراف دارند، اما توان تغییر را در خود نمی‌بینند و آن را بسیار ناممکن تلقی می‌کنند. این افراد اکثراً در دوره میانسالی عمر خود هستند و احساس می‌کنند هر گونه بهبود و تغییر مثبت در شرایط زندگی، دیگر برای شان ممکن نیست و به نوعی دیدگاه «دیگر از ما گذشته است» باور دارند. بنابراین گروه از افراد تغییر رفتار تغییر را مهم، اما برای خود غیرممکن تلقی می‌کنند.

در صورت مواجهه با مقاومت در افراد برای کاهش یا قطع مصرف مواد و حتی سایر رفتارهای مشکل‌آفرین، کارکنان مراقبت سلامت می‌توانند با گوش دادن همدلانه به صحبت‌های فرد، دلایل فرد برای عدم تغییر رفتار را در قالب یکی از پنج گروه بالا شناسایی کنند. شناسایی دلایل عدم تمایل به تغییر رفتار شناخت ما را از زیرساخت‌های شناختی و رفتاری آن گسترش داده و به ما کمک می‌کند تا مداخله خود را متناسب با خصوصیات فرد ارایه دهیم.

آشنایی با ماهیت انگیزه

در شکل ۴-۲ سیر تقویت مثبت و منفی ناشی از مصرف مواد و اثر آن بر روی انگیزه برای تغییر رفتار نشان داده شده است:

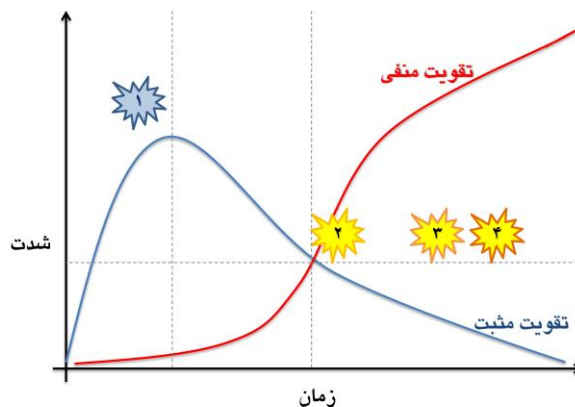
- در شروع مصرف مواد با آشنا شدن فرد با اثرات مصرف مواد و شکل‌گیری انتظارات فرد از اثرات مثبت آن، احساس لذت ذهنی یا به زبان روان‌شناختی رفتاری، تقویت مثبت ناشی از مصرف مواد

¹ resignation

تدریجاً افزایش می‌یابد.

- پس از مدتی اثر تقویت‌کنندگی مواد تدریجاً شروع به کاهش می‌کند (نقطه ۱ در شکل ۴-۲). این موضوع هم مبنای زیستی داشته و هم مبنای شناختی دارد. از منظر زیستی ایجاد تحمل به مواد باعث می‌شود مصرف مواد برای فرد دیگر سرخوشی آور نباشد. از منظر روان‌شناختی نیز تجربه مصرف مواد تازگی خود را برای فرد از دست می‌دهد و منجر به عادی شدن موضوع برای فرد می‌شود. در این مرحله به دلیل قوی‌تر بودن تجربه ذهنی تقویت مثبت ناشی از مصرف مواد، انگیزه درونی برای اقدام به تغییر رفتار پایین است.
- با گذشته زمان و پیش‌رفت سیر بیماری، عوارض و پیامدهای منفی ناشی از مصرف مواد ظاهر می‌شوند که در اوایل مصرف کم بوده و تدریجاً افزایش پیدا می‌کند. در نتیجه به صورت طبیعی در سیر مصرف مواد نقطه‌ای وجود دارد که عوارض ناشی از مصرف مواد از منافع آن بیشتر می‌شود و فرد احساس می‌کند پاداش مواد در ازای کارایی آن دیگر ارزش ندارد (نقطه ۲ در شکل ۴-۲).
- به لحاظ منطقی فرد در این نقطه باید مصرف مواد خود را قطع کند، اما عملاً در آنجا فرد اقدام به تغییر نمی‌کند، بلکه در زمانی دیرتر و معمولاً متعاقب بروز بحران‌های شدید در زندگی همچون تهدید همسر به طلاق، ترس از از دست دادن شغل یا بروز بیماری‌های جسمی و روان‌پزشکی جدی فرد تصمیم به ترک مواد می‌گیرد (نقاط ۳ و ۴ در شکل ۴-۲). آنچه در بالا توضیح داده شد سیر طبیعی درگیری با مصرف مواد است.

شکل ۴-۲- سیر تقویت مثبت و منفی در مصرف مواد



بسیاری از مواقع از افراد مبتلا به اعتیاد، خانواده آنها یا حتی گاه کارکنان مراقبت سلامت می شنویم که «افراد مبتلا به اعتیاد بهبود پیدا نمی کنند، مگر آن که خودشان بخواهند» یا «به انتهای خط برسند». به عبارت دیگر این دیدگاه معتقد است برای افراد مبتلا به این مشکل، نظام‌های ارایه خدمات و مراقبت‌ها کاری نمی‌توانند بکنند، بلکه باید صرفاً منتظر شد تا عوارض و پیامدهای منفی و ناگوار ناشی از اعتیاد به جایی برسد که فرد مستأصل شده و تصمیم به تغییر رفتار بگیرد. پرسشی که این جا مطرح می‌شود این است که این موضوع تا چه حد صحت دارد. برای پاسخ به این سؤال آشنایی با ماهیت انگیزه در اعتیاد کمک‌کننده است.

یک واقعیت مهم که باید درباره ماهیت انگیزه دانست، آن است که بر خلاف تصور عموم مردم انگیزه برای تغییر رفتار حالت ثابت^۱ نداشته و این طور نیست که یا وجود داشته باشد یا وجود نداشته باشد. در مقابل، مطالعات شناختی نشان داده است که میزان انگیزه برای تغییر رفتار ماهیت متغیر و پویا^۲ داشته و به مجموعه‌ای از حالات درونی و عوامل بیرونی بستگی دارد. یکی از یافته‌های مهم در پژوهش‌های انجام شده روی مداخلات انگیزشی در مصرف مواد آن است که سبک برخورد ارایه‌دهنده مراقبت در تقویت انگیزه برای تغییر رفتار و یا تضعیف آن جایگاه مهمی را به خود اختصاص می‌دهد. در دیدگاه پویا نسبت به انگیزه تمایل افراد برای تغییر مثبت در زمینه سلامت تدریجاً تکامل می‌یابد و می‌تواند تحت تأثیر مراقبت‌ها و خدمات سلامت قرار گیرد.

میزان انگیزه برای تغییر رفتار ماهیت متغیر و پویا داشته و به مجموعه‌ای از حالات درونی و عوامل بیرونی از جمله سبک برخورد ارایه‌دهنده مراقبت بستگی دارد.

مطالعات رفتاری نشان می‌دهد بیشتر تغییرات رفتاری مثبت در بهبودی از مصرف مواد و حتی سایر تغییرات مثبت رفتاری در سبک زندگی به تدریج و با هدف دستیابی به اهداف کوچکتر و پلکانی رخ می‌دهد و در طول زمان انگیزه فرد تکامل پیدا می‌کند. جالب این جا است گروه‌های خودیاری^۳ سیاست خود را برای حفظ انگیزه تغییر رفتار به یک روز تقلیل داده‌اند. شعاری در گروه‌های خودیاری وجود دارد

¹ static

² dynamic

³ self-help

که می‌گوید: «فقط برای امروز!». افرادی که توانسته‌اند در دستیابی به پرهیز و تغییر رفتار موفق باشند، می‌دانند که انتظار داشتن انگیزه بالا برای عدم مصرف مواد در تمام طول عمر در تغییر رفتار مصرف مواد غیرواقع‌گرایانه است و فقط کافیست فرد بتواند هر روز برای همان روز انگیزه خود را برای حفظ پرهیز و استمرار در مسیر حفظ کند، کافیست.

در برابر دلایل عدم تمایل به تغییر رفتار مثبت، افراد مجموعه‌ای از دلایل را به عنوان انگیزه خود برای تغییر رفتار مصرف مواد ابراز می‌کنند. انگیزه فرد برای تغییر رفتار می‌تواند بیرونی^۱ یا درونی^۲ باشند. مثال‌هایی از انگیزه درونی شامل تمایل فرد برای بهبود کیفیت زندگی و مثال‌هایی از انگیزه بیرونی فشار خانواده، ترس از دست دادن شغل یا اعتبار اجتماعی هستند. برخی ارایه‌دهندگان مراقبت تصور می‌کنند اگر فرد دلایل بیرونی را به عنوان دلیل مراجعه ابراز کنند، بی‌ارزش بوده و با عدم موفقیت در اقدام به تغییر رفتار همراه است، اما باید توجه داشت که درونی یا بیرونی بودن انگیزه فرد برای مراجعه پیش‌بینی‌کننده موفقیت در تغییر نیست و به هر دلیلی که فرد مراجعه می‌کند، ارایه‌دهندگان مراقبت سلامت باید روی کمک به فرد برای تکامل و درونی شدن انگیزه متمرکز شوند.

نکاتی برای برقراری ارتباط مناسب

وقتی یک رابطه درمانی خوب شکل می‌گیرد، مراجع احساس اعتماد و امنیت می‌کند و این امر موجب می‌شود که در مورد احساسات، نگرانی‌ها و نیازهای خود یا اعضای خانواده‌اش در ارتباط با مصرف مواد راحت‌تر صحبت کند و در جستجوی تغییر رفتار خود برآید.

برقراری ارتباط مناسب باعث می‌شود تا مراجعان برای دریافت خدمات مراجعه نموده، در فرآیند دریافت خدمات مشارکت فعال نموده و ماندگاری آنها در برنامه را افزایش یابد.

در این فصل قصد داریم شما را با مهارت‌های پایه در زمینه ارایه خدمات آشنا کنیم. آشنایی با این مهارت‌های پایه و به‌کارگیری ماهرانه آن می‌تواند صرف نظر از نوع مراقبت ارایه‌شده، پیامدهای مداخله را بهبود بخشد.

¹ external

² internal

جهت برقراری ارتباط مناسب با مراجعان به نکات زیر توجه کنید:

- به سن، جنس، فرهنگ و اختلافات زبانی توجه کنید.
- سعی کنید برخورد محترمانه‌ای داشته باشید.
- به زبان ساده صحبت کنید.
- آموزش‌ها و توصیه‌های سلامتی را به زبانی قابل فهم ارایه کنید.
- میزان درک مراجع درباره آن چه ارایه داده‌اید، سؤال کنید. با این کار می‌توانید متوجه شوید چه میزان از آن چه را که بیان کرده‌اید، فهمیده‌اند.
- هنگامی که مراجعان، اطلاعات خصوصی خود را بیان می‌کنند، مهم است که نشان بدهید متوجه حساس بودن این موضوعات می‌شوید و اهمیت این موضوعات و سخت بودن بیان آنها را می‌فهمید.
- هنگامی که مراجعان، مطالبی را بیان می‌کنند که از نظر اجتماعی تابو است (مثل مصرف مواد یا مورد تجاوز قرار گرفتن)، نگران قضاوت شما هستند. سعی کنید از قضاوت پرهیزید و توضیح دهید که شما آنها را می‌فهمید و برای کمک به آنان آماده هستید.

برقراری ارتباط مناسب، شرط اولیه هر نوع ارتباطی است. به ویژه ارتباطات از سانی و در زمینه ارایه خدمات سلامت رفتاری. به همین دلیل، ضروری است که پزشکان ارتباط مناسبی با مراجعان و خدمات گیرندگان برقرار کنند. در زمینه خدمات و مراقبت‌های حوزه مصرف مواد و اعتیاد، برقراری ارتباط مؤثر ارزش و اهمیت بیشتری دارد. زیرا، مردم معمولاً برای بیان چنین مشکلاتی احساس امنیت و راحتی نمی‌کنند.

با توجه به مطالب بالا، سعی کنید در این زمینه موارد زیر را به دقت اعمال کنید:

- درباره‌ی زمان مناسب برای برگزاری جلسه مراجع، با وی هماهنگی و مشورت کنید.
- جلسه با سلام و احوال‌پرسی معمول آغاز می‌شود.
- به مراجع یادآور شوید که کلیه مسایل مطرح شده به صورت محرمانه خواهد ماند.
- در جلسات فردی مراجع را در یک محیط خصوصی ببینید. برای مثال در صورت نیاز به مصاحبه با یک دانش‌آموز که به همراه مادر خود مراجعه نموده است از مادر درخواست کنید که ابتدا از اتاق خارج شود و پس از خاتمه جلسه مطالب مورد نیاز درباره جلسه را با حفظ ملاحظات رازداری در

این زمینه با خانواده در میان بگذارید.

در جلسات گروهی به شرکت‌کنندگان درباره قوانین جلسه و حفظ محرمانگی آموزش دهید.

- بر نحوه چیدمان صندلی‌ها نظارت کنید. همه صندلی‌ها باید هم سطح چیده شوند و شرکت‌کنندگان باید با زبانی نرم و مهربان صحبت کنند.
- هر جلسه را با صحبت در رابطه با مطالب جلسه گذشته آغاز کنید.
- مراجع و خانواده را تشویق نمایید تا درباره آنچه که فکر می‌کنند به راحتی صحبت کنند. از سؤالات باز استفاده کنید به عنوان مثال: «چه احساس داری؟ از آخرین باری که همدیگر را ملاقات کردیم چه احساساتی داشته‌ای؟»
- بعد از گوش دادن به سخنان مراجع آنچه از مشکلات وی دریافتید را به صورت خلاصه بیان کنید. این باعث می‌شود مراجع بداند که شما به سخنان وی گوش داده‌اید و فرصت داشته باشد مسائلی را که شما به درستی متوجه نشده‌اید را اصلاح کند.
- در صورتی که از نظر فرهنگی پذیرفته شده است، پزشکان باید با بیمار و اعضای خانواده وی تماس چشمی برقرار نموده و از نشانه‌های غیرکلامی گوش دادن فعال نیز استفاده نمایند.
- برخی از مراجعان و خانواده‌های‌شان بسیار برایشان سخت است که در رابطه با مسائل حساس صحبت کنند. به خاطر داشته باشید، همیشه اول گوش دهید بعد پیشنهادتان را ارائه دهید.
- در پایان از مراجع و خانواده وی بخواهید در صورتی که سؤالی دارند بپرسند.

اجزای ارتباط مؤثر

یکی دیگر از مهارت‌های پایه در ارایه توصیه‌های تغییر رفتار توانایی پزشکان در برقراری ارتباط است. یکی از یافته‌های جالب در مداخلات روان‌شناختی اعتیاد آن است که انواع روان‌درمانی‌ها از نظر میزان اثربخشی بسیار نزدیک هستند. این پرسش مطرح می‌گردد که علت این موضوع چیست؟

اعتیاد یک بیماری مزوی‌کننده است. معتادان در اتصال عاطفی به اعضای خانواده و دوستان دچار مشکل هستند و از نظر عاطفی بیش از هر چیز به مواد وابسته هستند. آنها برای کاهش تنش و رفع استرس به جای انسان‌های دیگر به مواد رو می‌آورند. علاوه بر این معتادان تاب‌آوری عاطفی اندکی دارند و اگر در روابط عاطفی دچار احساس ناکامی و طرد شوند، روابط دوستانه خود را قطع می‌کنند.

با در نظر گرفتن این موارد، قطع مصرف مواد به عنوان عامل اتصال عاطفی و متصل شدن به یک انسان

دیگر (درمان‌گر یا ارایه‌دهنده مراقبت) اساس بسیاری از مداخلات تغییر رفتار است. در واقع، در ابتدا مراجع از مواد دل می‌کند و به ارایه‌دهنده مراقبت دل‌بستگی پیدا می‌کند و در مرحله بعد تدریجاً به انسان‌های دیگر متصل شده و از درمان‌گر جدا می‌شود. اساس رویکرد روان‌درمانی معطوف به دل‌بستگی^۱ ایجاد یک پیوند عاطفی قوی است، بین مراجع و درمان‌گر در چارچوب مرزهای حرفه‌ای است.

در بسیاری مطالعات روان‌درمانی اعتیاد، شکل‌گیری **اتصال درمانی** مهم‌ترین عامل موفقیت شناسایی شده است. گاه برخی مراجعان به صورت مستقیم یا غیرمستقیم، نسبت به درمان‌گر یا جلسات ارایه خدمات، ابراز علاقه و دل‌بستگی می‌کند. ممکن است برخی درمان‌گران کم‌تجربه در چنین موقعیتی احساس نمایند، مراجع بیش از حد به آنها وابسته شده است و دچار احساس ترس یا نگرانی شوند. این احساس در درمان‌گر می‌تواند منجر به فاصله گرفتن از مراجع و یا تعیین حد و مرز در رابطه با مراجع شود. واقعیت این است که تا زمانی که مراجع مرزهای رابطه حرفه‌ای را نقض نکرده است، ابراز علاقه او به کار درمان‌گر و ابراز دلتنگی او نسبت به جلسات روان‌درمانی نشانه خوبی بوده و پیش‌بینی‌کننده موفقیت درمان‌گر در برقراری ارتباط مناسب درمانی است.

عناصر زیر می‌توانند در ایجاد یک ارتباط قوی درمانی نقش ایفا کنند:

- | | |
|------------------|------------------------|
| • داوطلبانه بودن | • مراجع محوری |
| • رازداری | • رویکرد انگیزشی |
| • همدلی | • اولویت‌بندی اهداف |
| • بی‌طرفی | • تأکید بر مشارکت فعال |
| • پذیرش | • مراقبت ساختارمند |
| • غیرقضاوتی بودن | • رفتار حرفه‌ای |
| • احترام | |

در ادامه هر یک از عناصر ارتباط موفق به اختصار توصیف شده است.

¹ attachment oriented therapy

داوطلبانه بودن

داوطلبانه به این معناست که مراجع به اراده خود برای دریافت خدمات مراجعه نماید. این امر موجب می شود که ارتباط، سریع تر و راحت تر برقرار شود و مراجع پذیرش بیشتری برای پیروی از دستورات بهداشتی داشته باشد.

منظور از داوطلبانه بودن آن است که ارایه دهندگان مراقبت سلامت هیچ گاه نباید استفاده از روش های سم زدایی اجباری کوتاه مدت به صورت اقامتی یا بستری را به خانواده ها توصیه نمایند، زیرا نتایج موفقیت آمیز به دنبال نداشته و می تواند با عوارضی نظیر افزایش خطر بیش مصرفی پس از ترخیص همراه باشد.

در صورتی که خانواده ای یکی از اعضای مصرف کننده خود را با استفاده از فشار بیرونی برای ارزیابی نزد پزشک آورده باشند، اجرای فرصت طلبانه غربالگری اولیه و ارجاع به کارشناس سلامت روان توصیه می گردد تا متناسب با سطح همکاری و تمایل فرد غربالگری و ارایه آموزش، مداخله انگیزشی مختصر و سایر مراقبت ارایه شود. برای این مراجعان، داشتن یک تجربه مثبت با پزشک و کارشناس سلامت روان مرکز می تواند احتمال مراجعه مجدد داوطلبانه آنها را در آینده افزایش دهد.

یکی از چالش های خانواده ها در حوزه اختلالات مصرف مواد افرادی هستند که مواد مصرف می کنند، اما به صورت داوطلبانه برای دریافت خدمات بهداشتی، درمانی مراجعه نمی کنند. برای آشنایی با نحوه کمک به این افراد **فصل شش** را ببینید.

رازداری

یکی از عوامل مؤثر در ایجاد یک رابطه درمانی صحیح و مؤثر رعایت رازداری است. پزشکان محرم مراجعان خود هستند و نباید اطلاعاتی که در طول جلسه درمانی به دست می آورند، بدون کسب اجازه از فرد با اشخاص دیگر همچون خانواده فرد در میان بگذارند. بر این اساس، درمانگر مجاز نیست، مصرف مواد مراجع را بدون آگاهی و رضایت او با دیگران به اشتراک بگذارد. همان طور که پیشتر ذکر شد به منظور حفظ رازداری برگزاری جلسات مصاحبه به صورت انفرادی و در محیط خصوصی ضرورت دارد. اصل رازداری **استثنائاتی** نیز دارد. این موارد عبارتند از:

- قصد آسیب به خود یا خودکشی
- قصد آسیب به دیگران
- آزار کودکان

- پسیکوز یا دلیریوم که ممکن است مخاطرات جدی متوجه سلامت فرد یا دیگران باشد. در این گونه موارد رایحه‌دهندگان خدمات مکلف به ارجاع فوری و مطلع نمودن خانواده فرد و/یا مراجع قانونی مرتبط در چارچوب راهنماها و دستورالعمل‌های استاندارد هستند، اما آنچه در اینجا باید بدان توجه شود این است که گزارش شخصی مصرف مواد مشمول استثنائات اصل رازداری نمی‌شود. اطلاعاتی که افراد زیر سن قانونی (۱۸ سال) در جلسات آموزشی و مشاوره رایحه می‌کنند، کاملاً محرمانه بوده و نباید بدون رضایت فرد و والد یا قیم قانونی او در اختیار اشخاص ثالث نظیر کارکنان مدرسه گذاشته شود.

البته والد یا قیم قانونی کودکان و نوجوانان به لحاظ حقوقی مجاز هستند در جریان سیر مراقبت‌های فرد قرار گیرند، با این وجود توصیه می‌شود در کودکان و نوجوانان برای کمک به ایجاد ارتباط درمانی مؤثر والدین از این حق قانونی خود به صورت محدود استفاده کنند. در مراجعان زیر ۱۸ سال کارکنان تیم سلامت می‌توانند برخی اطلاعات کلی را به منظور تسهیل تداوم مراقبت‌ها پس از اخذ رضایت از خود فرد (خصوصاً در نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ سال) با والد یا مراقب او در میان بگذارند.

همدلی

همدلی به معنای فهم مراجع است. اجزای همدلی عبارتند از گوش دادن با دقت، احترام و نشان دادن درک احساسات و تجارب فرد. لازم به توضیح است که همدلی به معنای تأیید یا توجیه رفتار بیمار نیست، بلکه شامل تلاش صادقانه رایحه‌دهنده مراقبت برای دیدن جهان پیرامون از منظر مراجع و فهمیدن واکنش هیجانی و درک مراجع از آن است.

همدلی کمک می‌کند تا مراجع در حضور شما احساس راحتی بکند و به شما اعتماد کند. زمانی که وی بداند شما به او توجه می‌کنید، به سخنان شما گوش خواهد داد و کلمات شما اثر خود را بر وی خواهد گذاشت. گوش دادن به این شیوه به مراجع نشان خواهد داد که می‌خواهید به وی برای غلبه بر مشکلاتش کمک کنید. تنها زمانی که مراجع و خانواده او به شما اعتماد داشته باشند با شما همکاری خواهند کرد و مشکلاتشان را با شما در میان خواهند گذاشت و به دنبال یافتن راه حل مناسب خواهند بود.

همدلی، یک ابزار مهم برای رایحه‌دهندگان و مراقبت‌ها است. چنانچه مراجع بداند که شما او را می‌فهمید همکاری وی با شما افزایش یافته و ماندگاری او در مراقبت تداوم می‌یابد.

برخی معتقدند تمام ارتباط درمانی و حتی تمام روان‌درمانی همدلی است. لازم به توضیح است که همدلی به معنای تأیید یا توجیه رفتار بیمار نیست، بلکه شامل تلاش صادقانه ارایه‌دهنده مراقبت برای دیدن جهان پیرامون از منظر مراجع و فهمیدن واکنش هیجانی و درک مراجع از آن است.

یکی از موضوعات رایجی که از سوی برخی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد مطرح می‌شود این است که کارکنان حرفه‌ای که خود تجربه مصرف مواد ندارند، نمی‌توانند افراد مصرف‌کننده مواد را درک کنند. برای مثال مراجع ممکن است در جلسه ارایه مراقبت به فرد ارایه‌دهنده مراقبت بگوید: «شما هرگز نمی‌توانید مرا درک کنید، زیرا هرگز تجربه نشئگی یا خماری نداشته‌اید؟» کارکنان حرفه‌ای درگیر در ارایه مراقبت سلامت به مصرف‌کنندگان مواد یعنی کارشناسان سلامت روان و پزشکان می‌توانند به این پرسش چند پاسخ بدهند. این پاسخ‌ها شامل موارد زیر می‌شود:

- «درست است که من تجربه مصرف مواد نداشته‌ام، اما این موضوع باعث می‌شود بتوانم به صورت بی‌طرفانه و از بیرون وضعیت شما را ببینم و به شما منعکس کنم.»
- «مشکل اعتیاد صرفاً نشئگی و خماری نیست، بلکه مسأله اصلی در اعتیاد میل شدید فرد به ارضای افراط‌گونه غرایز، ناتوانی برای مهار آن، انزوای عاطفی، اشکال در تحمل ناکامی و مجموعه‌ای از مشکلات شناختی، روان‌شناختی و رفتاری است که افراد غیرمعتاد نیز آن را تجربه کرده‌اند و می‌توانند آن را در افراد معتاد ببینند و با درد و رنج ناشی از آن همدلی کنند.»
- «افرادی که معتاد هستند صرفاً با تجربه زندگی یک فرد معتاد آشنا هستند، اما درمان‌گران حرفه‌ای در طول سال‌های فعالیت خود صدها فرد مبتلا به اختلالات مصرف مواد اعم از مرد و زن، با سنین و جایگاه‌های اجتماعی مختلف را دیده‌اند. این موضوع باعث می‌شود یک درمان‌گر حرفه‌ای بیش از یک فرد خاص با ابعاد مختلف مشکلات و رنج‌های بیماران معتاد آشنا بوده و بتواند با آن همدلی نماید.»

بی‌طرفی

یکی دیگر از عناصر مهم در برقراری یک ارتباط درمانی مؤثر رعایت بی‌طرفی است. برخی موارد خانواده افراد مصرف‌کننده مواد انتظار دارند، درمان‌گر با آنها برای کنترل و مدیریت رفتار بیمار یک ائتلاف تشکیل دهد. پذیرش این نقش درمان‌گر را تبدیل به کارگزار خانواده مراجع نموده و باعث از دست رفتن ارتباط صحیح درمانی خواهد شد.

به صورت مشابه، باید توجه داشت درمان‌گر نباید در رابطه بین بیمار با خانواده، محل کار یا مراجع قانونی نقش مدافع یا حامی بیمار را بازی کند. این موضوع نیز باعث ایجاد یک ارتباط معیوب بین مراجع و درمان‌گر شده و می‌تواند نه تنها در فرآیند بهبودی مؤثر نباشد، بلکه از طریق میدان دادن¹ به مصرف مواد فرد، باعث لغزش و عود گردد.

پذیرش

برای برقرری ارتباط موفق با مراجع باید بتوانید در عین حال که نگرانی خود را در ارتباط با وضعیت سلامتی وی بیان می‌کنید، آنها را همان‌طور که هستند بپذیرید. البته، ممکن است برای تان سخت باشد که ببینید مراجع انتخاب‌های نا سالم و یا نادرستی دارد ولی باید به خاطر داشته باشید که پذیرش، در افراد احساس امنیت ایجاد کرده و لذا بیشتر احتمال دارد در مورد رفتارهای پرخطر خود صحبت کنند و به حق انتخاب‌هایی که در اختیار آنها می‌گذارید گوش دهند. این کار اغلب زمینه مثبتی را مهیا می‌کند که مراجع را به سمت انتخاب‌های سالم‌تر تشویق می‌کند.

غیرقضاوتی بودن

بخش اعظم آسیب‌های همراه با مصرف مواد ناشی از تمایل جامعه برای انگ زدن به مصرف‌کنندگان مواد، قضاوت‌های اخلاقی منفی و رفتارهای تنبیهی و قهری با آنهاست. معمولاً یکی از دلایل عدم تمایل مصرف‌کنندگان مواد برای مراجعه به مراکز بهداشتی و استفاده از خدمات آنها، ترس از مورد قضاوت قرار گرفتن و تجربه چنین رفتارها و برخوردهایی است. بنابراین، نباید براساس ظاهر و رفتار و یا موضوعاتی که مراجع مطرح می‌کند در مورد وی قضاوت کنید و واکنش منفی نشان دهید.

کار شما تعیین درست و غلط و یا بد و خوب نیست. در عوض، باید ارزش‌ها، سوگیری‌ها و تصورات قالبی خود را کنار گذاشته و بدون قضاوت، انتقاد و سرزنش گوش دهید تا بتوانید فهم بهتری از مراجع به دست آورید و سپس او را در جهت تصمیم‌گیری و حل مسأله سازنده هدایت کنید. تنها در این صورت است که یک ارتباط همراه با پذیرش و اعتماد شکل می‌گیرد.

غیرقضاوتی بودن به معنای نداشتن قضاوت شخصی و یا تأیید رفتارهای مشکل‌آفرین مراجع نیست، بلکه به معنای آن است که ارایه‌دهندگان مراقبت قضاوت‌های شخصی‌شان را در کار حرفه‌ای خود دخالت

¹ enabling

نمی‌دهند. در واقع، باید مراقب باشید تا قضاوت‌های تان وارد ارتباط با مراجع نشود و او را با این قضاوت‌ها تنبیه نکنید.

احترام

این ویژگی شامل احترام به مراجع به عنوان یک انسان صرف نظر از قومیت، نژاد، مذهب، ظاهر و موقعیت اجتماعی اقتصادی و... و احترام به انتخاب‌ها و تصمیم‌های وی است. احترام به حقوق انسان‌ها برای تصمیم‌گیری، از اجزای مهم برقراری ارتباط مناسب است. به عبارت دیگر برای برقراری ارتباط مناسب، انتخاب فرد نه محکوم می‌شود و نه تأیید. البته در کنار این حق، بر مسئولیت افراد در قبال انتخاب‌های خود نیز تأکید می‌شود.

مراجع محوری

رویکرد مراجع محور¹ به معنای در اولویت قرار دادن نیازهای مراجع در برابر اهداف برنامه است. در این رویکرد به نگرانی‌ها و علائق فرد اهمیت داده می‌شود. در مراجع محوری تلاش می‌شود متناسب با نیازهای درک شده مراجع مراقبت‌ها ارائه شود و در عین حال تلاش شود از طریق برقراری ارتباط مؤثر به مراجع کمک شود تا مقاصد دریافت مراقبت برای نیازهای واقعی‌اش شود.

افراد با نیات و اهداف متفاوتی برای دریافت خدمات سلامت حوزه اعتیاد به نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه مراجعه می‌کنند. به عنوان یک اصل می‌توان گفت یک نظام مراقبت، زمانی می‌تواند موفق باشد که نیاز اصلی فرد یا خانواده او را در مراجعه درمانی شناسایی نموده و به آن پاسخ متناسب ارائه دهد.

برای مثال اگر فرد مصرف‌کننده فعال مواد، مبتلا به هیپاتیت سی است و علاقمند به دریافت درمان ضد ویروس سی است، ارجاع جهت دریافت خدمات درمانی باید صرف نظر از قصد وی برای تغییر الگوی مصرف مواد، به وی داده شود و به صورت موازی مداخله انگیزشی مختصر برای تشویق شروع درمان اعتیاد به او ارائه گردد. در واقع، حتی اگر مصرف‌کننده به هر دلیلی نمی‌خواهد یا قادر نیست الگوی مصرف مواد خود را تغییر دهد، ولی بازم حق دریافت مراقبت بهداشتی را دارد.

در این رویکرد ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت به جای آن که یک هدف از پیش تعیین شده به عنوان اولویت مداخله تعیین کرده باشند، تلاش می‌کنند از منظر مراجع به مشکلات نگریسته و اولویت مداخله

¹ client-centered

را بر اساس نیاز و ترجیحات او تعیین نمایند. این سبک برخورد پیش‌نیاز نظام سلامت در ارایه مراقبت رفتاری محسوب می‌شود.

ممکن است این تصور در نزد برخی از ما به عنوان ارایه‌دهندگان مراقبت سلامت وجود داشته باشد که هر کسی که مصرف آسیب‌رسان یا وابستگی به مواد دارد باید قطع کامل مصرف مواد را به عنوان هدف و اولویت مراجعه خویش انتخاب نماید، اما باید در نظر داشت این دیدگاه درباره هدف و اولویت مراجعه افراد واقع‌گرایانه نبوده و در ایجاد یک رابطه صحیح و مؤثر مانع ایجاد می‌کند.

رویکرد انگیزشی

کارکنان مراقبت سلامت باید در برخورد با مراجعان مصرف‌کننده مواد از یک رویکرد انگیزشی استفاده نموده و امید به تغییر رفتاری مثبت را در آنها القا نمایند. پژوهش‌های متعدد در حوزه مصاحبه انگیزشی و مداخلات مختصر مجموعه‌ای از عناصر مؤثر در بهبود ارتباط درمانی و اثربخشی مداخله را شناسایی نموده‌اند. این عناصر عبارتند از:

- بازخورد شخصی‌شده^۱ درباره خطرات مصرف مواد
- پرهیز از مقابله^۲
- احترام به خودمختاری^۳ فرد
- تأکید به مسئولیت شخصی^۴ برای تغییر
- نشان دادن همدلی^۵
- القای امید^۶
- تقویت خودکارآمدی^۷

برای حفظ یک رویکرد انگیزشی آشنایی با مفهوم انگیزه و نقش سبک ارایه‌دهنده مراقبت در ارتقای آن اهمیت بالایی دارد. در «راهنمای مداخله مختصر در مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد» و همچنین در «راهنمای مداخله شناختی، رفتاری کوتاه» به نقش و جایگاه اتخاذ یک سبک انگیزشی در

¹ personalized feedback

² confrontation

³ autonomy

⁴ responsibility

⁵ empathy

⁶ instillation of hope

⁷ self-efficacy

ارایه مراقبت بیشتر پرداخته شده است.

الویت بندی اهداف

اولین اصل در تعیین اهداف مراقبت توجه به موارد فوریتی و اورژانسی در مراجعه کنندگان است. به این موضوع در فصل ششم بیشتر خواهیم پرداخت.

یکی از اصول مهم ارایه خدمات در حوزه اعتیاد این است که مصرف کنندگان را «در جایی که هستند» ببینیم و از آنجا کار را شروع کنیم. این بدان معنی است که ارائه خدمات، مشروط به کنار گذاشتن مواد نیست و هر تغییر کوچک مثبت، گامی در مسیر درست دیده شده و تشویق می شود. این بهبودهای کوچک می تواند راه را برای کاهش بعدی مصرف مواد و بهبود سبک زندگی باز کند.

با توجه به آنچه گفته شد در تعیین اهداف مراقبت ها توجه به موارد زیر اهمیت اساسی دارد:

- باید نسبت به شناسایی اورژانس های طبی یا روان پزشکی حساس باشیم.
- متناسب با هر فرد سلسله مراتبی از اهداف سلامت را تعیین کنید.
- هدف از مداخله صرفاً دستیابی به پرهیز کامل برای همیشه نیست.
- از اهداف موقت و کوچک استقبال کنید. این اهداف موقت و کوچک می تواند شامل کاهش مصرف یا کاهش آسیب های ناشی از مصرف مواد باشند.
- اهداف ولو موقت را به طور دقیق تعریف کنید.
- اهداف مراقبت با مشارکت مراجع تبیین می گردد.
- اهداف را حتماً مکتوب کنید.
- برای رسیدن به آنها چارچوب زمانی تبیین کنید.
- اهداف فقط منحصر به رفتار مصرف مواد نباشد.

مهم این است که اهداف باید مشخص، زمان مند و ساختاریافته باشد. بسیاری از افراد وقتی به اهداف کوچک دست پیدا می کنند، برای تداوم مراقبت ها و پیگیری اهداف بزرگ تر انگیزه پیدا می کنند. بنابراین در خدمات سلامت مرتبط با اختلالات مصرف مواد باید از یک رویکرد سلسله مراتبی¹ برای تعیین اهداف و اولویت های مداخلات استفاده شود. در این رویکرد متناسب با شدت مشکل فرد و میزان آمادگی

¹ hierarchical

او برای تغییر رفتار **مراقبت پلکانی**^۱ در قالب یک نظام سطح‌بندی شده خدمات ارایه می‌شود. برای آشنایی بیشتر با سطح‌بندی مراقبت‌ها در حوزه اختلالات مصرف مواد **فصل دوم** را ببینید.

تأکید بر مشارکت فعال

در خدمات اختلالات مصرف مواد بر مشارکت و همکاری دریافت‌کنندگان خدمات و فراهم‌کنندگان آن تأکید زیادی می‌شود. چنین تصور می‌شود که مراجعان مواد بهتر از متخصصان می‌دانند چه نیاز دارند و بهترین منبع اطلاعات در مورد مشکلات خود در زمینه مصرف مواد هستند. در حوزه مداخلات روان‌شناختی نقش مراجع نباید پذیرنده منفعل خدمات در نظر گرفته شود، بلکه آنها باید به عنوان کسانی دیده شوند که قادر به پذیرش مسئولیت تغییر رفتار خود بوده و می‌توانند به دیگران در تغییر رفتار کمک کنند.

مراقبت ساختارمند

مطالعات مختلف نشان می‌دهد مداخلات معطوف به تغییر رفتار زمانی می‌تواند به موفقیت دست یابد که هدفمند^۲ و ساختاریافته^۳ باشد. افراد مبتلا به مشکلات رفتاری اغلب در **خودتنظیمی** رفتاری اشکال دارند و ساختارمند بودن مراقبت برای کمک به اصلاح این نقیصه یک اصل محسوب می‌گردد. افراد غیرحرفه‌ای که بیان خوبی دارند نیز می‌توانند در کوتاه‌مدت اثر مشابه ارایه‌دهندگان خدمات حرفه‌ای داشته باشند، اما در طولانی‌مدت آن چه باعث تمایز میان مشاوره و درددل با افراد غیرحرفه‌ای با مشاوره حرفه‌ای می‌شود، هدفمند، منضبط و ساختارمند بودن یک مشاوره حرفه‌ای است. راهنماها و دستورالعمل‌های بسیار متعددی در زمینه روان‌درمانی‌های تغییر رفتار مصرف مواد وجود دارد، اما برای موفقیت در ارایه یک مداخله ساختاریافته و منضبط استفاده از یک راهنمای مشخص و وفاداری به آن اهمیت اساسی دارد. در راهنماهای روان‌درمانی اعتیاد محتوای جلسات، اهداف جلسات، مقدار جلسات و ساختار جلسه مشخص می‌شود.

در صورتی که جلسه بدون ساختار و انضباط زمانی می‌تواند خسته‌کننده باشد و مداخله را از یک درمان حرفه‌ای دور شده و به سمت درد و دل بگلد. در یک مراقبت ساختارمند دستیابی به اهداف تغییر

¹ stepped care approach

² targeted

³ structured

رفتار در طول زمان به دقت مورد پایش و ارزیابی قرار می‌گیرد.

رفتار حرفه‌ای

ارتباط پزشکان با مراجعان در یک قالب حرفه‌ای تعریف می‌شود و هر گونه رابطه خارج از این چارچوب به یک ارتباط صحیح آسیب خواهد زد. بر این اساس معاشرت با مراجعان خارج از محیط مرکز خدمات جامع سلامت، پذیرش هدیه یا کمک دوستانه از سوی آنها مجاز نخواهد بود.

ابزارهای ارتباطی همچون تلفن، پیامک، نرم‌افزارهای پیام‌رسان، گروه‌ها در شبکه‌های اجتماعی یا پست الکترونیک در چارچوب حرفه‌ای تعریف‌شده برای موضوعات مرتبط با مراقبت فرد شامل پیگیری مراجعه او یا ارسال پیام‌های آموزشی از طرف مرکز خدمات جامع سلامت یا معاونت بهداشت دانشگاه می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد، اما برای کارکنان تیم سلامت تبادل پیام‌های شخصی یا مطالب متفرقه با مراجعان در گروه‌های الکترونیک مجاز نیست.

در جلسات تمرکز اصلی باید بر روی مشکلات مراجع باشد و ارایه‌دهندگان خدمات سلامت باید از خودافشاگری^۱ یا باز کردن مسائل و مشکلات خود اجتناب نماید.

یکی از نکاتی که در رفتار حرفه‌ای باید مورد توجه قرار گیرد آنست که نگاه نظام سلامت به اعتیاد به صورت یک بیماری مغزی مزمن و عودکننده است که همچون سایر بیماری‌های مزمن سیر بهبودی در یک خط مستقیم روی نمی‌دهد بلکه با فروکش و عود همراه است. در این رویکرد در صورتی که بیمار در دستیابی به هدف درمانی موفق نباشد، از برنامه مراقبت اخراج نمی‌شود، بلکه جامعیت مراقبت‌ها افزایش داده شده و یا فرد برای دریافت درمان‌های اختصاصی یا تخصصی به سطوح بالاتر ارجاع می‌شود. تحت شرایط خاص در صورتی که فرد قوانین و مقررات مرکز خدمات جامع سلامت را نقض نماید، کارشناس سلامت روان و پزشک مرکز می‌توانند، ارایه مراقبت مستقیم به فرد در داخل مرکز را خاتمه داده و فرد را برای دریافت خدمات به سطوح بالاتر ارجاع دهند.

این شرایط عبارتند از:

- پرخاشگری فیزیکی یا کلامی نسبت به کارکنان
- آسیب به اموال مرکز در وضعیت هوشیاری
- مصرف یا خرید و فروش مواد در محوطه مرکز

¹ self-disclosure

- ارتکاب جرم مثل سرقت، اخازی، ایجاد مزاحمت ناموسی، فحاشی و کتک کاری در محیط مرکز: در این گونه حالات مرکز می تواند علاوه بر اعلام خاتمه ارایه مراقبت مستقیم در مرکز مراجع انتظامی را نیز آگاه سازد.
مجدداً تأکید می شود در یک رویکرد حرفه ای، اختلالات مصرف مواد به عنوان یک بیماری مزمن و عودکننده در نظر گرفته می شود. از این منظر ناتوانی در ترک مصرف مواد دلیل اخراج بیمار از برنامه مراقبت ها نیست.

فصل پنجم: پیشگیری از مصرف مواد

عناوین فصل

- مقدمه
- آشنایی با عوامل خطر و محافظ
- اصول پیشگیری از مصرف مواد در دوره خردسالی
- اصول پیشگیری از مصرف مواد در دوره کودکی و نوجوانی
- باورهای غلط شایع درباره مواد و مصرف مواد
- گروه‌های هدف
- پیشگیری همگانی
- شرح خدمات پیشگیرانه همگانی
- پیشگیری انتخابی

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- مفهوم پیشگیری و سطوح آن را در ارتباط با اختلالات مصرف مواد توضیح دهید.
- اصول پیشگیری از مصرف مواد در دوره خردسالی را بشناسد.
- اصول پیشگیری از مصرف مواد در دوره کودکی و نوجوانی را بشناسد.
- باورهای شایع و اشتباه در مورد مواد و اختلالات مصرف مواد را بدانید.
- مداخلات پیشگیرانه همگانی را بشناسید.
- مداخلات پیشگیرانه انتخابی را بشناسید.
- مداخلات پیشگیرانه از مصرف مواد در مادران را بشناسید.
- همبودی اختلالات روانی و مصرف مواد را شرح دهید.
- اختلالات شایع در دوران بارداری را بشناسید.
- اختلالات روانی شایع در بزرگسالی را شناسایی کنید.
- اختلالات روانی شایع در دوران کودکی و نوجوانی را شناسایی کنید.

آن گونه که در فصل سوم دیدیم مصرف مواد و اعتیاد با مجموعه‌ای از مشکلات سلامتی، خانوادگی، اجتماعی، شغلی و قانونی همراه است، این در حالی است که درمان اعتیاد مشکل بوده و با عودهای مکرر همراه است. بدیهی است که در این زمینه، اقدامات پیشگیرانه بسیار سودمند و ضروری هستند.

به طور کلی هدف علم پیشگیری جلوگیری یا تخفیف اختلالات و بیماریها در انسانها است. راه دستیابی به این هدف، از بین بردن یا کم اثر کردن علل اختلال است. اقدامات پیشگیرانه باید پیش از آن که بیماری بارز شود انجام شوند. بنابراین پژوهشهای پیشگیرانه به طور عمده بر مطالعه و بررسی پیش‌آیندهای اختلال یا سلامتی یعنی عوامل خطر و محافظت تاکید دارند. در مورد اعتیاد هم کارکرد علم پیشگیری عبارت است از: تضعیف عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ.

هدف از پیشگیری، جلوگیری از بروز سوء مصرف در افراد است. هدف عملی تر، کاهش یا به تعویق انداختن شروع مصرف مواد است زیرا هم احتمال مصرف و هم آسیب پذیری در برابر سوء مصرف مواد معمولاً با بالا رفتن سن کمتر می‌شود. این موضوع دو دلیل دارد:

هر چه این امر به تعویق بیفتد امکان معقولانه برخورد کردن افراد با شرایط زندگی بیشتر شده و در نتیجه احتمال رفتن افراد به سوی مصرف مواد کمتر می‌شود.

مصرف مواد در کودکی ممکن است باعث آسیب برگشت ناپذیر مغز شود.

پیشگیری مبتنی بر دو اصل است:

شناختن عوامل خطری که احتمال رفتارهای مشکل آفرین را افزایش می‌دهند و نیز شناختن عوامل محافظ که سبب برقراری روابط اجتماعی قوی می‌شوند و کودکان را در برابر رفتارهای مشکل آفرین حفاظت می‌کنند.

تهیه و بکار بستن راهبردهایی اثربخش به منظور تبدیل نتایج پژوهش به برنامه و عمل.

اقدامات پیشگیری اولیه عبارتند از، کلیه تلاش‌هایی که به منظور جلوگیری از بروز بیماری‌ها و مشکلات اجتماعی صورت می‌گیرد. پیشگیری اولیه مبتنی بر این اصل است که «در بلندمدت، پیشگیری از درمان مقرون به صرفه‌تر و مؤثرتر است». پیش از این در **فصل دوم** با سطوح مختلف پیشگیری آشنا شدیم. طبقه‌بندی دیگری نیز از انواع مداخلات پیشگیری اولیه براساس گروه‌های مخاطبان وجود دارد که در این فصل، از این طبقه‌بندی استفاده شده است.

- **پیشگیری همگانی:** هدف مداخلات پیشگیری همگانی^۱، همه جمعیت سالمی که دچار بیماری نشدند، می باشد. جمعیت مورد نظر در مداخلات پیشگیرانه همگانی می تواند کل جامعه دانش آموزان، مادران باردار یا افراد شاغل باشد. مانند برنامه آموزش مهارت های زندگی به کلیه دانش آموزان مدارس یا آموزش فرزندپروری به کلیه والدین.
 - **پیشگیری انتخابی:** هدف مداخلات انتخابی^۲، همه افرادی است که میزان احتمال خطر ابتلای به بیماری یا مصرف مواد و اعتیاد در آنها به طور مشخص و معنی داری بالاتر از افراد جامعه باشد. مداخلات پیشگیرانه انتخابی به عوامل خطر زیستی، روانی یا اجتماعی می پردازد که در جمعیت مورد نظر بیشتر از مردم عادی است. آموزش ارتباط با همتایان به فرزندان والدین مصرف کننده مواد، یا کودکانی که در مراکز نگهداری شبه خانواده سازمان بهزیستی زندگی می کنند، مثال هایی از مداخلات پیشگیرانه انتخابی محسوب می شوند.
 - **پیشگیری موردی:** مداخلات پیشگیرانه موردی^۳ به افراد پرخطری می پردازد که نشانه ها و علایمی از یک اختلال یا بیماری را نشان می دهند. غربالگری و مداخله مختصر برای جوانی که مصرف مواد را به تازگی شروع نموده، نمونه ای از این نوع مداخله است. مباحث این فصل بر پیشگیری همگانی و انتخابی تمرکز دارد و به پیشگیری موردی در فصل ششم پرداخته شده است.
- در جدول ۵-۱ فهرست مداخلات پیشگیرانه همگانی و انتخابی را که در این فصل مطرح می شوند، مطابق با استانداردهای اقدامات پیشگیرانه ارائه کرده است.

¹ universal

² selective

³ indicative

جدول ۵-۱- فهرست مداخلات پیشگیرانه همگانی و انتخابی بر اساس استانداردهای بین‌المللی پیشگیری از مصرف

مواد

بزرگسالی	نوجوانی	کودکی	اوایل کودکی	بارداری و قبل از تولد	نهاد/مؤسسه
	همگانی و انتخابی: آموزش مهارت‌های فرزندپروری ****	همگانی و انتخابی: آموزش مهارت‌های فرزندپروری ****		انتخابی: مراقبت‌های قبل از تولد و بارداری *** انتخابی: زنان باردار مصرف-کننده مواد*	خانواده
	همگانی و انتخابی: آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی و تأثیر اجتماعی ****	همگانی: آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی *** همگانی: مدیریت کلاس *** انتخابی: سیاست‌نگهداری دانش‌آموزان در مدرسه **	انتخابی: آموزش اولیه کودکان ****		مدرسه
همگانی و انتخابی: مداخلات مبتنی بر جامعه ****	همگانی و انتخابی: مداخلات مبتنی بر جامعه ****	همگانی و انتخابی: مداخلات مبتنی بر جامعه ****	همگانی و انتخابی: مداخلات مبتنی بر جامعه ****	همگانی و انتخابی: مداخلات مبتنی بر جامعه ****	جامعه

راهبردهای کلان پیشگیری از مصرف مواد کدامند؟

۱- کاهش عرضه: جلوگیری از تولید و توزیع مواد

۲- کاهش تقاضا: پیشگیری از گرایش به مصرف مواد در افراد جامعه

با وجود تلاش‌های فراوانی که در دهه‌ها اخیر، توسط سازمان‌های بین‌المللی و کشورهای مختلف در زمینه کاهش عرضه مواد انجام شده، نتایج نشان می‌دهد که اگرچه اقدام مهمی است اما به طور کلی

پیشگیری از مصرف مواد از طریق کاهش عرضه با موفقیت چشم گیری همراه نبوده است. چنانکه براساس گزارشات سازمان ملل متحد (۲۰۱۱)، سالانه مقامات امنیتی، نظامی و انتظامی کشورها تنها موفق به کشف و ضبط ۲۰ تا ۳۰ درصد مواد مخدر تولید شده در سطح جهان می شوند. این گفته بدان معنا است که سوداگران مرگ ۷۰ تا ۸۰ درصد از محصولات تولیدی خود را همچنان به دست مصرف کنندگان می رسانند. بر این اساس صاحب نظران تأکید می کنند، باید به سیاست های کاهش تقاضا و پیشگیری اولیه به عنوان موثرترین راهکار توجه ویژه گردد.

چگونه می توان از بیماری اعتیاد در جامعه پیشگیری کرد؟

آخرین یافته های علمی نشان می دهد اعتیاد بیماری قابل پیشگیری و درمان است. تحقیقات متعدد نشان داده اند که مصرف زودهنگام هرگونه ماده ای می تواند برای مصرف های بعدی و ظهور رفتارهای ضد اجتماعی در آینده، یک عامل خطر جدی به حساب آید. حال آنکه پیشگیری اولیه به جوامع فرصت می دهد که مشکلات مربوط به مواد را پیش از آنکه آغاز شوند، متوقف سازند و رفتارهای سالم را مورد حمایت قرار دهند.

از زمانی که مصرف مواد به عنوان رفتاری چندعلیتی شناخته شده است، این موضوع به عنوان ضرورتی اجتناب ناپذیر شناخته شده است که راهبردهای پیشگیرانه متعدد و متنوعی نیز برحسب هر یک از وضعیت ها، خاستگاه ها و خط سیرهایی که رفتار اعتیادی در آن نمود و بروز می نماید، مورد توجه و کاربرد قرار گیرند.

عمده ترین اهداف پیشگیری اولیه از مصرف مواد کدامند؟

بر اساس آخرین منابع علمی دانش اعتیاد، مهم ترین اهداف پیشگیری اولیه از مصرف مواد عبارتند از:

- (۱) شناخت علل مصرف مواد و تدوین یک برنامه مداخله ای برای رفع آن
- (۲) کاهش عوامل خطر ساز
- (۳) ارتقا عوامل محافظت کننده
- (۴) آگاه سازی جامعه از خطرات و مضرات مصرف مواد
- (۵) افزایش تاب آوری فرد در مقابل وسوسه های مصرف مواد از طریق آموزش مهارت های زندگی نظیر مهارت خودآگاهی، حل مسئله و کنترل هیجانات منفی، تفکر نقاد، امتناع ورزی (نه گفتن) و

ارتباط اجتماعی موثر

- ۶) تقویت فعالیت‌های جایگزین مصرف مواد (به منظور ارضای نیازهای روانی - اجتماعی افراد مانند تقویت برنامه‌های تفریحی و ورزشی برای رفع نیازهای هیجان طلبی و لذت جویی)
- ۷) مداخله در زمان بحران و حوادث تنش زای زندگی (از جمله مشکلات دوران انتقالی زندگی مانند زمان بلوغ، فشارهای عاطفی، اقتصادی، طلاق و مهاجرت)
- ۸) تقویت باورهای معنوی و اخلاقی
- ۹) وضع، اصلاح و تقویت قوانین و مقررات مؤثر در مبارزه با مواد
- ۱۰) درمان وابستگی به مواد (با هدف سلامت فرد، جلوگیری از اشاعه و سرایت رفتار مصرف مواد و پیامدهای آن در اطرافیان و جامعه)

اصول پایه پیشگیری از اختلالات مصرف مواد

مطالعات نشان می‌دهد، مصرف مواد و اختلالات ناشی از مصرف مواد که با برهم زدن عملکرد سالم و طبیعی انسان، منجر به مشکلات سلامت جسمی و رفتاری، صدمات جسمی، اتلاف درآمد و بهره‌وری فرد و ناکارآمدی در خانواده‌ها می‌شوند، قابل پیشگیری هستند. مهم ترین دوره اقدامات پیشگیرانه تا سن ۱۸ سالگی است. شروع مصرف مواد معمولاً در دوران نوجوانی است، اما برخی عوامل بیولوژیکی، روانشناختی، اجتماعی و محیطی نیز از قبل از تولد، در انباشت خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد در فرد مؤثر هستند. از این رو، شناسایی و رسیدگی به این عوامل، فرصت مداخله مؤثر در اوایل کودکی را فراهم می‌آورد؛ بدین ترتیب، می‌توان حتی از مدت‌ها قبل از آشکار شدن این اختلالات و مشکلات رفتاری مرتبط با آن‌ها، از بروزشان پیشگیری کرد.

بر اساس پژوهش‌های انجام شده، ایجاد یک محیط خانوادگی باثبات، تغذیه کافی، انگیزش فیزیکی و شناختی، فرزندپروری محبت‌آمیز و حمایتی و مدیریت خوب کلاس درس در اوایل کودکی (پیش از تولد تا ۸ سالگی) توان خودتنظیمی (یعنی، کنترل عاطفی و رفتاری) و دیگر صفات و ویژگی‌های محافظت‌کننده کودک را در برابر خطرات مختلف تقویت می‌کند و احتمال رشد مثبت او را افزایش می‌دهد. تأثیر مثبت این مداخلات به تعویق افتادن زمان شروع و نیز کاهش میزان مصرف مواد در دوران نوجوانی است.

در دوران نوجوانی، نگرش‌ها و رفتارهای کودکان، تعاملات خانوادگی و روابط ثبات - عواملی که بر

گرایش کودک به مصرف مواد تأثیر می‌گذارند، تثبیت می‌شوند و دیگر به راحتی قابل تغییر نیستند. برای کودکانی که نشانه‌های جدی خطر مصرف مواد در آینده (یعنی، دوران نوجوانی) را نشان می‌دهند، به تأخیر افتادن مداخله تا سالهای بعد کودکی یا نوجوانی موجب دشوارتر شدن غلبه بر این عوامل تجمع یافته و دستیابی به نتایج مثبت می‌شود.

دانش امروز، از رشد مغز و نوروپلاستیستی در دو دهه نخست زندگی از مداخله زودهنگام و به موقع حمایت می‌کند. مغز در دوران قبل از تولد، کودکی و نوجوانی دستخوش تغییرات سریع و قابل توجهی، از جمله شکل‌گیری سیناپس‌های جدید می‌شود. بعد از ۵ سالگی، اتصالات سیناپسی بلا استفاده در مغز به تدریج تغییر می‌کنند و مدارهای اصلی تقویت می‌شوند. انعطاف‌پذیری سیناپس‌ها در اوایل کودکی فرد را به تجارب و اثرات محیط همچون تعاملات خانوادگی و محیط اجتماعی بسیار حساس می‌کند؛ که این نیز به نوبه خود می‌تواند خطر اختلال مصرف مواد در دوران نوجوانی و مشکلات مرتبط با آن را ایجاد کند یا از کودک در مقابل آن خطرات محافظت کند. از این رو، هر چه این مداخلات زودتر انجام شوند، بهتر می‌توان از دوره‌های رفتاری، احساسی و بیولوژیک حساس برای هدایت رشد کودک در مسیر سالم و مثبت استفاده کرد.

ارزش مداخلاتی که عوامل خطر را کاهش و عوامل محافظتی را افزایش می‌دهند و دسترس به منابع (نظیر خدمات حمایتی خانواده مبتنی بر مدرسه و جامعه) را برای کودکان و نزدیکانشان تسهیل می‌کنند، به اثبات رسیده است. بر اساس اطلاعات به دست آمده از مطالعات طولانی‌مدت، مداخله برای کودکان و خانواده‌هایی که عوامل اولیه خطر مصرف مواد را نشان می‌دهند مؤثر است و مزایای این کار در دوران نوجوانی، جوانی و حتی بزرگسالی نیز ادامه می‌یابد.

همچنین، طبق تحقیقات انجام شده، بسیاری از عوامل اولیه خطر اختلال مصرف مواد، هم‌زمان عوامل خطر بروز دیگر مشکلات ذهنی، عاطفی و رفتاری هستند. برای نمونه، مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده نظیر رفتارهای پر خاشگرانه و مشکل‌ساز در سال‌های پیش‌دبستانی با افزایش خطراتی نظیر اختلالات رفتاری، اختلال مصرف مواد، بزهکاری و رفتارهای جنسی پرخطر در نوجوانی مرتبط است. از این رو، جای تعجب نیست که مداخلات متمرکز بر پیشگیری از اختلال مصرف مواد اثرات مثبت دیگری نظیر بهبود عملکرد شخصی، اجتماعی و خانوادگی؛ دستاوردهای شغلی و تحصیلی بالاتر؛ و کمتر شدن اختلالات سلامت روان و همچنین بزهکاری را به ارمغان می‌آورند.

مداخلات پیشگیرانه اوایل کودکی ممکن است پرهزینه باشند. اما بررسی هزینه-فایده این مداخلات

نشان می‌دهد این برنامه‌ها سرمایه‌گذاری‌های خوب و کارآمدی محسوب می‌شوند. مداخلات مناسب در صورتی که درست برنامه‌ریزی و اجرا شوند نه تنها کیفیت زندگی کودکان و خانواده‌ها را بهبود می‌بخشند، بلکه به نفع کل جامعه هستند.

اصول پیشگیری از اختلالات مصرف مواد در خردسالی

مطالعات پژوهشی انجام شده هفت اصل را برای پیشگیری از مصرف مواد در اوایل کودکی (از دوره پیش از تولد تا ۸ سالگی) نشان داده است. نخستین اصل از این اصول هفتگانه اصل کلیدی و موارد بعدی اصولی اختصاصی در تایید اصل نخست هستند.

۱ اصل یکم (اصل کلیدی و جامع): مداخله در اوایل کودکی می‌تواند خط سیر زندگی کودک را در مسیر مثبت قرار دهد.

نحوه رشد و تکامل در دوران قبل از تولد می‌تواند به سوء مصرف مواد و دیگر ناهنجاری‌ها در نوجوانی منجر شود. پیشگیری در هر سنی می‌تواند مؤثر واقع شود، اما وقتی در اوایل کودکی انجام می‌شود، می‌تواند اثرات قوی و قابل توجهی داشته باشد، زیرا تکامل در اوایل کودکی به آسانی شکل می‌گیرد و می‌توان زندگی کودک را به آسانی در مسیر مثبت قرار داد.

اصول اختصاصی زیر به صورت جمعی اصل یکم را تأیید می‌کنند:

اصل دوم: مداخله در اوایل کودکی می‌تواند عوامل محافظتی را افزایش و عوامل خطر را کاهش دهد. عوامل خطر مجموعه‌ای از ویژگی‌های کودک و محیط هستند که او را در معرض خطر مشکلات رفتاری نظیر اختلال مصرف مواد در دوران نوجوانی و بزرگسالی قرار می‌دهند. عوامل محافظتی عواملی هستند که سازگاری و انطباق موفق را بهبود می‌بخشند و در نتیجه، عوامل خطر را کاهش می‌دهند. همه کودکان ترکیبی از عوامل خطر و عوامل محافظتی را دارند. هدف از مداخلات افزایش عوامل محافظتی و کاهش عوامل خطر است.

اصل سوم: مداخله در اوایل کودکی می‌تواند اثرات مثبت و بلندمدت داشته باشد.

اگرچه مداخلات اوایل کودکی بر محیط‌ها و رفتارهایی متمرکزند که برای سازگاری در ادامه کودکی یا نوجوانی مطرح نباشند، اما این محیط‌ها و رفتارها زمینه خودتنظیمی مثبت کودک و دیگر عوامل محافظتی را مهیا می‌کنند و در نهایت خطر اختلال مصرف مواد را کاهش می‌دهند.

اصل چهارم: مداخلات اوایل کودکی می‌تواند بر طیف وسیعی از رفتارها تأثیرگذار باشد

حتی رفتارهایی که مشخصاً هدف این مداخلات نیستند هم تأثیر می‌پذیرند. از آنجاکه رفتارها (چه مثبت و چه منفی) با یکدیگر مرتبط‌اند، عوامل خطرآفرین اختلال مصرف مواد کودک را در معرض مشکلات دیگری نظیر بیماری‌های روانی یا مشکلات تحصیلی قرار می‌دهند. به همین دلیل مداخله برای پیشگیری از یک پیامد نامطلوب می‌تواند تأثیر گسترده‌ای داشته باشد و به طرق مختلف مسیر زندگی کودک را بهبود بخشد.

اصل پنجم: مداخلات اوایل کودکی می‌توانند تأثیر مثبتی بر عملکرد بیولوژیک کودکان داشته باشند. نتایج مداخلات اوایل کودکی صرفاً رفتاری یا روانشناختی نیست. طبق تحقیقات، مداخلات می‌توانند بر سلامت جسمی کودکان نیز تأثیر بگذارند. برای مثال، یکی از مداخلات در خردسالان مقیم پرورشگاه، که سطح کورتیزول آن‌ها را، به‌عنوان یکی از معیارهای بیولوژیک سنجش پاسخ به استرس، بررسی کرده‌نشان داده است با گذشت زمان، پاسخ کودکان تحت مداخله به استرس بهتر شده و به سطح مشابه کودکان در جمعیت عمومی رسیده است.

اصل ششم: مداخلات پیشگیری از اختلال مصرف مواد در اوایل کودکی باید محیط‌های نزدیک و اطراف کودک را هدف قرار دهند. محیط خانواده مهم‌ترین بستر در همه دوره‌های رشد اولیه کودک است. از این رو، هدف بسیاری از مداخلات اوایل کودکی والدین هستند. اما با بزرگ‌تر شدن کودک، او زمان بیشتری را بیرون از خانه می‌گذراند؛ و قاعدتاً به مهدکودک سپس به پیش‌دبستانی و دبستان می‌رود. مداخلات برای گروه‌های سنی مختلف و مقابله با انواع مختلف مشکلات باید بر مهم‌ترین محیط‌ها یعنی خانه، مدرسه، مهدکودک و یا ترکیبی از آن‌ها متمرکز باشند.

اصل هفتم: تأثیر مثبت مداخلات زود هنگام بر رفتار کودک می‌تواند به رفتارهای مثبت در والدین و مراقبان، و دیگر کودکان منجر شود و به‌طور کلی محیط اجتماعی اطراف کودک را بهبود بخشد. تغییرات رفتاری در کودکان و بزرگسالانی که با آن‌ها تعامل دارند دارای تأثیری دوسویه و متقابل است. بهبود محیط خانواده یا مدرسه‌ی کودک می‌تواند با گذشت زمان رفتار اجتماعی او را مثبت‌تر و سالم‌تر یا به عبارتی اجتماعی‌تر کند. بهبود رفتار اجتماعی کودک به‌نوبه خود می‌تواند موجب تعاملات مثبت‌تر با دیگران شود و در نتیجه، محیط اجتماعی را به فضای بهتری تبدیل کند.

اصول پیشگیری از اختلال مصرف مواد در کودکان و نوجوانان

۱- برنامه‌های پیشگیری باید به گونه‌ای تهیه شوند که «عوامل محافظ» را تقویت کنند و «عوامل خطر» را

حذف کند یا کاهش دهد.

۲- برنامه‌های پیشگیری باید تمام انواع مواد رادبرگیرد، به عنوان مثال مصرف سیگار، مشروبات الکلی، حشیش، شیشه و داروهای نسخه‌ای.

۳- برنامه‌های پیشگیری در هر جامعه محلی بایست به مشکل نوع خاص مشکل مصرف مواد در آن جامعه پردازد، عوامل خطر قابل تغییر را هدف قرار داده و عوامل محافظ شناسایی شده را تقویت کند.

۴- برنامه‌های پیشگیری باید متناسب با خطراتی که ارتباط اختصاصی با ویژگیهای جمعیت یا مخاطبان خاص مانند سن، جنس، قومیت تنظیم شوند تا کارایی برنامه تقویت شود.

۵- برنامه پیشگیری خانواده محور باید ارتباط و همبستگی را در خانواده ارتقا دهد و مواردی مانند مهارت‌های فرزندپروری، و تمرین برای ایجاد، بحث و اعمال سیاستهای خانواده در مورد سوء مصرف مواد، و همچنین یادگیری آموزش و اطلاعات در مورد مواد را شامل شود. همبستگی اعضای خانواده اساس ارتباط بین والدین و فرزندان است. این نزدیکی را می‌توان با آموزش مهارت‌های حمایتگری والدین، ارتباط پدر و مادر با فرزندان، و مشارکت والدین تقویت کرد.

۶- برنامه‌های پیشگیری را می‌توان از سالهای پیش از مدرسه شروع کرد. در این زمان باید به عوامل خطری مانند رفتار پرخاشگرانه، مهارت‌های اجتماعی ضعیف، و مشکلات تحصیلی توجه شود.

۷- برنامه‌های پیشگیری برای دانش آموزان دبستانی باید اهدافی مانند بهبود یادگیری تحصیلی و یادگیری اجتماعی - هیجانی داشته باشد تا به عوامل خطر سوء مصرف مواد مانند پرخاشگری زودرس، ضعف تحصیلی و ترک تحصیل پردازد. آموزش باید بر این موارد متمرکز شود:

- خودکنترلی

- درک هیجانات

- ارتباط

- حل مسایل اجتماعی

- حمایت تحصیلی به ویژه برای یادگیری خواندن

۸- برنامه‌های پیشگیری برای دانش آموزان دوره‌های اول و دوم دبیرستان باید توانمندی و صلاحیت تحصیلی و اجتماعی آنان را با توجه به مهارت‌های زیر تقویت نماید:

- عادات مناسب مطالعه و حمایت تحصیلی

- ارتباط

- خودکارآمدی و توانایی ابراز وجود

- مهارت‌های مقاومت در برابر مواد

- تقویت نگرش‌های ضد مواد

- تقویت تعهدات فردی در مخالفت با سوء مصرف مواد

۹- برنامه‌های پیشگیری برای عموم مردم در نقاط گذار در زندگی مانند رفتار از مدرسه ابتدایی به دبیرستان، می‌تواند آثار سودمندی برای خانواده‌های و کودکان در معرض خطر داشته باشد. از آنجا که چنین برنامه‌هایی به جمعیت‌های خاص در خطر نمی‌پردازد خطر انگ خوردن را کاهش می‌دهد و همبستگی با مدرسه و جامعه را افزایش می‌دهد.

۱۰- برنامه‌های پیشگیری در اجتماع که دو یا چند برنامه موثر را به تلفیق کند، همچون ترکیب برنامه‌ای خانواده محور با یک برنامه مبتنی بر مدرسه، می‌تواند موثرتر از یک برنامه منفرد باشد.

۱۱- برنامه‌های پیشگیری اجتماعی که به جمعیت مخاطب در محیط‌های گوناگون - مانند مدارس، باشگاه‌ها، اماکن مذهبی، و رسانه‌ها- زمانی بیشترین تاثیر را دارند که به صورتی باثبات و در کل جامعه پیام‌ها را در هر محلی منعکس نمایند.

۱۲- زمانی که جامعه‌ای برنامه‌های‌هایی را اقتباس می‌کند و آن را متناسب با نیازها، موازین اجتماعی، یا ضرورت‌های فرهنگی متفاوت شان تغییر می‌دهند، لازم است عناصر اساسی آن برنامه مبتنی بر پژوهش را حفظ کنند که شامل این موارد است:

ساختار: (برنامه چگونه شکل گرفته و ساختار یافته است)

محتوا: (اطلاعات، مهارت‌ها، و راهبردهای برنامه)

اجرا: (برنامه چگونه اقتباس شده، اجرا می‌شود و ارزشیابی می‌گردد).

۱۳- برنامه‌های پیشگیری بایستی بلندمدت باشند و به صورت مداخلاتی تکرارشونده (برنامه‌های یادآور) اجرا شوند تا اهداف اولیه پیشگیری را تثبیت کنند. پژوهش نشان داده است منافع حاصل از برنامه‌های پیشگیری دوره اول دبیرستان اگر با برنامه‌های پیگیری در دوره دوم دبیرستان دنبال نشود در طول زمان تضعیف خواهد شد.

۱۴- لازم است برنامه‌های پیشگیری، آموزش آموزگاران درباره روش‌های خوب اداره کلاس، مانند تشویق رفتارهای مطلوب را شامل شود. این روشها کمک می‌کند رفتارهای مثبت دانش آموزان، و همچنین، پیشرفت، انگیزش تحصیلی، و همبستگی با مدرسه در آنان تقویت شود.

۱۵- برنامه‌های پیشگیری زمانی بیشترین موفقیت را خواهند داشت که از روشهای تعاملی، همچون بحث گروهی بین هم سالان و ایفای نقش والدین، استفاده کنند. این روشها مشارکت فعال در یادگیری را فراهم کرده و مهارت‌ها را تقویت می‌کند.

۱۶- برنامه‌های پیشگیری موثر و مبتنی بر شواهد باید با صرفه باشند. برای مثال پژوهش‌ها در نشان داده است با هر میزان بودجه‌ای که صرف پیشگیری از اعتیاد شود، می‌توان تا ده برابر در هزینه‌های مربوط به درمان اعتیاد صرفه جویی نمود.

چگونه برای پیشگیری از مصرف مواد برنامه‌ریزی کنیم؟

بر اساس اصول ذکر شده، پیش از تدوین برنامه‌های معطوف به پیشگیری از مصرف مواد پاسخ به چند پرسش زمینه‌ای حائز اهمیت است. در واقع یک رویکرد و برنامه پیشگیرانه از مصرف مواد می‌باید قبل از تدوین، پاسخگوی چند سؤال زمینه‌ای مهم باشد. این سؤالات عبارتند از:

الف - مداخلات پیشگیری باید بر چه کسانی تمرکز یابند؟

افراد و گروه‌هایی که به روشنی تعریف شده باشند. مداخلات پیشگیری زمانی مؤثر خواهند بود که بر جمعیتی متمرکز گردند که به روشنی با سن، جنس، نژاد، قومیت، ملیت، فرهنگ، میزان درآمد و مکان جغرافیایی تعریف شده باشند. این تعریف مشخص به مداخلات امکان می‌دهد تا مهم‌ترین عوامل خطر محافظت کننده مصرف مواد و نیازهای خاص جمعیت هدف را مورد هدف قرار دهند و این کار را به طریقی سازماندهی نمایند که برای گروه مخاطب قابل درک، قابل پذیرش و متناسب باشد و بدین ترتیب این مداخله کارآمد خواهد بود. مداخلات پیشگیری از مصرف مواد زمانی مؤثر و کارآمد واقع می‌شوند که بیشترین تمرکز خود را بر افراد جوان جامعه (از کودکی تا جوانی) قرار دهند.

خطرناکترین دوره برای آسیب پذیری جوانان در برابر مصرف مواد مراحل انتقالی بزرگ و تغییر مقاطع تحصیلی (ورود به راهنمایی، دبیرستان، دانشگاه و گاه یک محیط کار پرخطر) است. یک مداخله پیشگیرانه باید علاوه بر جمعیت هدف (به عنوان مثال نوجوان) گروه همسال، خانواده بویژه والدین و سایر بزرگسالان تأثیرگذار مانند معلم و مربی ورزش را نیز مخاطب قرار دهد تا کارآمدی آن افزایش می‌یابد.

ب - مداخلات پیشگیرانه باید بر چه موضوعاتی تمرکز نمایند؟

۱) انواع عمده مصرف مواد: مداخلات پیشگیری بهتر است به منظور جامعیت بیشتر و کنترل بهتر، اشکال متعدد مصرف مواد که ممکن است در جمعیت هدف رایج باشد، را مورد هدف قرار دهند. به عنوان مثال یک مداخله جهت کنترل و پیشگیری از مصرف مواد مخدر ممکن است این ماده را کاهش دهد، اما مواد جایگزینی مانند مواد محرک و الکل در جمعیت هدف مورد غفلت قرار گرفته باشند.

۲) عوامل خطر ساز و عوامل محافظت کننده: مداخلات پیشگیری زمانی کارآمدتر خواهند بود که در هر سطحی که اجرا می گردند (همگانی Universal، انتخابی Selective و یا موردی indicative) بر مهمترین عوامل خطر و عوامل محافظت کننده جمعیت هدف تمرکز یابند. تحقیقات نشان داده اند که عوامل خطر و محافظت کننده در حوزه های مختلف فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع ویژگی تعاملی و تجمعی دارند. یعنی هر چه تعداد آنها در جمعیت هدف بیشتر باشد، آسیب زایی یا حفاظت کنندگی آنها بیشتر می گردد. لذا توجه به این عوامل می تواند، در افزایش کارآمدی مداخلات پیشگیرانه مؤثر واقع شود.

آشنایی با عوامل خطر و محافظ

همانطور که گفته شد، هدف اقدامات پیشگیرانه آن است که بتواند از عوامل خطر اعتیاد و مصرف آن کاسته و بر عوامل محافظ بیافزاید. بنابراین لازم است، جهت ارائه خدمات پیشگیرانه اختلالات مصرف مواد در ابتدا عوامل خطر و محافظ به درستی شناخته شوند. منظور از عوامل خطر، ویژگی هایی در فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع است که احتمال مصرف مواد را افزایش می دهند. منظور از عوامل محافظ، ویژگی هایی در فرد، خانواده، مدرسه و محیط/ اجتماع فرد است که احتمال مصرف مواد را کاهش می دهند. عوامل محافظ می توانند اثر عوامل خطر را خنثی نموده و از فرد در مقابل خطرات محافظت کنند. در جدول ۵-۲ عوامل خطر و محافظ مصرف مواد در سطح فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع ارایه شده است.

جدول ۵-۲ - عوامل خطر و محافظ

موقعیت	عوامل خطر	عوامل محافظ
فردی	عزت نفس پایین، ابتلای به بیماری‌های روانی مانند افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، مهارت‌های ضعیف مقابله‌ای، مهارت‌های ضعیف اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی مانند هیجان‌طلبی، طغیان، سرکشی یا انزوا.	توانمندی‌های غنی روانی، اجتماعی: عزت نفس بالا، مهارت‌های اجتماعی قوی، مهارت مقابله با استرس‌ها
خانوادگی	دلبستگی ضعیف بین والدین و فرزندان، والدین مصرف‌کننده، محیط خانوادگی آشفته، مشاجره و اختلاف شدید بین والدین، فرزندپروری ضعیف	پیوند و ارتباط قوی و مثبت بین والدین و فرزندان، نظارت قوی والدین بر فرزندان، وجود قواعد روشن در خانواده، سبک فرزندپروری قاطعانه
مدرسه	رفتارهای خجالتی یا پر خاش‌گرانه در مدرسه، عملکرد ضعیف تحصیلی، افت تحصیلی، رها کردن مدرسه	عملکرد خوب تحصیلی، ارتباط خوب با معلمان و مدرسه
اجتماع/ محیط	ارتباط و معاشرت با دوستان مصرف‌کننده مواد، هنجارهای مثبت نسبت به مواد، زندگی در محله آلوده و فقیر، دسترسی آسان به مواد	پیوندهای مثبت با نهادهای اجتماعی مانند مدرسه و نهادهای مذهبی، داشتن نگرش‌های متعارف نسبت به مصرف مواد

۳) توجه به انتظارات و نیازهای جسمی و روانی فرد از مصرف مواد: نیازهای افراد، انگیزه‌ها و انتظارات آنها ممکن است نقش مهمی در مصرف مواد در جهت هدف داشته باشند که توجه به آنها کارآمدی مداخلات را افزایش می‌دهند. به عنوان مثال ممکن است افراد به انتظار آنکه مواد اختلالات و احساسات ناخوشایند آنها مثل تنش، اضطراب، افسردگی، تنهایی، چاقی و کمرویی را کاهش می‌دهد، به مصرف مواد روی می‌آورند و یا انتظارات آنها از مصرف مواد این باشد که احساسات خوشایندی مثل لذت، خلاقیت، تهیج، تمرکز و رهایی ذهنی از مشکلات در آنها ایجاد می‌کند. این قبیل نیازها، انتظارات و انگیزه‌ها بدون شک به طور پیچیده‌ای با عوامل خطر یا عوامل محافظت‌کننده تعامل می‌نمایند و لذا توجه به آنها و معرفی جایگزین‌های مناسب، مداخلات روانشناختی و یا درمان‌های روانپزشکی برای برآورده ساختن آنها ضروری است.

۴) حاوی اطلاعات درست درباره پیامدهای مصرف مواد: مداخلات پیشگیرانه می‌توانند با ارائه

اطلاعات صحیح، مناسب، علمی، دارای تناسب فرهنگی و سنی با نیازها و انگیزه‌های آنان از مصرف مواد و داروها پیشگیری نمایند. این اطلاعات به اشکال گوناگون (تیزر، پوستر، کلاس های بحث آموزشی و سخنرانی) و به گروه های مختلف (خانواده، محله، گروه همسالان و ...) ارائه می گردد.

۵) **نگرش ها و هنجارهای ضد مواد:** گاه دادن اطلاعات به تنهایی برای پیشگیری از سوء مصرف ماد کافی نیست، بلکه باید سعی در تغییر نگرش، ارزش ها و هنجارهای فرد، خانواده ها، گروه همسالان و جامعه نمود، تا به افزایش کارآمدی برنامه های پیشگیری منتهی گردد. این مسئله به ویژه در آغاز شیوع یک ماده جدید و تغییر الگوی مصرف از یک ماده مخدر به ماده محرک و الکل به عنوان یکی از مهم ترین مداخلات پیشگیرانه مورد تأکید است.

۶) **مهارت های اجتماعی:** اما ایجاد ارزش ها و نگرش های ضد مواد نیز به خودی خود برای پیشگیری از مصرف مواد کافی نیست. یک رویکرد کاملاً اثبات شده در زمینه پیشگیری از مصرف مواد، آموزش و تقویت همگام مهارت های زندگی در ارتباط با افزایش اعتماد به نفس، توانایی کنترل هیجانات منفی، برقراری ارتباط، حل مسأله و تعارضات، و تکنیک های رد مواد می باشد. اینها ابزارهایی هستند که به نوجوان امکان می دهد، رفتارهایش را بویژه زمانی که با موقعیت های پرخطر روبرو می شود، ساماندهی کند.

ج - مداخلات پیشگیری از مصرف مواد چه زمانی باید اعمال شوند؟

۱) به اندازه کافی مقدماتی و پیشگیرانه باشند.

مداخلات پیشگیرانه زمانی کارآمدتر خواهند بود که خیلی زودتر از آنکه مصرف مواد بخواهد شکل بگیرد، اعمال شوند. بنابراین براساس گروه هدف این مداخلات می توانند از خیلی مقدماتی مثل مراقبت های پیش از تولد (برای نوزادی که مادر معتاد دارد) تا مقدماتی مثل مداخلات در محیط های بهداشتی، مهدکودک ها و دبستان برای کودکان و نوجوانانی که در ریسک کمتری از مصرف مواد قرار دارند، اعمال گردند.

۲) به اندازه کافی پایایی داشته باشند:

به نظر می رسد مداخلات پیشگیری زمانی کارآمد خواهند بود که به اندازه کافی و طی زمانهای مختلف تقویت شوند. یک مداخله کوتاه مدت ممکن است از مصرف مواد پیشگیری نماید، اما نمی تواند

نوجوانان را برای مدت طولانی در برابر مصرف مواد واكسینه نماید. عوامل محیطی متعددی مثل در دسترس بودن مواد در محله، فشار از سوی دوستان، همچنین عوامل فردی مثل خطرپذیری نوجوانان و میل به تجربه مواد و سایر عوامل می‌توانند مقاومت نوجوان را در برابر مواد علیرغم آنچه آموخته است بشکنند. بنابراین مداخلات پیشگیری باید مستمر و مداوم باشد.

د - مداخلات پیشگیری از مصرف مواد در چه محیط‌هایی باید انجام شوند؟

فعالیت‌ها و موقعیت‌های سالم و عاری از مواد می‌توانند به نوجوانان کمک نماید که به سوی مصرف مواد نروند. این فعالیت‌ها معمولاً با افرادی مثل خانواده، گروه همسال، همکاران و سایر بزرگترها صورت می‌گیرد و معمولاً در موقعیت‌هایی مثل مراکز خدمات بهداشتی-درمانی، مدارس، اجتماعات دینی و تفریحی، محل کار و سالن‌های ورزشی اجرا می‌شوند. یعنی با عاری نمودن این موقعیت‌ها از مواد و آگاهی بخشی به خانواده، جوانان و نوجوانان و نیز آموزش و تقویت مهارت‌های فرزندپروری خانواده و مهارت‌های اجتماعی افراد را حمایت می‌کنند تا به مصرف مواد گرایش پیدا نکنند.

ه - مداخلات پیشگیری مصرف از مواد چگونه باید اعمال شوند؟

(۱) تعاملی (Interactive)

تحقیقات نشان داده‌اند که رویکردهای یکطرفه و پندآموز اثربخشی کمتری نسبت به رویکردهایی که بر مشارکت و تعاملی دارند. نوجوانان زمانی که می‌توانند با معلم، والدین، پلیس، دکتر و ... و یا همسالانی که سعی دارند دانش، نگرش و رفتار ضد مواد را در آنها تقویت نمایند، در یک بحث و گفتگوی تعاملی و با برنامه مشارکتی پیشگیرانه مانند برگزاری جشنواره و یا نمایشگاه فعالیت می‌کنند، به احتمال بیشتری یاد می‌گیرند و آنچه یاد می‌گیرند را پذیرفته و به آن عمل می‌کنند. به عبارت دیگر رویکردهایی که مستلزم تعامل و مشارکت نوجوانان است بیشتر آنها را قانع می‌سازد تا از مصرف مواد اجتناب کنند.

(۲) چند وجهی (multimodal)

مداخلات پیشگیری زمانی که از استراتژی‌های چندگانه مثل سخنرانی (که البته تنها برای گروه‌های بزرگ بصورت کوتاه مدت با هدف آگاهی بخشی انجام گیرد)، کارگاه آموزشی، بحث گروهی، نمایش و نقد فیلم‌های ویدئویی و توزیع پمفلت و سی دی آموزشی در سطوح و راهبردهای مختلف استفاده

می‌کنند، کارآمدتر از آنهایی هستند که تنها یک رویکرد را بکار می‌گیرند.

۳) توأم با خط‌مشی‌های اجتماعی

با استفاده از انواعی از خط‌مشی‌های اجتماعی ضد مواد مثل وضع قوانین، مصوبات، هنجارهای رسمی و غیررسمی و اجرای سختگیرانه آنها که کل جامعه را در بر می‌گیرد، می‌توان از مصرف مواد پیشگیری نمود. تحقیقات نشان داده که مداخلات پیشگیرانه‌ای که بر فرد یا گروه‌های در معرض خطر تأکید دارند به تنهایی نمی‌توانند در این زمینه مؤثر باشند. بلکه زمانی کارآمدی آنها افزایش می‌یابد که با این قبیل خط‌مشی‌های اجتماعی توأم گردند و از سوی جامعه نیز مورد حمایت قرار گیرند.

پیشگیری همگانی

به منظور پیشگیری از مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد، ضروری است مداخلاتی برای کلیه افراد سالم جامعه تهیه و تدوین شود. کودکان و نوجوانان، یکی از مهم‌ترین جمعیت‌های مورد نظر در مداخلات پیشگیرانه همگانی هستند. در این رابطه مداخلاتی که در مدارس انجام می‌شوند برنامه آموزش مهارت‌های زندگی از اهمیت بالایی برخوردارند. همچنین، یکی از مداخلات پیشگیرانه همگانی، مداخلات مبتنی بر خانواده مانند فرزندپروری است. آموزش عموم و اطلاع‌رسانی در زمینه مصرف مواد و اعتیاد نیز از ارزش بالایی برخوردار است.

فرزندپروری

یکی از شناخته‌شده‌ترین مداخلات پیشگیرانه همگانی، آموزش مهارت‌های فرزندپروری است. آموزش مهارت‌های فرزندپروری، به والدین کمک می‌کند تا با استفاده از روش‌های ساده، بتوانند والد بهتری باشند. شواهد نشان می‌دهند فرزندپروری مناسب یکی از بهترین و قوی‌ترین عوامل محافظ در زمینه پیشگیری از مصرف مواد و بسیاری از رفتارهای پرخطر است. والدین نقش مهمی در پیشگیری از مصرف مواد در فرزندان شان دارند چنانچه بتوانند رابطه‌ای گرم و صمیمانه‌ای با فرزند شان ایجاد کنند، در همان زمان بتوانند قواعد روشن و مشخصی برای رفتار مناسب فرزندان تعیین کنند، بتوانند به درستی بر اوقات فراغت فرزندان و رفتار آنان با دوستان‌شان نظارت داشته باشند، به فرزندان‌شان کمک کنند تا تصمیم‌گیری‌های بهتری داشته باشند، و مدل مناسبی برای آنان باشند. در حال حاضر برنامه آموزش

مهارت‌های فرزندپروری پیشگیرانه تحت عنوان "نوجوان سالم من" در سطح کشور از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در حال اجرا و گسترش است.

آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی

در این مداخله، معلمان آموزش دیده، دانش‌آموزان را درگیر فعالیت‌های تعاملی می‌کنند تا دانش‌آموزان فرصت آموزش و تمرین دامنه‌ای از مهارت‌های اجتماعی و بین‌فردی را داشته باشند. معمولاً، این مداخلات، از طریق جلسات ساختاریافته به همه دانش‌آموزان آموزش داده می‌شود. این برنامه، فرصتی است که دانش‌آموزان بتوانند در محیطی امن، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های سخت در زندگی روزمره را بیاموزند این برنامه منجر به رشد توانمندی‌های اجتماعی عام از جمله سلامت اجتماعی و هیجانی و توجه به نگرش‌ها و هنجارهای اجتماعی نیز می‌شود. معمولاً در آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی به کودکان، محتوایی در مورد مواد وجود ندارد، چون بسیاری از کودکان در این سن هنوز هیچ گونه تجربه‌ای درباره مواد ندارند.

در دوره نوجوانی، ضروری است فرصت‌هایی فراهم شود تا نوجوانان بحث‌هایی متناسب با سن شان در مورد هنجارها، نگرش‌های متفاوت نسبت به مواد و همچنین انتظارات مثبت و منفی که از مواد وجود دارد و پیامدهای مصرف مواد و اعتیاد داشته باشند. این فرصت‌ها به دانش‌آموزان نوجوان این امکان را می‌دهد تا بتوانند اطلاعات صحیح و مناسبی در مورد مواد به دست آورند که با باورهای نادرستی که در مورد شیوع مصرف مواد و مطلوبیت آن در میان هم‌تایان وجود دارد، در تقابل باشد.

جدول ۵-۳- انواع مهارت‌های زندگی

مهارت‌های زندگی	تعریف	انواع/توضیحات
حل مسأله	تفکر گام به گام و منظم جهت دستیابی به راه حل.	تشخیص مسأله، یافتن گزینه‌های گوناگون (مثلاً از طریق بارش افکار)، بررسی گزینه‌ها، ارزیابی آنچه که رخ می‌دهد.
تفکر خلاق	توانایی تولید راه حل برای مشکلات	
تفکر نقاد	توانایی ارزیابی موقعیت‌ها و شرایط	
تصمیم‌گیری	توانایی انتخاب بین گزینه‌های مختلف	تصمیم‌گیری در مورد ادامه یا قطع دوستی با فرد مصرف‌کننده مواد

مهارت‌های زندگی	تعریف	انواع/توضیحات
همدلی	همدلی به معنی آگاهی داشتن از دیدگاه‌های دیگران و واکنش احساسی به آن است.	به ثبات احساسی، انعطاف‌پذیری، توانایی غلبه بر سختی‌ها، ارتباطات اجتماعی، و خشنودی کمک می‌کند.
خودآگاهی	شناخت خود و ابعاد مختلف خود است.	خویش‌داری یا خودکنترلی یعنی توانایی کودک در به تأخیر انداختن نیاز برای رسیدن به چیز بهتری در آینده. برای این کار می‌توان به میزان بزرگی کارها، به کودک پاداش‌های بزرگ‌تری بدهیم.
مقابله با هیجان	توانایی کاهش احساسات و هیجان‌های منفی و ایجاد هیجان‌های مثبت	مقابله با خشم، ترس، اضطراب، افسردگی و ایجاد احساسات مثبت
مقابله با استرس	توانایی حذف، کاهش یا مدارا با فشارها و تغییرات مختلف زندگی	مقابله با فشار همتایان، کمک گرفتن از دیگران، مشورت و مانند آن
ارتباط مؤثر	توانایی برقراری رابطه مؤثر	بیان کردن، گوش دادن فعال
ارتباط بین‌فردی	توانایی مقابله با مشکلات بین‌فردی	«نه گفتن» به پیشنهادهای ناسالم دوستان از جمله مصرف مواد

آموزش مهارت‌های زندگی

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، برنامه پیشگیرانه مبتنی بر مدرسه است که به دانش‌آموزان کمک می‌کند مهارت‌های اساسی و لازم برای پرداختن به موقعیت‌های سخت زندگی را بیاموزند و استفاده کنند. انواع مهارت‌های زندگی و اجزای آن در جدول ۳-۵ ارائه شده است.

مداخلات مهم تحصیلی

مداخلات تحصیلی، یکی از مداخلات پیشگیرانه همگانی هستند که ارایه آن برای همه دانش‌آموزان ضروریست. در این قسمت یکی از مداخلات تحصیلی مهم معرفی می‌شود که برنامه بهبود محیط کلاسی است.

برنامه‌های بهبود محیط کلاسی

برنامه‌های بهبود محیط کلاس درس، مهارت‌هایی را برای بهبود مدیریت کلاس به معلمان می‌آموزد و

از دانش آموزان حمایت می‌کند که بتوانند دانش آموز بهتری باشند، از طریق کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و مخرب. در این برنامه‌ها، معلمان می‌آموزند که از طریق روش‌های غیر درسی و تمرین‌های روزانه، به دانش آموزان کمک کنند رفتارهای مثبت اجتماعی را آموزش دهند و از رفتارهای منفی و نامناسب آنان بکاهند.

برنامه‌های مشارکتی در محله

یکی از مداخلات پیشگیرانه مهم، رویکردهای اجتماع‌محور است. برنامه‌های اجتماع‌محور رویکردهای توانمند ساز دارند. محله‌ها و ساکنان توانمند شده قادرند عوامل خطر سوق‌دهنده به سمت اعتیاد را بشناسند و با آن مقابله کنند. یک اجتماع توانمند شامل این ویژگی‌هاست: فرصت‌های اقتصادی، راهبردهایی برای توسعه کسب و کار، توسعه پایدار اجتماع محلی، اندیشه‌هایی برای اجرای برنامه‌های جامع راهبردی و ایجاد ظرفیت محلی، همکاری مبتنی بر اجتماع، عقاید و فرصت‌هایی برای تسهیل مشارکت محلی، وجود چشم‌انداز راهبردی برای تغییر، ایجاد و مدیریت یک برنامه راهبردی در اجتماع. برای مداخلات محلی مهم است که وضعیت محلی به درستی تحلیل شود و درک صحیحی از عوامل خطر و محافظ وجود داشته باشد. سپس، برنامه‌ریزی مشارکت محلی صورت گیرد و مشارکت افراد مختلف محله یا جامعه در برنامه به درستی مشخص گردد. پس از آن اقدام مشارکت محلی است که صورت می‌گیرد و برنامه به اجرا در می‌آید. چنین اقدامی به ارتقای کیفیت زندگی و اقتدار محلی باید منجر شود. مشارکت محلی معمولاً به احساس تعلق محلی نیز منجر می‌شود که نقطه قوت چنین مداخلاتی به شمار می‌آید.

حمایت طلبی

حمایت‌طلبی، مداخله‌ای است که از مجموعه فعالیت‌های فردی یا گروهی حمایت‌طلبان تشکیل شده و سعی دارد با تغییر آگاهی، نگرش و رفتار افراد ویژه‌ای، از نفوذ و قدرت آنان برای تصویب سیاست و برنامه‌ای خاص یا تغییر منابع و موقعیت‌ها به نفع کاربران نهایی استفاده کند. در برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد، مهم است که در محله به حمایت‌طلبی پرداخت و از افراد مهم جامعه برای پیشگیری از مصرف مواد کمک گرفت.

برای انجام حمایت‌طلبی ضروری است:

- زمینه به درستی شناسایی شود یعنی عوامل خطر و محافظ، ضرورت تغییر، وجود افراد فعال، شبکه‌های ارتباطی، دانش و مهارت درباره نحوه ایجاد تغییر، امکان استفاده از ابزار تغییر.
- ساختار اجرای طرح نیز باید به درستی روشن شود: مخاطبان، برنامه‌ریزان و تصمیم‌گیران، مجریان و ارزیابان.
- تجزیه و تحلیل محیط و شناسایی عوامل محافظ و خطر در جمعیت تحت پوشش مرکز بهداشتی و درمانی یکی از مهم‌ترین اقدامات است. به همین منظور فهرست از مواد شایع و مشکل‌آفرین مورد مصرف در منطقه تحت پوشش مرکز بهداشتی و درمانی تهیه کنید و آنها را به شکل زیر طبقه‌بندی نمایید.
- یکی از رویکردهای حمایت‌طلبی، بسیج گروه‌های اجتماعی است. در این رویکرد، افراد و مردم محله نقش فعالی در برنامه‌پیشگیرانه دارند که به افزایش اعتماد آنان نسبت به برنامه کمک می‌کند.
- هدف از بسیج گروه‌های اجتماعی عبارت است از:
 - جلب توجه رهبران و تصمیم‌گیران جامعه به موضوع پیشگیری
 - کسب بازخورد از نیازهای جامعه
 - انتشار اطلاعات در بین مردم و ایجاد حمایت عمومی از برنامه
 به منظور بسیج گروه‌های اجتماعی ضروری است اقدامات زیر انجام شود:
- جلب مشارکت رهبران جامعه به خصوص افرادی که تاثیر گذارند از جمله رهبران مذهبی
- شناسایی افراد کلیدی و جلب مشارکت آنان
- شناسایی روش‌های اطلاع‌رسانی موجود در آن جامعه
- هدایت و سازمان‌دهی گروه‌ها و بسیج آنان از طریق نشست‌های محلی، بحث‌های گروهی و مانند آن.
- حمایت‌طلبی، دارای فنونی است که در ادامه به آنها پرداخته می‌شود.

فنون حمایت‌طلبی

عوامل تعیین‌کننده در حمایت‌طلبی مؤثر به آن چه فن حمایت‌طلبی می‌نامند، مربوط می‌شود. فن حمایت‌طلبی، به عوامل زیر بستگی دارد: درک درست از علل ریشه‌ای مشکل، توانایی نفوذ حامی، ارزیابی جامع وضع موجود برای حمایت‌طلبی (نظرات موافقان و مخالفان و جو حاکم در جامعه)، مهارت به کارگیری رسانه، انتخاب راهبرد مؤثر و قابلیت اجرایی.

در یک محله، گروه هدف حمایت‌طلبی کسانی هستند که دارای قدرت برای تغییر در شرایط محلی از طریق تغییر جوّ و ارزش‌های محلی برنامه‌ها و جریان‌های جاری محله، تغییر موقعیت افراد، گروه‌ها یا شرایط محیطی و تخصیصی منابع (اعتباری، مالی، روان‌شناختی و...)، شناخته می‌شوند. این افراد باید با استفاده از فنون حمایت‌طلبی، ترغیب شوند تا تغییر مورد نظر را تسهیل نمایند. ترغیب از چند طریق اتفاق می‌افتد:

- استدلال و ایجاد جاذبه‌های هیجانی
- از طریق قدرت (قدرت قانونی و مشروع، قدرت تخصصی کسب و تحصیل، قدرت پاداش‌دهی، قدرت قهرآمیز که کمتر مؤثر است، قدرت اطلاعاتی و...)
- این که شنونده چقدر اظهارات ما را باورکردنی می‌داند، به کفایت و قابل‌اعتماد بودن ما وابسته است، به این معنی که:
 - مردم، به متخصصین و صاحب‌نظران اعتقاد بیشتری دارند.
 - اثربخشی سخنان با ذکر شواهد و مرجع آن، کفایت و قابلیت اعتماد را افزایش می‌دهد.
 - مجهز بودن به اطلاعات روز (نه صرفاً تجارب شخصی خویش)
 - شیوه بیان مناسب
- ارتباط همدلانه، دوستانه، و صمیمی متناسب با فرهنگ جامعه مخاطب
- افزایش جذابیت متخصصان (با رعایت ظاهر مناسب و حرفه‌ای)

باورهای غلط شایع درباره مواد و مصرف مواد

در فصل سه اطلاعات مفیدی درباره عوارض کلی و اختصاصی مواد شایع مورد مصرف در کشور ارائه شد. باید توجه داشت باورهای زیادی در میان مردم در زمینه مواد و مصرف آن وجود دارد که بسیاری از آنها واقعیت ندارد. در این میان، باورهایی در میان نوجوانان وجود دارد که مبنی بر مثبت بودن مواد و اثرات ناشی از آنهاست. چنین باورهایی باعث می‌شود که خطرات مصرف آنها نادیده گرفته شود و فرد شروع به مصرف کند و به آن ادامه دهد. در این جا به تعدادی از مهم‌ترین باورهای اشتباه به خصوص در میان نوجوانان و جوانان پرداخته می‌شود.

- **باور غلط شماره ۱#:** مصرف مواد را هر موقع که بخواهی می‌توانی کنار بگذاری. **واقعیت:** همه کسانی که معتاد شدند، همین باور را داشتند. ولی وقتی فرد مواد را تجربه کرد، دچار

ولع می‌شود. یعنی میل دارد که باز مواد را مصرف کند. علاوه بر این، بعضی از مواد مانند تریاک، وابستگی جسمی می‌دهند یعنی بعد از مدتی مصرف، اگر ماده به آنها نرسد، دچار مشکلاتی می‌شوند. همچنین، موادی مانند تریاک، تحمل ایجاد می‌کنند. یعنی مصرف‌کننده مجبور است مرتب مقدار ماده مصرفی را افزایش بدهد تا به همان اثر قبلی ماده برسد.

● **باور غلط شماره ۲#:** راه‌هایی وجود دارد که اگر بلد باشی، می‌توانی از مواد استفاده کنی، ولی معتاد نشوی.

واقعیت: این عده نیز همانند مورد بالا، اطلاعی از تأثیر مواد بر مغز ندارند. نه اطلاعی از محرومیت دارند و نه تحمل و به‌خصوص پدیده ولع یا وسوسه. از آن جایی که همه مواد، مدار پاداش در مغز را تحریک می‌کنند، هنگامی که فرد مواد را تجربه کرد، میل مکرر دارد که دوباره آن را تجربه نموده و دچار وسوسه می‌شود. به همین دلیل، نیز توصیه می‌شود که حتی یک بار نیز مواد تجربه نشوند.

● **باور غلط شماره ۳#:** حشیش اعتیادآور نیست.

واقعیت: واقعیت آن است که مصرف حشیش در بلندمدت منجر به اعتیاد نیز می‌شود. اگر چه این اتفاق بعد از گذشت مدتی از مصرف رخ می‌دهد، ولی باید گفت حشیش ماده خطرناکی است چون توهم‌زاست و همچنین می‌تواند منجر به جنون و روان‌پریشی شود.

● **باور غلط شماره ۴#:** چون تریاک، گیاهی است، ضرری به انسان نمی‌رساند.

واقعیت: بسیاری از مواد گیاهی نیز می‌توانند صدمه زننده باشند. تریاک، از گیاه گرفته می‌شود ولی این ربطی به خاصیت اعتیادآوری آن ندارد.

● **باور غلط شماره ۵#:** با یک بار که آدم معتاد نمی‌شود.

واقعیت: درست است که با یک بار اکثریت آدم‌ها معتاد نمی‌شوند. ولی، هنگامی که فرد مواد را تجربه کرد، تمایل دارد که مکرر و مکرر نیز از آن استفاده کند. این مصرف مکرر و مکرر می‌تواند به راحتی زمینه اعتیاد را ایجاد کند.

● **باور غلط شماره ۶#:** همه مواد مصرف می‌کنند.

واقعیت: اکثریت جوانان و نوجوانان مواد مصرف نمی‌کنند. عده کمی مواد مصرف می‌کنند.

● **باور غلط شماره ۷#:** مصرف این مواد بهتر از قرص و داروست.

واقعیت: بر روی قرص‌ها و داروها آزمایش‌های زیادی انجام شده که بی‌ضرر بودن آنها را اثبات کرده‌اند. از سوی دیگر، تأثیر مواد بر بیماری‌ها و سلامت انسان سال‌هاست که مطالعه شده است و هر چه

ارزش درمانی داشته است، توسط کمپانی‌های داروسازی به صورت دارو به شکل‌های مختلف بیرون آمده است. اکثر قرص‌ها و داروها اثرات اعتیاد آوری ندارند ولی مواد این قابلیت را دارند. بنابراین، باید گفت مصرف قرص‌ها و داروها تحت نظر پزشک به مراتب بهتر از مصرف مواد است.

● **باور غلط شماره ۸#:** مهم این است که آدم خوشحال باشد و از لحظه‌هایش استفاده کند.

واقعیت: اگر چه شادی و خوشحالی تجارب مهم و مثبتی در زندگی انسان هستند که کیفیت زندگی وی را تعیین می‌کنند ولی کسب شادی و خوشحالی به هر شکلی، سالم نیست و می‌تواند پیامدهای سنگین و مخربی به دنبال داشته باشد. مصرف مواد هر چند باعث تجربه موقت احساس سرخوشی می‌شود اما عوارض و مشکلات متعدد و جدی به دنبال دارد.

● **باور غلط شماره ۹#:** مصرف بعضی مواد مانند حشیش منجر به خلاقیت یا تجارب عرفانی می‌شود. **واقعیت:** واقعیت آن است که حشیش نه منجر به خلاقیت می‌شود نه تجارب عرفانی. اکثر افراد خلاق و عارف اصلاً مواد و به خصوص حشیش مصرف نمی‌کنند. مصرف حشیش می‌تواند منجر به پسیکوز (جنون) شود. جنون، پدیده‌ای متفاوت از عرفان و خلاقیت است.

● **باور غلط شماره ۱۰#:** برای ادامه زندگی و فراموشی غم‌ها چیزی بهتر از مواد نیست، به خصوص غم از دست دادن آدم‌ها.

واقعیت: همه انسان‌ها، دیر یا زود با مشکلات و شکست‌هایی روبه‌رو می‌شوند و به‌خصوص در این میان غم از دست دادن آدم‌ها (سوگ) را نیز تجربه می‌کنند. ولی، راه‌های سالم زیادی برای مقابله با غم و رنج سوگ وجود دارد که هم کمک می‌کند که افراد با مشکلات زندگی‌شان سازگار شوند و هم این که دچار مشکلات جدی‌تر نمی‌شوند از جمله اعتیاد یا مصرف مواد.

● **باور غلط شماره ۱۱#:** مصرف تریاک باعث کاهش قند خون می‌شود.

واقعیت: مطالعات نشان می‌دهد تریاک تأثیری بر روی کاهش قند خون ندارد و افرادی که تریاک مصرف می‌کنند احتمالاً به دلیل سبک زندگی ساکن‌تر یا اثرات مستقیم خود ماده چربی خون بالاتر نسبت به افراد سالم دارند. علاوه بر این آن گونه که در فصل سوم دیدیم مصرف تریاک خطر برخی بیماری‌های جسمی جدید نظیر سرطان حنجره، مری و معده را در تمام مصرف‌کنندگان و خطر سرطان ریه را در سیگاری‌ها به صورت قابل ملاحظه‌ای بالا می‌برد.

● **باور غلط شماره ۱۲#:** مصرف الکل برای دفع سنگ کلیه و پیشگیری از بیماری‌های قلبی مؤثر است.

واقعیت: هر چند الکل اثرات ادرارآور دارد اما به هیچ وجه تو صیه به مصرف آن در افرادی که سنگ کلیه دارند صحیح نیست. علاوه بر این مطالعات جدید نشان داده مصرف الکل حتی در مقادیر بسیار کم خطر بیماری‌های قلبی، عروقی در هر دو جنس و خطر سرطان پستان در زنان را افزایش می‌دهد و هیچ گونه نقش محافظتی در برابر ابتلاء به بیماری‌های قلبی، عروقی ندارد.

به طور کلی باید توجه داشت همه مواد روان‌گردان اثرات سمی بر روی مغز داشته و علاوه بر این تأثیرات سمی بر روی اعضا و دستگاه‌های مختلف بدن دارند. برای اطلاعات بیشتر در این خصوص به فصل سوم مراجعه فرمایید.

گروه‌های هدف خدمات پیشگیری اولیه

شنا سایی گروه هدف، نخستین بخش از فعالیت‌ها در زمینه ارائه خدمات پیشگیری از مصرف مواد است. به افرادی که به خدمات موجود در یک برنامه نیاز دارند و باید آن خدمات را دریافت کنند، گروه هدف آن برنامه اطلاق می‌شود. در اولویت‌بندی برنامه‌های بهداشتی همواره سعی بر آن است که برنامه‌هایی انتخاب شوند که از شدیدترین و فراوان‌ترین مشکلات سلامت در جامعه پیشگیری می‌کند. بدین لحاظ این برنامه‌ها همواره مشکلات خاص و گروه‌هایی ویژه از افراد جامعه را هدف قرار می‌دهند. پس از شناسایی افراد واجد شرایط باید تلاش کنیم تا آن‌ها را به برنامه وارد کرده و تحت خدمات قرار دهیم.

گروه‌های هدف خدمات پیشگیری از مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه عبارتند از:

- مادران
- زنان در سنین باروری
- نوزادان (تولد تا پایان سی روزه_گی)
- کودکان (دو ماهگی تا پایان ۵ سالگی)
- نوجوانان (۵ سالگی تا ۱۸ سالگی)
- جوانان (۱۸ سالگی تا پایان ۲۹ سالگی)
- میانسالی (۳۰ سالگی تا ۵۹ سالگی)
- سالمندان (۶۰ سالگی به بالا)

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف

گام نخست در ارزیابی خدمات، ایجاد ارتباط مناسب و مؤثر با مردم است. برقراری ارتباط با گروه‌های هدف یکی از کلیدی‌ترین فعالیت‌ها برای اجرای فرایند خدمات اختلالات مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. برقراری ارتباط مناسب باعث می‌شود تا مراجعان برای دریافت خدمات مراجعه کنند و ماندگاری آنها در برنامه افزایش یابد.

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف مناسب باعث می‌شود تا افراد آگاهی‌های لازم را کسب نموده و تمایل پیدا کنند از خدمات بهداشتی بهره‌مند شده و در آن مشارکت کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مهارت‌های پایه برای برقراری ارتباط با گروه‌های هدف شامل رعایت حریم خصوصی، اطمینان دادن درباره رازداری، نشان دادن همدلی، غیرقضاوتی بودن و... **فصل چهارم** را ببینید.

پیشگیری انتخابی

مداخلات پیشگیرانه انتخابی، مربوط به گروه‌هایی از جامعه است که به دلیل داشتن یک مورد یا بیشتر عامل خطر برای اختلالات مصرف مواد در معرض خطر بالاتر برای ابتلا به این اختلالات هستند. شواهد نشان می‌دهد مداخلات پیشگیرانه انتخابی گروه‌های خاص و در معرض خطر بیشتر را هدف قرار می‌دهد و به صورت بالقوه اندازه اثر بزرگتری از مداخلات همگانی دارد.

گروه مداخلات پیشگیرانه انتخابی، در حال حاضر مصرف موادی را شروع نکرده اند ولی احتمال زیادی دارد که آنان درگیر مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد شوند. نمونه این گروه‌ها، فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد یا همسران معتادان هستند.

بعضی از مداخلات مانند آموزش مهارت‌های فرزندپروری و آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی هم جزو مداخلات همگانی و هم انتخابی هستند. از آن جایی که در قسمت‌های قبلی راجع به این دو مورد صحبت شد، در بحث پیشگیری انتخابی دیگر بحثی از آنها به میان نمی‌آید. در این قسمت، دو مداخله پیشگیرانه انتخابی شامل مداخلات مربوط به زنان باردار مصرف‌کننده مواد، بیماری‌های روانی همبود با اعتیاد و مداخلات ویژه در خانواده‌های افراد مصرف‌کننده مواد معرفی می‌شوند.

یکی از عوامل خطر ابتلای به اختلالات مصرف مواد، **بیماری‌های روانی** است. به این ترتیب، شناسایی زودهنگام و درمان بیماران مبتلا به اختلالات روانی، یکی از گام‌های مهم پیشگیرانه به حساب می‌آید. در این قسمت، به طور مختصر، تعدادی از مداخلات پیشگیری همگانی معرفی می‌گردند.

همبودی اختلالات روانی و مصرف مواد

اختلالات روانی و اعتیاد به صورت شایع به صورت هم‌زمان دیده می‌شوند، مطالعات موجود مدل‌های مختلفی از ارتباط بین مصرف مواد و اختلالات روان‌پزشکی را نشان داده‌اند:

- **مدل بیماری:** همان‌گونه که میکروب‌های باعث بروز بیماری‌های عفونی می‌شوند، مصرف مواد باعث القای اختلالات روان‌پزشکی می‌شود. برای مثال مصرف داروهای محرک شبه‌آمفتامینی یا حشیش خطر ابتلا به پسیکوز را افزایش می‌دهد.
- **مدل خوددرمانی:** افراد مبتلا به اختلالات روانی به دلیل «خوددرمانی»^۱ به سمت مصرف مواد می‌روند. در این مدل افراد نوع ماده خود را بر حسب نوع اختلال زمینه‌ای خود انتخاب می‌کنند. برای مثال افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی برای کاهش اضطراب و افزایش حالت مهارگسیختگی به مصرف الکل رو می‌آورند.
- **مدل دوطرفه:** در مدل دوطرفه باور بر این است که در شرایط مختلف ممکن است هر دو حالت ذکر شده در بالا صادق باشد.
- **مدل مسیر مشترک:** در مدل مسیر مشترک تصور می‌شود همبودی اختلالات روان‌پزشکی و اعتیاد نتیجه تعامل مجموعه‌ای از آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی و مواجهه‌های محیطی است. همبودی این دو گروه از اختلالات می‌تواند به دلایل زیر نیز رخ دهد:
- **آسیب‌پذیری‌های ژنتیکی مشترک:** عوامل ژنتیک زمینه‌ساز می‌توانند یک فرد را مستعد هر دو اختلال کنند.
- **عوامل شروع‌کننده مشابه:** استرس، تروما (آزار جسمی یا جسمی) و مواجهه زودهنگام با مواد، از جمله عوامل محیطی مشترکی هستند که می‌توانند منجر به هر دو اختلال شوند.
- **درگیر شدن مناطق یکسانی از مغز:** سیستم‌های مغزی که به استرس و پاداش پاسخ می‌دهند هم تحت تأثیر مواد قرار می‌گیرند و هم در افراد مبتلا به اختلالات خاص روانی ناهنجاری‌هایی نشان می‌دهند.

اختلالات مصرف مواد و سایر اختلالات روانی، اختلالات رشدی هستند. یعنی هر دو گروه اختلالات در دوره نوجوانی یا زودتر شروع می‌شوند، هم‌زمان با تغییرات رشدی فاحشی که در مغز صورت می‌گیرد. مواجهه با مواد در چنین سنینی، می‌تواند تغییراتی ایجاد کند به گونه‌ای که احتمال خطر

¹ self-medication

ابتلای به بعضی اختلالات را افزایش دهد. به همین ترتیب، چنین علایم زودرسی می‌تواند منجر به افزایش خطر مصرف مواد شود.

در هر حال، همبودی بالای بیماری‌های روانی و اختلالات مصرف مواد، ضرورت اتخاذ یک رویکرد جامع جهت درمان هر دو اختلال را مطرح می‌کند. از این رو، هر کسی که برای درمان اختلالات مصرف مواد مراجعه می‌کند باید از بابت بیماری‌های روانی نیز بررسی شود و برعکس.

اختلالات روانی شایع در دوران بارداری

در زمینه اختلالات روانی دوران بارداری مطالعات متعددی صورت گرفته است و شیوع متفاوتی از افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات روانی گزارش شده است. به طور مثال میزان شیوع اختلالات روانی اندازه‌گیری شده با پرسشنامه سلامت عمومی^۱ در سه ماهه اول حاملگی ۱۷٪ و در سه ماهه سوم ۱۳٪ و شیوع افسردگی و اضطراب در طی بارداری از ۱۳/۵٪ تا ۴۲٪ گزارش شده است.

زایمان رویدادی استرس‌زا در طول زندگی زنان است که اغلب با اضطراب همراه است. نگرانی در مورد ناهنجاری نوزاد، درد زایمان، پذیرفتن مسئولیت و مادری کردن از جمله منابع اضطراب مادران قبل از زایمان است. یافته‌های مختلف نشان می‌دهد که اضطراب و نگرانی یکی از مشکلات روان‌شناختی مادر باردار است و میزان شیوع آن در طول دوره بارداری به صورت یک شکل U تظاهر می‌کند به طوری که در سه ماهه اول و سوم میزان اضطراب و نگرانی افزایش می‌یابد.

فشار عاطفی مادر باردار در طولانی مدت، خواه ناشی از مشکلات زناشویی باشد یا عقاید منفی در مورد بچه‌دار شدن یا حوادث ناگوار زندگی، نتایج دیرپایی بر روی سلامت کودک و مادر به دنبال خواهد داشت. نوزادان مادران غمگین و یا مضطرب احتمال دارد پیش از موعد به دنیا آمده، کم‌وزن، بیش فعال، تحریک‌پذیر یا ناآرام بوده و مشکلاتی مانند سوءتغذیه و اسهال و نیاز شدید به در آغوش گرفته شدن داشته باشند.

اضطراب مادر در دوره حاملگی ممکن است زایمانی سخت و مشکل یا زودرس را موجب گردد، صدمه‌ها و ضربه‌های هنگام تولد و همچنین تولد زودرس، احتمال ابتلا نوزادان به اختلال‌های جسمی و روانی را افزایش می‌دهد. مداخلات روانی، اجتماعی می‌توانند تفاوت قابل توجهی ایجاد کند. شواهد نشان داده اند که با ارائه کمک‌ها و حمایت‌های مناسب، بیشتر مادران می‌توانند بر اضطراب خود غلبه کنند.

¹ GHQ

افسردگی دوران بارداری، بیماری شایعی است. در صد نسبتاً زیادی از زنانی که به دنبال تولد فرزند افسرده شدند، در دوران بارداری نیز افسردگی داشتند. میزان اختلال افسردگی اساسی، افسردگی خفیف و همبودی افسردگی و اضطراب در یک نمونه زنان باردار به ترتیب ۱۱٪، ۷٪، و ۵٪ گزارش شد. افسردگی دوران بارداری، پیش‌بینی‌کننده افسردگی بعد از زایمان بوده و میزان افسردگی اساسی در بارداری‌های پرخطر بیشتر از سایر بارداری‌ها (۱۱٪ در مقابل ۳/۴٪) است.

افسردگی دوران بارداری بر سلامت مادر و نوزاد تأثیر زیادی می‌گذارد، از جمله اختلال در رشد شناختی کودک، تأثیر بر دلبستگی مادر و نوزاد، خطر نارس بودن نوزاد، وزن کم هنگام تولد و همچنین خطر مرگ نوزاد. افسردگی شدید با میزان سقط زودرس و بیماری تنفسی نوزاد ارتباط دارد. همچنین این احتمال وجود دارد که زنان باردار افسرده یا مبتلا به بیماری‌های روانی بیشتر از زنان باردار دیگر از موادی مانند سیگار یا الکل استفاده کنند. این در حالی است که بین مصرف سیگار و الکل در دوران بارداری و ابتلای نوزاد به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی ارتباط معنی‌داری به دست آمده است. علاوه بر این، بین وزن کم نوزاد هنگام تولد و بعضی بیماری‌های روانی از جمله اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی ارتباط وجود دارد.

زنان بارداری که افسردگی، اضطراب یا هر دو را دارند، به طور قابل ملاحظه‌ای شکایات جسمی بیشتری را گزارش می‌کنند. به علاوه مادران باردار افسرده مشکلات اجتماعی و خانوادگی بیشتری نسبت به مادران باردار غیرافسرده دارند.

اختلالات روانی شایع در دوران کودکی

بعضی از اختلالات روانی از جمله اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلالات یادگیری، اختلال اضطراب جدایی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک که منجر به رفتار پرخطر مصرف مواد می‌شوند، در دوران کودکی شایع هستند.

جدول ۵-۴- اختلالات شایع در دوران کودکی

ویژگی‌های مهم	اختلال
الگوی مداوم بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی تکانشی	اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه
ناتوانی در یادگیری خواندن، نوشتن و درک ریاضیات. کودک در آزمون‌های عملکرد تحصیلی ضعیف عمل می‌کند.	اختلال یادگیری

اختلال	ویژگی‌های مهم
اختلال اضطراب جدایی	ترس و اضطراب مفرط و از نظر رشدی نامتناسب در مورد جدایی از فردی که منبع دلبستگی است.
اختلال نافرمانی مقابله ای	لجبازی و بی‌اعتنایی نسبت به خواست مراقبان و بزرگترها
اختلال سلوک	زیر پا گذاشتن قانون و حقوق دیگران، تخریب اموال دیگران، پرخاش‌گری، دزدی و فریب‌کاری

تشخیص زودهنگام و درمان به‌موقع اختلالات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان می‌تواند از آسیب‌پذیری آنان به اعتیاد بکاهد. برخلاف نگرانی برخی والدین درباره استفاده از داروهای سایکواستیمولانت نظیر متیل‌فنیدیت در درمان اختلال نقص‌توجه و بیش‌فعالی در کودکان نه تنها خطر اعتیاد را افزایش نمی‌دهد، بلکه می‌تواند در برابر ابتلا به اختلالات مصرف‌مواد در سنین بعدی اثر محافظت‌کننده داشته باشد. برای آموزش والدین و کارکنان شاغل در سازمان‌های ارایه‌دهنده خدمات به کودکان نظیر معلمان در زمینه شناسایی زودرس اختلالات روان‌پزشکی در کودکان استفاده از کتابچه «آشنایی با مشکلات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان: راهنمای خانواده‌ها و مدارس» کمک‌کننده خواهد بود.

تشخیص و درمان اختلالات روانی بزرگسالان

همان‌طور که قبلاً گفته شد، همبودی اختلالات روانی و اختلالات مصرف‌مواد بالاست. تقریباً ۵۰ درصد از افراد مبتلا به اختلالات شدید روانی در معرض اختلالات مصرف‌مواد هستند. ۳۷ درصد از افراد دچار اختلال مصرف مشروبات الکلی و ۵۳ درصد از افراد دارای اختلال مصرف مواد حداقل یک بیماری روانی جدی دارند. از بین تمام افرادی که به عنوان بیمار روانی تشخیص داده شده‌اند، ۲۹ درصد دچار اختلال مصرف الکل یا مواد هستند. در محیط‌های درمانی/بیمارستانی، ۶۵٪ افرادی که حداقل یک بیماری روانی داشتند، در طول عمرشان، حداقل یک بار اختلالات مصرف‌مواد نیز داشتند. این میزان در اختلالات روانی مختلف، متفاوت است. مثلاً در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، بیشترین میزان مشکلات مصرف‌مواد داشتند که به حدود ۷۵٪ می‌رسد. در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی میزان مصرف‌مواد بالاست که در این میان، در اختلال اضطراب اجتماعی به بیشترین میزان می‌رسد. زمانی که همبودی دو اختلال وجود دارد، احتمال بی‌خانمانی، فقر و اقدام به خشونت و قربانی خشونت شدن، افزایش می‌یابد.

مسئله مهم دیگر این است که همبودی، پایبندی بیمار در درمان را کاهش می‌دهد و احتمال ریزش و

رها کردن درمان افزایش می‌یابد. هنگامی که همبودی وجود دارد، پیش‌آگهی درمان ضعیف خواهد بود. از جمله اختلالاتی که با مصرف مواد ارتباط دارند عبارتند از: اختلالات افسردگی، اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه. به همین دلیل، تشخیص زودرس اختلالات روان‌پزشکی و درمان تخصصی آن می‌تواند یک اقدام پیشگیرانه برای اختلالات مصرف مواد باشد.

با توجه به مطالب بالا، در میان افرادی که برای درمان اختلالات روانی مراجعه می‌کنند یا افرادی که مبتلا به بیماری روانی هستند، احتمال مصرف مواد را نیز بررسی کنید. به این منظور مراقبت غربالگری اولیه (سریع) برای پزشکان نیز پیش‌بینی شده است که می‌تواند به صورت فرصت‌طلبانه اجرا شود.

زنان باردار مصرف‌کننده مواد

مصرف مواد در دوران بارداری غیرشایع نیست. براساس داده‌های سازمان جهانی بهداشت حدود ۱۰-۵٪ زنان در دوران بارداری مواد مصرف می‌کنند. به دلیل الگوی زندگی، زن باردار مصرف‌کننده مواد، به خود و خانواده‌اش آسیب برساند. اصل اول در مدیریت اختلال مصرف مواد در بارداری اولویت پیشگیری است.

عوامل مختلفی بر دلایل شروع مصرف مواد در زنان اثر می‌گذارد و برخی از این عوامل در زنان شایع‌تر از مردان هستند. زنان اغلب اظهار می‌کنند استرس، خلق منفی و روابط شان باعث شروع مصرف مواد در آن‌ها شده است. در واقع زنان اغلب از طریق یک دوست نزدیک، یکی از اعضا خانواده، همسر یا شریک جنسی خود با مواد آشنا می‌شوند.

عوامل خطر ابتلا زنان به اختلالات مصرف مواد می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- مواجهه با محیط خانوادگی آشفته، پر از مشاجره و خشونت
- داشتن همسر/ شریک جنسی مصرف‌کننده مواد
- بیماری‌های روان‌پزشکی اولیه (زمینه‌ای)، از جمله اختلالات خلقی و اضطرابی
- تجربه خشونت کلامی، جسمی و جنسی
- سابقه تروما همچون سوءرفتار جنسی در کودکی یا روابط بین فردی
- همچنین فشار اجتماعی بر زنان برای داشتن اندام متناسب، بیش از مردان است. لذا موادی مثل سیگار، مت‌آمفتامین (شیشه) و سایر مواد محرک، برای کاهش وزن مورد استفاده قرار می‌گیرند.

با توجه به مطالب بالا، در گروه‌های خاص، به ویژه ضرورت توجه و ارزیابی اختلالات مصرف مواد جدی بوده و ضروری است کارکنان خدمات بهداشتی، احتمال مصرف مواد را دقیقاً بررسی کنند. تحقیقات نشان داده است که مصرف مواد مختلف در دوران بارداری عوارض جدی بر سلامت به خصوص جنین دارند.

عوارض مصرف دخانیات در بارداری

مصرف سیگار در دوران بارداری با پیامدهای منفی زیادی برای جنین همراه است. تحقیقات مختلف نشان می‌دهند، مصرف سیگار در دوران بارداری مهم‌ترین عامل خطر شناخته شده برای مرگ جنین و وزن کم هنگام تولد است. علاوه بر این، سیگار کشیدن منجر به کوتاه شدن دوران بارداری و نارس بودن نوزاد نیز می‌شود. عوارض ناشی از مصرف سیگار ناشی از سموم مختلف حاصل از تدخین آن به خصوص نیکوتین و مونواکسید کربن است.

سیگار توانایی باروری انسان را در هر دو جنس کاهش می‌دهد. از آن جایی که نیکوتین فشار خون را افزایش می‌دهد منجر به سقط جنین خودبه خودی می‌شود. در این رابطه تحقیقات نشان می‌دهند جنین پسران از دختران آسیب‌پذیرتر است.

در صورتی که نوزاد به دنیا بیاید، مصرف سیگار منجر به بد شکلی و ناهنجاری مادرزادی می‌شود. اشکال در کارکردهای شناختی و توانایی‌های ذهنی کودک در مادران مصرف‌کننده سیگار بالاست. یکی از چنین اختلالاتی ابتلای به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی است. تحقیقات نشان می‌دهند مصرف سیگار احتمال ابتلای به این اختلال را افزایش می‌دهد. ابتلای به سرطان در دوره کودکی نیز در فرزندان مادران مصرف‌کننده سیگار به طور معنی‌داری بیشتر از فرزندان مادران غیر سیگاری مشاهده می‌شود. علاوه بر این، سندرم مرگ ناگهانی نوزاد در مادران مصرف‌کننده سیگار به مراتب بالاتر است.

نکته مهم آن‌که، زندگی با یک مصرف‌کننده جدی سیگار (مواجهه با دود دست دوم¹) نیز می‌تواند منجر به سندرم وقفه تنفسی و وزن کم نوزاد هنگام تولد شود. توجه داشته باشید که در مقایسه با الکل و سایر مواد، احتمال کنار گذاشتن سیگار در دوران بارداری کمتر است.

¹ second hand smoke

عوارض مصرف سیگار تا سال‌ها بعد نیز بر نوزاد و کودک تأثیر می‌گذارند. مقایسه کودکانی که مادر آنها هنگام بارداری سیگار مصرف می‌کرد با فرزندان مادران غیرسیگاری نشان داده است که، این کودکان به طور معنی‌داری مشکلات سلامت بیشتری تجربه می‌کنند از جمله:

- کاهش بهره‌مندی هوشی
- رشد شناختی کم از جمله رشد شناختی و زبانی محدودتر
- رشد جسمی کمتر
- رفتارهای خشونت‌آمیز، ناپختگی، رفتارهای مقابله‌ای و لجبازی
- افزایش میزان فعالیت، رفتارهای تکانشی و بی‌توجهی
- ابتلای به سرطان در دوران کودکی
- افزایش احتمال ابتلای به اختلال نقص توجه / بیش‌فعالی

عوارض مصرف مواد افیونی در دوران بارداری

عوارض مصرف مواد افیونی بر روی جنین شامل نقص در سیستم اعصاب و ایجاد مشکلات جدی در رشد یا تشکیل مغز و نخاع و مشکلات مادرزادی قلب می‌شود.

مرده‌زایی و زایمان زودرس (پیش از ۳۷ هفته) از دیگر عوارض مصرف مواد افیونی در دوران بارداری است. با این حال، **قطع ناگهانی** مصرف مواد افیونی در دوران بارداری در افراد وابسته به مواد افیونی باعث القای سندرم محرومیت در فرد می‌شود. تجربه سندرم محرومیت شدید در دوران بارداری با افزایش خطر سقط، دیسترس جنینی و زایمان زودرس همراه است.

نوزاد مادری که در دوران بارداری به مصرف مواد افیونی ادامه داده است، پس از تولد سندرم محرومیت را تجربه می‌کند. سندرم محرومیت از مواد افیونی در دوره نوزادی با گریه ممتد، تغییرات رنگ پوست، افزایش ترشحات مخاطی، اشک‌ریزش، تحریک‌پذیری، شیر نخوردن، افزایش فعالیت، تشنج، تب و اسهال مشخص می‌گردد.

نکته مهم آن است که مصرف خودسرانه داروهایی که از مواد افیونی تهیه شده‌اند نیز در دوران بارداری تأثیرات منفی جدی دارند. تحقیقات نشان داده‌اند، مصرف کدئین در سه ماهه اول بارداری با نواقص مادرزادی قلبی ارتباط دارد.

خطر مرده‌زایی با مصرف مواد افزایش می‌یابد. این خطر به دنبال مصرف دخانیات (سیگار، قلیان) ۱/۸

تا ۲/۸ برابر، با مصرف حشیش ۲/۳ برابر، با مصرف محرک‌ها و داروهای مسکن (هر کدام) ۲/۲ برابر و در صورت مواجهه با دود دست دوم دخانیات دیگران بودن (مصرف منفعلانه) ۲/۱ برابر افزایش می‌یابد. جدول ۵-۵ عوارض مصرف مواد مختلف را در دوره‌های مختلف بارداری، زایمان و پس از تولد نشان می‌دهد.

جدول ۵-۵- عوارض مصرف مواد مختلف در بارداری^۱

نوع ماده	عوارض بارداری	عوارض نوزادی	عوارض طولانی مدت
نیکوتین	سقط خودبخودی زایمان زودرس پارگی زودرس پرده‌ها جفت سرراهی کندگی جفت تأخیر رشد داخل رحمی وزن کم تولد	افزایش مرگ و میر نوزادی سندرم مرگ ناگهانی نوزاد	آسم کودکی مشکلات رفتاری اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی
حشیش	اثرات غیریکدست	اثرات عصبی، رفتاری: کاهش توانایی آرام‌سازی خود، افزایش لرزش خفیف و واکنش از جا پریدن، افزایش فعالیت دست به دهان، تغییر الگوی خواب	به هم ریختن خواب شبانه، مشکلات رفتاری، بی‌توجهی، تکانش‌گری و بیش‌فعالی، بزه‌کاری و مشکلات برون‌سازی، علایم افسردگی و اضطراب
هروئین	زایمان زودرس تأخیر رشد داخل رحمی وزن کم تولد توکسمی خون‌ریزی بارداری و پس از زایمان	افزایش مرگ و میر پری‌ناتال سندرم پرهیز نوزادی	افزایش بی‌توجهی، بیش‌فعالی و مشکلات رفتاری دشواری در فرآیندهای جسمی، اجتماعی، سازگار نمودن خود و یادگیری
متادون		سندرم پرهیز نوزادی	

^۱ جهت اطلاعات بیشتر به راهنمای مدیریت وابستگی به مواد در بارداری، تولد (هنگام زایمان)، شیردهی و نوزادی مراجعه نمایید.

نوع ماده	عوارض بارداری	عوارض نوزادی	عوارض طولانی مدت
آمفتامین‌ها	فشار خون بارداری تأخیر رشد داخل رحمی مرگ جنینی	ناهنجاری‌های مادرزادی در دستگاه اعصاب مرکزی، قلبی، عروقی، شکاف کام و لب، اعضاء عوارض عصبی، رفتاری: کاهش برانگیختگی، افزایش استرس و کیفیت حرکتی پایین (رابطه دوز - پاسخ)	مشکلات رفتاری
کوکائین	سقط خودبخودی پارگی زودرس غشاها زایمان زودرس تأخیر رشد داخل رحمی کنده شدن جفت	ناهنجاری‌های مادرزادی در دستگاه تناسلی - ادراری افزایش گذرا در علایم و نشانه‌های دستگاه اعصاب مرکزی و اتونومیک وزن کم تولد، کاهش قد و دور سر (وابسته به دوز)	تأخیر زبان
توهم‌زاها		ناهنجاری‌های مادرزادی: نقایص قلبی عروقی، کلیه مدولای اسفنجی	

مصرف مواد افیونی حین بارداری باعث کاهش وزن تولد، نارسایی و مرگ نوزاد می‌شود. این عوامل به نوبه خود منجر به ایجاد طیف وسیعی از مشکلات برای بارداری و نوزاد می‌شوند که شامل سندرم دیسترس تنفسی، خون‌ریزی داخل جمجمه‌ای، عقب افتادن رشد داخل رحمی، آسپیکسی نوزادی، آسپیراسیون مکنونیوم، جدا شدن زودرس جفت و سایر مشکلات می‌شود.

خانواده مصرف‌کنندگان مواد

زندگی در خانواده‌ای که یکی از افراد خانواده مصرف‌کننده مواد است، یک عامل خطر برای اعتیاد است. هم‌سر و فرزندان افراد معتاد، در استرس بالا، وضعیت بهداشتی و کیفیت زندگی پایینی به سر

می‌برند. خشونت یکی از مشکلات شایع در خانواده معتادان است. خشونت یکی از مشکلات بسیار شایع در همسران افراد معتاد است به طوری که ۴۰ تا ۶۰ درصد همسران افراد مصرف‌کننده مواد، مشکل خشونت همسر را گزارش می‌کنند و این موضوع باید در ارایه مراقبت‌ها مورد توجه قرار گیرد. مصرف مواد منجر به خشونت می‌شود و هنگام رفتار خشن هم مواد مصرف می‌کنند. به نظر می‌رسد خشونت و مصرف مواد در یک چرخه عمل می‌کنند. مطالعات در خصوص الکل و مواد نشان داد که قبل از شروع درمان اختلالات مصرف، میزان اعمال خشونت آمیز در بین مردان ۷۲ در صد و در زنان ۵۰ در صد بود. مطالعات مختلف، اختلال مصرف مواد را عامل ۴۰-۶۰ درصد از موارد خشونت خانگی عنوان کرده است. طبق آمار دفتر دادگستری ایالات متحده، قربانیان خشونت در ۸۵ در صد موارد شرکای صمیمی زندگی (همسران) خصوصاً زنان هستند. در مقایسه با مردان، زنان ۵-۸ برابر بیشتر در معرض آسیب خشونت خانگی از همسر خود هستند.

همچنین، دیسترس روانی در همسران افراد مصرف‌کننده بالاتر از جمعیت عادی است. میزان دیسترس همسران با فشارهای روانی زندگی، موقعیت شغلی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، و وضعیت بهداشتی، وجود فرزند کمتر از ۱۵ سال در خانواده، طول مدت ازدواج، وجود منابع حمایت اجتماعی و در دسترس بودن افراد قابل اعتماد هم‌بستگی دارد.

علاوه بر این، بیماری‌های روانی در معتادان شایع است. یکی از دلایل عدم کفایت والدین معتاد این است که ۹۰ درصد مصرف‌کنندگان مواد اختلالات هیجانی یا شخصیت دارند که می‌تواند توانایی آنها را جهت مراقبت از فرزندان تحلیل برد. والد مصرف‌کننده مواد یا الکل که افسردگی نیز دارد کمتر با کودک خود رابطه عاطفی برقرار کرده و در نتیجه مهارت‌های رفتاری فرزند را دچار اختلال می‌کند. برای والدین مصرف‌کننده مواد و الکل، اعتیاد و افسردگی یک ارتباط دوطرفه دارند به طوری که مصرف مواد منجر به افسردگی و افسردگی منجر به مصرف بیشتر مواد می‌شود.

همبودی اختلالات روانی با مصرف مواد، مهارت‌های فرزندپروری والدین را تحت تأثیر قرار می‌دهد. والدین مبتلا به اعتیاد نمی‌توانند از طریق انضباط توأم با محبت و باثبات که لازمه رشد انضباط درونی و خودکنترلی است، کنترل بیرونی را برای فرزندان خود فراهم سازند. آنها محیط خانوادگی ایجاد می‌کنند که نه تنها از رفتارهای ضداجتماعی فرزندان چشم‌پوشی می‌شود، بلکه شاید الگوهای ضداجتماعی را نیز برای آنها ارائه کنند. همچنین احتمال این که والد در طول دوره‌ای از زندگی کودک و نوجوان زندانی شود وجود دارد. شناسایی به موقع مشکلات روان‌پزشکی همبود و درمان آنها در اعضای خانواده افراد مبتلا به

اختلالات مصرف مواد باید به صورت خاص مورد توجه قرار گیرد. برای اطلاعات بیشتر در این زمینه به کتابچه «آشنایی با مشکلات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان: راهنمای خانواده‌ها و مدارس» مراجعه فرمایید.

آموزش مهارت‌های فرزندپروری با استفاده از بسته فرزندپروری (والدین کودکان ۲ تا ۱۲ سال) یا بسته نوجوان سالم (والدین نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ سال) به والدین مبتلا به اختلالات مصرف مواد تحت درمان یا بهبودیافته به صورت یک مداخله پیشگیرانه انتخابی می‌تواند مهارت آنها را برای تعامل بهتر و مؤثرتر با فرزندان تقویت نماید.

اعتیاد و کودک‌آزاری

همان‌طور که در بالا گفته شد، خشونت در خانواده مصرف‌کنندگان مواد با شیوع بیشتری از جمعیت عمومی دیده می‌شود. یکی از اشکال این نوع خشونت‌ها، کودک‌آزاری است. بین مصرف مواد و انواع کودک‌آزاری‌ها هم‌بستگی وجود دارد.

شایع‌ترین کودک‌آزاری همراه با اعتیاد، غفلت از فرزندان است. والدین معتاد چهار برابر بیشتر از والدین سالم، احتمال دارد از فرزندان خود غفلت کنند. تحقیقات نشان می‌دهد غفلت در والدین معتاد مکرر و بیشتر از والدین دیگری است که آنها هم غفلت می‌کنند ولی معتاد نیستند.

در یک مطالعه بین‌المللی ۲۵٪ کودکانی که در اثر غفلت یا کودک‌آزاری فوت کردند، مادر معتاد به مواد داشتند. طبق آماری که از طرف سازمان بهزیستی منتشر شده است، اعتیاد والدین عامل اصلی ۵۷٪ موارد کودک‌آزاری ارجاع شده به این سازمان است. نیمی از والدینی که فرزندان خود را مورد غفلت قرار می‌دهند معتاد به مواد یا الکل هستند. سبک زندگی خانوادگی آشفتگی و حضور افراد غریبه در منزل فرزندان را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد. زمانی که والدین مصرف‌کننده مت‌آفتمین باشند، احتمال غفلت مزمن از فرزندان افزایش می‌یابد. ترکیب افسردگی، خشونت خانوادگی و مصرف مواد، محیط مراقبتی خشن و غیرقابل پیش‌بینی ایجاد می‌کند. در چنین شرایطی فرزندان به شدت در معرض خطر ابتلای به بیماری‌های روانی قرار می‌گیرند.

غفلت به صورت ناتوانی والدین یا مراقبان در تأمین نیازهای اساسی فرزندان تعریف می‌شود. غفلت می‌تواند به شکل‌های زیر باشد:

- جسمی: ناتوانی در تأمین غذا، سرپناه و نظارت مناسب بر رفتار فرزند.

- **طبی:** ناتوانی در تأمین مراقبت‌های بهداشتی و پزشکی و یا درمان‌های روان‌شناختی ضروری.
- **آموزشی:** ناتوانی در آموزش مناسب فرزند یا تأمین نیازهای آموزشی ویژه وی.
- **هیجانی:** بی‌توجهی به نیازهای هیجانی فرزند، انجام مراقبت‌های روان‌شناختی، اجازه دادن به فرزند که الکل یا مواد مصرف کند.

مداخلات تحصیلی: سیاست نگهداری دانش‌آموز در محیط مدرسه

یکی از سیاست‌های مهم تحصیلی که به پیشگیری انتخابی مربوط می‌شود، نگهداری دانش‌آموزان در محیط مدرسه است. نگهداری دانش‌آموز در محیط مدرسه و پرهیز از اخراج وی، کاهش افت تحصیلی و افزایش مهارت‌های تحصیلی دانش‌آموزان یکی از موضوعات کلیدی در پیشگیری از اعتیاد در کودکان و نوجوانان است. مدرسه می‌تواند محیطی ایمن و مناسب برای طی کردن فرآیند اجتماعی شدن سالم برای دانش‌آموزان فراهم کند. محیط غنی و حمایت‌کننده در مدارس به نوعی که در دانش‌آموزان احساس تعلق خاطر نماید، در برابر مصرف مواد و رفتارهای پرخطر اثر محافظت‌کننده دارد. پیشگیری از افت تحصیلی، شناسایی دانش‌آموزان دچار افت تحصیلی، نگهداری دانش‌آموزان در مدرسه، پیشگیری از ترک تحصیل، پیوند مثبت با مدرسه، آموزش مهارت‌های تحصیلی از سیاست‌های پیشگیرانه مهم به حساب می‌آیند. با توجه به موارد بالا، خانواده‌ها و افراد خاصی نیاز به مداخلات بیشتری دارند که در قسمت زیر، شرح آنها ارائه می‌شود.

عمده‌ترین گروه‌های هدف در معرض خطر مصرف مواد

افراد در معرض خطر شامل گروه‌های زیر می‌شوند:

افراد دارای وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، خانواده (شامل همسر و فرزندان) افراد مصرف‌کننده، افراد خشونت‌دیده، افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی و آسیب‌های اجتماعی.

فصل ششم: شناسایی، مراقبت و پیگیری

عناوین فصل

- مقدمه
- غربال‌گری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد
- آشنایی با مراقبت‌ها به تفکیک مواد
- مداخله مختصر روانشناختی
- درمان شناختی- رفتاری کوتاه
- غربال‌گری در بارداری
- شک به مصرف مواد در خانواده
- تقاضای کمک برای عضو خانواده مبتلا به اختلالات مصرف مواد
- شناسایی اختلالات مصرف مواد در افراد زیر ۱۵ سال
- پیگیری
- تشخیص اختلالات مرتبط با مواد
- اورژانس‌های مرتبط با مصرف مواد
- کاهش آسیب مصرف مواد

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- اصول کلی مراقبت‌ها به تفکیک مواد شایع مورد مصرف در کشور را توضیح دهید.
- غربال‌گری اولیه و تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد را اجرا کنید.
- مداخله مختصر و مداخله شناختی- رفتاری مختصر برای اختلالات مصرف مواد را تشریح کنید.
- نحوه پیگیری مراقبت‌های مرتبط با غربال‌گری و شناسایی موارد را تشریح کنید.
- ملاک‌های تشخیصی اختلالات مصرف مواد را بشناسید.
- اورژانس‌های مرتبط با مصرف مواد را بشناسید.
- خدمات کاهش آسیب را تشریح کنید.

در فصل پنجم مداخلات پیشگیری اولیه همگانی و انتخابی در مراقبت اولیه معرفی شدند. در این فصل به مداخلات پیشگیری موردی، مداخلات درمانی و ارجاع پرداخته می‌شود. کارشناس سلامت روان نقش کلیدی در شناسایی افراد در معرض خطر یا مبتلا به اختلالات مصرف مواد، ارایه مراقبت متناسب، ارجاع و پیگیری آنها دارد.

سنگ بنای خدمات کارشناس سلامت روان در زمینه شناسایی و مراقبت اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه غربال‌گری^۱ اختلالات مصرف انواع مواد و مداخله مختصر^۲ پیوندیافته با آن (در افراد ۱۵ ساله یا بیشتر) است.

علاوه بر این، افراد در معرض خطر یا مبتلا به اختلالات مصرف مواد از مسیرهای مختلفی ممکن است شناسایی شوند. این مسیرها عبارتند از:

- ارزیابی آزمایشگاهی (آزمایش ادرار) مصرف اخیر مواد (مورفین و مت‌آمفتامین) در زنان باردار مشکوک که غربال‌گری منفی دارند.
 - شناسایی اختلالات مصرف مواد در کودکان و نوجوانان (زیر ۱۵ سال)
 - کسانی که به دلیل مصرف یا شک به مصرف مواد در یک عضو خانواده (۱۵ ساله یا بیشتر) به کارشناس مراقب سلامت/بهورز یا کارشناس سلامت روان مراجعه می‌نمایند. برخی از این افراد اظهار می‌کنند عضو خانواده آنها از مراجعه داوطلبانه برای ارزیابی و مراقبت طفره می‌رود.
 - کسانی که سابقه مصرف مواد در گذشته داشته و در حال حاضر تحت درمان بوده یا درمان خود را تکمیل نموده‌اند و در هنگام اخذ شرح حال روان‌شناختی به این موضوع اشاره می‌نمایند.
- در ادامه این فصل نحوه شناسایی موارد از طریق هر یک از مسیرهای بالا و نقش کارشناس سلامت روان در ارایه مراقبت‌ها توصیف می‌شود.

پیش‌نیاز موفقیت در شناسایی، مراقبت و پیگیری افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد آن است که با انواع مواد آشنایی داشته و مهارت‌های پایه مشاوره و برقراری ارتباط با گروه‌های هدف را بشناسید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این موضوعات به ترتیب فصل‌های سوم و چهارم را ببینید.

شناسایی و مراقبت اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه با مجموعه‌ای از چالش‌ها

¹ screening

² brief intervention

مواجهه است. کارشناسان سلامت روان باید این مشکلات و چالش‌ها را شناسایی نموده و برای رفع آنها برنامه‌ریزی نمایند. این چالش‌ها عبارتند از:

- **آنگ اجتماعی:** مصرف دخانیات، داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف، الکل و سایر مواد هر یک به درجاتی با آنگ اجتماعی همراه هستند. این موضوع باعث می‌شود مراجعان مشکلات خود را در این زمینه را با ارایه‌دهندگان مراقبت سلامت در میان نگذارند، هر چند انتظار می‌رود مراجعان مصرف مواد دخانی و مصرف نابجا (غیرپزشکی) داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف را با سهولت بیشتری با کارکنان مراقبت سلامت در میان بگذارند.

- **مهارت‌های پایه مشاوره:** برای دستیابی به پاسخ‌های صحیح در غربال‌گری رعایت مهارت‌های پایه مشاوره نظیر احترام، پذیرش، رازداری، غیرقضاوتی بودن، همدلی و... اهمیت اساسی دارد. با گذشت زمان، برقراری ارتباط مؤثر و ایجاد اعتماد به نظام مراقبت‌ها مراجعان با سهولت بیشتری مشکلات خود را با کارکنان مراقبت سلامت در میان خواهند گذاشت. برای توضیحات بیشتر **فصل چهارم** را ببینید.

- **حریم شخصی:** اجرای غربال‌گری در یک محیط کاملاً خصوصی بدون حضور اعضاء خانواده، همراهان و سایر کارکنان مراقبت سلامت احتمال پاسخ‌دهی باز و صادقانه را افزایش می‌دهد. کارشناسان روان‌موظفند، نکات مربوط به رعایت حریم شخصی را به کارشناسان مراقب سلامت/بهورزان آموزش دهند و باید حتی‌الامکان در چیدمان مبلمان اداری و وضعیت صندلی مراجع نسبت به کارشناس مراقب یا بهورز این اصل را رعایت کنند. همچنین در هنگام غربالگری، حتی‌الامکان امکان مشاهده‌ی صفحه‌ی مانیتور در هنگام انجام غربالگری بطور همزمان برای ارایه‌کننده خدمت (کارشناس مراقب/ بهورز یا کارشناس روان) و مراجع فراهم باشد. بدیهی است، اجرای این اصل و نکات پیشگفت در هنگام اجرای غربالگری و ارایه مداخلات روان‌شناختی برای کارشناس سلامت روان کاملاً الزامیست.

- **ارتقای سواد سلامت:** هدف اولیه در شروع غربال‌گری دستیابی به پاسخ‌های صحیح و دقیق نبوده، بلکه انتقال این پیام به مراجعان است که مصرف مواد پیامدهای منفی جدی بر سلامت آنها داشته و نظام مراقبت‌های بهداشتی نسبت به آن حساس بوده و آمادگی دارد در این ارتباط به ایشان کمک نماید. همواره این امکان وجود دارد که مراجع بدلالی مایل به خوداظهاری نباشد و تحت تاثیر این تعامل و ارتباط درست در مراجعات بعدی خود و یا اطرافیانش را برای دریافت خدمات معرفی

نماید. لذا حفظ حرمت و حریم شخصی مراجع حتی در صورت عدم همکاری در انجام غربالگری لازم است و ارایه پیام فوق اهمیت بسیاری دارد.

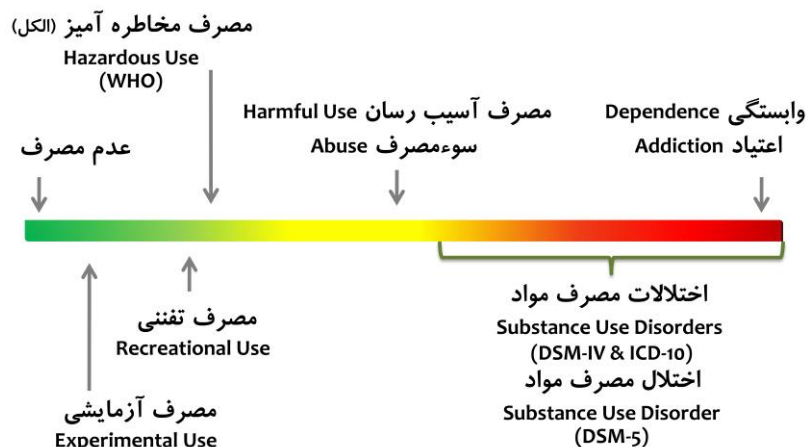
تغییر دیدگاه کارکنان مراقبت سلامت و مراجعان درباره اختلالات مصرف مواد از یک ضعف شخصیتی غیرقابل تغییر به یک مشکل سلامت رفتاری قابل اصلاح، در موفقیت برنامه غربالگری اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه نقش کلیدی دارد.

غربالگری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد

- ضرورت غربالگری در مراقبت‌های بهداشتی اولیه

پیشتر در فصل یکم و سوم دیدیم که مصرف مواد با بار بالایی برای سلامت عمومی جمعیت‌ها در تمام کشورهای جهان از جمله ایران همراه است. در سیر طبیعی مصرف انواع مواد بین زمان شروع مصرف تا ابتلا به وابستگی و مراجعه برای دریافت خدمات درمان به ترتیب به صورت تخمینی یک فاصله زمانی ۵ تا ۱۰ ساله وجود دارد. در ارتباط با مصرف مواد در جمعیت عمومی می‌توان یک پیوستار از عدم مصرف تا وابستگی یا اعتیاد به انواع مواد را در نظر گرفت. شکل ۶-۱ پیوستار مصرف مواد در جمعیت را نشان می‌دهد.

شکل ۶-۱- پیوستار مصرف مواد



تعاریف عملیاتی اصطلاحات به کار رفته در شکل بالا شامل مصرف مخاطره‌آمیز، مصرف آسیب‌رسان، وابستگی و اختلالات مصرف مواد در ادامه این فصل ارائه شده است.

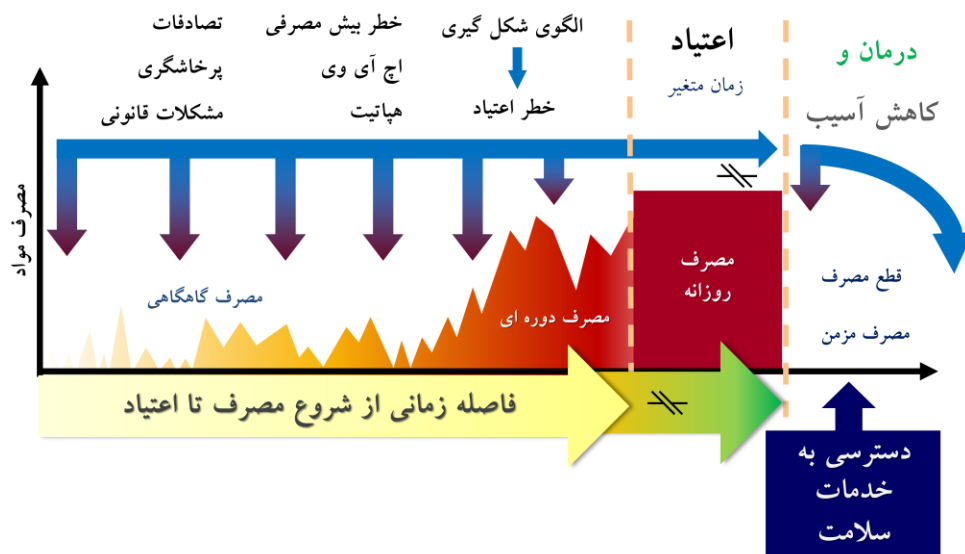
هدف از غربال‌گری شناسایی مشکلات یا عوامل خطر سلامت در مراحل اولیه، پیش از ایجاد بیماری جدی یا سایر مشکلات بوده و بخشی از فعالیت‌های پیشگیرانه در جایگاه‌های مراقبت سلامت است.

مصرف مواد حتی پیش از تبدیل شدن به وابستگی نیز می‌تواند منجر به بروز پیامدهای جدی همچون مرگ و بیماری شود. افراد در این مرحله به دلیل ابتلاء به عوارض سلامتی ناشی از مصرف مواد ممکن است به جایگاه‌های ارائه‌دهنده مراقبت اولیه مراجعه نمایند. مطالعات نشان داده‌اند شناسایی مصرف آسیب‌رسان و مخاطره‌آمیز مواد و ارائه مداخلات انگیزشی مختصر می‌تواند از پیشرفت وضعیت فرد به سمت وابستگی پیشگیری نماید. بنابراین جایگاه‌های مراقبت سلامت فرصت منحصر به فردی برای شناسایی مصرف‌کنندگان موادی که مصرف آنها هنوز به حد وابستگی نرسیده محسوب می‌گردد. برنامه غربال‌گری و مداخله مختصر پیوندیافته با آن به منظور شناسایی کسانی که مصرف آسیب‌رسان یا مخاطره‌آمیز مواد دارند و کاهش و قطع مصرف مواد در آنها یک نوع مداخله پیشگیری اولیه موردی^۱ از ابتلا به وابستگی به مواد به حساب می‌آید. در شکل ۶-۲ سیر طبیعی و عوارض مصرف مواد نشان داده شده است.

شناسایی فرصت‌طلبانه مصرف‌کنندگان مواد، الکل و دخانیات توسط پزشک می‌تواند منجر به شناسایی زودرس افراد مصرف‌کننده و وابسته به مواد و ارائه مداخله انگیزشی مختصر برای ترغیب آنها برای شروع مداخلات درمانی اختصاصی و تخصصی شود.

¹ indicative primary prevention

شکل ۶-۲- سیر و عوارض مصرف مواد



برای اطلاعات بیشتر درباره منطق و ضرورت غربالگری در مراقبت اولیه راهنمای غربالگری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد را ملاحظه کنید.

غربالگری اولیه فرصت منحصر به فردی برای دستیابی به اهداف زیر برای کارکنان تیم سلامت فراهم می‌آورد تا:

- درک بهتر از مشکلات سلامت جسمی، روانی و اجتماعی فرد به دست آورند.
- به فرد بازخورد ارایه کنند به این معنا که
 - رفتارهای مثبت را تشویق نمایند.
 - برای رفتارهای پرخطر آموزش و توصیه ارایه کنند.
 - فرد مشکوک را برای غربالگری تکمیلی ارجاع دهند.

نقش کارشناس سلامت روان در ارتباط با فعالیت غربالگری اولیه ارایه آموزش و توانمندسازی کارکنان تیم سلامت به منظور اجرای بهتر این فعالیت می‌باشد. به منظور آشنایی بیشتر شما، پرسشنامه غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد در ادامه آورده شده است.

غربال‌گری اولیه و تکمیلی

به منظور متناسب ساختن مدل غربال‌گری با نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشور و تعیین دقیق‌تر نیازهای مراجعان در حوزه مصرف مواد، الکل و دخانیات مدل اجرایی غربال‌گری درگیری با مصرف انواع مواد به این صورت طراحی شده است:

- غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز
- غربال‌گری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد توسط کارشناس سلامت روان
- غربال‌گری اولیه:
- پرسشنامه غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات که توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز تکمیل می‌شود از پنج بخش به شرح زیر تشکیل شده است:
- بخش اول- سؤالات سابقه مصرف انواع مواد در طول عمر و سه ماه گذشته
- بخش دوم- سؤالات بیشتر درباره دفعات و مقدار مصرف انواع دخانیات در ماه گذشته (برای مصرف‌کنندگان دخانیات در سه ماه گذشته)
- بخش سوم- سؤال مواجهه با دود دست دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته (خود فرد)
- بخش چهارم - سؤالات مواجهه فرزندان با دود دست دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته (ویژه والدین دارای فرزند زیر ۱۸ سال)
- بخش پنجم - سؤال درباره وجود فرد درگیر با مصرف الکل و مواد در خانواده (پرسش از خود فرد)

گروه هدف غربال‌گری اولیه و تکمیلی مصرف مواد، الکل و دخانیات افراد ۱۵ تا ۵۹ ساله در جمعیت تحت پوشش هستند.

غربال‌گری باید با استفاده از اطلاعاتی که خود فرد در اختیار ارایه‌دهندگان مراقبت قرار می‌دهد، تکمیل شود.

غربال‌گری اولیه اولین بار در هنگام تشکیل پرونده سلامت فرد و سپس در دوره‌های زمانی مراقبت معمول

گروه‌های سنی یا طبق دستورالعمل بروز رسانی پرونده ی سلامت فرد انجام می‌شود.

در دوران بارداری، باید در هر سه ماه، یک بار غربال‌گری اولیه انجام شود.

- مشارکت تیم سلامت می‌تواند در قالب **مراقبت‌های معمول** یا به صورت **فرصت طلبانه** شناسایی موارد مبتلا به اختلالات مصرف مواد انجام شود:

● در **مراقبت معمول**^۱ گروه‌های هدف برنامه در فراخوان برای تکمیل پرونده الکترونیک سلامت دعوت شده و **غربالگری اولیه** توسط کارشناس مراقب سلامت برای آنها انجام شده و در صورت مثبت شدن فرد برای دریافت **غربالگری تکمیلی** به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌گردد.

● شناسایی موارد به صورت **فرصت طلبانه**^۲ که می‌تواند توسط هر یک از اعضای تیم سلامت شامل کارشناس مراقب سلامت/بهورز، ماما، کاردان بهداشت دهان و دندان، کارشناس سلامت روان، دندان‌پزشک یا پزشک انجام شود. سایر کارکنان تیم سلامت در مراکز جامع سلامت باید پس از مشاهده افراد واجد علائم و نشانه‌های مرتبط با مصرف مواد، الکل و دخانیات آنها را برای دریافت مراقبت‌های مورد نیاز به کارشناس روان ارجاع نمایند.

● غربالگری تکمیلی

- در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، برای شناسایی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، از آزمون غربالگری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد (ASSIST) و آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل - نسخه مصرف طراحی شده توسط سازمان جهانی بهداشت استفاده می‌شود.

- پرسش‌نامه ASSIST سه سطح خطر درگیری با مصرف انواع مواد را در مراجعان شناسایی نموده و پرسش‌نامه AUDIT-C مصرف مخاطره آمیز یا سطوح پرخطرتر درگیری با مصرف الکل را شناسایی می‌کند. در غربالگری تکمیلی تنها برای کسانی که در سه ماه گذشته مصرف الکل داشته‌اند، به منظور تعیین دقیقتر نوع مراقبت مورد نیاز، استفاده از آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل - نسخه مصرف یا پرسشنامه AUDIT-C پیش‌بینی شده است.

در اجرای غربالگری اولیه و تکمیلی منبع فقط خود فرد پاسخگو است و اظهارات عضو دیگری از خانواده و یا دوستان نمی‌تواند به عنوان مرجع تکمیل غربالگری‌ها قرار گیرد. در چنین مواقعی کارشناس مراقب سلامت/بهورز و یا کارشناس روان می‌توانند، پیشنهاد خدمت آموزش به خانواده دارای عضو مصرف‌کننده مواد را به مراجع ارایه نمایند.

¹ routine care

² opportunistic

- آزمون ASSIST از ۸ پرسش تشکیل شده است که به تفکیک برای گروه‌های مختلف مواد پرسیده می‌شود. با استفاده از اطلاعات به دست آمده از اجرای غربال‌گری تکمیلی، شاخص‌های زیر برای مراجعان قابل محاسبه است:

- مصرف طول عمر انواع مواد (پرسش ۱)
- مصرف سه ماه اخیر انواع مواد (پرسش ۲)
- نمره خطر اختصاصی درگیری با هر یک از گروه‌های مواد (نمره پاسخ فرد به پرسش‌های ۲ تا ۷)

- تزریق در طول عمر/سه ماهه اخیر (پرسش ۸)

- در غربال‌گری تکمیلی برای کسانی که در سه ماه گذشته مصرف الکل داشته‌اند، AUDIT-C نیز برای دوره زمانی سه ماه گذشته تکمیل می‌گردد. با استفاده از اطلاعات این ارزیابی، شاخص‌های زیر قابل احصاء است:

- فرکانس مصرف الکل (پرسش ۱)
- مقدار مصرف در یک روز معمول مصرف (پرسش ۲)
- فرکانس مصرف ۶ پیمانیه یا بیشتر الکل در یک نوبت مصرف (پرسش ۳)
- همانطور که در فصل قبل تاکید شد، غربال‌گری اولیه و تکمیلی باید در یک اتاق خصوصی، بدون حضور اعضای خانواده، همراهان یا سایر مراجعان انجام شود.
- رعایت اصول مشاوره پایه و اطمینان‌دهی درباره رازداری منجر به افزایش پاسخ‌دهی صادقانه در غربال‌گری می‌شود.
- رایحه توضیحات شفاف، درباره هدف غربال‌گری و محتوای سؤالات آن برای جلب همکاری بهتر و دقیق‌تر مراجعان ضروری است.
- در صورتی که فرد طی فرآیند مراقبت‌های معمول توسط کارشناس مراقب سلامت، جهت دریافت غربال‌گری تکمیلی ارجاع شده باشد، کارشناس سلامت روان باید اطلاعاتی که فرد در غربال‌گری اولیه ارائه داده، مشاهده و مرور نماید.

غربال‌گری در بارداری

اطلاعات درباره شیوع اختلالات مصرف دخانیات (تنباکو) و سایر مواد در زنان باردار محدود است. در یک مطالعه ۰/۵٪ زنان مراجعه‌کننده به بیمارستان، جهت زایمان گزارش شخصی مصرف مواد سنگین نظیر مواد افیونی (تریاک، شیر، هروئین و کراک هروئین) و مواد محرک (مت‌آمفتامین) داشتند.

شناسایی اختلالات مصرف مواد در بارداری اهمیت بالایی دارد، چرا که شواهد نشان می‌دهد پیامدهای بارداری و نوزادی در زنان بارداری که خدمات استاندارد درمان اعتیاد دریافت کرده‌اند در مقایسه با مادران بارداری که درمان دریافت نکرده‌اند، به صورت قابل ملاحظه‌ای بهبود پیدا می‌کند.

علاوه بر این برخی شواهد نشان می‌دهد یک مدل جامع درمان اختلالات مصرف مواد در بارداری همراه با مراقبت‌های بارداری و آموزش فرزندپروری، با بهبود پیامدهای تکامل عصبی و عملکرد تحصیلی و کاهش رفتارهای مشکل‌آفرین همچون مصرف دخانیات، الکل و مواد همراه است. در ارایه مراقبت جامع به مادران باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد می‌تواند به شکستن چرخه انتقال بین‌نسلی اعتیاد و مشکلات رفتاری منجر شود.

با توجه به عوارض بالای مرتبط با مصرف مواد در بارداری، شناسایی مصرف مواد دخانی، داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف، الکل و سایر مواد اهمین بالایی دارد. به این منظور اجرای غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد به صورت ادغام‌یافته در مراقبت‌های معمول بارداری برای کارشناس مراقب سلامت/بهورز در نظر گرفته شده است. غربال‌گری اولیه در اولین مراقبت بارداری و سپس هر سه ماه یک بار باید انجام شود. بدین ترتیب، غربال‌گری اولیه باید در هر سه ماهه بارداری یک بار اجرا شود.

در صورتی که در غربال‌گری اولیه مصرف هر یک از انواع مواد در سه ماهه اخیر مثبت باشد، مادر باردار برای انجام غربال‌گری تکمیلی به صورت غیرفوری به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌گردد.

- شناسایی و ارجاع مادر باردار مشکوک به اختلالات مصرف مواد

با توجه به حساسیت بالای شناسایی اختلالات مصرف مواد در بارداری، برای کارشناس مراقب سلامت/بهورز مراقبتی تحت عنوان «شناسایی و ارجاع مادر باردار مشکوک به اختلالات مصرف مواد» پیش‌بینی شده است.

در این مراقبت، در صورتی که غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد منفی بوده،

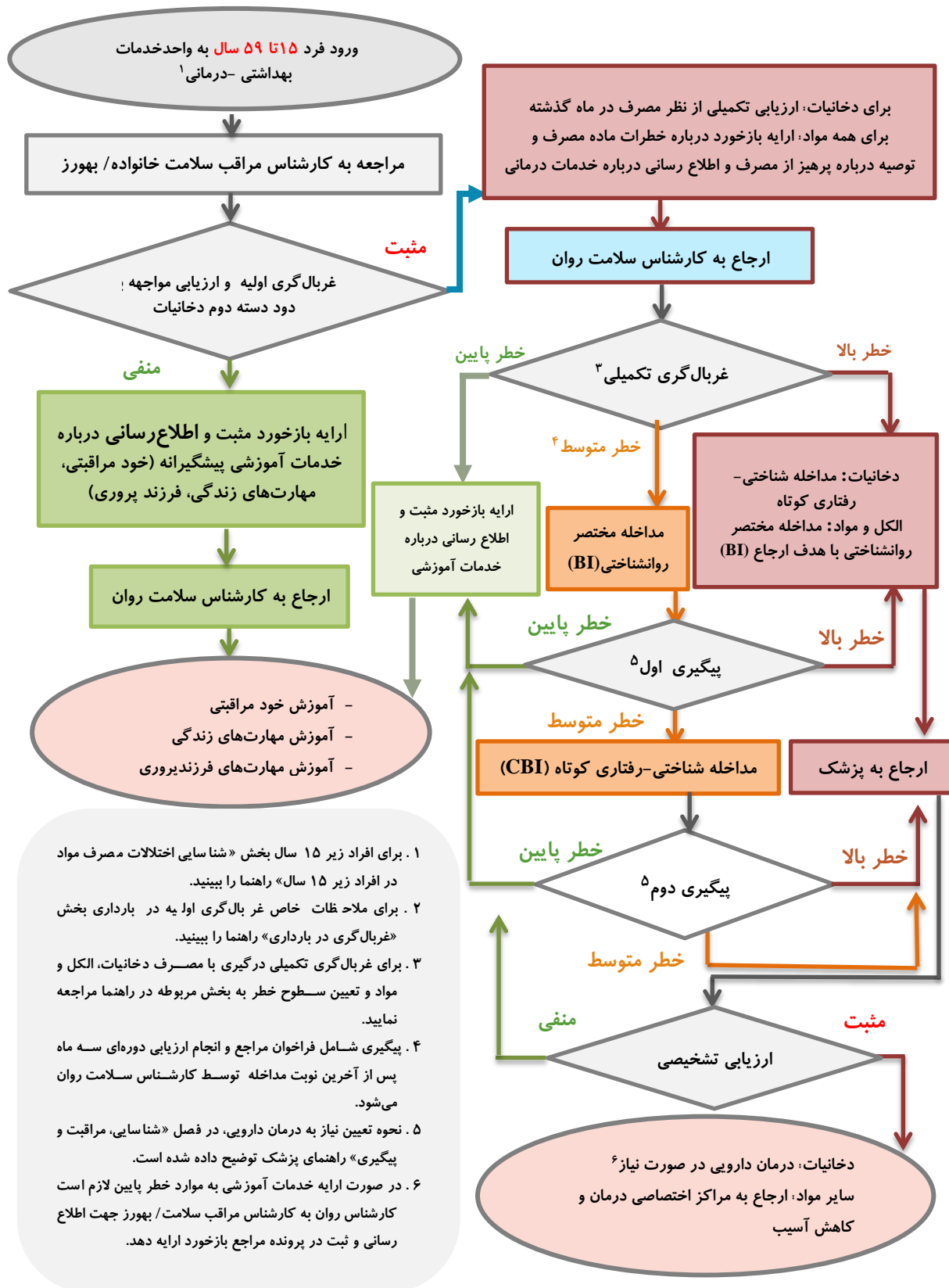
اما فرد نشانه‌ها و علائم مطرح‌کننده احتمال وجود اختلالات مصرف مواد را داشته باشد، مراجع برای غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان و جهت انجام آزمایش ادرار از نظر مصرف اخیر مورفین و مت‌آمفتامین به پزشک ارجاع شود. پزشک دستور اجرای آزمایش ادرار را صادر و آزمایش توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز یا مامای مستقر در پایگاه بهداشتی/خانه بهداشت ضمیمه اجرا و نتیجه آن جهت درج محرمانه در پرونده به پزشک منعکس می‌کند. پزشک نتیجه آزمایش را در پرونده مادر باردار ثبت می‌نماید.

علائم و نشانه‌های مطرح‌کننده احتمال وجود اختلالات مصرف مواد در زنان باردار به شرح زیر است:

- مراجعه نامنظم برای مراقبت بارداری
 - وزن نگرفتن و یا عدم تطابق سن بارداری و ارتفاع رحم
 - عفونت‌های منتقله از راه جنسی
 - سوءتغذیه
 - کبودی و آثار جراحات ناشی از خشونت
 - اسکارهای ناشی از تزریق مواد بر روی بدن
- اطلاعات بیشتر درباره نحوه اجرای آزمایش ادرار در راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه: کتاب کارشناس مراقب سلامت/بهورز آورده شده است.
- کارشناس سلامت روان برای ارایه مراقبت‌های لازم شامل آموزش، مداخله مختصر و ارجاع برای زنان باردار لازم است با موارد زیر آشنایی داشته باشند:
- عوارض مصرف مواد در بارداری: برای مرور عوارض مصرف مواد در بارداری فصل سوم و پنجم را ببینید.
 - مراقبت‌های بارداری: به این منظور مطالعه راهنماهای اداره مادران در خصوص مراقبت‌های بارداری کمک‌کننده است.
 - ملاحظات خاص درمان اختلالات مصرف مواد در بارداری: برای آشنایی با ملاحظات خاص درمان اختلالات مصرف مواد در بارداری راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه: کتاب پزشک را ملاحظه کنید.

- موانع دسترسی به مراقبت برای زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد: مصرف مواد در بارداری با آنگ اجتماعی مضاعف همراه است. این موضوع باعث می‌شود زنان باردار درگیر اختلالات مصرف مواد احساس گناه و شرم شدید برای مراجعه جهت دریافت مراقبت و پیگیری آن دارند. نگرانی درباره هزینه‌ها و پیامدهای قانونی از دیگر موانع دسترسی به مراقبت‌های مورد نیاز برای زنان باردار معتاد است.
- برای آگاهی بیشتر از نحوه اجرای غربالگری تکمیلی و مداخلات، در شکل ۶-۳ - فلوچارت خدمات تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد و راهنمای ارزیابی خدمات تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات در نظام مراقبت‌های اولیه و پس از آن محتوای پرسشنامه‌های غربالگری اولیه و تکمیلی و نحوه امتیاز دهی برای تعیین سطوح خطر درگیری مراجع با مصرف ارزیابی می‌گردد.

شکل ۶-۳- فلوچارت خدمات تشخیصی و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات



۱. برای افراد زیر ۱۵ سال بخش «شنا سایی اختلالات مصرف مواد در افراد زیر ۱۵ سال» راهنما را ببینید.
۲. برای ملاحظات خاص غربال‌گری اول به در بارداری بخش «غربال‌گری در بارداری» راهنما را ببینید.
۳. برای غربال‌گری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد و تعیین سطوح خطر به بخش مربوطه در راهنما مراجعه نمایید.
۴. پیگیری شامل فراخوان مراجع و انجام ارزیابی دوره‌ای سه ماه پس از آخرین نوبت مداخله توسط کارشناس سلامت روان می‌شود.
۵. نحوه تعیین نیاز به درمان دارویی، در فصل «شنا سایی، مراقبت و پیگیری» راهنمای پزشک توضیح داده شده است.
۶. در صورت ارایه خدمات آموزشی به موارد خطر پایین لازم است کارشناس روان به کارشناس مراقب سلامت/ بهورز جهت اطلاع‌رسانی و ثبت در پرونده مراجع بازخورد ارایه دهد.

فرایند ارایه خدمات تشخیصی و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات

در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه لازم است، خدمات پیشگیرانه شامل شناسایی، تشخیص، مراقبت‌های دارویی و غیر دارویی، و پیگیری افراد درگیر اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات به تمامی مراجعان ارایه گردد. در این برنامه سه گروه عمده ارایه‌کنندگان خدمت، شامل کارشناس مراقب سلامت/ بهورز، کارشناس سلامت روان و پزشک عمومی می‌باشند. این افراد براساس فرآیند مندرج در فلوجارت (شکل ۶-۳) و در چارچوب طرح تحول سلامت، در مراکز خدمات جامع سلامت، پایگاه‌های بهداشتی و خانه‌های بهداشت به شناسایی به موقع و مداخلات اولیه اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات می‌پردازند و خدمات و مراقبت‌های مورد نیاز را در منطقه تحت پوشش به شرح زیر فراهم می‌نمایند.

غربال‌گری اولیه مصرف مواد، الکل و دخانیات: در شرایط معمول، شروع فرآیندهای این فلوجارت با ورود مراجع از طریق فراخوان نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه خواهد بود. در بدو ورود مراجع، کارشناس مراقب سلامت/ بهورز برای تمام افراد ۱۵ تا ۵۹ ساله «غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات» یا به اختصار **غربال‌گری اولیه** را انجام می‌دهد.

غربال‌گری اولیه شامل ارزیابی از نظر مصرف انواع مواد، الکل و دخانیات در طول عمر و در سه ماه گذشته می‌باشد. در صورت مثبت بودن غربال‌گری اولیه برای مصرف انواع تنباکو، سؤالات تکمیلی مصرف دخانیات در ماه گذشته پرسش می‌شود. علاوه بر این صرف نظر از نتیجه غربال‌گری اولیه از کلیه مراجعان ارزیابی مواجهه با دود دست‌دوم مواد دخانی (در ماه گذشته) به عمل می‌آید.

برای مواردی که نتیجه غربال‌گری اولیه منفی می‌شود، کارشناس مراقب سلامت/ بهورز، ضمن ارایه بازخورد تشویقی درباره تداوم رفتار پرهیز از مصرف، با بررسی شرایط مراجع، خدمات توانمندسازی پیشگیری و ارتقای سلامت گروهی از قبیل آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری و خودمراقبتی را اطلاع‌رسانی نموده و در صورت اعلام تمایل از سوی مراجع، او را به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌دهد.

اما در مواردی که نتیجه غربال‌گری اولیه مثبت می‌شود، کارشناس مراقب سلامت/ بهورز پس از ارائه آموزش درباره خطرات مصرف مواد، متناسب با ماده مصرفی که با استفاده از کارت بازخورد انجام می‌گردد، با ارایه توصیه کوتاهی درباره پرهیز از مصرف ماده یا مواد مورد نظر، مراجع را جهت غربال‌گری

تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌دهد. کارشناس مراقب سلامت/ بهورز باید مراجعان غربال‌گری اولیه مثبت را با مراقبت‌های کارشناس سلامت روان و پزشک آشنا نموده و آنها را برای دریافت این مراقبت‌ها تشویق نماید. اولین گام پس از ارجاع فرد غربال‌گری اولیه مثبت به کارشناس سلامت روان انجام غربال‌گری تکمیلی است. بر حسب نتیجه حاصل از غربال‌گری تکمیلی نوع مراقبت مورد نیاز فرد تعیین می‌شود. همچنین در صورتی که فردی خارج از مسیر ارجاع به کارشناس روان مراجعه نماید، لازم است ابتدا تکمیل شرح حال روانشناختی در دستور کار قرار گیرد.

همچنین در صورت عدم تمایل مراجع به پاسخگویی، کارشناس مراقب/ بهورز به ثبت مورد عدم تمایل می‌پردازد و ضمن ارجاع فرد به روانشناس، بدون اصرار به پاسخگویی، ابتدا توضیحی تأکیدی در مورد هدف این نوع ارزیابی و رعایت اصل رازداری ارائه نموده و با یک بازخورد حمایتی مثبت، خدمات روانشناختی و درمانی مرتبط با مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی را معرفی می‌نماید تا در صورت لزوم و تغییر رای، مراجع امکان استفاده به موقع از خدمات را داشته باشد.

سپس کارشناس سلامت روان براساس نتایج حاصل از اجرای غربال‌گری تکمیلی، سطح خطر (پایین، متوسط و بالا) و مراقبت مورد نیاز مراجع را مطابق شرح زیر مشخص و ارائه می‌نماید.

۱) کارشناس سلامت روان کلیه موارد ارزیابی شده با سطح خطر پایین را ضمن اطلاع‌رسانی و تشویق جهت آموزش‌های گروهی به کارشناس مراقب سلامت/ بهورز ارجاع می‌دهد تا اسامی افراد متقاضی در فهرست مربوطه ثبت شود.

۲) در مواردی که مراجع در سطح خطر متوسط مصرف مواد ارزیابی می‌شود، دو جلسه هفتگی مداخله مختصر (BI) Brief Intervention با رویکرد قطع مصرف توسط کارشناس سلامت روان به مدت ۱۵-۲۰ دقیقه ارائه می‌گردد. پس از گذشت سه ماه، بعد از دریافت آخرین جلسه مداخله کارشناس سلامت روان فرد را برای دریافت ادامه مراقبت دعوت نموده و نسبت به انجام ارزیابی دوره‌ای اول (منطبق با پرسشنامه ASIST) اقدام می‌نماید. مداخلات بعدی بیمار بر اساس نتیجه آن صورت می‌پذیرد.

در مواردی که در ارزیابی دوره‌ای اول، فرد در سطح خطر پایین قرار گیرد، فرآیند خدمت با اطلاع‌رسانی و تشویق مراجعان، و دریافت آموزش‌های گروهی توانمندسازی خاتمه می‌یابد. اما در صورتی که مراجع همچنان در سطح خطر متوسط باشد، مداخله شناختی-رفتاری کوتاه Cognitive Behavioral

Intervention (CBI) توسط کارشناس سلامت روان ارایه می‌گردد. **مداخله شناختی- رفتاری کوتاه** شامل ۴ جلسه مداخله فردی است که بصورت هفتگی و به مدت ۴۵-۳۰ دقیقه ارایه می‌شود. اما در

صورتی که فرد در ارزیابی دوره‌ای دوم در سطح **خطر بالا** ارزیابی شود، به پزشک ارجاع می‌گردد.

همچنین افرادی که به دلیل **خطر متوسط** مداخله شناختی- رفتاری مختصر دریافت کرده اند، لازم است که سه ماه بعد از دریافت آخرین جلسه مداخله، بار دیگر بیمار توسط کارشناس سلامت روان فراخوانده و ارزیابی دوره‌ای دوم (منطبق با پرسشنامه ASIST) برای آنها انجام شود. در مواردی که نتیجه ارزیابی در این مرحله، خطر پایین را نشان دهد، فرآیند خدمت با اطلاع رسانی و تشویق مراجعان، و دریافت آموزش‌های گروهی توانمندسازی خاتمه می‌یابد. اما در صورتی که فرد در ارزیابی این مرحله مجدداً در سطح **خطر متوسط یا سطح خطر بالا** ارزیابی شود، مستقیماً به پزشک ارجاع می‌گردد.

در صورتی که در اجرای اولین غربالگری تکمیلی مصرف الکل یا مواد، فرد در دامنه **خطر بالا** ارزیابی شود، کارشناس سلامت روان پس از ارائه یک جلسه مداخله مختصر روان‌شناختی که با هدف ایجاد انگیزه در بیمار برای دریافت خدمات درمانی می‌باشد، مراجع نیز به پزشک ارجاع می‌یابد. در اینجا پزشک به ارزیابی تشخیصی مراجع از نظر اختلالات مصرف مواد و الکل می‌پردازد و در صورت **تشخیص وابستگی به الکل یا مواد (به جز دخانیات)** فرد را برای دریافت خدمات موردنیاز به مراکز تخصصی درمان و کاهش آسیب ارجاع می‌دهد.

۳) در صورتی که نتیجه غربالگری تکمیلی نشان دهد، که فرد در معرض **خطر بالای** مصرف دخانیات است، کارشناس سلامت روان مداخله شناختی- رفتاری کوتاه با هدف ترک دخانیات ارایه می‌دهد و نیز مراجع برای بررسی از نظر نیاز به دریافت **درمان دارویی** به پزشک ارجاع می‌شود. در صورتی که مراجع وابسته به دخانیات به طور معمول بیش از ۱۰ نخ سیگار در روز مصرف نماید و ملاکهای تشخیصی مربوطه را هم داشته باشد، پزشک مرکز باید درمان دارویی (درمان‌های جایگزین نیکوتین یا درمان‌های دارویی غیرنیکوتینی نظیر بوپروپیون و وارنیکلین) را مطابق راهنمای پزشک در نظر بگیرد. در کسانی که سایر انواع مواد دخانی را مصرف می‌کنند، در صورتی که دفعات مصرف در ماه گذشته «روزانه یا تقریباً روزانه» باشد، استفاده از **درمان دارویی** باید در نظر گرفته شود.

لازم به توضیح است غربالگری تکمیلی توسط کارشناس سلامت روان و ارزیابی تشخیصی توسط پزشک باید به صورت ادغام‌یافته با ارزیابی‌های حوزه سلامت روان و اجتماعی انجام پذیرد. در صورت

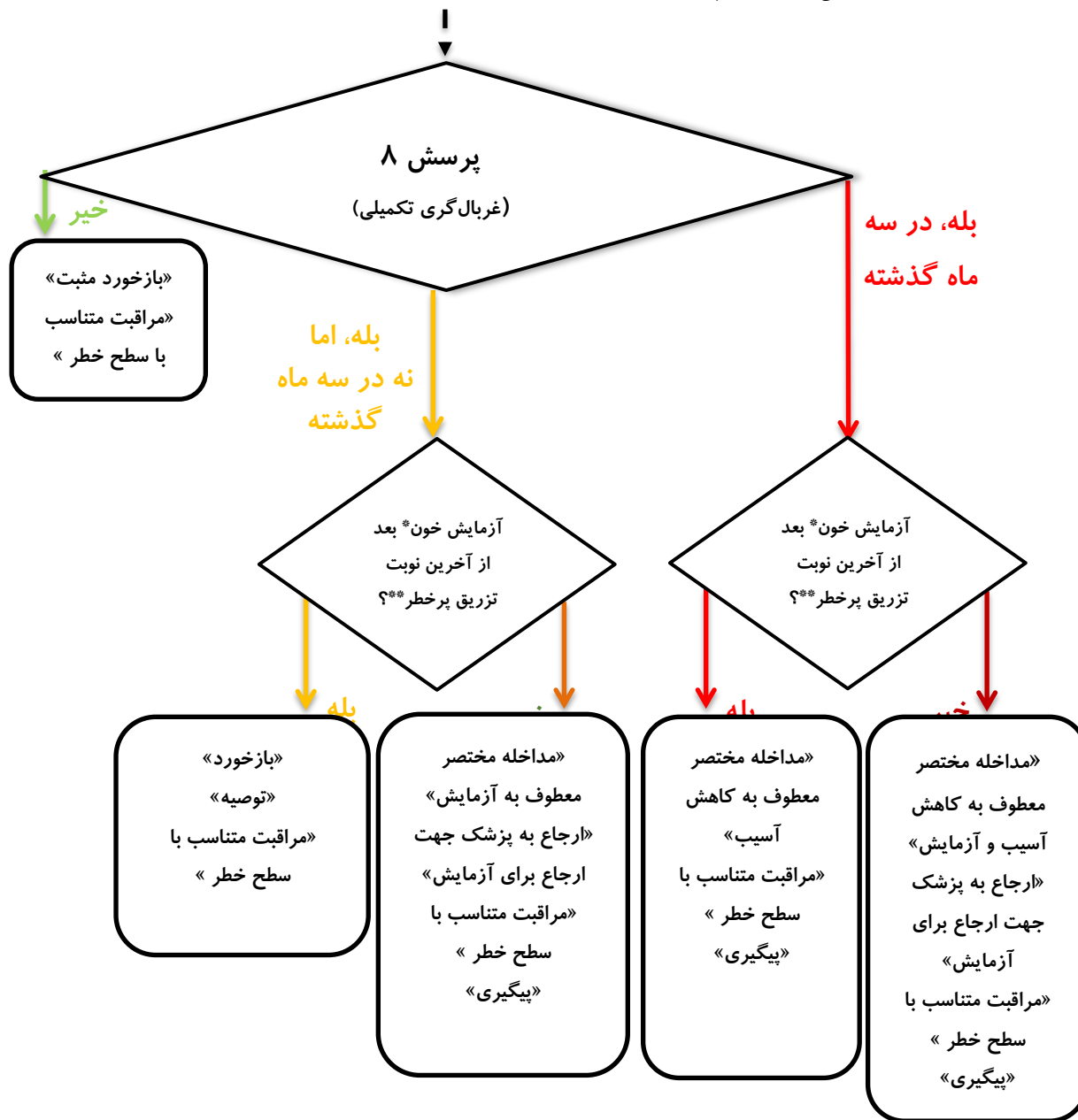
شناسایی موارد مثبت در ارزیابی‌های حوزه‌های مذکور، اقدام لازم متناسب با فلوجارت خدمات سلامت روان و اجتماعی نیز باید در نظر گرفته شود.

در مواردی که بیمارانی که پزشک برای دریافت خدمات تخصصی درمان و کاهش آسیب‌های اعتیاد به سطح بالاتر ارجاع می‌گردند، تصمیم‌گیری در مورد چگونگی ادامه روند درمان به عهده درمان‌گر سطح تخصصی است.

لازم به ذکر است، در هر یک از مراحل ارزیابی و درمان، در صورت شناسایی هر مورد اورژانس طبی یا روان‌پزشکی، باید ارجاع فوری به سطح بالاتر، متناسب با نیاز بیمار توسط پزشک در نظر گرفته شود. بدیهی است مسئولیت کیفیت و نحوه ارایه کلیه خدمات درمانی به بیماران در سطح اول ارائه خدمت (نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه) و همچنین مدیریت تیم درمان با پزشک مرکز است.

همچنین لازم به ذکر است، پس از غربالگری تکمیلی برای موارد دارای سابقه تزریق مواد طبق فلوجارت ۶-۴ مراقبت‌ها ارایه می‌گردد. همچنین عدم انجام آزمایش اچ‌آی وی در سه ماهه اخیر، باید فرد برای انجام آزمایش اچ‌آی وی به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع گردد.

شکل ۶-۴- فلوجارت نحوه برخورد با موارد دارای سابقه تزریق مواد



*منظور انجام آزمایش خون آزمایش از نظر اچ آی وی و هپاتیت سی آن است که فرد آزمایش انجام داده و از نتیجه آن مطلع شده است. در صورتی که فرد اظهار کند آزمایش انجام داده اما از نتیجه آن را دریافت نکرده، نمی‌داند یا خاطرش نیست همچون فردی با او برخورد نمایند که آزمایش نداده است.

**هر گونه تزریق مواد یک روش پرخطر برای مصرف مواد محسوب می‌گردد. منظور از تزریق پرخطر در اینجا تزریق با سرنگ استفاده شده توسط دیگران است.

پرسشنامه غربالگری اولیه

غربالگری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات پس از خواندن مقدمه، به منظور کاهش حساسیت مراجع نسبت به پرسش ها، ابتدا درباره مصرف طول عمر مواد به ترتیب موجود در جدول زیر انجام می شود.

عدم تمایل به پاسخ-گویی	بله	خیر	پرسش ۲- در صورت پاسخ مثبت به هر یک: در سه ماه اخیر چگونه؟	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ-گویی	پرسش ۱-۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده اید؟
							بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ-گویی
							۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
							۲- داروهای مسکن اُپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره) (فقط مصرف غیر پزشکی)
							۳- داروهای آرام بخش یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره) (فقط مصرف غیر پزشکی)
							۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
							پرسش ۱-۲- مواد دیگر چگونه؟
							۵- مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
							۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
							۷- محرک های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
							۸- سایر؛ مشخص کنید: ...

در صورت پاسخ مثبت به هر یک از موارد سؤال ۱، پرسش ۲ درباره مصرف سه ماه گذشته آن موارد پرسیده شود.

بخش دوم غربالگری اولیه، سؤالات بیشتر درباره دفعات و مقدار مصرف انواع دخانیات در ماه گذشته است که در صورت پاسخ مثبت فرد به مصرف دخانیات در سه ماهه گذشته، سؤالات تکمیلی

درباره سن شروع مصرف، نوع و مقدار ماده دخانی مصرفی در ماه گذشته سؤالات جدول زیر پرسیده می شود. لازم به ذکر است در صورت پاسخ منفی به مصرف ماده دخانی در ماه گذشته نیازی به طرح سؤال پنجم نمی باشد.

سوالات ارزیابی تکمیلی دخانیات

پرسش ۵- بطور معمول در یک روز مقدار مصرف شما چقدر است؟		پرسش ۴- در ماه گذشته، چند وقت یک بار هر یک از این مواد دخانی را مصرف کرده اید؟				پرسش ۳- سن اولین بار مصرف؟	نوع فراورده دخانی
بار	نخ	تقریباً روزانه یا روزانه	هفتگی	۱ تا ۳ بار	هرگز		
							سیگار
							قلیان
							پیپ/چپق
							ناس/تنباکوی جویدنی

صرف نظر از پاسخ فرد به سؤال ۲، در صورت پاسخ مثبت به سؤال اول (سابقه مصرف در طول عمر) و یا سؤال دوم (مصرف در سه ماهه اخیر)، سؤال ششم در مورد سابقه درمان پرسیده شود. سؤال ۶- آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان هستید؟ (۱۵ تا ۵۹ سال)

سپس، صرف نظر از پاسخ مراجعان به سؤال های ۱ تا ۵، پرسش ۶ درباره ی سابقه درمان و پرسش ۷ درباره مواجهه با دود دسته دوم از تمام مراجعان پرسیده می شود.

پرسش ۷- آیا در ماه گذشته کسی در حضور شما در منزل، محل کار یا اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟

بله خیر

پرسشنامه غربالگری تکمیلی درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات

مقدمه (لطفاً برای مراجع بخوانید)

از این که پذیرفتید در این مصاحبه کوتاه درباره مصرف انواع تنباکو، مواد و الکل شرکت کنید از شما متشکرم. «در این بخش می‌خواهم چند سؤال درباره تجربه شما از مصرف سیگار، الکل و مواد در طول عمر و سه ماه گذشته بپرسم. این ارزیابی برای تمام مراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد وضعیت سلامتی انجام می‌شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است. این مواد را می‌توان به صورت تدریجی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد. (کارت پاسخ را به مراجع بدهید). برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم، اما اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید. به شما اطمینان می‌دهیم اطلاعاتی که در این مورد به ما می‌دهید، کاملاً محرمانه خواهد بود. پاسخ‌گویی باز و صادقانه به این پرسش‌ها در ارائه خدمات مورد نیاز به ما کمک می‌کند، اما در صورت عدم تمایل می‌توانید به پرسش‌ها پاسخ ندهید.»

توجه: پیش از پرسیدن سؤالات، کارت پاسخ غربالگری تکمیلی را به مراجع بدهید.

پرسش ۱

(توجه: اگر طبق دستورالعمل ارزیابی تکمیلی نوبت‌های پیگیری دوم و سوم را تکمیل می‌کنید، پاسخ به این سؤال را با پاسخ داده شده به پرسش یک در نوبت اول چک کنید. وجود هر گونه تفاوت باید مورد سؤال قرار گیرد.)

بله	خیر	در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)
۳	۰	۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۳	۰	۲- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
۳	۰	۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۳	۰	۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
۳	۰	۵- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیر، سوخته، هروئین، کراک هروئین، غیره)
۳	۰	۶- حبشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
۳	۰	۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۳	۰	۸- سایر - مشخص کنید: ...

اگر تمام پاسخ‌ها منفی بود، بیش‌تر پرس‌وجو کنید:

- «حتی در جوانی هم مصرف نکردید؟» (برای سن زیر ۲۹ سال)
- «حتی در یک جمع دوستانه یا مهمانی؟»

اگر پاسخ به تمام موارد «خیر» بود، مصاحبه را متوقف کنید.

اگر پاسخ به هر یک از موارد «بله» بود، پرسش ۲ را درباره هر ماده‌ای که تاکنون مصرف شده پرسید.

پرسش ۲

هر روز یا تقریباً هر روز	هفتگی	ماهانه	یک یا دو بار	هرگز	در سه ماه گذشته، موادی را که اشاره کردید (ماده اول، ماده دوم، غیره) چند وقت یک بار مصرف کرده‌اید؟
۶	۴	۳	۲	۰	۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۶	۴	۳	۲	۰	۲- داروهای مسکن آپوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
۶	۴	۳	۲	۰	۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۶	۴	۳	۲	۰	۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
۶	۴	۳	۲	۰	۵- مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
۶	۴	۳	۲	۰	۶- حبشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
۶	۴	۳	۲	۰	۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۶	۴	۳	۲	۰	۸- سایر - مشخص کنید: ...

اگر پاسخ به تمام موارد «هرگز» بود به پرسش ۶ بروید.

اگر هر یک از مواد پرسش ۲ در سه ماه گذشته مصرف شده باشند، برای هر یک از مواد استفاده شده پرسش‌های ۳، ۴ و ۵ را بپرسید.

پرسش ۳

هر روز یا تقریباً هر روز	هفتگی	ماهانه	یک یا دو بار	هرگز	در سه ماه گذشته، چند وقت یک بار میل یا وسوسه شدید برای مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) داشته‌اید؟
۶	۵	۴	۳	۰	۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۶	۵	۴	۳	۰	۲- داروهای مسکن آپوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
۶	۵	۴	۳	۰	۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۶	۵	۴	۳	۰	۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
۶	۵	۴	۳	۰	۵- مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
۶	۵	۴	۳	۰	۶- حبشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
۶	۵	۴	۳	۰	۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۶	۵	۴	۳	۰	۸- سایر - مشخص کنید: ...

پوش ۴

هر روز یا تقریباً هر روز	هفتگی	ماهانه	یک یا دو بار	هرگز	در سه ماه گذشته، مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) توسط شما چند وقت یک بار منجر به مشکلات سلامتی، اجتماعی، قانونی یا مالی شده است؟
۷	۶	۵	۴	۰	۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	۲- داروهای مسکن آپوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دiazepam، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	۵- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، إکس، ریتالین، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	۸- سایر- مشخص کنید: ...

پوش ۵

هر روز یا تقریباً هر روز	هفتگی	ماهانه	یک یا دو بار	هرگز	در سه ماه گذشته، چند وقت یک بار به خاطر مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) نتوانسته‌اید وظایفی را که به صورت معمول از شما انتظار می‌رود انجام دهید؟
					۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۸	۷	۶	۵	۰	۲- داروهای مسکن آپوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
۸	۷	۶	۵	۰	۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دiazepam، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۸	۷	۶	۵	۰	۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
۸	۷	۶	۵	۰	۵- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
۸	۷	۶	۵	۰	۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
۸	۷	۶	۵	۰	۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، إکس، ریتالین، غیره)
۸	۷	۶	۵	۰	۸- سایر- مشخص کنید: ...

پرسش ۶ و ۷ را برای تمام موادی که تاکنون مصرف شده‌اند، بپرسید (موارد تایید شده در پرسش ۱)

پرسش ۶

بله، اما نه در ۳ ماه گذشته	بله، در ۳ ماه گذشته	نه، هرگز	آیا تاکنون کسی از اعضاء خانواده، بستگان، دوستان یا اشخاص دیگر نسبت به مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) شما ابراز نگرانی کرده است؟
۳	۶	۰	۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۳	۶	۰	۲- داروهای مسکن آپوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
۳	۶	۰	۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دiazepam، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۳	۶	۰	۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
۳	۶	۰	۵- مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیر، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
۳	۶	۰	۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
۳	۶	۰	۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۳	۶	۰	۸- سایر - مشخص کنید: ...

پرسش ۷

بله، اما نه در ۳ ماه گذشته	بله، در ۳ ماه گذشته	نه، هرگز	آیا تاکنون سعی یا اقدام ناموفق در کنترل، کاهش یا قطع مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) داشته‌اید؟
۳	۶	۰	۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۳	۶	۰	۲- داروهای مسکن آپوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
۳	۶	۰	۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (Diazepam، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۳	۶	۰	۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
۳	۶	۰	۵- مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیر، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
۳	۶	۰	۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
۳	۶	۰	۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۳	۶	۰	۸- سایر - مشخص کنید: ...

پرسش ۸

بله، اما نه در ۳ ماه گذشته	بله، در ۳ ماه گذشته	نه، هرگز	آیا تاکنون مواد را به صورت تزریقی مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیر پزشکی)
۱	۲	۰	

- طرح پرسش ۸ برای موارد مصرف در سه ماهه اخیر آیت‌های شماره ۴ تا ۸ می‌باشد.

سؤالات ارزیابی مصرف الکل

برای کسانی که مصرف الکل در سه ماه گذشته داشته‌اند، دفعات و مقدار مصرف را با استفاده از سؤالات زیر ارزیابی کنید. سؤالات را همان‌طور که نوشته شده بخوانید. پاسخ‌ها را به دقت در محل تعیین شده درج کنید.

مصاحبه را چنین شروع کنید: «می‌خواهم از شما چند سؤال دیگر درباره مصرف مشروبات الکلی در طول سه ماه گذشته بپرسم.» با استفاده از کارت پاسخ یک پیمانه الکل از مشروبات الکلی مختلف را با استفاده از چند مثال محلی مثل آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، ودکا، ویسکی... توضیح دهید.

آبجو (۴٪): یک لیوان بزرگ (۳۲۰ میلی‌لیتر)	شراب (۱۲٪): یک لیوان کوچک (۱۰۰ میلی‌لیتر)
مشروبات قوی (۴۰٪): یک استکان کوچک (۳۲ میلی‌لیتر)	الکل طبی (۹۰٪): یک قاشق سرخالی (۱۴ میلی‌لیتر)

۱) چند وقت یک بار مشروبات الکلی مصرف می‌کنید؟				
ماهی یک بار یا کم‌تر (۱)	دو تا چهار بار در ماه (۲)	دو تا سه بار در هفته (۳)	چهار بار یا بیش‌تر در هفته (۴)	
۲) در یک روز معمول مصرف الکل، به طور معمول چند پیمانه مصرف می‌کنید؟				
۱ یا ۲ (۰)	۳ یا ۴ (۱)	۵ یا ۶ (۲)	۷ تا ۹ (۳)	۱۰ یا بیش‌تر (۴)
۳) چند وقت یک بار، در یک نوبت ۶ پیمانه یا بیش‌تر مشروبات الکلی مصرف می‌کنید؟				
هرگز (۰)	کم‌تر از یک بار در ماه (۱)	ماهانه (۲)	هفتگی (۳)	روزانه یا تقریباً روزانه (۴)

چگونه سطح خطر اختصاصی برای هر ماده خاص محاسبه می‌شود؟

برای هر ماده امتیاز دریافت شده برای پرسش‌های ۲ تا ۷ را با هم جمع کنید. امتیازهای حاصل از پرسش‌های ۱ و ۸ را در این جا وارد نکنید. برای مثال امتیاز حشیش از مجموع امتیازهای ردیف ج سوالات ۲ تا ۷ به صورت زیر قابل محاسبه است: ج۲+ج۳+ج۴+ج۵+ج۶+ج۷

توجه کنید که پرسش ۵ برای دخانیات کدگذاری نمی‌شود، و به این صورت محاسبه می‌شود:
 ۲الف+۳الف+۴الف+۶الف+۷الف

نمره کل کسب شده در سوالات الکل (AUDIT-C) و نمره سؤال ۳ سوالات الکل، به تنهایی در تعیین سطح خطر نقش دارد.

متناسب با سطح درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات نوع طبقه بندی و اقدامات به شرح زیر مشخص می‌گردد:

توضیحات	امتیاز	طبقه بندی	
نوع ماده و یا مواد مصرفی بر اساس گروه بندی مواد در پرسشنامه ذکر گردد	نمره در دامنه ۰-۳	خطر پایین درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات	خطر پایین
	نمره کمتر از ۱۰ در سوالات ۲-۷	خطر پایین با احتمال افزایش مصرف الکل	
	نمره کمتر از ۱۰ در سوالات ۲-۷ و نمره کمتر از ۳ در AUDIT-C و نمره صفر در سؤال سوم AUDIT-C	دخانیات و مواد	خطر متوسط
	نمره در دامنه ۴-۲۶	الکل	
	نمره ۱۱ تا ۲۷ برای الکل در ASSIST و/یا نمره ۳ یا بیشتر در AUDIT-C یا ۱ یا بیشتر در سؤال سوم AUDIT-C	مواد، الکل و دخانیات	خطر بالا
	نمره ۲۷ یا بیشتر	در صورت پاسخ مثبت به تزریق مواد در سه ماه گذشته	

* توجه: در تعیین سطح خطر الکل، اگر امتیازات ASSIST و AUDIT-C برای قرار گرفتن در یک تقسیم بندی هم خوانی نداشته باشد، ملاک تعیین سطح خطر، بالاترین امتیاز کسب شده در سوالات ASSIST یا AUDIT-C است. بطور مثال نتایج یک فرد در ASSIST در سطح خطر متوسط و در دیگری سطح خطر بالا باشد سطح خطر بالا طبقه بندی نهایی ارزیابی تکمیلی فرد محسوب می‌شود.

نکته مهم: پرسشنامه ارزیابی دوره‌ای درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات

این پرسشنامه دقیقاً منطبق با پرسشنامه غربالگری تکمیلی است، اما مقدمه آن با توجه به فرایند مداخله تغییر می‌نماید. همچنین در سؤال اول بدون پرسش از مراجع درباره مصرف در طول عمر، ۳ امتیاز آن برای همه افراد در نظر گرفته می‌شود.

مداخله مختصر روان‌شناختی

مداخله مختصر یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر اصول مصاحبه انگیزشی^۱ است که در زمان کوتاه (۲۰-۱۵ دقیقه) در قالب تعداد جلسات محدود (۲ جلسه) به منظور کمک به تغییر رفتار مثبت در کسانی که مواد مصرف می‌کنند، ارایه می‌شود.

شواهد قوی اثربخشی اجرای مداخلات مختصر در جایگاه‌های مراقبت بهداشتی اولیه برای نوجوانان، جوانان و بزرگسالانی که سیگار یا الکل مصرف می‌کنند، نشان می‌دهد. شواهد جدیدتر اثربخشی این مداخله را برای سایر مواد نیز تأیید کرده است. مداخلات مختصر کم هزینه هستند و در تمام سطوح درگیری با مصرف مواد و مشکلات مرتبط با آن مؤثر است.

از مصاحبه انگیزشی و مداخله مختصر همچنین به صورت موفقیت‌آمیزی برای تغییر سایر رفتارهای مرتبط با سلامتی همچون افزایش فعالیت بدنی، کاهش وزن، پایبندی به مراقبت‌ها و... استفاده شده است. بنابراین می‌توان گفت، مداخله مختصر یک روش ارایه مشاوره جهت ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها در مراجعه‌کنندگان به مراقبت اولیه محسوب می‌شود.

آشنایی پزشکان به عنوان مورد اعتماد ترین نقش تخصصی در مراقبت‌های سلامت با تکنیک‌های مداخله مختصر، یک سبک از مشاوره را به آنان می‌آموزد که می‌تواند به صورت مؤثری به منظور تغییر رفتارهای پرخطر و تقویت پایبندی مراجعان به مراقبت‌ها مورد استفاده قرار گیرد. مطالعات در کشورهای توسعه یافته نشان داده است، پزشکان عمومی که از این تکنیک مداخله مختصر استفاده نموده اند، در ایجاد انگیزه درمانی در بیمار و موفقیت بهترالگوی درمانی موفقیت‌های قابل توجهی بدست آورده اند.

گروه هدف مداخله مختصر کلیه کسانی هستند که در غربالگری تکمیلی، مصرف مخاطره‌آمیز یا

¹ motivational interviewing (MI)

آسیب‌رسان برای یک یا چند کلاس مواد داشته و برای هیچ ماده‌ای (به جز مواد دخانی) مصرف آنها در دامنه خطر بالا (وابستگی) نیستند.

بسته به شرایط مراجع هدف مداخله مختصر می‌تواند متفاوت باشد. این اهداف عبارتند از:

- مداخله مختصر ارجاع به پزشک به منظور ارجاع به درمان
- مداخله مختصر معطوف به کاهش و قطع مصرف مواد
- مداخله مختصر معطوف به کاهش آسیب (کاهش خطرات ناشی از مصرف تزریقی، رفتارهای پرخطر جنسی و بیش‌مصرفی مواد)

- مداخله مختصر ارجاع به پزشک به منظور انجام آزمایش اچ آی وی و هپاتیت سی

مداخلات مختصر در درمان افراد وابسته به مواد موفق نیست، اما می‌تواند به صورت مؤثری در افزایش آمادگی و انگیزه افراد وابسته به مواد برای شروع یک برنامه درمانی ساختاریافته مؤثر واقع گردد. مداخله مختصر ابزار ارزشمندی برای کاهش یا قطع مصرف آسیب‌رسان یا مخاطره‌آمیز انواع مواد است. هدف از مداخله کمک به بیماران است تا درک نمایند که مصرف مواد آنها را در معرض خطر قرار می‌دهد و آنها را تشویق نماید تا تغییر رفتار متناسب برای آن انجام دهند. مداخلات مختصر باید شخصی شده و به نحوی حمایت‌کننده و به دور از قضاوت‌گری عرضه شود.

ارایه مداخله مختصر فرصت مناسبی برای ارایه‌دهندگان مراقبت فراهم می‌کند تا میزان آمادگی برای اقدام به تغییر رفتار یا مراجعه درمانی را به صورت عمیق‌تر مورد ارزیابی قرار دهند. در صورتی مراجع در معرض خطر متوسط آمادگی و انگیزه پایینی برای توافق بر سر تغییر رفتار مصرف مواد یا مراجع در معرض خطر بالا آمادگی و انگیزه پایینی برای مراجعه درمانی نشان دهد، تغییر تمرکز و هدف مداخله به سمت مشاوره انگیزشی با رویکرد کاهش آسیب و/یا تمرکز بر مشکلات از منظر مراجعه‌کننده ضرورت خواهد داشت.

برای آگاهی بیشتر از نحوه اجرای مداخله مختصر پیوندیافته با غربال‌گری تکمیلی راهنمای مداخله مختصر برای مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد را ببینید.

مداخله شناختی-رفتاری کوتاه

مداخله شناختی-رفتاری کوتاه^۱ یک مداخله روان‌شناختی بر اساس اصول مصاحبه انگیزشی و پیشگیری از عود^۲ است که در قالب ۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای ارائه می‌گردد.

گروه هدف مداخله شناختی-رفتاری کوتاه در مراقبت‌های بهداشتی اولیه عبارت است از:

- کسانی که مصرف دخانیات (تنباکو) در آنها در دامنه وابستگی قرار داشته و به صورت هم‌زمان برای هیچ ماده یا کلاس دیگری از مواد سطح درگیری در دامنه وابستگی قرار ندارد.
 - کسانی که برای یک یا چند کلاس مواد در دامنه مصرف مخاطره‌آمیز یا آسیب‌رسان قرار داشته و برای هیچ ماده‌ای (به جز مواد دخانی) در دامنه خطر بالا قرار ندارند، ابتدا مداخله مختصر دریافت نموده و پیگیری می‌شوند. در صورتی که در پیگیری سه ماهه هنوز فرد مصرف مخاطره‌آمیز یا آسیب‌رسان ماده هدف را داشته باشد، مداخله شناختی-رفتاری کوتاه برای فرد ارائه می‌گردد.
- هدف اصلی مداخله شناختی-رفتاری کوتاه نگهداری مراجعان در مراقبت و کمک به آنها برای کاهش یا قطع مصرف مواد و آسیب‌های مرتبط با آن است. به مراجع کمک می‌نمائیم تا اهداف اختصاصی خود در درمان را شناسایی کند.

مطالعات نشان می‌دهد مداخلات روان‌شناختی ساختارمند نظیر مداخله شناختی-رفتاری کوتاه می‌تواند شانس ترک دخانیات را در افراد وابسته به آن تا دو برابر افزایش دهد. علاوه بر این، مداخله شناختی-رفتاری کوتاه یک مداخله تقویت شده برای ارائه مراقبت جامع‌تر برای افرادی است که مداخله مختصر در پیگیری سه ماهه پاسخ کافی نشان نداده‌اند.

هدف از این مداخله صرفاً قطع مصرف مواد نبوده، بلکه کمک به فرد برای دستیابی به بهبودی فراگیر در حوزه‌های کارکردی مختلف است، به این دلیل در خاتمه برنامه درمانی ممکن است نیاز باشد برخی بیماران به برنامه‌های جامع‌تر ارجاع شوند. برنامه مداخله شناختی، رفتاری کوتاه بسیار ساختارمند بوده و محتوای جلسات باید منطبق بر راهنما ارائه شود. جلسه اول با غربالگری تکمیلی مجدد شروع می‌شود. ترتیب ارائه جلسات این مراقبت به شرح زیر است:

- جلسه ۱: مصاحبه انگیزشی
- جلسه ۲: مقابله با وسوسه و لغزش

¹ brief cognitive, behavioral therapy: brief CBT

² relapse prevention

- **جلسه ۳:** کنترل افکار درباره مصرف مواد و فعالیت‌های لذت‌بخش
 - **جلسه ۴:** مهارت‌های رد مصرف مواد و آماده شدن برای موقعیت‌های پرخطر آتی
- جلسات هفتگی بوده و زمان آنها باید در یک روز ثابت از هفته باشد. هر چند برگزاری جلسات به صورت **هفتگی** مطلوب است اما مواردی پیش می‌آید که مراجعان نمی‌توانند مراجعه کنند یا وقت جلسه خود را فراموش می‌کنند. در این مورد، باید تلاش کرد یک جلسه دیگر در همان هفته برای بیمار در نظر گرفته شود تا فاصله بین جلسات بر روی انگیزه و تعهد بیمار برای درمان اثر منفی نگذارد. اگر این مقدور نبود جلسه بعد باید در زمان پیش‌بینی شده هفته بعد برگزار گردد.
- در ادامه این فصل نحوه انتخاب نوع مداخله با توجه به وضعیت فرد از نظر مصرف دخانیات و سایر کلاس‌های مواد مورد بحث قرار گرفته است. برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه اجرای این مراقبت، راهنمای مداخله شناختی- رفتاری کوتاه برای اختلالات مصرف مواد را ببینید.

شناسایی اختلالات مصرف مواد در افراد زیر ۱۵ سال

بیشتر دیدیم که **غربالگری اولیه و تکمیلی** برای شناسایی سطح درگیری با مصرف انواع مواد در افراد ۱۵ ساله یا بیشتر کاربرد دارد.

هر چند شیوع مصرف انواع مواد در افراد زیر ۱۵ ساله پایین است با این وجود در این گروه جمعیتی در صورتی که خود فرد متقاضی دریافت کمک شود یا توسط خانواده، مدرسه یا سایر سازمان‌های ارایه‌دهنده خدمات به کودکان و نوجوانان برای دریافت خدمات معرفی شود، فرد برای ارزیابی تشخیصی به پزشک ارجاع می‌گردد.

با توجه به آنچه گفته شد **گروه هدف** این مراقبت افراد زیر ۱۵ سال مشکوک به اختلالات مصرف مواد هستند که به صورت خودمعرف (خود فرد یا خانواده) یا از طریق مدرسه یا سایر سازمان‌ها برای ارزیابی به مراکز سلامت جامعه معرفی می‌شوند.

این مراقبت با عنوان ثبت مورد مشکوک به اختلال مصرف مواد (در افراد زیر ۱۵ سال) بر اساس اطلاعات ارائه شده توسط خود فرد و سایر منابع اطلاعاتی (گزارش خانواده و مدرسه) در پرونده خود او به شرح زیر ثبت می‌گردد:

- منبع ارجاع مشخص می‌شود:

- خودمعرف (خود فرد یا خانواده): کسانی که به صورت داوطلبانه یا به اصرار خانواده مراجعه می‌کنند در این گروه قرار می‌گیرند. منبع ارجاع در ارزیابی‌ها و پایش‌های دوره‌ای سلامت برای مدارس نیز باید خودمعرف انتخاب شود.

- مدرسه: در صورتی که مدرسه دانش‌آموزی را به دلیل مشکلات رفتاری یا شک به مصرف مواد برای ارزیابی و بررسی از نظر اختلالات مصرف مواد معرفی نماید گزینه منبع ارجاع مدرسه را انتخاب کنید.

- سایر سازمان‌ها؛ مشخص کنید: (برای مثال اداره بهزیستی، نیروی انتظامی و ...)

- درج نوع ماده یا مواد مصرفی فرد در پرونده فرد:

مراقبت مشابه برای کارشناس مراقب سلامت/بهورز برای ثبت و ارجاع افراد زیر ۱۵ سال مشکوک به اختلالات مصرف مواد پیش‌بینی شده است. در این موارد فرد پس از شناسایی و ثبت به کارشناس سلامت روان و سپس به پزشک و نهایتاً به مرکز فوق تخصصی درمان ارجاع می‌گردد.

دستورالعمل پیگیری خدمات و مراقبت‌ها

با توجه به اینکه انجام پیگیری‌های مرتبط با موارد شناسایی شده و تحت درمان غیردارویی و دارویی مصرف مواد، الکل و دخانیات در تکمیل مراقبت‌های مراجعین این حوزه و ماندگاری در درمان بیماران بسیار تاثیرگذار است، انجام منظم و ساختاریافته این پیگیری‌ها به شرح ذیل مورد انتظار می‌باشد.

از سوی دیگر بنا به ملاحظات خاصی که در نحوه ارتباط گیری با مراجع‌کنندگان این نوع خدمت وجود دارد، در گروه سنی بالای ۱۵ سال تاکید بر پیگیری از خود بیمار است. همچنین لازم است در کلیه موارد فراخوان و پیگیری، برای رعایت اصل حرمت و رازداری بیمار، لازم است به زمان تماس و شرایط افراد توجه گردد و در صورت اظهار عدم تمایل فرد، تنها تشویق او برای دریافت مراقبت تکمیلی و درخواست تعیین زمانی دیگر برای تماس و یا فراخوان مدنظر قرار گیرد. براین اساس برای هر نوع

پیگیری یک الگوی مکالمه تنظیم شده است.

پزشکان با توجه به نقش نظارتی خود بر مجموعه خدمات تیم سلامت زیرمجموعه ی خود، موظفند بر انجام منظم و به موقع پیگیری‌ها این حوزه (منطبق با دستورالعمل) نظارت کامل داشته باشند. بطورخاص با توجه به انجام پیگیری‌های مربوط به موارد تشخیصی تحت درمان اختلالات مصرف دخانیات و یا ارجاع بیماران با تشخیص اختلالات مصرف مواد و الکل که به مراکز تخصصی سطح ۲ و یا ۳ بسیار اهمیت دارد. در خصوص موارد تشخیصی، به منظور تکمیل فرایند مراقبت‌های این حوزه با ارایه بازخورد به موقع به کارشناس مراقب/ بهورز / ماما، از انجام ۵ نوبت پیگیری مربوط به دریافت خدمات درمانی از مراکز تخصصی و نیز روند ماندگاری در درمان (در طول یک سال) نظارت دقیق داشته باشند.

موارد پیگیری کارشناس مراقب سلامت / بهورز

۱) برای مواردی که در حین غربالگری اولیه شناسایی شده که از قبل تحت درمان بوده اند و موارد تشخیصی جدید که توسط پزشک به مرکز درمان تخصصی ارجاع شده اند، جهت آگاهی از روند دریافت خدمات درمانی لازم است از بیمار در طول یک سال، ۵ نوبت، ۱ هفته، ۱ ماه، ۳ ماه، ۶ ماه و ۱۲ ماه بعد پیگیری انجام و نتایج آن ثبت شود.

نحوه ارتباط گیری و متن مکالمه:

سلام، روزتون بخیر. من (نام و نام خانوادگی).....کارشناس مراقب سلامت/ بهورز مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه بهداشتی ... هستم. طبق نتیجه ارزیابی اولیه، شما در حال دریافت خدمات درمان برای مصرف (ماده مصرفی).....هستید.

حالا می‌خواستم بپرسم،

آیا شما بطور منظم در حال دریافت خدمات درمانی هستید؟ آیا از وضعیت جسمی و روانی خود رضایت دارید؟

اقدامات در صورت پاسخ مثبت

- بازخورد مثبت تشویقی با ارایه پیام: این روند خیلی خوب است. پایبندی شما به برنامه درمانی تان می تواند روز به روز به بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی و عملکرد مثبت شما در خانواده و روابط اجتماعی تان کمک کند.
- بازخورد حمایتی با ارایه پیام: در صورت نیاز به خدمات روانشناختی و درمانی دیگر، این مرکز آماده کمک به شماست و سه ماه دیگر با شما تماس خواهیم داشت.

اقدامات در صورت پاسخ منفی

- بازخورد در مورد عوارض مصرف و عواقب عدم پایبندی به برنامه درمانی
- در صورت عدم پایبندی به برنامه درمانی و یا اظهار عدم رضایت از وضعیت سلامت جسمی و روانی فراخوان فرد به مرکز جهت انجام ارزیابی و مداخله روانشناختی

پیگیری‌ها بعدی بر اساس فواصل زمانی تعریف شده مشابه نوبت اول انجام و نتایج آن ثبت شود.

- ۲) برای موارد مثبت غربالگری اولیه که به کارشناس سلامت روان مراجعه نکرده‌اند، ۳ نوبت پیگیری با فواصل ۱ هفته بعد، ۲ هفته بعد، ۱ ماه بعد از زمان انجام غربالگری اولیه انجام شود.

سلام، روزتون بخیر. من (نام و نام خانوادگی).....کارشناس مراقب سلامت/ بهورز، مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه بهداشتی (عنوان واحد) ... هستم. بعد از ارزیابی اولیه شما درباره مصرف (اشاره به نوع ماده مصرفی) ... حالا شما می‌توانید با مراجعه به این مرکز از خدمات ما استفاده کنید و در صورتی که مایل باشید، روان شناس مرکز می‌تواند کمک کند تا با استفاده از خدماتی که رایگان هم هست، وضعیت سلامتی تان را بهبود بدهید. خدمات ما در روزهای تا ساعات..... تا صبح / بعد ظهر ارایه می‌شود. لطفاً بفرمایید شما کی می‌توانید مراجعه کنید؟

- ۳) برای موارد ارزیابی شده با سطح خطر متوسط مصرف دخانیات الکل و مواد، جهت دریافت جلسه دوم مداخله مختصر روانشناختی، پس از گذشت یک هفته فراخوان بیمار و در صورت عدم مراجعه،

۳ بار پیگیری با فواصل ۳ روز، ۱ هفته و ۱ ماه بعد انجام شود.

نحوه ارتباط گیری و متن مکالمه:

سلام، روزتون بخیر. من (نام و نام خانوادگی)..... روانشناس مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه بهداشتی (عنوان واحد) ... هستم. با توجه به مراقبت قبلی تون برای کنترل مصرف (اشاره به نوع ماده مصرفی) حالا شما می‌تونید با مراجعه به مرکز، ادامه مراقبت‌تان را بطور رایگان دریافت کنید و وضعیت سلامتی تون را بهبود بدهید. این مراقبت در روزهای وساعت..... تا صبح / بعد ظهر ارایه می‌شود. لطفا بفرمایید شما کی می‌تونید مراجعه کنید؟

۴) برای موارد ارزیابی شده با سطح خطر متوسط مصرف دخانیات الکل و مواد پس از پایان مداخلات روانشناختی و ختم خدمت، لازم است جهت آگاهی از پرهیز بیمار از مصرف مجدد، در طول یک سال، ۴ بار پیگیری در فواصل هر ۳ ماه (پس از اولین مراجعه) انجام و نتایج آن ثبت شود.

نحوه ارتباط گیری و متن مکالمه:

سلام، روزتون بخیر. من (نام و نام خانوادگی).....کارشناس سلامت روان مرکز خدمات جامع سلامت ... هستم. همانطور که قبلا صحبت کرده بودیم، پس از پایان جلسات روانشناختی برای ترک مصرف (ماده مصرفی)..... در فواصل سه ماهه تا یکسال پیگیری وضعیت بهبود جسمی و سلامت روانی شما انجام خواهد شد. حالا می‌خواستم بپرسم، آیا شما در سه ماه گذشته، مصرف داشته اید؟ آیا از وضعیت جسمی و روانی خود رضایت دارید؟

اقدامات در صورت پاسخ مثبت:

- بازخورد مثبت تشویقی با ارایه پیام: این روند خیلی خوب است. پایبندی شما به برنامه درمانی‌تان می‌تواند روز به روز به بهبود و وضعیت سلامت جسمی و روانی و عملکرد مثبت شما در خانواده و روابط اجتماعی‌تان کمک کند.
- بازخورد حمایتی با ارایه پیام: در صورت نیاز به خدمات روانشناختی و درمانی دیگر، این مرکز آماده

کمک به شماست و سه ماه دیگر با شما تماس خواهیم داشت.

اقدامات در صورت پاسخ منفی:

- بازخورد در مورد عوارض مصرف و عواقب عدم پایبندی به برنامه درمانی
- در صورت عدم پایبندی به برنامه درمانی و یا اظهار عدم رضایت از وضعیت سلامت جسمی و روانی فراخوان فرد به مرکز جهت انجام ارزیابی و مداخله روانشناختی
- پیگیری‌ها بعدی بر اساس فواصل زمانی تعریف شده مشابه نوبت اول، پیگیری‌های نوبت دوم، سوم و چهارم انجام و ثبت شود.

۵) پس از معرفی مراجع به کارشناس سلامت روان برای شرکت در کلاس‌های گروهی، در صورت عدم مراجعه ۱ بار پیگیری و فراخوان انجام شود.

متن مکالمه و نحوه ارتباط گیری:

سلام، روزتون بخیر. من (نام و نام خانوادگی).....روانشناس مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه بهداشتی (عنوان واحد) ... هستم. شما در آخرین مراقبتی که دریافت کردید، برای شرکت در برنامه آموزشی (نام آموزش) ... اظهار تمایل کردید. اما این کلاس برگزار شد و متأسفانه شما حضور نداشتید. شرکت‌کنندگان قبلی از این برنامه استقبال خوبی کردند و قصد داریم دوره دیگه‌ای را برگزار کنیم. شما هم می‌توانید در کلاس آموزشی رایگان ما در روزتاریخ ... ساعت ...تا..... شرکت کنید. دوست دارید، برای شرکت در این کلاس اسمتان را بنویسم؟

- ۶) برای موارد ارزیابی شده با سطح خطر متوسط مصرف مواد، الکل و دخانیات در پیگیری‌های بعدی مورد نیاز برای ارزیابی مجدد، فراخوان پس از گذشت ۳ ماه و در صورت عدم مراجعه ۳ بار پیگیری با فواصل ۳ روز، ۱ هفته و ۱ ماه انجام شود. (مشابه الگوی ارتباطی بند ۱)
- ۷) برای موارد ارزیابی شده با سطح خطر بالای دخانیات، ۴ بار فراخوان با فواصل هفتگی برای دریافت ۴ جلسه مداخلات شناختی رفتاری کوتاه و در صورت عدم مراجعه ۳ بار پیگیری با فواصل ۳ روز، ۱ هفته و ۱ ماه انجام شود. (مشابه الگوی ارتباطی در بند ۱)

شک به مصرف مواد در اعضای خانواده

یکی از موقعیت‌های شایعی که ارایه‌دهندگان مراقبت ممکن است با آن مواجهه شوند، مراجعه خانواده و ابراز نگرانی آنها درباره احتمال مصرف دخانیات، الکل یا مواد در یکی از اعضای خانواده آنها است. این حالت یکی از موارد بسیار مهم در حوزه مشاوره اختلالات مصرف مواد است و به جرأت می‌توان گفت که بخش و سبکی از مشاوره‌های حضوری و تلفنی و جلسات آموزش گروهی درباره اعتیاد را در برمی‌گیرد.

خانواده نگران مصرف مواد در یکی از عزیزان خود است و نمی‌داند که چه راهی را باید در پیش گیرد. در این گونه موارد نگرانی خانواده‌های معطوف به احتمال مصرف مواد و اثرات اختصاصی آن است و از کارشناسان سلامت روان انتظار دارند نقش کارآگاه در شناسایی مصرف مواد در عضو خانواده را برای آنها ایفاء نمایند. برای مثال از شما می‌خواهند به صورت خصوصی با آن عضو خانواده صحبت کنید و طوری که او متوجه نشود به قول معروف از زیر زبانش بکشید که آیا مواد مصرف می‌کند یا خیر و نتیجه را به خانواده اطلاع دهید یا آن که درخواست انجام آزمایش برای عضو خانواده خود دارند.

بیشتر دیدیم که رازداری یکی از اصول پایه‌ای در ارتباط درمانی صحیح و مؤثر است و ارایه‌دهندگان مراقبت سلامت به لحاظ قانونی و اخلاق حرفه‌ای مجاز به اکتشاف مشکلات رفتاری در جوانان و افشای آنها نزد خانواده آنها نیستند. بنابراین به رغم انتظار خانواده‌ها یا حتی اصرار آنها، ارایه‌دهندگان مراقبت سلامت تحت هیچ شرایطی نباید چنین نقشی را در تعامل میان اعضای خانواده بپذیرند، بلکه در مقابل با سبک برخورد و ارایه مشاوره خود روش برخورد صحیح و مواجهه با چنین موقعیت‌هایی را به خانواده‌ها آموزش دهند.

برای آن که نحوه برخورد صحیح با این خانواده‌ها را بدانیم باید توجه به این موضوع داشته باشیم که معمولاً از منظر خانواده مصرف مواد به خودی خود اصلی‌ترین مشکل در این موقعیت محسوب می‌گردد در حالی که اختلالات مصرف مواد ناشی از مجموعه‌ای از نقایص شناختی، روان‌شناختی و رفتاری بوده و باعث بروز مشکلاتی در تمام این حوزه‌ها می‌شود. در ارایه مشاوره به این خانواده‌ها، تغییر محوریت بحث از تمرکز بر مصرف مواد به سایر مشکلات احتمالی می‌تواند راهگشا باشد.

پیش از آن که درباره نحوه ارایه آموزش و مشاوره به این خانواده‌ها توضیح بیشتری ارایه کنیم باید بدانیم که در ارایه تمام مداخلات رفتاری در حوزه اختلالات مصرف مواد داشتن یک رویکرد فراگیر و مبتنی بر مشکلات در مقایسه با یک رویکرد بسته و محدود به مواد مؤثرتر واقع می‌گردد. در جدول ۶-۱

تفاوت‌های رویکرد با محوریت مصرف مواد در مقایسه با رویکرد با محوریت مشکلات در اعتیاد نشان داده شده است.

جدول ۶-۱- مقایسه رویکرد با محوریت مصرف مواد با رویکرد با محوریت مشکلات در اعتیاد

رویکرد با محوریت مشکلات	رویکرد با محوریت مصرف مواد
چند و چون دقیق مصرف چندان مهم نیست، مهم عوارضی است که برای فرد ایجاد کرده است.	در ارزیابی کشف و بررسی دقیق چند و چون مصرف مواد مد نظر است.
فرد از مجموعه‌ای از مشکلات رنج می‌برد که مصرف مواد یکی از آنها است.	تمام مشکلات بیمار ناشی از مصرف مواد است.
مصرف مواد به این دلیل مهم است که می‌تواند عامل شروع یا تشدید مشکلات زندگی باشد.	مصرف مواد به خودی خود یک مشکل است که باید رفع شود.
قطع مصرف مواد یکی از اهداف مراقبت است. هدف اصلی رفع مشکلات بیمار است.	قطع مصرف مواد یگانه هدف یا هدف اصلی مراقبت است.
بیماران از این رویکرد بیشتر استقبال می‌کنند، زیرا مشکلات آنها را به صورت فراگیر می‌بینند.	مقاومت بیشتر بیماران نتیجه اتخاذ این رویکرد است.
رویکرد عمل‌گرایانه و مبتنی بر همدلی	رویکرد اخلاق‌گرایانه و مبتنی بر قضاوت‌گری

بر اساس آن چه گفته شد در صورت مراجعه خانواده و ابراز نگرانی درباره احتمال مصرف مواد در اعضای خانواده مراحل زیر توصیه می‌گردند:

- از حوزه نگرانی خانواده شروع کنید (برای مثال پیدا کردن فندک یا ماده‌ای شبیه حشیش یا تریاک در جیب فرزند خانواده)
- درباره موارد مصرف مواد سؤال کنید (چه دیده‌اند؟ کجا؟ چه مدت؟ ...)
- چه حالت غیرعادی اختصاصی دیده‌اند (مستی، نشئگی، پرخاش‌گری، فراموشی، منگی، کندی، پرحرفی، کاهش مهارها و ...)
- چه تغییرات عمومی در فرد مشاهده کرده‌اند؟ (آفت کارکرد، عصبانیت، افسردگی، زودرنجی، تحریک‌پذیری، تغییر در عادات فیزیولوژیک نظیر بی‌خوابی یا بی‌اشتهایی، کاهش اتصال عاطفی به خانواده، مشکلات تحصیلی، مشکلات شغلی، مشکلات ارتباطی، مشکلات مالی، تغییرات شخصیتی و ...)

خانواده‌ها معمولاً به احتمال مصرف مواد در یکی از عزیزان خود واکنش هیجانی بسیار شدید نشان می‌دهند، لذا در اجرای مراحل بالا گوش دادن بازتابی و نشان دادن هم‌دلی به خانواده اهمیت اساسی دارد. در فرآیند این مشاوره خانواده ممکن است برخی مشکلات اورژانسی نظیر اقدام به خودکشی اخیر، پرخاش‌گری شدید، کودک‌آزاری و... را با شما مطرح نمایند. باید توجه داشت گزارش خانواده به معنای تشخیص قطعی وجود موارد فوق نبوده بلکه مطرح‌کننده احتمال بالا برای وقوع آنها است، لذا مداخله ارابه‌دهندگان مراقبت سلامت باید بر آموزش خانواده برای نحوه کمک گرفتن از خدمات اورژانس طبی یا اجتماعی به منظور مداخله فوری در موقعیت‌های اورژانسی متمرکز باشد.

در صورت عدم گزارش موارد بالقوه اورژانس، کارکنان مراقب سلامت باید به خانواده اطمینان خاطر دهند که اختلالات مصرف مواد به تنهایی جنبه اورژانسی نداشته و ضمن نشان دادن هم‌دلی با اعضای خانواده به آنها درباره اصل رازداری آموزش دهد. از این اجرای گام‌های توصیف‌شده در بالا، ممکن است مجموعه‌ای از مشکلات فراگیر در کارکردهای فرد یافته شود که به صورت غیرمستقیم به اعضای خانواده فرد این پیام را منتقل می‌کند که مشکل اصلی مواد نبوده بلکه تغییرات فراگیر در کارکردهای فیزیولوژیک، شناختی، روان‌شناختی و رفتاری در بیمار است.

کارشناسان سلامت روان باید به خانواده‌ها آموزش دهند تا چگونه نگرانی خود را درباره موضوعات قابل‌پذیرش برای عزیزان شان نظیر تغییرات در کارکردهای حوزه‌های مختلف را با عضو خانواده خود در میان گذاشته و او را برای مراجعه به مراکز سلامت جامعه به منظور ارزیابی جامع از نظر ابعاد مختلف سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تشویق نمایند.

پیام اصلی در اینجا آن است که در صورتی که خانواده‌ها نگرانی خود را معطوف به مشکلات فراگیر زندگی عزیزان خود نمایند، با موفقیت بیشتری می‌توانند با او رابطه برقرار نموده و او را برای مراجعه قانع نمایند.

در صورتی که علی‌رغم ارابه این مشاوره فرد برای دریافت مراقبت‌ها مراجعه ننماید، ارجاع به سطح دو برای دریافت مشاوره‌های تخصصی توصیه می‌گردد.

تقاضای کمک برای عضو خانواده مبتلا به اختلالات مصرف مواد

برخی از افراد درگیر مصرف مواد به صورت داوطلبانه تقاضای دریافت خدمات و مراقبت‌های معطوف به تغییر رفتار مصرف مواد نیستند. این موضوع باعث می‌شود که گاه برخی از افراد جمعیت تحت پوشش

معمولاً یک مادر یا همسر نگران متقاضی دریافت کمک برای یک عضو خانواده خود شود که مبتلا به اختلالات مصرف مواد هستند.

گروه هدف این مراقبت کلیه افراد تحت پوشش جمعیت هستند که به دلیل ابتلای یک عضو خانواده بالای ۱۵ سال خود تقاضای دریافت مشاوره و حمایت هستند.

در برخورد با این مراجعان **کارشناس سلامت روان** باید با مراجع همدمی نموده و میزان آمادگی عضو خانواده برای مراجعه داوطلبانه را ارزیابی نماید.

● در صورتی که مراجع بتواند عضو خانواده خود را برای مراجعه به مرکز خدمات جامع سلامت قانع کند، برای عضو خانواده پس از مراجعه **غربالگری تکمیلی** اجرا و بر اساس نتایج حاصل از آن مراقبت متناسب ارایه می‌گردد.

● در صورتی که مراجع گزارش نماید که عضو خانواده از مراجعه داوطلبانه امتناع می‌ورزد، در آن صورت تقاضای مراجع ثبت و برای دریافت خدمات مورد نیاز در سطح ۲ به پزشک ارجاع می‌گردد. لازم به توضیح است در این حالت موضوع مصرف مواد در پرونده خود فرد مراجعه‌کننده درج می‌گردد و در پرونده عضو خانواده (مشکوک به اختلالات مصرف مواد) ارزیابی یا مراقبتی ثبت نمی‌شود.

مراقبت مشابه برای **کارشناس مراقب سلامت/بهورز** برای ثبت و ارجاع تقاضای کمک برای عضو مشکوک به اختلالات مصرف مواد پیش‌بینی شده است. در این موارد درخواست فرد پس از ثبت به **کارشناس سلامت روان** ارجاع می‌گردد.

نقش کارشناس سلامت روان در برخورد با این گروه از مراجعان عبارت است از:

- رعایت اصول مشاوره پایه برای برقراری ارتباط مؤثر
- آموزش درباره مداخلات مؤثر برای ترغیب یک عضو خانواده طفره‌رونده به درمان
- ارجاع به پزشک

در ادامه مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای ترغیب یک عضو خانواده مبتلا به اختلالات مصرف مواد که از مراجعه داوطلبانه امتناع می‌کند، معرفی شده‌اند.

نحوه برخورد با یک فرد مصرف‌کننده مواد در خانواده که از مراجعه امتناع می‌کند

یکی از موقعیت‌های چالش‌برانگیز برای خانواده مراجعه خانواده و درخواست کمک برای نحوه

برخورد با یک عضو خانواده مصرف‌کننده مواد است که از مراجعه درمانی امتناع می‌کند. در این گونه معمولاً مادر یا همسر یک فرد مذکر جوان یا میانسال در مراجعه به کارشناس سلامت روان ابراز می‌کند، پسر یا شوهر فرد مراجعه‌کننده مدت‌هاست از مشکل مصرف مواد رنج می‌برد اما آمادگی و تمایل برای مراجعه درمانی نشان نمی‌دهد.

چندین روش مشاوره برای کمک حرفه‌ای با اعضای خانواده در چنین مواردی طراحی شده است که برخی از آنها در کشور ما نیز با موفقیت مورد استفاده قرار گرفته‌اند. محل مناسب برای ارایه این مداخلات در سطح دو بوده بنابراین در مراقبت اولیه در صورت مواجهه با این موقعیت خانواده‌ها باید به سطوح بالاتر ارایه خدمات ارجاع گردند. در ادامه سه رویکرد رایج مورد استفاده در این زمینه به اختصار معرفی شده‌اند:

- مداخله جانسونی^۱

مداخله جانسونی قدیمی‌ترین و رایج‌ترین روش برای قانع کردن یک عضو خانواده طفره‌رونده برای مراجعه درمانی است. این روش توسط ورنون جانسون^۲ در دهه ۱۹۸۰ میلادی ابداع شد. در این روش تعدادی از افرادی که برای بیمار اهمیت قائل هستند شامل اعضای خانواده، دوستان و همکاران بیمار دور هم جمع می‌شوند. آنها در جلسات خود تغییرات و مشکلات رفتاری بیمار را از دید هر یک از شرکت‌کنندگان در جلسه به صورت عینی فهرست می‌کنند. این جلسات به صورت محرمانه و بدون اطلاع بیمار تشکیل می‌شود. سپس اعضای جلسه برای نحوه ابراز نگرانی خود به فرد بیمار به صورت گروهی تمرین می‌کنند.

در قدم بعدی، یک جلسه در منزل بیمار برگزار می‌شود که در آن تمام اعضای گروه او را با مشکلات ناشی از اعتیادش مواجه نموده و از او می‌خواهند همین امروز یک برنامه درمانی معمولاً اقامتی یا بستری را شروع نمایند. هر یک از اعضای جلسه همچنین یک اولتیماتوم برای فرد مشخص می‌کنند و می‌گویند اگر او ورود به درمان اعتیاد را نپذیرد آنها در مقابل چه خواهند کرد.

مداخلات جانسونی بر اساس مجموعه‌ای از فرضیات شکل گرفتند که شامل موارد زیر می‌شوند:

- خانواده‌ها قدرتمند هستند و می‌توانند بر تغییر رفتار عضو بیمار خود مؤثر باشند.
- خانواده معتادان معمولاً بدون آن که خود بدانند، به عضو بیمار خود برای تداوم مصرف مواد میدان

¹ Johnson's intervention

² Vernon E. Johnson

می دهند^۱.

- اعتیاد به صورت پیش‌رونده‌ای باعث بروز آفت کارکرد در فرد شده و باعث ناراحتی، رنج و عذاب برای خانواده می‌شود.
- غافل‌گیری بخش مهمی از مداخله موفق است زیرا انکار و دلیل‌تراشی در معتادان شایع است.
- اعضای جلسه مداخله باید بر روی مجموعه‌ای از پیامدهای جدی در صورت امتناع فرد از ورود به درمان توافق نمایند.
- درمان بستری روش ترجیحی برای مداخله است و از قبل باید برای بیمار هماهنگ شده باشد. مطالعات درباره اثربخشی مداخله جانسونی محدود است، با این حال در صورتی که اعضای خانواده، دوستان و همکاران فرد بتوانند آن را به صورت صحیح اجرا نمایند، نتایج خوبی به دنبال خواهد شد. در مداخله جانسونی روان‌شناس مرکز درمانی در سطح دو به خانواده درباره نحوه اجرای مداخله و اعمال فشار نظام‌مند بر فرد برای تغییر رفتار، آموزش می‌دهد.

● مدل ارایز^۲

در دهه ۱۹۹۰ مدل ارایز از قراردعی مداخلات جانسونی در کنار طیفی از مداخلات شکل گرفت. مدل ارایز تحت تأثیر نظریه‌های خانواده و سیستم‌ها خصوصاً درمان شبکه اجتماعی و خانواده درمانی شکل گرفت. بر اساس نظریه سیستم‌ها، خانواده هم از مصرف مواد متأثر می‌شود و هم بر سیر آن تأثیر می‌گذارد. پویایی‌ها و سلسله مراتب قدرت در خانواده‌ها، مرزها، ارتباطات، پویایی‌های بین‌نسلی و جنبه محافظتی خانواده، باعث می‌شود خانواده برای تأثیرگذاری بر رفتار بیماران از درمان‌گران قدرتمندتر باشد. پیش‌بینی پیامدهای سخت ممکن است برای برخی بیماران مؤثر نبوده و طردکننده ادراک شود. اتخاذ یک مدل مداخله منعطف‌تر به شبکه اطرافیان بیمار مجال می‌دهد تا در باره پیامدهای عدم مراجعه تصمیم‌گیری نمایند. در مدل ارایز همچنین هر جا ممکن است درمان سرپایی روش درمانی ارجح محسوب می‌گردد، زیرا درمان سرپایی به بیماران در پس‌زمینه دنیای واقعی کمک می‌کند تا به پرهیز دست یابند، در نتیجه نتایج مداخلات درمانی سرپایی قابلیت تعمیم بالاتری در موقعیت‌های زندگی واقعی پیدا می‌کند. اعتیاد یک اختلال منحصر به فرد نبوده بلکه از طیفی از اختلالات تشکیل شده است و مداخله

¹ enabling

² Albany-Rochester Interventional Sequence for Engagement (ARISE)

درمانی باید سبب‌شناسی پیچیده و نحوه تغییرات در سیستم‌ها و پیش‌رفت بیماری را در نظر بگیرد. در مدل‌اراینز از یک رویکرد تدریجی برای اجرای مداخله استفاده می‌شود. در این روش از نگرانی اعضای خانواده و دوستان فرد استفاده می‌شود تا عضو بیمار خانواده بتواند درمان را شروع نموده و آن را ادامه دهد. برخلاف مداخله جانسونی، در‌اراینز ترس‌ها، نگرانی‌ها، احساس گناه و رفتارهای کنترل‌کننده اعضای خانواده بیمار مورد توجه قرار می‌گیرد و با در نظر گرفتن میزان انکار و دلیل تراشی در میان شبکه اطرافیان بیمار نوع مداخله را تعیین می‌کند. این روش امکان مشارکت اعضای خانواده که مقاومت بیشتر برای کمک به تغییر دارند در فرآیند بهبودی خانوادگی را فراهم می‌کند. هدف از مداخله‌اراینز صرفاً کشاندن عضو بیمار خانواده به درمان نیست، بلکه هدف کمک به کل خانواده برای طی کردن سیر بهبودی است.

- کرافت: رویکرد تقویت اجتماع و آموزش خانواده¹

یکی دیگر از رویکردهای مورد استفاده برای کمک به خانواده‌های برای فشار بر عضو بیمار خود برای مراجعه درمان رویکرد تقویت اجتماع و آموزش خانواده یا به اختصار **کرافت** است. کرافت با استفاده از اصول تقویت رفتاری و براساس رویکرد تقویت اجتماع شکل گرفته است و به خانواده بیمارانی که از مراجعه درمانی امتناع می‌کنند، آموزش می‌دهد تا چطور با عدم تقویت و تسهیل رفتار مصرف مواد از یک سو و تقویت رفتاری تغییر رفتار از سوی دیگر در عضو بیمار خود انگیزه برای تغییر رفتار به وجود آورند.

کرافت در قالب یک برنامه ساختارمند مباحث زیر را با یکی از اعضای خانواده کار می‌کند:

- آموزش درباره برنامه کرافت و موفقیت آن
- تحلیل عملکرد رفتار مصرف مواد: بررسی شروع‌کننده‌ها، پی‌شابنده‌ها و پیامدهای مصرف به منظور کمک به خانواده برای شناسایی راهبردهای مقابله‌ای مؤثر
- نحوه برخورد با خشونت خانگی احتمالی: آموزش خانواده برای برخورد صحیح با موارد خشونت خانگی یا سایر موقعیت‌های بحرانی و اورژانس‌های جسمی یا روان‌پزشکی
- آموزش برقراری ارتباط: بررسی شیوه ارتباطی فعلی اعضای خانواده به منظور جایگزین کردن آن با شیوه‌های ارتباطی جدید

¹ community reinforcement and family training (CRAFT)

- آموزش تقویت مثبت: تقویت رفتارهای مثبت بیمار به منظور تسهیل امکان تغییر رفتار
 - عدم تشویق رفتار مصرف مواد: حذف هر گونه تقویت مستقیم یا غیرمستقیم رفتاری برای مصرف مواد در عضو بیمار خانواده
 - آموزش تقویت خود به اعضای خانواده: شناسایی احساس ناامیدی، خشم، اضطراب، افسردگی و عجز در اعضای خانواده و کمک به برطرف کردن آنها
 - پیشنهاد درمان به عضو بیمار خانواده: آماده کرده خانواده برای تعیین زمان مناسب برای پیشنهاد مراجعه درمانی و آماده کرده آنها برای رویارویی با پاسخ منفی
- در خاتمه این بخش باید گفت مداخلات رفتاری موفقی برای کمک به خانواده‌ها به منظور قانع کردن یک عضو خانواده طفره‌رونده از مراجعه درمانی وجود دارد که در سطوح اختصاصی و تخصصی درمان ارایه می‌شود. در سطح مراقبت اولیه، ارایه‌دهندگان باید درباره این مداخلات آموزش کلی به خانواده‌ها ارایه نموده و آنها را برای دریافت این خدمات ارجاع دهند.

پزشکان با توجه به نقش بسیار مهم و موثر خود در شناسایی موارد اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات و نیز اعلام نیاز خانواده‌های مصرف‌کنندگان انواع مواد باید ضمن ایفای نقش همدلانه، تشخیصی و درمانی، برای دریافت سایر راهنمایی‌های تخصصی روانشناختی در این خصوص، تشویق و ارجاع این افراد به روانشناس مرکز را در اولویت اقدامات خود برای این گروه هدف قرار دهند.

نحوه کمک به یک فرد مبتلای تحت درمان

خانواده بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد که در حال حاضر تحت یک برنامه در سطوح ۲ یا بالاتر هستند برای آن که بتوانند به نحو مؤثری از عزیزان خود حمایت کنند، نیاز به آموزش دارند. این آموزش‌ها می‌تواند بر موضوعات زیر متمرکز باشد:

اعتیاد یک بیماری قابل درمان است، با این وجود به عنوان یک بیماری مزمن روند درمان آن طولانی مدت بوده و حداقل یک سال باید به طول انجامد.

تعریف مفهوم «خوب شدن» از نظر بسیاری از افراد و حتی متخصصان متفاوت است: بعضی بهبودی را به معنی عدم مصرف موادمخدر غیرقانونی می‌دانند؛ گروهی آن را به معنی تغییر رفتار بیمار و تبدیل

اخلاق و روحیات او به وضعیت دوره قبل از مصرف تلقی می‌کنند؛ بعضی حتی توقع دارند رفتار بیمار آنان از قبل از شروع مصرف هم بهتر باشد، بسیاری از خانواده‌ها نیز با وجود این که رفتار حال حاضر فرد بیمار را نمی‌پسندند، ولی معمولاً تعریف دقیقی از رفتار ایده‌آل در ذهن ندارند.

بهبودی فرآیندی است که از زمانی که فرد مصرف‌کننده این واقعیت را می‌پذیرد که سالم ماندن او با تداوم مصرف و سایر رفتارهای قبلی و ادامه وضع موجود امکان‌پذیر نیست، شروع می‌شود و با ادامه دوره پرهیز گسترش و تعمیق می‌یابد؛ در گذر زمان تغییراتی در خود فرد و روابط بین فردی‌اش ایجاد می‌گردد و بیمار به تدریج در حوزه‌های کارکردی مختلف پیش‌رفت نموده و به یک سبک زندگی فعال و غیرمرتبط با مصرف مواد نزدیک می‌گردد.

انتظار یک بهبودی ایده‌آل در اوایل درمان، انتظاری غیرواقعی است و فقط به فرآیند درمان و آرامش خانواده آسیب می‌رساند.

اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است. یعنی بهبودی از آن مانند بیماری دیابت (قندخون) یا فشار خون ممکن است سال‌ها طول بکشد. در این شرایط، هرگاه درمان را جدی نگیریم احتمال بازگشت بیماری وجود دارد. نکته دیگری که لازم است به آن توجه کنید وجود مشکلات همراه با اعتیاد مانند افسردگی، اضطراب، مشکلات شخصیتی و کاهش اعتمادبنفس است که معمولاً باعث پیچیده‌تر شدن درمان می‌گردند. در واقع بیمار شما بعد از کنار گذاشتن مصرف مواد، باید با عوارض جسمی و روانی اعتیاد هم کنار بیاید و آنها را نیز درمان کند که انجام این مجموعه از درمان‌ها نیازمند زمان است.

آسیب‌های اعتیاد صرفاً بدلیل مصرف مواد نیست، بلکه دوره‌ای که فرد به مصرف مواد اشتغال داشته از یادگیری و رشد روانی و شخصیتی بازمانده است و باید بعد از درمان، این عقب‌افتادگی‌ها را نیز جبران کند. بسیاری از خانواده‌ها در طی درمان به وضوح متوجه می‌شوند که با وجود کنار گذاشتن مصرف مواد، در بسیاری از اوقات، معتاد آنان در برخورد با استرس‌های زندگی حتی در نوع خفیف آن عصبی شده و نمی‌دانند چه کند معمولاً پرخاشگری می‌کند، به سمت مصرف مواد می‌رود و یا کنترل خود را از دست داده و رفتارهای غیرمعمول نشان می‌دهد.

بسیاری از این اختلالات رفتاری جزو عوارض مستقیم مصرف مواد نیستند، بلکه در واقع نوعی ناتوانی است که یک بیمار معتاد به علت بیماری طولانی اعتیاد کسب کرده است. مسلماً به همین دلایل دوره درمان از مهم‌ترین زمان‌هایی که بیمار معتاد نیازمند درک، همراهی، کمک و حمایت شما است.

تشخیص اختلالات مرتبط با مواد

تشخیص اختلالات روان‌پزشکی شامل اختلالات مرتبط با مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه توسط پزشک انجام می‌پذیرد، لذا لازم است پزشکان شاغل در مراقبت اولیه با ملاک‌های تشخیصی اختلالات مصرف مواد خصوصاً موارد شایع و مهم آشنا باشند. در این بخش ملاک‌های عمومی تشخیص اختلالات مرتبط با مواد آورده شده و پس از آن در بخش مراقبت‌های اختصاصی هر یک از مواد ملاک‌های تشخیصی اختصاصی برای اختلالات مهم مورد بحث قرار می‌گیرد.

در پنجمین نسخه کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی، فصل اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادی در مقایسه با نسخه پیشین دچار تغییراتی از نظر گروه‌بندی اختلالات و ملاک‌های آنها شده است. در طبقه اختلالات مرتبط با مواد تشخیص‌های اختلال مصرف و وابستگی حذف و یک تشخیص اختلال مصرف مواد جایگزین شده است. علاوه بر این، برای اولین بار علاوه بر اختلالات مرتبط با مواد، اختلال قمار نیز وارد شده است. اختلالات مرتبط با مواد در پنجمین ویرایش طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی یا DSM-5 به دو دسته کلی اختلالات مصرف مواد و اختلالات القاء‌شده توسط مواد (مسمومیت، محرومیت و سایر اختلالات روانی القاء‌شده با مواد/داروها) تقسیم‌بندی می‌شود.

طبقه‌بندی کلی اختلالات مرتبط با مواد به شرح زیر است:

- اختلال مصرف مواد
- اختلالات القاء‌شده با مواد
 - مسمومیت
 - محرومیت
 - سایر اختلالات روانی القاء‌شده با مواد

در راهنمای حاضر تشخیص اختلالات مرتبط با مواد بر اساس DSM-5 آموزش داده شده است. در ICD-10 دو تشخیص ذیل دو سطح درگیری با مصرف مواد شامل مصرف آسیدر سان و سندرم وابستگی در نظر گرفته شده است. این تشخیص‌ها راهنماهای ارزش‌شمندی برای تعیین نوع و جامعیت مراقبت مورد نیاز فرد برای ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت تأمین نموده و با نتایج حاصل از غربالگری تکمیلی مطابقت دارد. لذا در ادامه ملاک‌های تشخیصی اختلالات مصرف مواد بر اساس ICD-10 نیز ارائه می‌شود.

اختلال مصرف مواد (DSM-5)

در ویرایش قبلی طبقه‌بندی اختلالات مصرف مواد از دو طبقه سوء مصرف و وابستگی مواد تشکیل شده بود، اما در DSM-5 فقط یک تشخیص اختلال مصرف مواد برای هر یک از کلاس‌های ده‌گانه مواد (به جز کافئین) در نظر گرفته شده است. ویژگی مشترک تمام موادی که با آن یک تشخیص اختلال مصرف تعریف می‌شود آن است که در صورتی که به صورت افراط‌گونه مصرف شوند، می‌توانند به صورت مستقیم سیستم پاداش مغز را فعال کنند. سیستم پاداش مغز در تقویت رفتارها و ایجاد حافظه دخیل است.

ملاک‌های اختلال مصرف مواد در DSM-5 از ادغام ملاک‌های DSM-IV برای تشخیص‌های سوء مصرف و وابستگی تشکیل شده با این تفاوت که ملاک «مشکلات قانونی مکرر» برای سوء مصرف مواد حذف و یک ملاک جدید، یعنی «وجود و سوء استفاده یا میل شدید برای مصرف مواد» افزوده شده است.

در DSM-IV افتراق میان سوء مصرف و وابستگی بر اساس مفهوم سوء مصرف به صورت یک شکل خفیف‌تر و اولیه و وابستگی به عنوان یک شکل شدیدتر درگیری با مصرف مواد تعریف شده بود، اما در عمل افرادی که ملاک‌های سوء مصرف را پر می‌کردند، سطوح بالای درگیری و مشکل با مصرف مواد را نشان می‌دادند. با توجه به این دلایل در بازبینی ملاک‌های اختلال مصرف مواد یک طبقه واحد برای توصیف درگیری افراد با مصرف مواد و داروهای روان‌گردان در نظر گرفته شده است.

در اختلال مصرف مواد در DSM-5، ملاک‌ها نه تنها ترکیب بلکه آستانه تشخیص نسبت به تشخیص سوء مصرف در DSM-IV بالاتر برده شده است. در تشخیص سوء مصرف وجود یک ملاک از چهار ملاک برای تشخیص کافی بود، اما در DSM-5 اختلال مصرف مواد خفیف نیاز به داشتن حداقل ۲ ملاک از یک فهرست ۱۱ تایی است.

ملاک‌های تشخیصی اختلال مصرف مواد در DSM-5

- (الف) یک الگوی مشکل‌آفرین مصرف مواد منجر به نقص یا زجر قابل توجه بالینی، که با وجود حداقل ۲ مورد از موارد زیر در طول یک دوره زمانی ۱۲ ماهه تظاهر می‌یابد:
- مواد اغلب در مقادیر بیشتر یا در طول یک دوره زمانی طولانی‌تر از آنچه قصد شده مصرف می‌شود.
 - تمایل پایدار یا تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف مواد وجود دارد.
 - زمان قابل ملاحظه‌ای در فعالیتهای ضروری برای تهیه، مصرف یا بهبودی از اثرات مواد صرف می‌شود.
 - وسوسه یا یک میل قوی یا اشتیاق برای مصرف مواد.
 - مصرف مکرر مواد منجر به نارسایی در انجام وظایف نقش اصلی در کار، تحصیل یا خانه می‌شود.
 - تداوم مصرف مواد علی‌رغم داشتن مشکلات پایدار یا راجعه اجتماعی یا بین‌فردی ناشی از یا تشدید شده توسط اثرات مواد.
 - فعالیتهای مهم اجتماعی، شغلی یا تفریحی به دلیل مصرف مواد کنار گذاشته می‌شود یا کاهش می‌یابد.
 - مصرف راجعه مواد در موقعیتهایی که از نظر جسمی مضر است.
 - تداوم مصرف مواد علی‌رغم داشتن مشکلات جسمی یا روان‌شناختی پایدار یا راجعه که احتمالاً در اثر آن ایجاد یا تشدید شده.
 - تحمل، که به صورت یکی از موارد زیر تعریف می‌شود:
 - (الف) نیاز برای افزایش قابل توجه مقادیر مصرف مواد برای دستیابی به مسمومیت یا اثر مطلوب.
 - (ب) کاهش قابل ملاحظه اثر با تداوم مصرف مقادیر ثابت مواد.
 - محرومیت، که به صورت یکی از موارد زیر تعریف می‌شود:
 - (الف) سندرم محرومیت خاص مواد
 - (ب) مصرف مواد (یا مواد نزدیک به آن) برای تسکین یا اجتناب از علائم محرومیت.

مشخص کنید، اگر:

در فروکش زودرس: پس از پر کردن ملاک‌های اختلال مصرف مواد، هیچ کدام از ملاک‌ها (به جز ملاک ۴ «وسوسه یا یک میل قوی یا اشتیاق به مصرف مواد») برای حداقل ۳ ماه اما کمتر از ۱۲ ماه وجود نداشته باشند.

در فروکش طول کشیده: بعد از پر کردن ملاک‌های اختلال مصرف مواد، هیچ یک از ملاک‌های اختلال مصرف مواد (به جز وسوسه) در طول ۱۲ ماه گذشته وجود نداشته باشد.

مشخص کنید اگر:

روی درمان نگهدارنده: این شاخصه افزوده شده زمانی کاربرد دارد که فرد یک داروی آگونیست تجویز شده نظیر متادون یا بوپرنورفین را مصرف می‌کند و هیچ کدام از ملاک‌های اختلال مصرف مواد را برای آن کلاس از مواد (به جز تحمل به، یا محرومیت از داروی آگونیست) را پر نمی‌کند. این طبقه همچنین برای کسانی که روی یک داروی آگونیست نسبی، یک داروی آگونیست/آنتاگونیست یا یک داروی آنتاگونیست کامل همچون نالتراکسون یا نالتراکسون دپوت هستند کاربرد دارد.

شاخصه «روی درمان نگهدارنده» به عنوان یک مشخصه برای فروکش زمانی که بیماری فرد در فروکش بوده و روی درمان نگهدارنده است استفاده می‌شود.

در محیط کنترل شده: این شاخصه افزوده شده زمانی استفاده می‌شود که فرد در محیطی است که در آن دسترسی به مواد وجود ندارد.

«در محیط کنترل شده» زمانی به عنوان یک شاخص افزوده شده به فروکش استفاده می‌شود که فرد هم در فروکش اختلال بوده و هم در محیط کنترل شده اقامت دارد. در واقع این شاخص برای توصیف دقیق‌تر وضعیت فروکش اختلال فرد کاربرد دارد (در فروکش اولیه در محیط کنترل شده یا در فروکش طول کشیده در محیط کنترل شده). مثال‌های این محیط‌ها شامل بازداشتگاه‌ها و زندان‌های تحت نظارت نزدیک، اجتماع‌های درمان‌مدار و بخش‌های بسته بیمارستان‌ها هستند.

شدت فعلی را مشخص کنید:

- خفیف: وجود ۲-۳ علامت
- متوسط: وجود ۴-۵ علامت
- شدید: وجود ۶ علامت یا بیشتر.

علاوه بر این، تشخیص وابستگی با برخی مشکلات همراه بود. برای مثال بیشتر مردم وابستگی را معادل اعتیاد تلقی می‌کردند، در حالی که وابستگی می‌تواند پاسخ فیزیولوژیک طبیعی بدن انسان به مواد باشد. ملاک‌های تشخیصی اختلال مصرف مواد بر اساس DSM-5 در کادرهای بالا آورده شده است. به طور کلی، تشخیص اختلال مصرف مواد بر اساس یک الگوی پاتولوژیک رفتارهای مرتبط با مصرف گذاشته می‌شود. موارد پیش‌بینی شده ذیل ملاک الف را می‌توان به طور کلی ذیل زیرگروه‌های مفهومی زیر طبقه‌بندی نمود:

- نقص کنترل: موارد ۴-۱
- نقص کارکرد اجتماعی: موارد ۷-۵
- مصرف پرخطر: موارد ۹-۸
- ملاک فارماکولوژیک: موارد ۱۱-۱۰

اختلالات مصرف مواد (ICD-10)

در دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها یک طبقه تحت عنوان اختلالات روانی و رفتاری ناشی از مصرف مواد پیش‌بینی شده که با کدهای تشخیصی F10 تا F19 برای ده کلاس مختلف مواد مختلف مشخص می‌شود. گروه‌بندی مواد در این طبقه‌بندی به صورت الکل، مواد افیونی، کانابینوئیدها، داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور، کوکائین، سایر مواد محرک، مواد توهم‌زا، تنباکو، حلال‌های فرار و مصرف مواد چندگانه می‌شود. در ICD-10 دو سطح درگیری با مصرف مواد در نظر گرفته شده است که شامل مصرف آسیب‌رسان و سندرم وابستگی می‌شوند.

- مصرف آسیب‌رسان

الگویی از مصرف مواد که منجر به آسیب به سلامتی می‌شود. آسیب سلامتی می‌تواند جسمی (به عنوان مثال ابتلاء به هپاتیت ناشی از مصرف تزریقی مواد) یا روان‌پزشکی (برای مثال دوره‌های اختلال افسردگی ثانویه یا مصرف سنگین الکل) باشد.

برای تشخیص لازم است که آسیب عملی به سلامت روانی یا جسمی فرد وارد شده باشد. الگوهای مصرف آسیب‌رسان اغلب مورد انتقاد دیگران قرار می‌گیرند و مکرراً با پیامدهای منفی اجتماعی از انواع مختلف همراه است، اما این موضوع که یک الگو مصرف یا یک ماده خاص مورد تأیید دیگران یا اجتماع

نیست برای تشخیص مصرف آسیب‌رسان کفایت نمی‌کند.

مسمومیت حاد ناشی از مصرف مواد به خودی خود برای تشخیص آسیب جسمی یا روانی مورد نظر در ملاک تشخیصی مصرف آسیب‌رسان کافی نیست. در صورت پر شدن ملاک‌های تشخیصی برای سندرم وابستگی، یک اختلال سایکوتیک یا وجود یک اختلال اختصاصی مرتبط با الکل یا مواد دیگر تشخیص مصرف آسیب‌رسان نباید گذاشته شود.

ملاک‌های تشخیصی مصرف آسیب‌رسان در ICD-10

- (الف). باید شواهد روشنی وجود داشته باشد که مصرف ماده مسؤل (یا نقش اساسی) در آسیب جسمی یا روان‌شناختی شامل اختلال قضاوت یا کژکارکردی رفتاری دارد که می‌تواند منجر به ناتوانی شده یا پیامدهای جانبی در روابط بین‌فردی داشته باشد.
- (ب). ماهیت آسیب باید کاملاً قابل شناسایی (و اختصاصی) باشد.
- (ج). الگوی مصرف باید حداقل باید برای ۱ ماه ادامه داشته یا مکرراً در طول ۱۲ ماه گذشته رخ داده باشد.
- (د). اختلال ملاک‌های سایر اختلالات روانی یا رفتاری مرتبط با آن ماده در آن دوره زمانی را (به جز برای مسمومیت حاد) نداشته باشد.

• سندرم وابستگی

مجموعه‌ای از پدیده‌های فیزیولوژیک، رفتاری و شناختی که در آن مصرف یک ماده یا یک کلاس از مواد برای فرد از سایر موضوعات مهم زندگی اولویت بالاتری پیدا می‌کند. یک خصوصیت توصیفی مرکزی در سندرم وابستگی میل، و سوسه یا ولع (اغلب قوی، گاهی فراتر از قدرت فرد) برای مصرف مواد است.

در افراد مبتلا به سندرم وابستگی، لغزش به مصرف مواد بعد از یک دوره پرهیز منجر به پیدایی مجدد سریع‌تر سایر خصوصیات سندرم وابستگی در مقایسه با افراد غیروابسته می‌گردد.

یک خصوصیت اساسی سندرم وابستگی آن است که یا مصرف ماده یا تمایل به مصرف آن باید وجود داشته باشد. آگاهی ذهنی از اجبار به مصرف مواد به شایع‌ترین شکل هنگام اقدام به کاهش یا قطع مصرف ماده دیده می‌شود. این ملاک تشخیصی می‌تواند مبنای کنار گذاشتن برخی بیماران از تشخیص سندرم وابستگی شود. برای مثال بیماران جراحی که برای تسکین درد مواد افیونی دریافت می‌کنند، در

صورت قطع ناگهانی مسکن‌های آپوئیدی دچار حالت محرومیت می‌شوند، اما ممکن است هیچ میلی برای تداوم مصرف مواد افیونی نداشته باشند.

یک خصوصیت اساسی سندرم وابستگی آن است که یا مصرف ماده یا تمایل به مصرف آن باید وجود داشته باشد. آگاهی ذهنی از اجبار به مصرف مواد به شایع‌ترین شکل هنگام اقدام به کاهش یا قطع مصرف ماده دیده می‌شود. این ملاک تشخیصی می‌تواند مبنای کنار گذاشتن برخی بیماران از تشخیص سندرم وابستگی شود. برای مثال بیماران جراحی که برای تسکین درد مواد افیونی دریافت می‌کنند، در صورت قطع ناگهانی مسکن‌های آپوئیدی دچار حالت محرومیت می‌شوند، اما ممکن است هیچ میلی برای تداوم مصرف مواد افیونی نداشته باشند.

تشخیص سندرم وابستگی در ICD-10 می‌تواند بر اساس موارد زیر اختصاصی‌تر شود:

- در حال حاضر در پرهیز
- در حال حاضر در پرهیز اما در محیط محافظت شده (برای مثال بیمارستان، اجتماع درمان‌مدار، زندان و غیره)
- در حال حاضر روی رژیم نگهدارنده تحت نظارت بالینی (برای مثال با متادون، آدامس یا چسب نیکوتین)
- در حال حاضر در پرهیز اما در حال درمان با داروهای منجرکننده یا مسدودکننده (برای مثال نالترکسون یا دی‌سولفیرام)
- در حال حاضر مصرف‌کننده ماده (وابستگی فعال)
- مصرف مداوم
- مصرف دوره‌ای (دیپسومانیا)

ملاک‌های تشخیصی سندرم وابستگی در ICD-10

- یک تشخیص قطعی باید فقط زمانی گذاشته شود اگر سه مورد یا بیشتر از موارد زیر به صورت هم‌زمان در طول سال گذشته وجود داشته باشند:
- (الف) میل قوی یا احساس اجبار به مصرف ماده
 - (ب) دشواری در کنترل رفتار مصرف مواد از نظر شروع، خاتمه یا سطح مصرف
 - (ج) یک حالت محرومیت فیزیولوژیک هنگامی که مصرف ماده قطع یا کاهش داده می‌شود، که با علائم سندرم محرومیت برای ماده؛ یا مصرف همان ماده (یا ماده نزدیک به آن) به قصد تسکین یا اجتناب از علائم محرومیت مشخص می‌شود
 - (د) شواهد تحمل، همچون نیاز به افزایش دوز ماده به منظور دستیابی به اثرات اولیه تولید شده با دوزهای پایین‌تر (مثال‌های مشخص آن در افراد وابسته به الکل و مواد افیونی دیده می‌شود که ممکن است دوزهای روزانه مصرف‌شان برای ناکارآمد کردن یا کشتن افراد فاقد تحمل کافی باشد)
 - (ه) غفلت پیش‌رونده از لذت‌های یا علائق جایگزین به خاطر مصرف مواد، افزایش زمان لازم برای گرفتن یا مصرف مواد یا بهبودی از اثرات آن
 - (و) تداوم مصرف مواد علی‌رغم شواهد آشکار پیامدهای آسیب‌رسان بارز همچون آسیب به کبد در نتیجه مصرف بیش از حد، حالات خلقی افسرده متعاقب دوره‌های مصرف سنگین ماده یا نقایص کارکرد شناختی مرتبط با مواد؛ باید تلاش شود تا تعیین شود که مصرف‌کننده عملاً از ماهیت و میزان آسیب آگاه است یا انتظار آن را داشته است.

اختلالات القاء شده توسط مواد

کلاس های ده گانه مواد و داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف عبارتند از:

- ۱) دخانیات (تباکو)
- ۲) کافئین
- ۳) حشیش
- ۴) مواد افیونی
- ۵) مواد محرک (شامل محرک های شبه آمفتامینی و کوکائین)
- ۶) الکل
- ۷) داروهای آرام بخش و خواب آور
- ۸) مواد توهم زا
- ۹) مواد اشتقاقی
- ۱۰) سایر مواد

جدول ۶-۲ تشخیص های مرتبط با کلاس های شایع مواد مشکل آفرین در کشور را نشان می دهد.

جدول ۶-۲- تشخیص‌های مرتبط با کلاس‌های شایع مواد در DSM-5

اختلالات عصبی، شناختی	جنسی	خواب	وسواسی جبری	اضطرابی	افسردگی	دوقطبی	اختلالات سایکوتیک	دلیریوم	محرومیت	مسمومیت	اختلال مصرف	ماده	ردیف
I/W/P	I/W	I/W	-	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	+	+	+	الکل	۱
-	-	I/W	-	I	-	-	-	-	+	+	-	کافئین	۲
-	-	I/W	-	I	-	-	I	I	+	+	+	حشیش	۳
-	I/W	I/W	-	W	I/W	-	-	I/W	+	+	+	مواد افیونی	۴
I/W/P	I/W	I/W	-	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	+	+	+	داروهای آرام- بخش و خواب- آور	۵
-	I	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I	I	+	+	+	مواد محرک	۶
-	-	W	-	-	-	-	-	-	+	-	+	دخانیات (تنباکو)	۷

ا: با شروع در دوره مسمومیت، W: با شروع در دوره محرومیت، I/W: هم می‌تواند با شروع در دوره محرومیت باشد و هم با شروع در دوره مسمومیت، P: نشانه‌دهنده

پایدار بودن

اورژانس‌های مرتبط با مصرف مواد

اختلالات مصرف مواد به خودی خود یک فوریت روان‌پزشکی محسوب نمی‌شوند، اما ممکن است با یک فوریت یا بیشتر روان‌پزشکی یا اجتماعی مرتبط با مصرف مواد همراه باشند، بنابراین اولین قدم در برخورد با افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد این است که به این پرسش پاسخ دهیم: آیا مراجع مشکل حاد و فوریتی دارد؟

در تعیین اولویت مداخله شناسایی اورژانس‌های روان‌پزشکی یا اجتماعی مرتبط با مصرف یا اختلالات مصرف مواد اهمیت اساسی دارد. در صورتی وجود هر یک از آنها اولویت مداخله به جای ارایه مراقبت متمرکز بر کاهش یا قطع مصرف مواد باید ارجاع فوری برای تثبیت مشکل روان‌پزشکی یا اجتماعی فرد باشد.

اولین قدم در برخورد با افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد پاسخ به این پرسش است که آیا مراجع مشکل حاد و فوریتی دارد؟

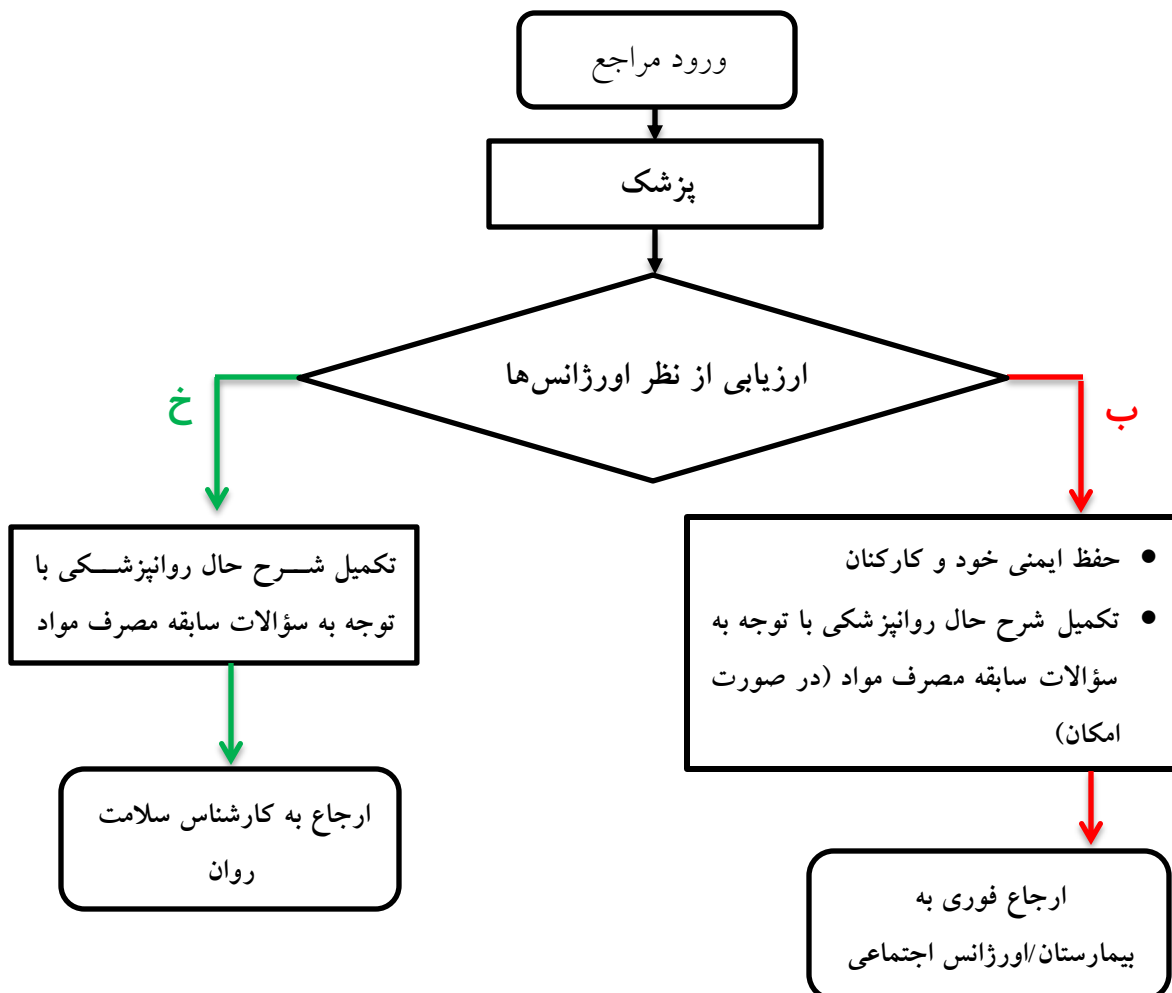
راه‌های شناسایی اورژانس‌های روان‌پزشکی و اجتماعی در کسانی که مواد مصرف می‌کنند عبارتند از:

- مشاهده مراجع
- اخذ شرح حال
- منابع جانبی اطلاعات نظیر شرح حال خانواده و همراهان
- ارزیابی‌های معمول سلامت روان
- ارزیابی‌های معمول سلامت اجتماعی
- نتایج غربال‌گری اولیه و تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد
- برخی اورژانس‌های روان‌پزشکی و اجتماعی معمول مرتبط با مصرف مواد عبارتند از:
 - مسمومیت حاد مواد
 - پسیکوز حاد (توهم و هذیان) که ممکن است اولیه یا القاء‌شده در اثر مواد باشد
 - سرسام (دلیریوم) که ممکن است اولیه یا القاء‌شده توسط مواد باشد.
 - خودزنی یا تمایل جدی به خودکشی

- قصد جدی آسیب به دیگران یا دیگرکشی
- سوءرفتار با کودکان
- قربانی خشونت خانگی
- بی‌خانمانی
- بدسرپرستی

در شکل ۵-۶ فلوجارت نحوه برخورد با اورژانس‌های روان‌پزشکی و اجتماعی مرتبط با مصرف مواد نشان داده شده است.

شکل ۵-۶- فلوجارت نحوه برخورد با اورژانس‌های روان‌پزشکی و اجتماعی



بنابراین توجه به این موضوع لازم است که در کسانی که مواد مصرف می‌کنند در صورت وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی یا اجتماعی، اجرای مراقبت‌های پیوندیافته با غربال‌گری شامل مداخله مختصر ضرورت ندارد. در این گونه موارد در صورتی که مراجع هو شیار بوده، توانایی پاسخ به سؤالات را داشته و تحریکاتی نباشد، باید شرح حال روانپزشکی برای او به تکمیل شده و سپس فرد به صورت فوری به بیمارستان ارجاع شود. در صورت وجود اورژانس‌های اجتماعی نظیر خشونت خانگی یا کودک‌آزاری اقدام متناسب مطابق راهنماهای اداره سلامت اجتماعی باید صورت بگیرد.

در صورتی که فرد هو شیار نبود، توانایی پاسخ به سؤالات را نداشته یا تحریکاتی باشد، طبیعتاً امکان اجرای تکمیل شرح حال روانپزشکی نخواهد بود. در چنین موقعیتی مراجع به صورت فوری به بیمارستان ارجاع می‌گردد.

کلیه مراجعان و خانواده‌های آنها باید برای مراجعه مجدد و دریافت مراقبت‌های مورد نیاز پس از تثبیت وضعیت اورژانس تشویق شده و مورد پیگیری قرار بگیرند.

مسمومیت مواد

بر حسب هر یک از کلاس‌های مواد به جز تنباکو یک تشخیص مسمومیت با مواد تعریف می‌شود که با نشانه‌های و علائم اختصاصی خاص آن ماده همراه است. ملاک‌های کلی مسمومیت با مواد در کادر زیر ارائه شده است.

ملاک‌های کلی مسمومیت با مواد بر اساس DSM-5

(الف) مصرف اخیر مواد

(ب) تغییرات رفتاری یا روان‌شناختی مشکل‌آفرین و به لحاظ بالینی حائز اهمیت که در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف رخ می‌دهد

(ج) نشانه‌های و علائم مسمومیت خاص هر ماده/کلاس مواد

(د) نشانه‌ها و علائم قابل انتساب به یک وضعیت طبی نبوده و با بیماری روانی دیگری بهتر توضیح داده نمی‌شود.

مسمومیت مواد در میان کسانی که به اختلال مصرف مواد مبتلا هستند شایع است، با این وجود همچنین در اشخاص فاقد اختلال مصرف مواد نیز مکرراً دیده می‌شود. شایع‌ترین تغییرات در

مسمومیت شامل بهم ریختگی در ادراک، وضعیت بیداری، توجه، تفکر، قضاوت، رفتار روانی، حرکتی و رفتار بین فردی می شود. مسمومیت می تواند فراتر از زمانی که مواد در بدن قابل شناسایی است ادامه پیدا کند. این می تواند به دلیل اثرات طولانی مدت آن بر روی دستگاه اعصاب مرکزی باشد به طوری که بهبودی این علائم مدت طولانی تری از زمان خروج ماده از بدن به طول می انجامد.

کسانی که مواد یا الکل مصرف می کنند به حالت اوج اثرات ماده بر روی بدن خود **نشنگی** یا **مستی** می گویند. این حالات معادل تشخیص **مسمومیت با مواد** است. در صورتی که شدت مسمومیت زیاد بوده و با کاهش سطح هوشیاری همراه باشد به آن اصطلاحاً **بیش مصرفی** یا **اوردوز^۱** مواد می گویند. بیش مصرفی یا اوردوز شایع ترین علت مرگ در مرگ های منتسب به مصرف مواد در گزارش های سالانه سازمان پزشکی قانونی کشور است.

مقدار مشابه از یک ماده می تواند بسته به نحوه ورود ماده به بدن اثرات خفیف تر یا شدیدتر داشته باشد. اثر راه های مختلف مصرف بر روی احتمال بروز مسمومیت در ادامه توضیح داده شده است:

● **تدخینی^۲ / استنشاقی^۳**: در مصرف تدخینی فرد ماده را حرارت داده و دود حاصل از تدخین را با دم به داخل ریه می کشد. در مصرف استنشاقی همچون روش تدخینی فرد بخار حاصل از ماده را با دم به داخل ریه می کشد، با این تفاوت که این اصطلاح برای مواد فرار و گازها به کار می رود (برای مثال مصرف استنشاقی گاز فندک، تینر یا چسب) که بدون نیاز به حرارت دادن حالت بخار دارند. وقتی یک ماده به صورت تدخینی یا استنشاقی مصرف می شود خیلی سریع به مغز می رسد. مواد مصرف شده مستقیماً از ریه ها به بطن چپ قلب رفته و از آن جا وارد گردش خون شریانی می شود. مواد از طریق خون شریانی به مغز می رسند. شدت اثرات مواد استنشاق شده می تواند تا حدی کمتر از مواد تزریقی باشد زیرا مقدار کمتری ماده وارد بدن شده و بخشی از مواد ممکن است با تنفس بازدمی از ریه ها خارج شود.

در سال های یک اصطلاح جدید درباره طریقه مصرف مواد رایج شده است و آن **تبخیر کردن^۴** است. این اصطلاح برای مصرف نیکوتین با استفاده از دستگاه های تبخیرکننده الکترونیک^۵ یا همان سیگارهای الکترونیک به کار می رود. در این روش نیز مشابه مصرف تدخینی و استنشاقی ماده از طریق دم وارد ریه شده و پس از ورود به جریان خون به مغز می رسد.

● **تزریق**: تزریق داخل وریدی ماده همچنین باعث می شود ماده سریعاً به مغز برسد. گرچه سرعت

¹ overdose

² smoking

³ inhalation

⁴ vaping

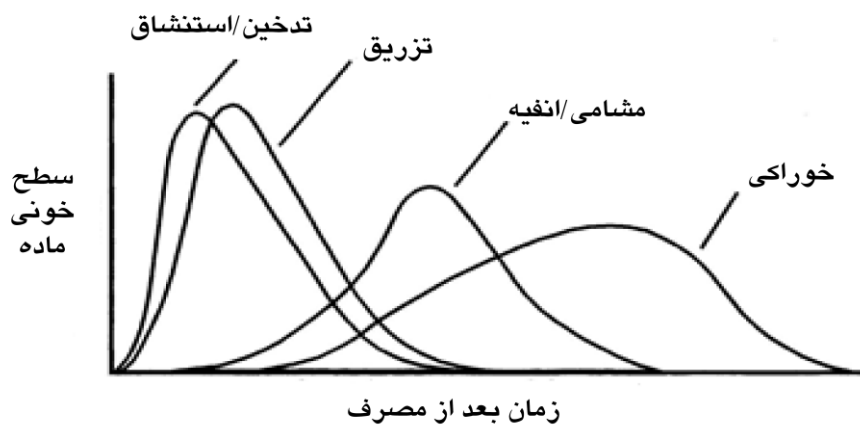
⁵ e-vaporizer

آن از سرعت مصرف تدخینی یا استنشاقی تا حدی کمتر است زیرا در تزریق وریدی ماده ابتدا به سمت راست قلب می‌رود و سپس به ریه‌ها پمپ شده و پس از اکسیژن‌گیری به سمت چپ قلب برگشته و نهایتاً به مغز و بدن می‌رود.

- **مشامی:** ماده‌ای که به صورت مشامی^۱ مصرف می‌شود از طریق مخاط بینی جذب می‌شود. شدت اثرات مصرف مواد به این روش از مصرف تدخینی و تزریقی کمتر است، زیرا زمان بیشتری طول می‌کشد تا ماده وارد جریان خون شود.

- **خوراکی:** موادی که به صورت خوراکی مصرف می‌شوند آهسته‌تر از سایر طریقه‌های مصرف وارد خون می‌شوند. در این روش شروع اثر دیرتر است و بدن پیش از آن که اثر مواد روی مغز شروع شود متابولیسم آن را شروع می‌کند. در معده، روده و کبد آنزیم‌ها مواد را تجزیه کرده و امکان پاک شدن آنها را از بدن فراهم می‌کنند. بر اساس آنچه گفته شد مصرف تزریقی به دلیل آن که تمام ماده مصرفی را با سرعت بالا و به صورت غیرقابل برگشت وارد بدن می‌کند، با خطر افزایش یافته مرگ ناشی از پیش مصرفی مواد همراه است. شکل ۶-۶ میزان و سرعت اثر دوز ثابت از یک ماده را بر حسب روش مصرف نشان می‌دهد.

شکل ۶-۶- سطح خونی و سرعت اثر دوز ثابت ماده بر حسب طریقه مصرف



در داخل یک طبقه از مواد، مواد سریع‌الاثربا احتمال بیشتر از مواد کنداثر باعث بروز مسمومیت ناگهانی می‌شوند. برای مثال در دسته داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور مصرف خوراکی نیترازپام سریع‌تر از اکسازپام یا در دسته مواد افیونی هروئین زودتر از تریاک علائم مسمومیت را در فرد ایجاد می‌کند.

¹ sniffing/snorting

محرومیت از مواد

محرومیت مواد تشخیصی است که برای توصیف یک سندرم اختصاصی ناشی از قطع ناگهانی یا کاهش قابل توجه مصرف سنگین و طول کشیده یک ماده (برای مثال مواد افیونی)، مورد استفاده قرار می‌گیرد. ملاک‌های کلی محرومیت از مواد بر اساس DSM-5 در کادر زیر آورده شده است.

ملاک‌های کلی محرومیت با مواد بر اساس DSM-5

- (الف) قطع یا کاهش مصرف سنگین و طولانی مدت مواد
- (ب) نشانه‌های و علائم محرومیت خاص هر ماده/کلاس مواد که در عرض چندین ساعت تا چند روز پس از قطع (کاهش) مصرف دیده می‌شود.
- (ج) نشانه‌های و علائم منجر به زجر قابل توجه بالینی یا نقص در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های کارکردی شده باشد.
- (د) نشانه‌ها و علائم به خاطر یک بیماری دیگر نبوده و با یک اختلال روانی دیگر بهتر توضیح داده نمی‌شود.

محرومیت از مواد معمولاً اما نه همیشه با یک اختلال مصرف مواد همراه است. بیشتر افراد مبتلا به محرومیت از مواد **ولع شدید** برای مصرف مجدد ماده برای کاهش و یا رفع علائم خود دارند. مواد سریع‌الاثرو و طریقه مصرفی که مواد را سریع‌تر به مغز می‌رساند مسمومیت شدیدتری در فرد ایجاد می‌کنند. در چنین حالتی الگوی مصرف فرد با احتمال بیشتری به سمت مصرف مستمر پیش خواهد رفت و در نتیجه در صورت عدم مصرف احتمال محرومیت بالاتر خواهد بود. در داخل یک طبقه از مواد، پتانسیل ایجاد سندرم محرومیت مواد کوتاه‌اثر از مواد طولانی‌اثر بیشتر است. در مقابل، در صورت قطع مصرف مواد طولانی‌اثر علائم محرومیت دیرتر ظاهر شده و طولانی‌تر باقی می‌ماند. به طور کلی، هر چقدر دوره محرومیت از مواد طولانی‌تر باشد، شدت علائم کمتر خواهد بود.

سایر اختلالات روانی القاء شده با مواد

اختلالات روانی القاء شده توسط مواد یا داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف اغلب به صورت بالقوه شدید اما معمولاً کوتاه‌مدت هستند. فهرست انواع اختلالات روانی القاء شده با کلاس‌های مختلف مواد در کادر زیر آورده شده است. ملاک‌های کلی سایر اختلالات روانی القاء شده با مواد بر اساس DSM-5 در کادر زیر آورده شده است.

ملاک‌های کلی سایر اختلالات روانی القاء‌شده با مواد در DSM-5

- (الف) اختلال تظاهرات از نظر بالینی قابل توجه اختلال روانی مرتبط را نشان می‌دهد.
- (ب) شواهدی از تاریخچه، معاینه بالینی یا یافته‌های آزمایشگاهی از هر دو مورد زیر وجود دارد:
 - اختلال در طول ۱ ماه از مسمومیت یا محرومیت ماده شروع شده است؛ و
 - ماده مذکور می‌تواند ایجادکننده اختلال روانی مربوطه باشد.
- (ج) اختلال با یک اختلال روانی مستقل بهتر توضیح داده نمی‌شود. شواهد وجود یک اختلال روانی مستقل می‌تواند شامل موارد زیر باشد:
 - اختلال پیش از شروع مسمومیت یا محرومیت حاد ناشی از مصرف ماده وجود داشته است.
 - اختلال روانی برای مدت زمان قابل توجهی (برای مثال حداقل ۱ ماه) بعد از خاتمه محرومیت یا مسمومیت حاد ماده مذکور ادامه داشته باشد.
- این ملاک برای اختلالات عصبی - شناختی القاء‌شده با مواد یا اختلال ادراک پایدار مواد توهم‌زا، که بیش از مدت مسمومیت حاد یا محرومیت از ماده پایدار باقی می‌ماند، استفاده نمی‌شود.
- (د) اختلال اختصاصاً در طول دوره دلیریوم رخ نمی‌دهد.
- (ه) اختلال باعث رنج و عذاب قابل ملاحظه بالینی یا افت کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم کارکردی شده باشد.

به طور کلی می‌توان گفت **مواد مضعف** در دوره مسمومیت خود باعث القای اختلالات افسردگی شده، اما در دوره محرومیت خود باعث القای اختلالات اضطرابی می‌گردند. در مقابل **مواد محرک** در دوره مسمومیت خود باعث القای اختلالات پسیکوتیک و اضطرابی شده و در دوره محرومیت خود باعث القای اختلالات افسردگی می‌شوند.

تشخیص، درمان و مراقبت‌ها به تفکیک مواد

مراقبت‌های ارزیابی شده بر حسب سطح درگیری اختصاصی با هر ماده از یک الگوی کلی پیروی می‌کند. با این وجود مراقبت‌ها برای برخی مواد - به طور مشخص دخانیات و الکل - در برخی موارد با الگوی کلی ارزیابی شده در این فصل تفاوت‌هایی دارد. در این بخش ملاحظات خاص ارزیابی مراقبت‌ها برای انواع مختلف مواد رایج و مشکل‌آفرین در کشور مرور می‌گردد.

در ادامه این فصل مراقبت‌های اختصاصی برای مواد شیوع مورد مصرف در کشور مورد بحث قرار

می‌گیرد. این مواد عبارتند از:

- دخانیات
- حشیش
- الکل
- مواد افیونی
- مواد محرک
- داروهای آرام‌بخش، ضد اضطراب و خواب‌آور

دخانیات (تباکو)

اختلالات مصرف تنباکو

تشخیص اختلالات مصرف تنباکو با استفاده از نتایج غربال‌گری تکمیلی و ارزیابی از نظر ملاک‌های تشخیصی مصرف آسیب‌رسان و وابستگی انجام می‌پذیرد. وابستگی به تنباکو سریعاً شکل می‌گیرد. شکل‌گیری وابستگی تحت تأثیر عوامل ساختاری قوی همچون دسترس و تبلیغات قرار می‌گیرد. مصرف تنباکو در والدین یا هم‌شیرها احتمال مصرف را در فرد افزایش می‌دهد. بیشتر کسانی که سیگار می‌کشند، می‌خواهند آن را ترک کنند و بارها اقدام ناموفق برای ترک آن داشته‌اند.

محرومیت تنباکو

در DSM-5 طبقه تشخیصی برای مسمومیت تنباکو پیش‌بینی نشده، اما یک طبقه تشخیصی برای محرومیت تنباکو در نظر گرفته شده است. در عرض ۲ ساعت بعد از آخرین مصرف سیگار علائم محرومیت می‌تواند شروع شده و معمولاً در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول به اوج می‌رسد. علائم محرومیت تنباکو می‌تواند برای هفته‌ها یا ماه‌ها ادامه پیدا کند.

ملاک‌های DSM-5 برای محرومیت تنباکو

ملاک‌های کلی محرومیت از مواد و

ملاک ب: ۴ مورد یا بیشتر از موارد زیر که در عرض ۲۴ ساعت بعد از قطع (یا کاهش) مصرف تنباکو رخ

دهد:

- تحریک‌پذیر، احساس ناکامی و خشم
- اضطراب
- دشواری در تمرکز
- افزایش اشتها
- بی‌قراری
- خلق افسرده
- بی‌خوابی

مراقبت مرتبط با مصرف تنباکو بر اساس تاریخچه مصرف اخیر، سطح درگیری با مصرف و شدت وابستگی به دخانیات (تنباکو) تعیین می‌شود.

- در صورتی که فرد مصرف دخانیات در سه ماه اخیر نداشته است مراقبت شامل ارزیابی بازخورد مثبت و آموزش جهت معرفی برنامه‌های پیشگیری اولیه خواهد بود.
 - در صورتی که مراجع در غربال‌گری اولیه هر گونه مصرف دخانیات در سه ماهه اخیر داشته اما در غربال‌گری تکمیلی نمره خطر اختصاصی او برای تنباکو در دامنه خطر پایین ارزیابی شده است، مراقبت شامل ارزیابی بازخورد با استفاده از کارت خطرات مصرف دخانیات، توصیه به عدم مصرف و معرفی برنامه‌های پیشگیری اولیه مرکز خواهد بود.
 - در صورتی که مراجع در سه ماهه اخیر مصرف دخانیات داشته و در غربال‌گری تکمیلی نمره خطر اختصاصی او برای دخانیات در دامنه خطر متوسط قرار دارد، مراقبت شامل مداخله مختصر و پیگیری خواهد بود.
 - در صورتی که فرد مصرف تنباکو در سه ماهه اخیر دارد و در غربال‌گری تکمیلی نمره خطر اختصاصی او برای تنباکو در دامنه خطر بالا قرار می‌گیرد، مراقبت او بر حسب شدت وابستگی به تنباکو شامل مداخله شناختی، رفتاری مختصر با یا بدون درمان دارویی خواهد بود.
- یک ملاحظه مهم تعیین اولویت مداخله در صورت مصرف هم‌زمان دخانیات یا الکل یا مواد دیگر

است. به عنوان یک اصل در صورتی که فرد در کنار مصرف آ سیپر سان یا وابستگی به دخانیات (تنباکو)، مصرف آ سیپر سان یا وابستگی به هر ماده دیگری داشته باشد، تمرکز اولیه مراقبت باید مداخله برای مصرف ماده دیگر باشد و پس از قطع مصرف ماده مذکور، مداخله برای قطع مصرف دخانیات در نظر گرفته شود.

کلیه افرادی که وابسته به دخانیات (تنباکو) هستند لازم است برای ارزیابی جهت نیاز به دریافت درمان دارویی به پزشک ارجاع شوند. مصرف بیش از ۱۰ نخ سیگار در روز یا نمره بالای ۵ در پرسش نامه فاگستروم برای وابستگی به نیکوتین^۱ نشانه شدت وابستگی متوسط و بالا به دخانیات (تنباکو) و نیاز به درمان دارویی است.

برای کسانی که وابسته به دخانیات (تنباکو) هستند و آمادگی برای ترک دارند یک تاریخ ترک تعیین کنید. قطع ناگهانی از دید بیشتر ارایه کنندگان مراقبت نسبت به کاهش تدریجی مصرف با موفقیت بیشتری همراه است. با این وجود در صورتی که مراجع کاهش تدریجی مصرف را در نظر داشته باشد، پیشنهاد می گردد برنامه کاهش تدریجی و تاریخ قطع کامل مصرف از پیش تعیین شود و در جلسات پیگیری میزان موفقیت فرد در پایبندی به برنامه تعیین شده پایش شود. در صورتی که مراجع آمادگی برای قطع کامل مصرف را نداشته باشد، کاهش مصرف یا اصطلاحاً مصرف کنترل شده می تواند به عنوان یک هدف بینابینی برای مراقبت تعیین شود.

مصاحبه انگیزشی برای ترک دخانیات باید به منافع ترک قطع مصرف و در صورت وجود نگرانی های فرد درباره ترک برای مثال نگرانی درباره افزایش وزن پردازد. مداخله شناختی، رفتاری کوتاه برای ترک دخانیات بر شناسایی موقعیت های پرخطر، نحوه برخورد با وسوسه و لغزش، دوری از شروع کننده ها و فعالیت های جایگزین می پردازد. با توجه به میزان بالای عود در یک نوبت اقدام به ترک سیگار یا سایر مواد دخانی پیگیری و حمایت از بیماران شناسایی شده اهمیت اساسی دارد.

مداخلات روان شناختی

مداخلات روان شناختی رایج ترین روش ترک سیگار بوده و موفقیت آن به این منظور اثبات شده است. غربالگری، بازخورد و توصیه به ترک مصرف تنباکو باید برای تمام افرادی که برای دریافت به جایگاه های سلامت مراجعه می کنند، انجام شود.

مداخله مختصر با رویکرد انگیزشی برای کسانی که میزان مصرف تنباکو در آنها در دامنه خطر

¹ Fagerström-Test for Nicotine Dependence

متوسط است، می‌تواند احتمال موفقیت مداخله را در کاهش و قطع مصرف تنباکو افزایش دهد. مداخله مختصر با رویکرد انگیزشی همچنین می‌تواند به منظور افزایش آمادگی و تعهد کسانی که مصرف تنباکو در آنها در دامنه خطر بالا قرار دارد، به منظور تصمیم برای اقدام به درمان مورد استفاده قرار گیرد. در کسانی که نمره غربال‌گری آنها در دامنه خطر بالا قرار داشته و وابسته به تنباکو هستند، مداخله شناختی، رفتاری کوتاه می‌تواند به صورت موفقیت‌آمیزی مورد استفاده قرار گیرد.

درمان‌های دارویی

• درمان جایگزین با نیکوتین

تمام درمان‌های جایگزین نیکوتین احتمالاً از طریق کاهش علائم محرومیت تنباکو، شانس موفقیت در ترک سیگار را تا ۲ برابر افزایش می‌دهند. درمان‌های جایگزین معمولاً برای یک دوره ۶-۱۲ هفته‌ای به صورت نگهدارنده استفاده می‌شوند و بعد از آن در طول یک دوره ۶-۱۲ هفته‌ای دوز آن کاهش داده شده و قطع می‌شود.

آدامس نیکوتین یک محصول با فروش بدون نسخه است. با مصرف آن نیکوتین از طریق مخاط دهان جذب می‌شود. دوز ۲ میلی‌گرم آن برای کسانی که کمتر از ۲۵ نخ سیگار در روز یا اولین سیگار خود را بیش از نیم ساعت بعد از بیدار شدن می‌کشند و دوز ۴ میلی‌گرم آن برای کسانی که بیش از ۲۵ نخ سیگار در روز یا اولین سیگار خود را در طول ۳۰ دقیقه بعد از بیدار شدن می‌کشند، توصیه می‌شود. مصرف یک یا دو عدد آدامس در ساعت و تا حداکثر ۲۴ عدد در روز بعد از قطع ناگهانی مصرف تنباکو توصیه می‌شود.

سطح خونی نیکوتین با آدامس در حدود یک سوم تا نصف سطح خونی حاصله از سیگار کشیدن است. مصرف نوشیدنی‌هایی مثل قهوه، چای یا آب میوه جذب نیکوتین آدامس را کاهش داده و از مصرف آنها قبل، حین یا پس از جویدن آدامس باید اجتناب کرد.

پایبندی به مصرف آدامس معمولاً مناسب نیست. عوارض جانبی جزئی و شامل طعم بد دهان و درد فک است. در حدود ۲۰٪ کسانی که با آدامس اقدام به ترک سیگار می‌کنند برای طولانی‌مدت به مصرف آن ادامه می‌دهند، اما فقط ۲٪ بیش از یک سال به مصرف آن ادامه می‌دهند. هر چند باید توجه داشت مصرف طولانی‌مدت آن به نظر آسیب‌رسان نمی‌رسد. مهم‌ترین امتیاز آدامس توانایی آن برای ایجاد تسکین در موقعیت‌های پرخطر است.

چسب‌های پوستی نیکوتین نیز به صورت بدون نسخه به فروش می‌رسند. چسب به شکل محصولات ۱۶ ساعته با دوز ثابت و ۱۶ و ۲۴ ساعته با دوز کاهش‌یابنده در دسترس قرار دارد. دوزهای ۲۱، ۱۴ و ۷ میلی‌گرمی آن موجود است. چسب پوستی باید هر روز صبح استفاده شود و سطح خونی نیکوتین در حدود نصف سیگار کشیدن فراهم می‌کند. پایبندی به مصرف چسب پوستی بالا است. عوارض جانبی شامل بثورات پوستی و در شکل ۲۴ ساعته آن بی‌خوابی است. مصرف هم‌زمان آدامس و چسب پوستی در موقعیت‌های پرخطر میزان موفقیت در ترک را ۱۰-۵ درصد افزایش می‌دهد. بعد از ۱۲-۶ هفته استفاده از چسب پوستی باید متوقف شود زیرا این محصول برای مصرف طولانی‌مدت نیست.

لوزنژ^۱ نیکوتین در دوزهای ۲ و ۴ میلی‌گرم در دسترس است. لوزنژ نیکوتین به طور خاص برای کسانی مناسب است که بلافاصله بعد از بیدار شدن از خواب سیگار می‌کشند. عموماً ۹ تا ۲۰ عدد لوزنژ در روز در طول ۶ هفته اول استفاده شده و پس از آن دوز کاهش داده می‌شود. لوزنژ بالاترین سطح خونی نیکوتین در میان درمان‌های جایگزین نیکوتین ایجاد می‌کند. مصرف‌کنندگان آن باید لوزنژ را تا زمان حل شدن کامل بکنند و از بلعیدن آن پرهیز نمایند. عوارض جانبی شامل بی‌خوابی، تهوع، سوزش معده، سردرد و سسکه می‌شود.

اسپری بینی نیکوتین فقط با تجویز پزشک قابل استفاده است و سطح خونی مشابه سیگار کشیدن فراهم می‌کند و به طور خاص برای **سیگاری‌های قهار** مناسب است. عوارض جانبی شامل رینیت، آبریزش چشم و سزفه در بیش از ۷۰٪ بیماران است. در برخی مطالعات احتمال سوءمصرف آن مطرح شده است.

وسيله مصرف استنشاقی نیکوتین^۲ یک محصول دیگر درمان جایگزین نیکوتین است که به نحوی طراحی شده که محتوای ۴ میلی‌گرمی نیکوتین داخل کارت‌ریج دستگاه به داخل ریه استنشاق می‌شود. جذب آن عملاً در مخاط گلو انجام می‌شود. سطح خونی نیکوتین ناشی از استفاده از آن پایین است. تنها حُسن استفاده از این روش فراهم شدن یک جایگزین رفتاری برای مصرف سیگار است. استفاده از این وسیله شانس موفقیت در ترک را ۲ برابر می‌کند. عوارض جانبی آن جزئی هستند.

• داروهای غیرنیکوتینی

استفاده از درمان‌های دارویی غیرنیکوتینی برای کسانی مناسب است که درمان جایگزین با نیکوتین

^۱ lozenge یک فرمولاسیون دارویی شبیه آب نبات که به صورت مکیدی مصرف می‌شود

^۲ nicotine inhaler

را نمی‌پسندند یا درمان‌های جایگزین با نیکوتین برای آنها ناموفق بوده است. بوپروپیون و وارنیکلین^۱ داروهای خط اول درمان دارویی غیرنیکوتینی هستند.

بوپروپیون یک داروی ضدافسردگی با اثرات دوپامینرژیک و آدرنرژیک است. این دارو با دوز ۱۵۰ میلی‌گرم در روز برای ۳ روز شروع و دوز آن به ۱۵۰ میلی‌گرم ۲ بار در روز افزایش داده می‌شود. طول دوره درمان با بوپروپیون ۱۲ هفته است. اشکال دارویی ۷۵ و ۱۰۰ میلی‌گرم آنی‌رهش و ۱۵۰ میلی‌گرم گسترده‌رهش^۲ دارد. دوز روزانه ۳۰۰ میلی‌گرم در روز در افراد سیگاری با و بدون سابقه افسردگی شانس موفقیت را ۲ برابر می‌کند. در یک مطالعه ترکیب بوپروپیون با چسب پوستی نیکوتین میزان‌های موفقیت بالاتر از هر یک از این مداخلات به تنهایی نشان داد. عوارض جانبی شامل بی‌خوابی و تهوع می‌شود. دوزهای بالای آن آستانه تشنج را پایین می‌آورد و استفاده از این دارو در افراد مبتلا به صرع ممنوع است. در درمان با بوپروپیون فرد می‌تواند تاریخ قطع کامل مصرف خود را در عرض دو هفته از شروع مصرف دارو ترجیحاً در هفته دوم تعیین کند. مصرف ترکیبی آن با درمان‌های جایگزین نیکوتین بدون اشکال بوده و می‌تواند نتایج درمان را بهبود بخشد. در صورتی که بعد از ۱۲ هفته فرد هیچ نفعی از مصرف بوپروپیون نبرده باشد، درمان باید قطع شود.

وارنیکلین یک داروی آگونیست نسبی گیرنده‌های نیکوتینی است که در کسانی که تاریخ ترک خود را در ۲ هفته یا ۱ ماه آینده تعیین کرده‌اند یا کسانی که مصرف سیگار خود را تدریجاً کاهش داده و تاریخ ترک خود را ۳ ماه بعد تعیین کرده‌اند، با موفقیت استفاده شده است. وارنیکلین با دوز ۰/۵ میلی‌گرم یک بار در روز برای سه روز شروع، سپس دوز آن به ۰/۵ میلی‌گرم دو بار در روز تا پایان هفته اول افزایش داده می‌شود. از هفته دوم دوز آن تا پایان دوره درمان به ۱ میلی‌گرم ۲ بار در روز می‌رسد. طول دوره درمان برحسب نوع رژیم درمانی مورد استفاده ۱۲-۲۴ هفته است. ترکیب آن با درمان‌های جایگزین نیکوتین بدون اشکال بوده و می‌تواند نتایج درمان را بهبود بخشد.

نورترپیتیلین با دوز ۷۵-۱۰۰ میلی‌گرم در روز در درمان ترک سیگار مؤثر است و به عنوان خط دوم درمان دارویی غیرنیکوتینی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. درمان با نورترپیتیلین با دوز ۲۵ میلی‌گرم در سه روز اول شروع و هر سه روز ۲۵ میلی‌گرم افزایش داده تا به ۷۵ میلی‌گرم در روز برسد. طول دوره درمان با نورترپیتیلین ۶-۱۲ هفته است.

کلونیدین فعالیت سمپاتیک لوکوس سرلئوس را کاهش می‌دهد و به دلیل تصور می‌شود بر روی علائم محرومیت نیکوتین مؤثر است. در برخی مطالعات کلونیدین با دوز ۰/۴-۰/۲ میلی‌گرم در روز

¹ varenicline

² extended-release

با موفقیت در درمان دارویی ترک سیگار استفاده شده است. عوارض جانبی ناشی از مصرف آن شامل خواب‌آلودگی و افت فشار خون وضعیتی می‌شود. به دلیل عوارض جانبی استفاده از این دارو باید در صورت عدم موفقیت سایر درمان‌های دارویی در نظر گرفته شود.

ترکیب درمان روان‌شناختی و دارویی

ترکیب درمان دارویی و مداخلات روان‌شناختی از هر یک از این مداخلات به‌تنهایی مؤثرتر بوده و در افراد وابسته به نیکوتین با مصرف بیش از ۱۰ نخ در روز یا سطوح وابستگی متوسط و بالا (نمره بالای ۵ در آزمون فاگستروم) باید در نظر گرفته شود.

گروه‌های خاص

مطالعات متعدد اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در درمان وابستگی به نیکوتین را در نوجوانان نشان داده است. در برخی مطالعات از درمان‌های جایگزین با نیکوتین، بوپروپیون و وارنیکلین در درمان وابستگی به نیکوتین در نوجوانان با استفاده شده است. به دلیل محدودیت شواهد درباره اثربخشی درمان‌های دارویی، خط اول درمان وابستگی به دخانیات (تنباکو) در نوجوانان مداخلات روان‌شناختی است و در خصوص استفاده از درمان دارویی باید به صورت موردی تصمیم‌گیری شود. درمان انتخابی برای وابستگی به دخانیات (تنباکو) در بارداری و شیردهی مداخلات روان‌شناختی است. در مادران باردار یا شیرده در صورت عدم پاسخ به مداخله غیردارویی استفاده از درمان جایگزین با نیکوتین را می‌توان در نظر گرفت. از دوزهای پایین‌تر درمان جایگزین با نیکوتین باید استفاده کرد. شروع درمان جایگزین نیکوتین باید بعد از قطع مصرف سیگار باشد. در صورت استفاده از چسب پوستی، چسب نباید بیش از ۱۶ ساعت در روز استفاده شود. استفاده از بوپروپیون و وارنیکلین در درمان وابستگی به دخانیات (تنباکو) در بارداری و شیردهی توصیه نمی‌شود.

مسمومیت با دخانیات

نیکوتین یک آلکالوئید شدیداً سمی است که مصرف ۶۰ میلی‌گرم آن در یک فرد بزرگسال از طریق فلج تنفسی باعث مرگ می‌شود. مسمومیت شدید با نیکوتین در مصرف‌کنندگان دخانیات شایع نیست و بیشتر در افرادی گزارش شده که محصولات حاوی نیکوتین نظیر سموم حشره‌کش، تنباکوی غیرتدخینی یا کارتریج سیگارهای الکترونیک را بصورت تصادفی مصرف کرده‌اند.

سرعت بروز علائم ناشی از مسمومیت حاد و شدید با نیکوتین بالا است. این علائم شامل موارد ذیل است: تهوع، افزایش ترشح بزاق، درد شکم، استفراغ، اسهال، عرق سرد، سرد، گیجی، اختلال بینایی و شنوایی، تیرگی شعور^۱، ضعف، غش^۲، افت فشار خون، مشکل شدن تنفس، نبض ضعیف و افزایش و نامنظم بودن ضربان قلب همراه با کلاپس قلبی، عروقی و در نهایت تشنج که می‌تواند در عرض چند دقیقه سبب مرگ به علت نارسایی تنفسی گردد.

مسمومیت شدید با دخانیات یک اورژانس طبی بوده و فرد باید به صورت فوری برای درمان به بیمارستان ارجاع گردد. بیمار باید از آشامیدن محلول‌های قلیایی اجتناب نماید. درمان مسمومیت با نیکوتین شدید در بیمارستان با القاء استفراغ با شربت ایپاکاک یا شستشوی معده، شروع و سپس ذغال فعال شده از خلال لوله معده تجویز می‌گردد. از دستگاه تهویه مکانیکی و درمان شوک در صورت نیاز استفاده می‌شود.

وابستگی به دخانیات

جزء مؤثره تنباکو یک ماده آکالوئید به نام نیکوتین است که بر روی گیرنده‌های نیکوتینی اثر می‌گذارد. در حدود ۲۵٪ نیکوتین هنگام تدخین وارد جریان خون می‌شود و از طریق آن نیکوتین به مغز می‌رسد.

نیکوتین اثرات تقویت‌کننده خود را از طریق رهایش دوپامین در مدار پاداش اعمال می‌کند. نیکوتین همچنین باعث افزایش غلظت نوراپی‌نفرین و اپی‌نفرین در خون و افزایش رهایش وازوپرسین، بتا-اندروفین، هورمون آدرنوکورتیکوتروپین و کورتیزول می‌شود و از این طریق اثرات محرک خود را اعمال می‌کند.

اثرات مهم نیکوتین بر روی دستگاه اعصاب مرکزی و محیطی به شرح زیر است:

- تحریک مدار پاداش در سیستم عصبی مرکزی (مغز): نیکوتین همچون سایر مواد اعتیادآور، مراکز درک لذت یا مدار پاداش را در مغز تحریک می‌کند. محل استقرار این مراکز در مغز میانی است. با تحریک این مراکز با افزایش رهایش عصب‌رسانه دوپامین در مدار پاداش فرد احساس سرخوشی و لذت می‌نماید. این موضوع تدریجاً باعث شرطی شدن فرد نسبت به شرایط یا موقعیت‌ها مرتبط با مصرف نیکوتین می‌گردد، به طوری که فرد در مواجهه با این موقعیت‌ها دچار میل و وسوسه شدید برای مصرف می‌گردد. نسبت به اثرات سرخوشی‌آور نیکوتین در مغز پس از مدتی تحمل ایجاد شده و فرد برای دستیابی به اثر قبلی مجبور به مصرف مقادیر بیشتری از ماده

¹ confusion

² faintness

می شود.

● تحریک گیرنده‌های نیکوتینی در سیستم عصبی مرکزی و محیطی و در نتیجه آزادسازی کاته‌کولامین‌ها: نیکوتین پس از جذب از طریق خون اثرات خود بر روی سیستم عصبی مرکزی (مغز) و محیطی اعمال می‌کند. پس از آغاز استعمال مواد دخانی، در فاصله کوتاهی در حد ۷ ثانیه می‌توان نیکوتین را از مایع مغزی، نخاعی فرد مصرف‌کننده جدا کرد. با توجه به وجود گیرنده‌های نیکوتینی بر روی غشاء سلول‌های عصبی، پس از اتصال نیکوتین به آنها، کاته‌کولامین از پایانه‌های عصبی و غده فوق کلیوی آزاد و در خون پخش می‌شود. کاته‌کولامین‌ها در بدن موجب بالا رفتن تعداد ضربان قلب و نیز افزایش مقاومت عروق خونی و به دنبال آن افزایش فشار خون فرد مصرف‌کننده ماده دخانی می‌شود. همچنین نیکوتین موجود در توتون به واسطه آزاد شدن همین مواد، یعنی کاته‌کولامین‌ها موجب افزایش مختصری در قند خون نیز می‌شود. بنابراین وقتی فرد سیگاری کسل و خواب‌آلود یا غمگین است سیگار کشیدن با بالابردن فشار خون و قند خون باعث می‌شود تا فرد سیگاری احساس کند که سر حال آمده است.

● تحریک گیرنده‌های سروتونرژیک و اعمال اثر مهار بر مغز: نیکوتین روی گیرنده‌هایی در مغز اثر می‌کند و موجب افزایش ترشح سروتونین شده که این ماده موجب ایجاد آرامش در انسان می‌شود. سروتونین با تحریک تولید و ترشح ماده شیمیایی گاما آمینو بنزوئیک اسید^۱ در مغز اثر مهار خود را اعمال و ایجاد آرامش می‌کند.

بنابراین می‌توان گفت فرد با مصرف سیگار تدریجاً یاد می‌گیرد که در وضعیت‌های مختلف، سیگار برای وی لذت‌بخش بوده و به ظاهر در کنترل احساسات و هیجان‌اتش به او کمک می‌کند. به مرور زمان بدن فرد نسبت به این اثرات نیکوتین، مقاومت پیدا می‌کند و برای کسب لذت اولیه ناشی از سیگار کشیدن باید تعداد بیشتری سیگار و با فواصل کوتاه‌تر مصرف کند و به این ترتیب به سیگار اعتیاد پیدا می‌کند. پس از شکل‌گیری اعتیاد به سیگار در صورت قطع مصرف سیگار، فرد سیگاری علائم ناراحت‌کننده‌ای را تجربه می‌کند که به آن سندرم محرومیت می‌گویند. این علامت‌ها با مصرف مجدد سیگار بلافاصله برطرف می‌شوند و فرد سیگاری متوجه می‌شود که ترک سیگار برای او سخت و همراه با ناراحتی است.

وابستگی به دخانیات به سرعت شکل می‌گیرد. پس از کشیدن یک نخ سیگار تقریباً ۸۵ درصد افراد به استعمال آن ادامه می‌دهند. پس از آغاز استعمال دخانیات توسط فرد سیگاری و تداوم مصرف آن به تدریج فرد مصرف‌کننده نسبت به نیکوتین احساس وابستگی پیدا می‌کند ویژگی‌های این

¹ GABA

وابستگی به شرح ذیل است:

- الگوی عادت‌ی و کلیشه‌ای مصرف دخانیات مانند: استعمال تعداد معینی سیگار در زمان‌های مشخص
- ناتوانی یا دشواری در کنترل مقدار مصرف
- احساس میل، و سوسه یا ولع مصرف خصوصاً در صورت مواجهه با شروع‌کننده‌های بیرونی (اشیاء، جاها، اشخاص یا موقعیت‌های خاص) یا درونی (هیجان‌ات منفی یا مثبت)
- خطر بالای لغزش و عود به مصرف سیگار پس از یک دوره ترک
- نگهداری غلظت نیکوتین خون در یک محدوده ویژه و بروز علائم سندرم محرومیت در صورت اُفت سطح خونی نیکوتین خون مثلاً هنگام خواب
- برطرف شدن علائم سندرم محرومیت با مصرف سیگار

سندرم محرومیت از دخانیات

نیمه عمر نیکوتین ۲ ساعت است. علائم محرومیت از دخانیات در عرض ۲ ساعت بعد از آخرین مصرف سیگار شروع شده و معمولاً در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول به اوج می‌رسد. علائم محرومیت تنباکو می‌تواند برای هفته‌ها یا ماه‌ها ادامه پیدا کند. باقی ماندن و سوسه برای مصرف سیگار، علیرغم برطرف شدن سایر علائم محرومیت، تا سال‌ها پس از ترک نیز در بعضی سیگاری‌ها گزارش شده است. علائم خفیف سندرم ترک پس از تغییر سیگار به سیگارهای کم نیکوتین و توقف استعمال تنباکوی جویدنی و آدامس نیکوتین نیز دیده می‌شود. علائم و نشانه‌های شایع محرومیت از دخانیات شامل و سوسه شدید برای تنباکو، تنش، تحریک‌پذیری، دشواری در تمرکز، خواب‌آلودگی، کاهش ضربان قلب و فشار خون، افزایش اشتها و وزن، کاهش عملکرد حرکتی و افزایش تنش عضلانی می‌شود.

ملاک‌های تشخیصی محرومیت از دخانیات

- الف) مصرف روزانه نیکوتین برای حداقل چندین هفته
- ب) ۴ مورد یا بیشتر از موارد زیر که در عرض ۲۴ ساعت بعد از قطع (یا کاهش) مصرف تنباکو رخ دهد:
- تحریک‌پذیری، احساس ناکامی و خشم
 - اضطراب
 - دشواری در تمرکز
 - افزایش اشتها
 - بی‌قراری
 - خلق افسرده
 - بی‌خوابی

به طور متوسط ترک سیگار به ۴/۵ کیلوگرم افزایش وزن همراه است که عوارض آن به مراتب از تداوم مصرف سیگار بیشتر است. آنچه که مهم است این است که تمامی این علائم موقتی بوده و با استفاده از شیوه‌هایی که در ادامه این دستورالعمل توضیح داده می‌شوند می‌توان بر آنها فائق شد و زندگی سالم‌تری را ادامه داد. در جدول ۶-۳- علایم محرومیت از دخانیات و اقداماتی که به رفع آنها کمک می‌کنند، ارائه شده است.

عوامل زیر بر شدت علائم محرومیت از دخانیات تأثیرگذار هستند:

- وابستگی شدیدتر به دخانیات
- تجربه محرومیت شدید در اقدام به ترک قبلی خود
- با استرس و غم شدیدتر می‌شود.
- با ورزش و نرمش کاهش می‌یابد.
- در صورت کاهش تدریجی تعداد سیگارها، شدت آن کمتر است.
- با خروج فرد سیگاری از محیط معمول زندگی کمتر می‌شود.
- با مصرف مواد شیرین تخفیف می‌یابد.

جدول ۶-۳ علائم محرومیت و اقداماتی که به کاستن آنها کمک می‌کند.

راه حل	شیوع	مدت (هفته)	علامت
عدم مصرف حتی در مقادیر کم، در موارد شدید استفاده از داروی نورتریپتیلین یا پروپرانولول یا هر دو با دستور پزشک	٪۸۴	۴ هفته	اضطراب
نرمش سبک	٪۸۰	طولانی مدت	کاهش ضربان قلب (۸ ضربه در دقیقه)
نیاز به اقدامی نیست	٪۸۰	طولانی مدت	افزایش دمای پوست
محدود کردن دریافت کالری روزانه، مصرف آب یا مایعات کم کالری	٪۸۰	طولانی مدت	افزایش وزن
استفاده از درمان‌های جایگزین نیکوتین	٪۷۰	بیش از ۲ هفته	وسوسه
مصرف خوراکی‌های کم چرب و کم کالری	٪۷۰	بیش از ۱۰ هفته	افزایش اشتها و گرسنگی
استفاده از درمان‌های جایگزین نیکوتین	٪۶۰	بیش از ۴ هفته	افسردگی
دوش آب گرم، استفاده از درمان‌های جایگزین نیکوتین	٪۶۰	بیش از ۴ هفته	بی‌قراری
دوش آب گرم، شل‌سازی عضلانی یا مراقبه، استفاده از درمان‌های جایگزین نیکوتین	٪۶۰	بیش از ۲ هفته	مشکل تمرکز
نوشیدن آب یخ یا آبمیوه یا جویدن آدامس		زودگذر	دهان خشک، زخم گلو، لته‌ها
دوش آب گرم، شل‌سازی عضلانی یا مراقبه	٪۱۰	بیش از ۴۸ ساعت	سررد/ سبکی سر
پرهیز از نوشیدن چای یا قهوه (۶ عصر به بعد)، شل‌سازی عضلانی یا مراقبه	٪۲۵	بیش از ۱ هفته	خواب مشکل
افزودن غذاهای سفت و پر چرب به رژیم غذایی، مانند میوه خام و سبزیجات، نوشیدن ۸-۶ لیوان آب در روز			نامنظمی اجابت مزاج
چرت وسط روز، استراحت طی ۲ هفته			خستگی
قدم زدن			احساس سفتی (خشکی)
دوش آب گرم، استفاده از فنون شل‌سازی عضلانی یا مراقبه	٪۵۰	بیش از ۴ هفته	تحریک پذیری/ تهاجم
نوشیدن چای ولرم، عدم استفاده از داروهای ضدسرفه		تا ۴ هفته	سرفه (بازگشت فعالیت مزک‌های تنفسی)

غربال‌گری و شناسایی اختلالات مصرف دخانیات

در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، برای شناسایی افراد مبتلا به اختلالات مصرف دخانیات، از آزمون غربال‌گری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد^۱ استفاده می‌شود. نحوه اجرای غربال‌گری در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه بدین شرح است:

- غربال‌گری اولیه (سریع) درگیری با مصرف دخانیات یا به اختصار "غربال‌گری اولیه" توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز یا سایر اعضای تیم سلامت شامل پزشک
 - غربال‌گری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد یا به اختصار "غربال‌گری تکمیلی" توسط کارشناس سلامت روان
 - تشخیص اختلالات مصرف دخانیات و ارایه مراقبت توسط پزشک
 - در غربال‌گری اولیه پرسش‌های بیشتر درباره تعداد روزهای مصرف و مقدار فرآورده دخانی مصرفی در یک روز معمول مصرف در ماه گذشته در کسانی که مصرف مواد دخانی در سه ماه گذشته داشته‌اند، پیش‌بینی شده است. این پرسش‌ها به تیم سلامت برای تعیین نوع مراقبت مورد نیاز فرد کمک می‌کند.
 - در غربال‌گری اولیه برای کلیه مراجعان پرسش از مواجهه با دود دست‌دوم دخانیات گنجانده شده است.
- غربال‌گری اولیه (سریع) درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز به در قالب مراقبت‌های معمول یا فرصت‌طلبانه ارایه می‌گردد. علاوه بر این کلیه کارکنان تیم سلامت شامل پزشک باید در صورت شک به مصرف دخانیات یا هر یک از انواع مواد در حین ارایه مراقبت‌های دیگر به صورت فرصت‌طلبانه غربال‌گری اولیه را انجام داده و در صورت مثبت شدن، توصیه مختصر ارایه نموده و فرد را برای غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهند.

غربال‌گری تکمیلی با استفاده از آزمون غربال‌گری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد توسط کارشناس سلامت روان انجام می‌شود. غربال‌گری تکمیلی سطح درگیری با مصرف دخانیات را به صورت ادغام‌یافته در کنار سایر مواد مشخص می‌نماید. غربال‌گری تکمیلی سه سطح خطر را برای درگیری با مصرف دخانیات شناسایی می‌نماید.

نتایج حاصل از غربال‌گری تکمیلی، در کنار سطح انگیزه و آمادگی فرد برای تغییر رفتار، تعیین‌کننده نوع مراقبت مورد نیاز مراجع است. متعاقب غربال‌گری تکمیلی توسط کارشناس سلامت

¹ ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Use Screening Test

روان، بر حسب نتیجه سطح خطر اختصاصی درگیری با مصرف دخانیات، مراقبت متناسب به شرح زیر خواهد بود:

- در صورتی که فرد از نظر خطر اختصاصی درگیری با مصرف دخانیات در سطح خطر پایین باشد فرد را برای دریافت خدمات پیشگیری اولیه معرفی می‌نماید. در صورتی که فرد از نظر خطر اختصاصی درگیری با مصرف دخانیات در سطح خطر متوسط باشد، مراقبت‌ها شامل مداخله مختصر و پیگیری خواهد بود. در پیگیری در صورتی که همچنان مصرف فرد در دامنه خطر متوسط باشد، درمان شناختی، رفتاری مختصر برای فرد ارائه شده و پیگیری می‌شود. در صورتی که فرد در پیگیری باز هم در دامنه خطر متوسط باشد برای ارزیابی تشخیصی به پزشک ارجاع می‌گردد.

- در صورتی از نظر خطر اختصاصی درگیری با مصرف دخانیات در سطح خطر بالا باشد، مراقبت‌ها شامل ارجاع به پزشک جهت ارزیابی تشخیصی و درمان دارویی در صورت نیاز می‌شود.

پزشک باید بر روند کلی ارائه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز، کارشناس سلامت روان و سایر کارکنان تیم سلامت نظارت داشته و در صورت شناسایی افراد مصرف‌کننده دخانیات به صورت فرصت‌طلبانه، به آنها توصیه مختصر ارائه نموده و برای غربالگری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهند. علاوه بر این پزشک مسئول تشخیص اختلالات مصرف دخانیات و درمان دارویی افراد وابسته به دخانیات در صورت نیاز است.

تشخیص اختلالات مصرف دخانیات

تشخیص اختلالات روان‌پزشکی شامل اختلالات مرتبط مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه توسط پزشک انجام می‌پذیرد، لذا لازم است پزشکان شاغل در مراقبت اولیه با ملاک‌های تشخیصی اختلالات مصرف دخانیات خصوصاً موارد شایع و مهم آشنا باشند.

در نظام مراقبت‌های بهداشتی برای تشخیصی اختلالات مصرف مواد از ICD-10 استفاده می‌شود. در این طبقه‌بندی دو تشخیص نمایان‌گر دو سطح درگیری با مصرف مواد شامل مصرف آسیب‌رسان و سندرم وابستگی در نظر گرفته شده است. این تشخیص‌ها راهنماهای ارزشمندی برای تعیین نوع و جامعیت مراقبت مورد نیاز فرد برای ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت تأمین نموده و با نتایج حاصل از غربالگری تکمیلی مطابقت دارد. خطر متوسط و خطر بالا در غربالگری تکمیلی به ترتیب مطرح‌کننده تشخیص‌های مصرف آسیب‌رسان و سندرم وابستگی در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها

ICD-10 هستند. برای آشنایی با ملاک‌های تشخیصی اختلالات مصرف دخانیات راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه: کتاب پزشک را ملاحظه فرمایید.

درمان و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات

جهت ترک مصرف دخانیات علاوه بر مداخلات روان‌شناختی، از درمان‌های جایگزین نیکوتین و سایر درمان‌های دارویی نیز استفاده می‌شود. در ادامه، مداخلات مبتنی بر شواهد در درمان اختلالات مصرف دخانیات ذیل دو گروه مداخلات روان‌شناختی و درمان‌های دارویی مورد بحث قرار می‌گیرد.

مداخلات روان‌شناختی

توصیه مختصر

توصیه مختصر^۱، میزان موفقیت ترک به مدت شش ماه یا بیشتر را در مقایسه با گروه کنترل که تنها از مراقبت‌های معمول برخوردار شده بودند، به میزان ۲ درصد افزایش می‌دهد. اگر این مدت را به ۱۵ دقیقه برسانیم، ۳ درصد دیگر به میزان ترک موفق افزوده می‌شود. یکی از راه‌های نگاه به میزان موفقیت توصیه‌های مختصر، این است که اگر پزشک سیستم مراقبت‌های اولیه به ۱۰۰ نفر سیگاری هر کدام بمدت ۳ دقیقه توصیه بسیار مختصری برای ترک سیگار ارایه نماید دو نفر از آنها موفق به ترک خواهند شد.

در توصیه مختصر پزشک در عرض چند دقیقه به مراجع درباره کاهش و یا قطع مصرف دخانیات توصیه می‌نماید. پزشک باید در حین ارایه مراقبت‌های معمول بهداشتی و درمانی خود درباره مصرف دخانیات از مراجعان سؤال پرسیده و ضمن ارایه توصیه مختصر در خصوص قطع و یا کاهش مصرف دخانیات، آنها را برای غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع نماید.

مداخله مختصر

مداخله مختصر یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر اصول صاحب‌انگیزشی^۲ است که در زمان کوتاه (۲۰-۱۵ دقیقه) در قالب تعداد جلسات محدود (۲ جلسه) به منظور کمک به تغییر رفتار مثبت در کسانی که مواد مصرف می‌کنند، توسط کارشناس سلامت روان ارایه می‌شود. در حوزه اختلالات مصرف دخانیات، گروه هدف مداخله مختصر کلیه کسانی هستند که در غربال‌گری تکمیلی، مصرف

¹ brief advice

² motivational interviewing (MI)

آسیب‌رسان یا وابستگی دخانیات داشته و برای هیچ ماده‌ای مصرف آنها در دامنه خطر متوسط (مصرف آسیب‌رسان) یا بالا (وابستگی) نیست.

اجزای ضروری یک مداخله مختصر عبارتند از:

- پرسش (Ask): دو سؤال ذیل از فرد پرسیده شود:
 - آیا فرد الان سیگار می‌کشد؟
 - و اگر بلی، آیا در حال حاضر تمایلی به ترک سیگار خود دارد؟
- توصیه (Advise): کارشناس سلامت روان باید اطمینان حاصل کند که اگر فرد مراجعه‌کننده سیگاری است، آیا از خطرات تداوم استعمال دخانیات بر سلامتی خود و ارزش ترک سیگار آگاه است یا خیر. در صورت نیاز در فهم حقایق مربوط به آثار استعمال دخانیات بر سلامتی و گرفتاری‌های ناشی از آن به فرد توصیه شود.
- ارزیابی (Assess): انگیزه فرد سیگاری برای ترک ارزیابی شود. یک سؤال خوب برای آغاز گفتگو این است: «آیا هیچوقت به ترک سیگار فکر کرده اید؟»
- کمک (Assist): در صورت تمایل فرد سیگاری به ترک می‌توان ظرف چند دقیقه به بعضی نکات کلیدی اشاره نمود:
 - تعیین تاریخی برای قطع کامل مصرف سیگار
 - مرور تجارب فرد در اقدامات پیشین به ترک. (چه چیزهایی کمک کننده بود؟ چه چیزهایی بازدارنده بود؟)
 - تهیه یک برنامه عملی با مشارکت فرد
 - شناسایی مشکلات احتمالی و نحوه برخورد با آنها
 - توانمندسازی فرد برای جلب حمایت خانواده و دوستان
- قرار بعدی (Arrange): اطلاعات مربوط به نحوه ترک سیگار را می‌توان با استفاده از کتابچه خودآموز ترک سیگار تقویت نمود. تمام سیگاری‌ها باید از درمان‌های دارویی شامل درمان‌های جایگزین نیکوتین مطلع شده و به تمام افرادی که ۱۰ نخ یا بیشتر سیگار می‌کشند، مصرف آنها توصیه گردد.
- پرسش (Ask): پیگیری فرصت مناسبی برای حمایت از فرد سیگاری در صورت بروز عود فراهم می‌نماید و در حفظ انگیزه و فراهم نمودن حمایت مستمر نیز بسیار مهم است. به خاطر داشته باشید، اکثر سیگاری‌ها پیش از نیل به یک ترک موفق، بارها اقدام به ترک می‌نمایند. بسته به میزان درگیری با مصرف دخانیات (خطر متوسط یا بالا) و میزان آمادگی و انگیزه مراجع

برای تغییر رفتار، هدف ارایه مداخله مختصر توسط کارشناس سلامت روان می‌تواند متفاوت باشد. این اهداف عبارتند از:

- مداخله مختصر معطوف به ارجاع به پزشک جهت ارزیابی تشخیصی و دریافت درمان دارویی ترک سیگار در صورت نیاز
 - مداخله مختصر معطوف به کاهش و قطع مصرف مواد
 - مداخله مختصر معطوف به کاهش آسیب (در مصرف دخانیات کاهش آسیب شامل کاهش میزان مصرف و به حداقل رساندن مواجهه دست دوم و سوم با دود سیگار برای دیگران می‌شود)
- در افرادی که مصرف آسیب‌رسان دخانیات دارند، مداخله مختصر ابزار ارزشمندی برای کاهش یا قطع مصرف و پیشگیری از پیشرفت آن به وابستگی به دخانیات است. در افرادی که وابسته به دخانیات هستند، مداخله مختصر انگیزه فرد را برای مراجعه به پزشک و دریافت مراقبت‌های لازم بالا می‌برد.
- در مجموع، هدف از مداخله مختصر کمک به بیماران است تا درک نمایند که مصرف دخانیات آنها را در معرض خطر قرار می‌دهد و آنها را تشویق نماید تا تغییر رفتار متناسب برای آن انجام دهند.
- برای اطلاعات بیشتر درباره مداخله مختصر راهنمای مداخله مختصر در مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد را ملاحظه فرمایید.

درمان شناختی، رفتاری مختصر

درمان شناختی، رفتاری مختصر^۱ یک مداخله روان‌شناختی بر اساس اصول مصاحبه انگیزشی و پیشگیری از عود^۲ است که در قالب ۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای توسط کارشناس سلامت روان ارایه می‌گردد.

- گروه هدف درمان شناختی، رفتاری مختصر در مراقبت‌های بهداشتی اولیه عبارت است از:
- کسانی که مصرف دخانیات (تنباکو) در آنها در دامنه وابستگی قرار داشته و به صورت هم‌زمان برای هیچ ماده یا کلاس دیگری از مواد سطح درگیری در دامنه وابستگی قرار ندارد.
 - کسانی که برای مصرف مواد در دامنه مصرف آسیب‌رسان قرار داشته و برای هیچ ماده دیگری در دامنه خطر متوسط یا بالا قرار ندارند، ابتدا مداخله مختصر دریافت نموده و پیگیری می‌شوند. در

¹ brief cognitive, behavioral therapy: brief CBT

² relapse prevention

صورتی که در پیگیری هنوز فرد مصرف آ سیبر سان دخانیات داشته باشد، درمان شناختی، رفتاری مختصر برای فرد ارایه می گردد.

- مطالعات نشان می دهد مداخلات روان شناختی ساختارمند نظیر درمان شناختی، رفتاری مختصر می تواند شانس ترک دخانیات را در افراد وابسته به آن تا دو برابر افزایش دهد. علاوه بر این، درمان شناختی، رفتاری مختصر یک مداخله تقویت شده برای ارایه مراقبت جامع تر برای افرادی است به مداخله مختصر در پیگیری سه ماهه پاسخ کافی نشان نداده اند.
- برای اطلاعات بیشتر درباره این مراقبت راهنمای درمان شناختی، رفتاری مختصر را ملاحظه فرمایید.

اقدام شخصی به ترک:

- این شیوه ای است که فرد سیگاری به خواست خود و بدون دریافت هرگونه کمک تخصصی و حداکثر با استفاده از کتابچه های خودآموز اقدام به ترک می نماید. این کتابچه ها اگرچه به اندازه مداخلات استاندارد، موثر نیستند اما تأثیر شان نسبت به عدم مداخله بیشتر است. این شیوه با توجه به هزینه پایین تهیه جزوات و قابلیت توزیع گسترده آنها در جامعه بسیار مقرون به صرفه است.

درمان های دارویی

- کلیه افرادی که وابسته به دخانیات (تنباکو) هستند لازم است برای ارزیابی جهت نیاز به دریافت درمان دارویی به پزشک ارجاع شوند. مصرف بیش از ۱۰ نخ سیگار در روز نشانه شدت وابستگی متوسط و بالا به دخانیات (تنباکو) و نیاز به درمان دارویی است. در کسانی که در اقدام به ترک سیگار بدون کمک دارویی ناموفق بوده اند، درمان دارویی با صلاح دید پزشک می تواند در نظر گرفته شود.
- برای کسانی که وابسته به دخانیات (تنباکو) هستند و آمادگی برای ترک دارند یک تاریخ ترک تعیین کنید. قطع ناگهانی از دید بیشتر ارایه کنندگان مراقبت نسبت به کاهش تدریجی مصرف با موفقیت بیشتری همراه است. با این وجود در صورتی که مراجع کاهش تدریجی مصرف را در نظر داشته باشد، پیشنهاد می گردد برنامه کاهش تدریجی و تاریخ قطع کامل مصرف از پیش تعیین شود و در جلسات پیگیری میزان موفقیت فرد در پایبندی به برنامه تعیین شده پایش شود. در صورتی که مراجع آمادگی برای قطع کامل مصرف را نداشته باشد، کاهش مصرف یا اصطلاحاً

مصرف کنترل شده می تواند به عنوان یک هدف بینابینی برای مراقبت تعیین شود.

درمان های جایگزین نیکوتین

تمام درمان های جایگزین نیکوتین احتمالاً از طریق کاهش علائم محرومیت تنباکو، شانس موفقیت در ترک سیگار را تا ۲ برابر افزایش می دهند. درمان های جایگزین معمولاً برای یک دوره ۶-۱۲ هفته ای به صورت نگهدارنده استفاده می شوند و بعد از آن در طول یک دوره ۶-۱۲ هفته ای دوز آن کاهش داده شده و قطع می شود.

مکانیسم اثر: نیکوتین به عنوان آگونیست روی گیرنده های نیکوتینی در عقده های عصبی خودکار، غده فوق کلیوی، محل اتصال عصب عضله و مغز عمل می کند.

فارماکوکینتیک: آزاد شدن نیکوتین از آدامس باید در محیط قلیایی بزاق صورت پذیرد، بنابراین بلعیدن آدامس، آزاد سازی نیکوتین را در محیط اسیدی معده دچار مشکل می کند. نیمه عمر نیکوتین ۱-۲ ساعت است. متابولیسم آن عمدتاً کبدی و دفع آن کلیوی (۲۰-۱۰٪ تغییر نیافته) است. نیکوتین در شیر تجمع می یابد.

انواع درمان های جایگزین نیکوتین

• آدامس نیکوتین

آدامس نیکوتین یک محصول با فروش بدون نسخه است. با مصرف آن نیکوتین از طریق مخاط دهان جذب می شود. دوز ۲ میلی گرم آن برای کسانی که کمتر از ۲۵ نخ سیگار در روز یا اولین سیگار خود را بیش از نیم ساعت بعد از بیدار شدن می کشند و دوز ۴ میلی گرم آن برای کسانی که بیش از ۲۵ نخ سیگار در روز یا اولین سیگار خود را در طول ۳۰ دقیقه بعد از بیدار شدن می کشند، توصیه می شود. مصرف یک یا دو عدد آدامس در ساعت و تا حداکثر ۲۴ عدد در روز بعد از قطع ناگهانی مصرف تنباکو توصیه می شود. سطح خونی نیکوتین با آدامس در حدود یک سوم تا نصف سطح خونی حاصله از سیگار کشیدن است.

پابندی به مصرف آدامس معمولاً مناسب نیست. عوارض جانبی جزئی و شامل طعم بد دهان و درد فک است. در حدود ۲۰٪ کسانی که با آدامس اقدام به ترک سیگار می کنند برای طولانی مدت به مصرف آن ادامه می دهند، اما فقط ۲٪ بیش از یک سال به مصرف آن ادامه می دهند. هر چند باید توجه داشت مصرف طولانی مدت آن به نظر آسیب رسان نمی رسد. مهم ترین امتیاز آدامس توانایی آن برای ایجاد تسکین در موقعیت های پرخطر است.

تکنیک استفاده از آدامس

مصرف نوشیدنی‌هایی مثل قهوه، چای، آب مرکبات یا نوشابه‌های گازدار جذب نیکوتین آدامس را کاهش داده و از مصرف آنها ۱۵ دقیقه قبل یا حین جویدن آدامس باید اجتناب کرد. از بلع آدامس‌ها باید خودداری نمود.

از هر نخ سیگار ۰/۵ میلی‌گرم نیکوتین به بدن فرد سیگاری می‌رسد. بنابراین هر آدامس ۲ میلی‌گرم نیکوتین معادل ۴ نخ سیگار و هر آدامس ۴ میلی‌گرم معادل ۸ نخ سیگار، نیکوتین دارد. جویدن سریع آدامس، موجب آزاد شدن مقادیر زیادی نیکوتین در بدن و جذب آن در خون شده، علائم مسمومیت با نیکوتین را ایجاد می‌نماید. از طرف دیگر نیکوتین بسیار تلخ است و آزاد شدن یک باره آن در محوطه دهان حالت بسیار ناخوشایندی برای فرد سیگاری ایجاد می‌نماید که وی را از ادامه مصرف منصرف می‌کند.

جدول ۴- مزایا و معایب آدامس نیکوتین

مزایا	معایب
فعالیت دهانی جایگزین	پذیرش کم بیماران
پاسخ سریع‌تر به محرک‌ها	کارایی کمتر
انعطاف‌پذیری زمان و میزان مصرف	مزه ناخوشایند
	ایجاد مشکل در دندان مصنوعی
	عدم مقبولیت آدامس جویدن در جامعه

بنابراین هنگام استفاده از آدامس نیکوتینی باید به آهستگی جویدن را آغاز نمود و به محض احساس مزه تلخ نیکوتین، جویدن را متوقف و آدامس را تا زمانی که تلخی نیکوتین در محوطه دهان از بین برود، داخل مخاط گونه مخفی نمود. سپس مجدداً جویدن آغاز می‌شود. این عمل تا تمام شدن نیکوتین موجود در آدامس؛ که علامت آن عدم احساس تلخی در هنگام جویدن است، ادامه می‌یابد. نیکوتین ماده بسیار محرکی است و تحریک موضعی مخاطی نیز دارد؛ لذا محل مخفی نمودن آن در فواصل جویدن در مخاط دهان باید به طور مرتب تغییر کند. در غیر این صورت و در اثر تماس مکرر آدامس با یک نقطه ثابت در دهان می‌تواند زخم دهانی برای فرد مصرف‌کننده ایجاد نماید که مانع تداوم مصرف آن می‌گردد. در جدول ۴ معایب و مزایا استفاده از آدامس نیکوتین مقایسه شده است.

چسب پوستی نیکوتین

چسب‌های پوستی نیکوتین نیز به صورت بدون نسخه به فروش می‌رسند. چسب به شکل محصولات ۱۶ ساعته با دوز ثابت و ۱۶ و ۲۴ ساعته با دوز کاهش‌یابنده در دسترس قرار دارد. دوزهای ۲۱، ۱۴ و ۷ میلی‌گرمی آن موجود است. چسب پوستی باید هر روز صبح استفاده شود و سطح خونی نیکوتین در حدود نصف سیگار کشیدن فراهم می‌کند. پایبندی به مصرف چسب پوستی بالا است. عوارض جانبی شامل بثورات پوستی و در شکل ۲۴ ساعته آن بی‌خوابی است. مصرف هم‌زمان آدامس و چسب پوستی در موقعیت‌های پرخطر میزان موفقیت در ترک را ۱۰-۵ درصد افزایش می‌دهد. بعد از ۱۲-۶ هفته استفاده از چسب پوستی باید متوقف شود زیرا این محصول برای مصرف طولانی‌مدت نیست.

تکنیک استفاده از چسب پوستی

چسب پوستی نیکوتین باید به نقطه‌ای از بدن با حداقل ممکن مو، چسبانیده شود تا تماس پوستی مناسبی برقرار شود. در غیر این صورت تماس نامناسب پوستی موجب عدم جذب کافی و مناسب نیکوتین و نیز کنده شدن چسب می‌گردد. بنابراین بهترین محل توصیه شده برای چسبانیدن چسب، پوست ناحیه داخلی بازو است که کمترین میزان مو را در هر دو جنس دارد.

جدول ۵- مزایا و معایب چسب نیکوتین

مزایا	معایب
سهولت استفاده	حساسیت پوستی
ایجاد غلظت خونی مداوم	اختلالات خواب
پذیرش بالای بیماران	عدم تطابق با وسوسه بیمار

نیکوتین موجود در برچسب نیز قابلیت تحریک پوستی دارد و در صورت استفاده مکرر در یک ناحیه از پوست موجب ایجاد حساسیت و خارش، قرمزی و حتی زخمی شدن می‌گردد. بنابراین باید محل چسبانیدن برچسب به طور متناوب در دو بازو و نیز روی یک بازو تغییر پیدا کند تا از بروز این عارضه جلوگیری شود. در جدول ۵ معایب و مزایا استفاده از چسب نیکوتین مقایسه شده است.

سایر درمان‌های جایگزین نیکوتین

لوزنژ^۱ نیکوتین در دوزهای ۲ و ۴ میلی‌گرم در دسترس است. لوزنژ نیکوتین به طور خاص برای کسانی مناسب است که بلافاصله بعد از بیدار شدن از خواب سیگار می‌کشند. عموماً ۹ تا ۲۰ عدد لوزنژ در روز در طول ۶ هفته اول استفاده شده و پس از آن دوز کاهش داده می‌شود. لوزنژ بالاترین سطح خونی نیکوتین در میان درمان‌های جایگزین نیکوتین ایجاد می‌کند. مصرف‌کنندگان آن باید لوزنژ را تا زمان حل شدن کامل بکنند و از بلعیدن آن پرهیز نمایند. عوارض جانبی شامل بی‌خوابی، تهوع، سوزش معده، سردرد و سسکه می‌شود.

اسپری بینی نیکوتین فقط با تجویز پزشک قابل استفاده است و سطح خونی مشابه سیگار کشیدن فراهم می‌کند و به طور خاص برای سیگاری‌های قهار مناسب است. عوارض جانبی شامل رینیت، آبریزش چشم و سرفه در بیش از ۷۰٪ بیماران است. در برخی مطالعات احتمال سوءمصرف آن مطرح شده است.

وسيله مصرف استنشاقی نیکوتین یک محصول دیگر درمان جایگزین نیکوتین است که به نحوی طراحی شده که محتوای ۴ میلی‌گرمی نیکوتین داخل کارتریج دستگاه به داخل ریه استنشاق می‌شود. جذب آن عملاً در مخاط گلو انجام می‌شود. سطح خونی نیکوتین ناشی از استفاده از آن پایین است. تنها حُسن استفاده از این روش فراهم شدن یک جایگزین رفتاری برای مصرف سیگار است. استفاده از این وسیله شانس موفقیت در ترک را ۲ برابر می‌کند. عوارض جانبی آن جزئی هستند.

شواهد محکم بسیار کمی در مورد مؤثرتر بودن یک محصول جایگزین نیکوتین نسبت به محصول دیگر وجود دارد. بنابراین انتخاب از بین آنها را می‌توان بر اساس پذیرش فرد، در دسترس بودن و قیمت محصول انجام داد. بعضی محصولات (برای مثال چسب پوستی) موجب جذب آهسته‌تر نیکوتین می‌شود، در حالی که سایر محصولات نظیر اسپری بینی، سطح بالایی از نیکوتین را به سرعت فراهم می‌کند. توصیه به استفاده از مقادیر مناسب و به مدت مناسب از این محصولات برای کاهش مؤثر علائم سندرم محرومیت بسیار مهم است. تفاوت بین نیکوتین و مواد سمی موجود در دود سیگار نظیر قطران را باید به طور روشن به آنها توضیح داد. باید گفت که درمان‌های جایگزین نیکوتین از سیگار کشیدن ایمن‌تر است. مصرف هر شکلی از درمان جایگزین نیکوتین میزان موفقیت در ترک را درمقایسه با گروه کنترل دو برابر می‌کند. برای مثال میزان موفقیت ترک در سیگاری‌های متوسط یا قهاری که از مداخلات روان‌شناختی استفاده می‌کنند، حدود ۷ درصد است. با درمان جایگزین نیکوتین این رقم به ۱۵ درصد می‌رسد.

فراورده‌های فوق فقط زمانی مصرف شوند که نیاز ضروری به سیگار کشیدن وجود دارد. جویدن آدامس

یک فرمولاسیون دارویی شبیه آب نبات که به صورت مکیدنی مصرف می‌شود - lozenge¹

باید به طور متناوب (با فاصله حداقل یک ساعت) و آهسته انجام شود. در طی درمان با فرآورده‌های نیکوتین باید از سیگار کشیدن خودداری شود. قرص‌های زیرزبانی را نباید جوید یا آنها را خرد کرد.

موارد منع مصرف

در صورت ابتلای فرد به آنژین صدری شدید، آریتمی‌های قلبی تهدیدکننده حیات، سکتة مغزی یا سکتة قلبی جدید، نباید از این فرآورده‌ها استفاده نمود.

هشدارها

در صورت ابتلاء فرد به آنژین صدری، آریتمی‌های قلبی، دیابت نوع I، هیپرتیروئیدیسم، سابقه سکتة قلبی، فتوکروموسیتوم، بیماری‌های وازواسپاستیک، زخم گوارشی فعال، حساسیت به نیکوتین، التهاب مری یا سابقه آن، التهاب دهان و گلو، این فرآورده را باید با احتیاط کامل به کار برد. در صورت وجود اختلال مفصل فکی، گیجگاهی یا اختلالات دندان‌ی، مصرف آدامس باید با احتیاط صورت پذیرد.

تداخل‌های دارویی

با ترک سیگار باید به موارد زیر توجه داشت: متابولیسم داروهای متسع‌کننده برنش (مثل تئوفیلین)، کافئین، ایمی‌پرامین، اُکسازپام، پنتازوسین، پروپوکسی فن و β آگونیست‌ها، کاهش می‌یابد و لذا مقدار مصرف این داروها باید کاهش یابد.

به دلیل کاهش میزان کاته‌کولامین‌ها، اثر آنتاگونیست‌های α ، افزایش و اثر داروهای مقلد سمپاتیک کاهش می‌یابد، لذا باید مقدار این داروها را متناسب با نیاز بیمار تنظیم کرد. به دلیل افزایش جذب انسولین و افزایش سطح سرمی آن، مقدار مصرف انسولین را باید کم کرد.

درمان‌های دارویی غیرنیکوتینی

درمان‌های دارویی غیرنیکوتینی برای کسانی مناسب است که درمان جایگزین با نیکوتین را نمی‌پسندند یا درمان‌های جایگزین با نیکوتین برای آنها ناموفق بوده است. در جدول ۶ جزئیات نحوه درمان با درمان‌های جایگزین نیکوتین، بوپروپیون و وارنکلین آورده شده است. بوپروپیون و وارنکلین^۱ داروهای خط اول درمان دارویی غیرنیکوتینی هستند.

¹ varenicline

بوپروپیون یک داروی ضدافسردگی با اثرات دوپامینرژیک و آدرنرژیک است. این دارو با دوز ۱۵۰ میلی گرم در روز برای ۳ روز شروع و به ۱۵۰ میلی گرم ۲ بار در روز افزایش می یابد. طول دوره درمان با بوپروپیون ۱۲ هفته است. اشکال دارویی ۷۵ و ۱۰۰ میلی گرم آنی رهش و ۱۵۰ میلی گرم گسترده رهش^۱ دارد. دوز روزانه ۳۰۰ میلی گرم در روز در افراد سیگاری با و بدون سابقه افسردگی شانس موفقیت را ۲ برابر می کند. در یک مطالعه، ترکیب بوپروپیون با چسب پوستی نیکوتین، میزان موفقیت بیش از هر یک از این مداخلات به تنهایی را نشان داد. عوارض جانبی شامل بی خوابی و تهوع می شود. دوزهای بالا آستانه تشنج را پایین می آورد و استفاده از آن در افراد مبتلا به صرع ممنوع است. در درمان با بوپروپیون فرد می تواند تاریخ قطع کامل مصرف خود را در عرض دو هفته از شروع مصرف دارو ترجیحاً در هفته دوم تعیین کند. مصرف ترکیبی آن با درمان های جایگزین نیکوتین بدون اشکال بوده و می تواند نتایج درمان را بهبود بخشد. در صورتی که بعد از ۱۲ هفته فرد هیچ نفعی از مصرف بوپروپیون نبرده باشد، درمان باید قطع شود.

وارنیکلین یک داروی آگونیست نسبی گیرنده های نیکوتینی است که در کسانی که تاریخ ترک خود را در ۲ هفته یا ۱ ماه آینده تعیین کرده اند یا کسانی که مصرف سیگار خود را تدریجاً کاهش داده و تاریخ ترک خود را ۳ ماه بعد تعیین کرده اند، با موفقیت استفاده شده است. وارنیکلین با دوز ۰/۵ میلی گرم یک بار در روز برای سه روز شروع، سپس دوز آن به ۰/۵ میلی گرم دو بار در روز تا پایان هفته اول افزایش داده می شود. از هفته دوم دوز آن تا پایان دوره درمان به ۱ میلی گرم ۲ بار در روز می رسد. طول دوره درمان برحسب نوع رژیم درمانی مورد استفاده ۲۴-۱۲ هفته است. ترکیب آن با درمان های جایگزین نیکوتین بدون اشکال بوده و می تواند نتایج درمان را بهبود بخشد.

نورتریپتیلین با دوز ۷۵-۱۰۰ میلی گرم در روز در درمان ترک سیگار مؤثر است و به عنوان خط دوم درمان دارویی غیرنیکوتینی می تواند مورد استفاده قرار گیرد. درمان با نورتریپتیلین با دوز ۲۵ میلی گرم در سه روز اول شروع و هر سه روز ۲۵ میلی گرم افزایش داده تا به ۷۵ میلی گرم در روز برسد. طول دوره درمان با نورتریپتیلین ۱۲-۶ هفته است.

کلونیدین فعالیت سمپاتیک لوکوس سرلئوس را کاهش می دهد و به دلیل تصور می شود بر روی علائم محرومیت نیکوتین مؤثر است. در برخی مطالعات کلونیدین با دوز ۰/۴-۰/۲ میلی گرم در روز با موفقیت در درمان دارویی ترک سیگار استفاده شده است. عوارض جانبی ناشی از مصرف آن شامل خواب آلودگی و افت فشار خون وضعیتی می شود. به دلیل عوارض جانبی استفاده از این دارو باید در صورت عدم موفقیت سایر درمان های دارویی در نظر گرفته شود.

¹ extended-release

ترکیب درمان روان‌شناختی و دارویی

ترکیب درمان دارویی و مداخلات روان‌شناختی از هر یک از این مداخلات به‌تنهایی مؤثرتر بوده و در افراد وابسته به نیکوتین با مصرف بیش از ۱۰ نخ در روز یا سطوح وابستگی متوسط و بالا باید در نظر گرفته شود.

درمان در گروه‌های خاص

مطالعات متعدد اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در درمان وابستگی به نیکوتین را در نوجوانان نشان داده است. در برخی مطالعات از درمان‌های جایگزین با نیکوتین، بوپروپیون و وارنیکلین در درمان وابستگی به نیکوتین در نوجوانان با موفقیت استفاده شده است. به دلیل محدودیت شواهد درباره اثربخشی درمان‌های دارویی، خط اول درمان وابستگی به دخانیات (تنباکو) در نوجوانان مداخلات روان‌شناختی است و در خصوص استفاده از درمان دارویی باید به صورت موردی تصمیم‌گیری شود.

درمان انتخابی برای وابستگی به دخانیات (تنباکو) در بارداری و شیردهی مداخلات روان‌شناختی است. در مادران باردار یا شیرده در صورت عدم پاسخ به مداخله غیردارویی استفاده از درمان جایگزین با نیکوتین را می‌توان در نظر گرفت. از دوزهای پایین‌تر درمان جایگزین با نیکوتین باید استفاده کرد. شروع درمان جایگزین نیکوتین باید بعد از قطع مصرف سیگار باشد. در صورت استفاده از چسب پوستی، چسب نباید بیش از ۱۶ ساعت در روز استفاده شود. استفاده از بوپروپیون و وارنیکلین در درمان وابستگی به دخانیات (تنباکو) در بارداری و شیردهی توصیه نمی‌شود. به مادران شیرده که آمادگی ترک دخانیات نداشته یا نمی‌توانند سیگار خود را ترک کنند باید توصیه نمود به هیچ وجه نوزاد خود را در معرض دود سیگار قرار ندهند. علاوه بر این برای حداقل رساندن مواجهه کودک با نیکوتین از طریق شیر مقدار مصرف خود را به حداقل رسانده و مصرف خود را به زمان بلافاصله بعد از شیردهی محدود نمایند.

پیگیری

پیگیری موارد غربالگری اولیه مثبت بایستی در فواصل یک هفته، یک، سه، شش و دوازده ماه از زمان شناسایی توسط کارشناس مراقب سلامت انجام شود. در پیگیری، بررسی از نظر مراجعه به ارائه‌دهنده بعدی خدمت، دریافت خدمت و علل عدم مراجعه احتمالی بایستی صورت پذیرد.

جدول ۶-۴ - درمان‌های دارویی وابستگی به دخانیات

نام دارو	احتیاط‌های دارویی / منع مصرف	عوارض	دوز دارو	نحوه استفاده	دسترسی
آدامس نیکوتین ۲ و ۴ میلی‌گرم	توجه در موارد استفاده از دندان مصنوعی (چسبیدن به دندان مصنوعی)؛ اجتناب از خوردن و نوشیدن ۱۵ دقیقه قبل و یا حین مصرف؛ مصرف اشتباهی	مزه ترش در دهان، سوء هاضمه، سسکسه، دل درد، سوزش گلو، تهوع	یک آدامس هر ۲-۱ ساعت (۶ تا ۱۵ آدامس در روز) در موارد مصرف ۱ تا ۲۴ سیگار در روز = آدامس ۲ میلی‌گرمی در موارد مصرف بالای ۲۵ سیگار در روز و یا تنباکوی جویدنی = آدامس ۴ میلی‌گرمی	تا ۱۲ هفته یا تا هر زمان که لازم بود	موجود
چسب نیکوتین ۷، ۱۴ و ۲۱ میلی‌گرم	در موارد ابتلا به اگزمای شدید و پسوریازیس مصرف نشود.	واکنش پوستی موضعی بی‌خوابی	مصرف ۱۰ سیگار در روز = برچسب ۲۱ میلی‌گرم به مدت ۴ هفته، سپس ۱۴ میلی‌گرم ۲-۴ هفته، سپس ۷ میلی‌گرم ۴-۲ هفته مصرف کمتر از ۱۰ سیگار در روز = برچسب ۱۴ میلی‌گرم ۴ هفته، سپس ۷ میلی‌گرم ۴ هفته	۸ تا ۱۲ هفته	موجود
نیکوتین استنشاقی ۱۰ میلی‌گرم/کارتریج	احتمال خارش دهان و گلو که با مصرف دارو بهتر می‌شود	خارش و سوزش دهان و حلق	۶ تا ۱۶ بار در روز هر کارتریج برای ۸۰ بار استفاده می‌توان یک کارتریج نصفه را برای روز بعد نیز استفاده کرد. کاهش تدریجی و قطع دوز متناسب با	تا ۶ ماه	-
اسپری بینی نیکوتین ۱۰ میلی‌گرم/میلی-لیتر	برای بیماران آسمی مناسب نیست، احتمال خارش و سوزش بینی که با مصرف بهتر می‌شود، احتمال بروز وابستگی	سوزش بینی	۱ تا ۲ دوز هر ساعت (۸ تا ۴۰ دوز هر روز) یک دوز معادل یک پاف در هر حفره بینی استنشاق نشود	۳ تا ۶ ماه	-
آب نبات نیکوتین ۲ و ۴ میلی‌گرم	اجتناب از خوردن و آشامیدن ۱۵ دقیقه قبل و حین مصرف، هر بار یک عدد، حداکثر ۲۰ عدد در روز	سسکسه، سرفه، سوزش سر دل	مصرف اولین سیگار کمتر از نیم ساعت بعد از بیدار شدن، ۲ میلی‌گرم مصرف اولین سیگار بیش از نیم ساعت بعد از بیدار شدن، ۴ میلی‌گرم	۳ تا ۶ ماه	-

نام دارو	احتیاط‌های دارویی / منع مصرف	عوارض	دوز دارو	نحوه استفاده	دسترسی
			۱-۶ هفته اول: هر ۲-۱ ساعت، ۷-۹ هفته هفته بعد: هر ۴-۲ ساعت ساعت - ۱۲-۱۰ هفته بعد: هر ۸-۴ ساعت		
درمان ترکیبی: چسب پوستی + بوپروپیون چسب + آدامس چسب + آبنبات + نیکوتین استنشاقی	در حال حاضر فقط ترکیب چسب + بوپروپیون از نظر FDA تایید شده است. به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.	عوارض هر دارو در جداول بالا نوشته شده است.	به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.	به دستورات هر دارو جداگانه مراجعه شود.	
بوپروپیون آهسته-رهش ۱۵۰ میلی‌گرم	مصرف اخیر داروهای مهارکننده مونوآمین اکسیداز؛ ممنوعیت مصرف در صرع و تشنج؛ قطع مصرف در صورت بروز علائم روان‌پزشکی مصرف دارو هم‌زمان با سایر داروهای ضد تشنج و در حاملگی و شیردهی ممنوع است.	بی‌خوابی، خشکی دهان، لرزش اضطراب، یبوست، سرگیجه	۱۵۰ میلی‌گرم هر روز صبح به مدت سه روز سپس ۱۵۰ میلی‌گرم دو بار در روز	۷ تا ۱۲ هفته	
وارنیکلین ۰/۵ و ۱ میلی‌گرم	در بیماران با نارسایی کلیه، تحت دیالیز، بیماری روانی شدید، مواردی از خلق افسرده، بی‌قراری، تغییرات رفتاری، گزارش افکار خودکشی و خودکشی با احتیاط مصرف شود.	تهوع، بی‌خوابی، خواب-های روشن، واضح و عجیب	روزهای اول تا سوم: ۰/۵ میلی‌گرم هر صبح روزهای ۴-۷: ۰/۵ میلی‌گرم دو بار در روز از روز هشتم تا پایان درمان: ۱ میلی‌گرم دو بار در روز	۳ تا ۶ ماه	

حشیش

اختلالات مصرف حشیش

تشخیص اختلالات مصرف حشیش با استفاده از نتایج غربال‌گری تکمیلی و ارزیابی از نظر ملاک‌های تشخیصی مصرف آسیب‌رسان و وابستگی انجام می‌پذیرد. شایع‌ترین علامت جسمی مصرف حشیش در معاینه فیزیکی گشادی عروق ملتحمه (قرمزی چشم) و افزایش خفیف در ضربان قلب است. در دوزهای بالا می‌تواند آفت فشار خون وضعیتی ایجاد کند. افزایش اشتها و خشکی دهان از علایم رایج مسمومیت با حشیش است.

مصرف مستمر و روزانه حشیش خطر وابستگی به آن را به صورت قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد. خطر وابستگی به حشیش برای کسانی که آن را مصرف می‌کنند ۱ به ۱۰ است. هر چقدر سن شروع مصرف پایین‌تر باشد، مصرف در فواصل کمتری رخ دهد و طول دوره مصرف بیشتر باشد، خطر وابستگی بیشتر می‌شود.

مسمومیت با حشیش

مسمومیت با حشیش به صورت شایع حساسیت فرد را به محرک‌های خارجی افزایش داده، توجه فرد به جزئیات را بیشتر نموده، باعث می‌شود فرد رنگ‌ها به شکل متفاوتی نموده و به صورت ذهنی ادراک گذر زمان را کند می‌کند. ملاک‌های مسمومیت حشیش در DSM-5 در کادر زیر ارائه شده است.

ملاک‌های مسمومیت حشیش در DSM-5

ملاک‌های کلی مسمومیت از مواد و

ملاک ج: دو (یا بیشتر) از علائم و نشانه‌های زیر که در عرض ۲ ساعت از مصرف حشیش رخ دهد:

- قرمزی چشم
- افزایش اشتها
- خشکی دهان
- افزایش ضربان قلب (بالای ۱۰۰ عدد در دقیقه)

به این دلیل به مدت ۸-۱۲ ساعت بعد از مصرف حشیش رانندگی یا کار با ماشین‌آلات توصیه

نمی شود. در صورتی که حشیش و الکل با هم مصرف شده باشند، اختلال شناختی و حرکتی ایجاد شده جدی تر خواهد بود.

محرومیت حشیش

قطع مصرف حشیش در مصرف کنندگان روزانه حشیش منجر به علائم محرومیت برای ۱-۲ هفته می شود. علائم محرومیت شامل تحریک پذیری، ولع مصرف، عصبی بودن، اضطراب، بی خوابی، دیدن خواب های واضح و ناراحت کننده، کاهش اشتها، کاهش وزن، خلق افسرده، بی قراری، سردرد، لرز، درد معده و تعریق می شود.

اختلال پسیکوتیک القاء شده با حشیش

بروز اختلال پسیکوتیک القاء شده توسط حشیش نسبتاً نادر است، اما افکار سوءظن و بدبینی گذرا در مصرف کنندگان حشیش رایج است. اختلال پسیکوتیک القاء شده با حشیش اغلب در کسانی که سابقه اختلال شخصیتی دارند، رخ می دهد.

اختلال اضطرابی القاء شده با حشیش

اختلال اضطرابی القاء شده با حشیش یک تشخیص شایع همراه با مسمومیت حشیش است که در آن فرد دوره های کوتاه اضطراب اغلب برانگیخته شده در اثر افکار بدبینی را تجربه می کند. در چنین موقعیت های حملات هول ممکن است به دلیل ترس های نامشخص رخ دهد. افراد بی تجربه در مصرف حشیش به مراتب بیشتر متعاقب مصرف حشیش دچار حملات اضطرابی می شوند.

سندرم بی انگیزگی

یکی از اختلالات مناقشه برانگیز مرتبط با مصرف حشیش سندرم بی انگیزگی^۱ است. این اصطلاح یک تشخیص رسمی در طبقه بندی های تشخیصی نیست. برخی معتقدند این حالت خصوصیات شخصیتی زیرگروهی از مصرف کنندگان حشیش است، در حالی که برخی دیگر معتقدند این وضعیت نتیجه مصرف

¹ amotivational syndrome

طولانی مدت حشیش است. صرف نظر از این که کدام یک از این دیدگاه‌ها صحیح است، سندرم بی‌انگیزگی زیرگروهی از افراد مصرف‌کننده حشیش را توصیف می‌کند که تمایلی به پیگیری و تداوم یک تکلیف برای مثال تحصیل یا شغل که نیاز به توجه طولانی مدت و سرسختی دارد، نشان نمی‌دهند. این افراد معمولاً آپاتیک و بی‌انرژی بوده، افزایش وزن پیدا می‌کنند و تنبل به نظر می‌رسند.

مراقبت

درمان مصرف حشیش از اصول مشابه برای درمان اختلالات مصرف مواد پیروی می‌کند. اساس درمان وابستگی به حشیش مداخلات روان‌شناختی فردی، گروهی یا خانواده در مراکز اختصاصی و تخصصی درمان اعتیاد است:

- در صورتی که پس‌یکوز القاء شده در اثر مصرف حشیش وجود داشته باشد، مراجع باید به صورت فوری به بیمارستان ارجاع شود.
- در صورتی که فرد وابسته به حشیش باشد باید برای درمان وابستگی به حشیش به سطح ۲ مراقبت ارجاع شود.
- در صورتی که مصرف حشیش فرد در حد خطر متوسط باشد، مداخله مختصر و پیگیری توسط کارشناس سلامت روان باید در نظر گرفته شود.
- شواهد بین‌المللی نشان می‌دهد مصرف حشیش با افزایش رفتارهای پرخطر جنسی خصوصاً در نوجوانان و جوانان همراه است. در صورتی که در جلسات مشاوره پزشک متوجه وجود سابقه رفتارهای محافظت‌نشده و پرخطر جنسی شود و فرد بعد از آخرین بار اقدام به رفتار پرخطر جنسی آزمایش اچ‌آی‌وی انجام نداده باشد، همچون آنچه درباره تزریق مواد دیدیم، فرد باید برای انجام آزمایش اچ‌آی‌وی به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع شود.
- در برخی بیماران استفاده از یک داروی ضد اضطراب برای تسکین کوتاه‌مدت علائم محرومیت مفید است. در برخی بیماران ممکن است مصرف حشیش به دلیل اختلال افسردگی زمینه‌ای باشد و به درمان اختلال افسردگی زمینه‌ای پاسخ دهد.

الکل

مصرف مخاطره‌آمیز الکل

یکی از مفاهیمی که در حوزه مراقبت الکل آشنایی با آن لازم است راهنماهایی است که در کشورهای مختلف در آن مصرف الکل به لحاظ فرهنگی و قانونی پذیرفته شده است تحت عنوان راهنماهای مصرف «متعادل»^۱، «ایمن»^۲، «کم خطر»^۳، «مسئولانه»^۴ یا «معقول»^۵ الکل توسط وزارت بهداشت ارابه می‌گردد. هدف از ارابه این راهنماها تعیین سطوحی از مصرف الکل است که با «خطر حداقلی»^۶ برای مردان و زنان مصرف‌کننده همراه است.

با توجه به آن که هیچ‌میزانی از مصرف الکل به لحاظ سلامتی به صورت مطلق، بی‌خطر نیست و مصرف الکل به لحاظ شرعی و قانونی در کشور ما غیرمجاز بوده و می‌تواند با پیامدهای اجتماعی و قانونی همراه باشد، در این جا این راهنماها تحت عنوان **راهنمای مصرف ایمن تر الکل به لحاظ طبی** مورد بحث قرار می‌گیرد. در راهنماهای مصرف ایمن تر الکل توصیه‌هایی درباره سطوح کم خطر مصرف برای زنان و مردان، تعریفی برای یک پیمانانه استاندارد و توصیه‌هایی درباره جمعیت‌های خاص در معرض خطر بالاتر آسیب ارابه می‌گردد. در **فصل سوم** دیدیم که در کشور ما یک پیمانانه استاندارد به صورت ۱۰ گرم (۱۲/۷ سی سی) الکل خالص تعریف شده است.

در برخی کشورها راهنماهای مصرف ایمن تر یا کم خطر مصرف الکل بر حسب جنسیت یا گروه سنی (افراد سالمند) متفاوت است. برای مثال راهنماهای مصرف «ایمن» الکل در آمریکا برای مردان زیر ۶۵ سال «مصرف میانگین ۲ پیمانانه استاندارد (۱۴ گرمی) در روز، اما نه بیش از ۴ پیمانانه استاندارد (۱۴ گرمی) در یک روز مصرف» و در زنان زیر ۶۵ سال «مصرف میانگین روزانه ۱ پیمانانه استاندارد (۱۴ گرمی) در روز، اما نه بیش از سه پیمانانه استاندارد (۱۴ گرمی) در یک روز مصرف» تعریف می‌شود.

¹ moderate

² safe

³ low-risk

⁴ responsible

⁵ sensible

⁶ minimum risk

در اینجا، راهنماهای «مصرف ایمن تر الکل به لحاظ طبی» بر اساس توصیه‌های سازمان جهانی بهداشت به صورت زیر تعریف شده است:

- نه بیش از ۲ پیمانه در روز (در صورتی که الگوی معمول مصرف فرد این گونه باشد)
- نه بیش از ۵ روز در هفته (در صورتی که الگوی معمول مصرف فرد این گونه باشد)
- نه بیش از ۵ پیمانه [۶ پیمانه یا بیشتر] در یک روز مصرف (حتی یک بار مصرف این میزان الکل در دوره زمانی ارزیابی مخاطره‌آمیز تلقی می‌گردد)

در برخی مواقع مصرف حتی یک یا دو پیمانه استاندارد مخاطره‌آمیز است. برای مثال:

- رانندگی یا کار با ماشین آلات
- بارداری و شیردهی
- مصرف برخی داروها (دی‌سولفیرام، مترونیدازول)
- برخی بیماری‌های
- اشکال در کنترل مصرف الکل

زنان و مردانی که به صورت مداوم بالاتر از سطوح مصرف توصیه شده مصرف الکل دارند خود را در معرض خطرات افزایش یافته سلامتی قرار می‌دهند.

به مصرف الکل فراتر از راهنماهای مصرف ایمن تر الکل به لحاظ طبی بوده اما بدون تکمیل ملاک‌های مصرف آسیب‌رسان یا وابستگی به الکل، مصرف مخاطره‌آمیز الکل^۱ گفته می‌شود. برای غربال‌گری تکمیلی الکل از آزمون غربال‌گری درگیری با مصرف ذخایرات، الکل و مواد (ASSIST) و آزمون شنا سایی اختلال مصرف الکل - نسخه مصرف یا AUDIT-C^۱ استفاده می‌شود. پرسش‌نامه AUDIT-C دارای ۳ پرسش است که فرکانس مصرف الکل (پرسش ۱)، میزان مصرف الکل در یک روز معمول مصرف (پرسش ۲) و فرکانس مصرف ۶ پیمانه یا بیشتر الکل در یک نوبت (پرسش ۳) را اندازه‌گیری می‌کند.

اختلالات مصرف الکل

تشخیص اختلالات مصرف الکل با استفاده از نتایج غربال‌گری تکمیلی و ارزیابی از نظر ملاک‌های

¹ hazardous drinking

تشخیصی مصرف آسیب‌رسان و وابستگی انجام می‌پذیرد. نیاز به مصرف روزانه مقادیر بالای الکل برای عملکرد معمول، یک الگوی مستمر مصرف سنگین الکل محدود به آخر هفته‌ها و دوره‌های طولانی پرهیز در بین دوره‌های مصرف افراطی الکل برای چند هفته یا چند ماه قویاً مطرح‌کننده وابستگی یا مصرف آسیب‌رسان الکل است.

وابستگی به الکل اغلب با ناتوانی برای کاهش یا قطع مصرف، تلاش‌های مکرر برای کنترل یا کاهش مصرف بیش از حد یا تلاش برای محدودیت مصرف به اوقات خاصی از روز، دوره‌های مصرف افراطی، فراموشی دوره‌های وقایع اتفاق‌افتاده در حین مسمومیت (مستی)، تداوم مصرف علی‌رغم مشکلات جسمی جدی که فرد می‌داند با مصرف الکل بدتر می‌شود و مصرف سایر مایعات حاوی الکل در صورت عدم دسترسی به الکل، مشخص می‌شود. علاوه بر موارد بالا وابستگی به الکل با اُفت قابل‌توجه در کارکرد خانوادگی، اجتماعی شغلی یا تحصیلی دارد.

مسمومیت با الکل

با افزایش سطوح خونی الکل شواهد تغییرات رفتاری شامل کندی عملکرد حرکتی و توانایی فکر کردن در سطوح خونی الکل ۲۰-۳۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر (۰/۰۳-۰/۰۲٪) ظاهر می‌شوند. آن‌طور که در فصل سوم دیدیم با افزایش سطوح خونی الکل اختلال بیشتر در هماهنگی حرکتی، تعادل، تمرکز و قضاوت بروز می‌کند.

ملاک‌های مسمومیت الکل در DSM-5

ملاک‌های کلی مسمومیت از مواد و

ملاک ج: یک (یا بیشتر) از علائم و نشانه‌های زیر در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف مواد الکل:

- کلام جویده جویده
- ناهماهنگی
- تلوتلو خوردن
- نیستاگموس
- نقص در توجه یا حافظه
- استوپور یا اغماء

در سال‌های اخیر چندین مورد **همه‌گیری مسمومیت با متانول** در برخی از شهرهای کشور رخ داده‌است. به این سبب، در تمام موارد مسمومیت الکل، مسمومیت با متانول به عنوان تشخیص افتراقی باید در نظر گرفته شود.

علائم مسمومیت با متانول معمولاً در عرض نیم تا چهار ساعت ظاهر شده که به صورت تهوع، استفراغ، درد شکمی، سردرد، گیجی، خواب‌آلودگی و تضعیف دستگاه اعصاب مرکزی است. در این مرحله ممکن است بیماران به پزشک مراجعه نکنند. پس از آن یک دوره نهفته^۱ وجود دارد که بسته به دوز متانول بلعیده‌شده تقریباً ۶-۲۴ ساعت، به طول می‌انجامد و متعاقب آن اسیدوز متابولیک جبران‌نشده ایجاد شده که باعث **اختلال کارکرد بینایی** می‌شود که می‌تواند در دامنه‌ای از تاری دید و تغییرات میدان بینایی، فتوفوبی، اشکال در تطابق نور، دوبینی تا کوری کامل و به طور ناشایع نیستاگموس متغیر باشد. وجود تاری بینایی با وضعیت هوشیاری دست‌نخورده در فردی که سابقه مصرف اخیر الکل داشته، قویاً

محرومیت از الکل

علائم و نشانه‌های محرومیت از الکل شامل بیش‌فعالی سیستم اتونوم، بیش‌برانگیختگی، برافروختگی صورت، تعریق، تاکیکاردی، افزایش خفیف فشار خون، لرزش دست‌ها، تهوع، استفراغ، گشادی مردمک‌ها، اضطراب، بی‌خوابی و تشنج است.

خستگی، سوء‌تغذیه، بیماری جسمی و افسردگی حالاتی هستند که باعث تشدید محرومیت از الکل می‌شوند. دو عارضه مهم محرومیت از الکل تشنج و دلیریوم ترمنس^۱ است که در DSM-5 به آن دلیریوم الکل گفته می‌شود. توهم ناشی از محرومیت از الکل معمولاً به صورت گذرا بوده، فرد در زمان تجربه توهم اختلال در جهت‌یابی، توجه یا تمرکز نداشته و نسبت به آنها بینش دارد. افراد در دوره محرومیت الکل معمولاً هوشیار هستند، اما حالت بیش‌برانگیخته داشته و به سهولت از جا می‌پرند.

¹ DT: Delirium tremense

ملاک‌های محرومیت از الکل بر اساس DSM-5

ملاک‌های کلی محرومیت از مواد و

ملاک ب: وجود دو مورد یا بیشتر از موارد زیر که در عرض چندین ساعت تا چند روز بعد از قطع

(یا کاهش) مصرف الکل رخ دهد:

- بیش‌فعالی اتونوم (برای مثال تعریق یا نبض بالای ۱۰۰)
- افزایش لرزش دست
- بی‌خوابی
- تهوع یا استفراغ
- توهم‌های بینایی، لامسه یا شنوایی گذرا
- بی‌قراری روانی، حرکتی
- اضطراب
- تشنج‌های تونیک-کلونیک ژنرالیزه

مشخص کنید اگر:

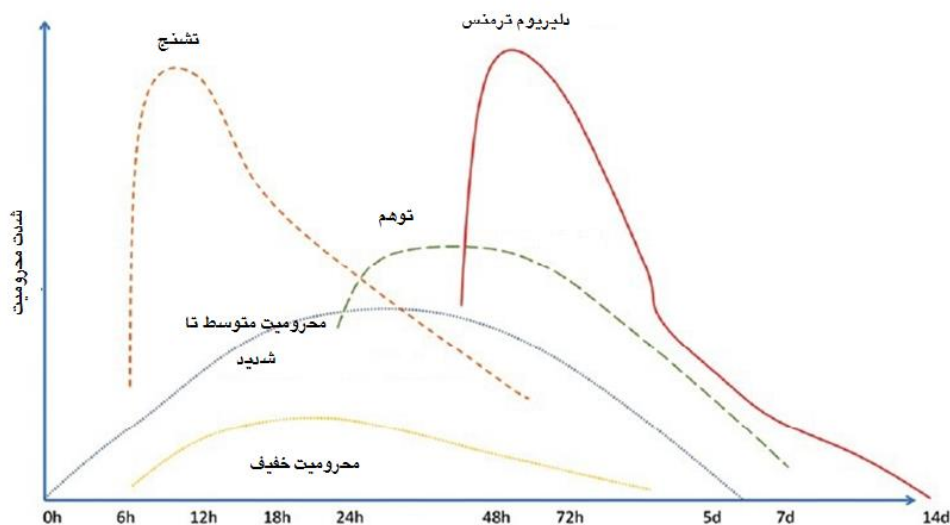
با اختلالات ادراکی - این مشخصه در موارد نادر به کار می‌رود که در آن توهم (معمولاً به صورت

بینایی یا لامسه) در عین سالم بودن آزمون واقعیت‌شنجی فرد دیده می‌شود. در واقع در این حالت

خطاهای ادراکی شنوایی، بینایی یا لامسه در غیاب دلیریوم دیده می‌شود.

لرزش دست‌ها در محرومیت از الکل می‌تواند مشابه لرزش فیزیولوژیک به صورت یک لرز مداوم با دامنه زیاد و با سرعت بیش از ۸ هرتز یا لرزش خانوادگی با حملات لرزش آهسته‌تر از ۸ هرتز است. ملاک‌های DSM-5 برای محرومیت از الکل در کادر بالا آورده شده است. سیر زمانی علایم محرومیت از الکل در شکل ۶-۷ آورده شده است.

شکل ۶-۷- سیر محرومیت از الکل



دلیریوم

افراد مبتلا به وابستگی به الکل باید برای ارزیابی شدت وابستگی، نیاز به درمان دارویی و تعیین جایگاه درمانی مناسب به صورت غیرفوری به واحدهای سرپایی درمان الکل ارجاع داده شوند. درمان کافی علائم محرومیت از الکل به منظور پیشگیری از پیشرفت محرومیت به سمت **دلیریوم محرومیت الکل** اهمیت اساسی دارد. به دلیریوم ناشی از محرومیت الکل **دلیریوم ترمنس** به معنای دلیریوم بسیار شدید نیز گفته می‌شود.

دلیریوم محرومیت الکل به اورژانس طبی است که در صورت عدم درمان تا ۲۰٪ مرگ به همراه دارد. در دلیریوم ترمنس علت مرگ معمولاً بیماری‌های جسمی زمینه‌ای نظیر پنومونی، بیماری کلیوی، نارسایی کبدی یا نارسایی قلبی است. در محرومیت شدید الکل تشنج معمولاً قبل از بروز دلیریوم ترمنس دیده می‌شود، با این وجود ممکن است دلیریوم ترمنس بدون بروز تشنج قبلی ظاهر شود.

دمانس پایدار القاء شده با الکل

دمانس پایدار القاء شده با الکل یک اختلال شناختی طولانی مدت است که در سیر الکلیسم رخ می‌دهد. کارکردهای مغزی تمایل دارند با پرهیز از مصرف الکل بهبود پیدا کند، اما شاید نیمی از تمام افراد مبتلا مشکلات طولانی مدت یا پایدار در حافظه و تفکر نشان دهند. بیش از نیمی از این بیماران شواهدی از

بزرگ شدن بطن‌ها و کوچک شدن قشر مغز نشان نمی‌دهند که تا حدی در طول سال اول پرهیز کامل از مصرف قابل بازگشت است.

اختلال فراموشی پایدار القاء شده با الکل

خصوصیت اصلی اختلال فراموشی پایدار القاء شده با الکل^۱، **اختلال حافظه کوتاه مدت** ایجاد شده توسط مصرف سنگین طول کشیده الکل است. این اختلال معمولاً در کسانی دیده می‌شود که سال‌های طولانی مصرف سنگین الکل داشته‌اند.

سندرم ورنیکه-کورساکف: به صورت کلاسیک به اختلال فراموشی پایدار القاء شده با الکل انسفالوپاتی ورنیکه (مجموعه‌ای از علائم حاد) و سندرم کورساکف (یک وضعیت مزمن) گفته می‌شود. انسفالوپاتی ورنیکه کاملاً با درمان قابل برگشت است، اما فقط ۲۰٪ بیماران مبتلا به سندرم کورساکف بهبود می‌یابند. ارتباط پاتوفیزیولوژیک بین دو سندرم **کمبود تیامین** ایجاد شده در نتیجه عادات تغذیه‌ای ضعیف و سوء جذب مواد مغذی است.

انسفالوپاتی ورنیکه که به آن **انسفالوپاتی الکلی** نیز گفته می‌شود، یک اختلال عصبی حاد است که با آتاکسی (عمدتاً اشکال در تعادل ایستادن)، کژکارکردی و سستیولار، تیرگی شعور و مجموعه‌ای از ناهنجاری‌های حرکات چشمی شامل نیستاگموس افقی، فلج جانبی چشم و فلج نگاه مشخص می‌شود. این نشانه‌های چشمی معمولاً دوطرفه بوده اما ضرورتاً قرینه نیستند. سایر نشانه‌های چشمی شامل واکنش ضعیف به نور و پاسخ غیرقرینه به آن است. سندرم ورنیکه در عرض چند روز به صورت خود به خود فروکش می‌کند یا به سمت سندرم کورساکف پیش‌رفت می‌کند.

فراموشی: فراموشی^۲ دوره‌های اختلال حافظه آنتروگرید موقت است که در مسمومیت الکل رخ می‌دهد. در طول دوره فراموشی فرد هو شیار بوده، به سؤالات پاسخ داده و رفتارهای معطوف به هدف دارد، اما پس از برطرف شدن مسمومیت الکلی فرد اتفاقات رخ داده در یک دوره زمانی از مسمومیت خود را به یاد نمی‌آورد. بروز فراموشی الکلی ضرورتاً به معنای وابستگی به الکل نبوده، اما نشان‌دهنده بروز یک آسیب سلامتی در اثر مصرف الکل است.

¹ alcohol-induced persisting amnesic disorder

² blackouts

سندرم الکل جنینی

مصرف الکل در بارداری و شیردهی ممنوع است. مصرف الکل در طول دوره بارداری باعث مهار رشد داخل رحمی و پس از تولد می‌شود. سندرم الکل جنینی با میکروسفالی، ناهنجاری‌های مادرزادی جمجمه‌ای- صورتی و نقایص اعضاء و قلب مشخص می‌شود. برخی خصوصیات دیگر سندرم الکل جنینی شامل کوتاهی قد و مشکلات رفتاری در بزرگسالی می‌شود.

مراقبت

پزشکان در صورت شناسایی هر گونه مصرف اخیر (سه ماهه گذشته) باید وضعیت مراجع را در قالب **غربال‌گری اولیه** مستند نموده و او را برای دریافت غربال‌گری تکمیلی (ASSIST+AUDIT-C) به کارشناس سلامت روان ارجاع دهند. متناسب با سطح درگیری با مصرف الکل نوع مراقبت به شرح زیر مشخص می‌گردد:

• خطر پایین

- **عدم مصرف** در سه ماهه اخیر: بازخورد مثبت، ارجاع به خدمات پیشگیری اولیه
- **مصرف اما نه در سطوح مخاطره‌آمیز:** بازخورد، توصیه، ارجاع به خدمات پیشگیری اولیه (نمره کمتر از ۳ در AUDIT-C یا نمره کمتر از ۱ در AUDIT-3)

• خطر متوسط

- **مصرف مخاطره‌آمیز یا آسیب‌رسان:** مداخله مختصر متمرکز بر کاهش و قطع مصرف مواد، پیگیری (نمره ۱۱ تا ۲۷ برای الکل در ASSIST و/یا نمره ۳ یا بیشتر در AUDIT-C یا ۱ یا بیشتر در AUDIT-3)

• خطر بالا

- **وابستگی:** ارجاع به پزشک جهت ارزیابی تشخیصی و ارجاع **غیرفوری** به درمان در سطح ۲ یا ۳ (نمره ۲۷ یا بیشتر در ASSIST)

کسانی که در غربال‌گری تکمیلی در دامنه **خطر بالا** هستند، باید توسط پزشک از نظر تشخیص وابستگی به الکل بررسی شوند. با توجه به شیوع بالای **همبودی‌های جسمی و روان‌پزشکی** در بیماران مبتلا به وابستگی به الکل در صورت تأیید تشخیص وابستگی به الکل، فرد باید از نظر وجود اورژانس‌های

جسمی و روان‌پزشکی نظیر خون‌ریزی گوارشی، نارسایی کبدی، قصد جدی خودکشی، مشکلات حافظه و... بررسی شود.

- شناسایی هر مورد اورژانس‌های طبی یا روان‌پزشکی، **ارجاع فوری** باید در نظر گرفته شود.
 - در صورت تشخیص احتمالی **تشنج** محرومیت الکل یا **دلیریوم ترمنس** فرد نیاز به **ارجاع فوری** به بیمارستان روان‌پزشکی خواهد داشت.
 - در افراد وابسته به الکل در صورت مواجهه با علایم انسفالوپاتی حاد الکلی شامل آتاکسی، فلج عضلات چشمی و نیستاگموس فرد باید به صورت **فوری** برای ارزیابی و درمان به بیمارستان ارجاع شود. در مراحل اولیه **انسفالوپاتی ورنیکه** به سرعت به دوزهای بالای تیامین پاسخ داده و مانع پیشرفت آن به سندرم کورساکف می‌شود.
- در صورت عدم وجود مشکلات اورژانس فرد باید برای ارزیابی بیشتر از نظر نیاز به درمان دارویی و جایگاه مناسب درمانی به صورت **غیرفوری** به **واحدهای درمان الکل** مستقر در مراکز سرپایی درمان اعتیاد یا **درمانگاه‌های تخصصی روان‌پزشکی** ارجاع گردد. در افراد مبتلا به وابستگی به الکل در سطح مراقبت اولیه شامل مداخله انگیزشی مختصر با هدف ارجاع به درمان، آموزش بیمار و خانواده و پیگیری می‌شود.

داروی اصلی در کنترل محرومیت از الکل **بنزودیازپین‌ها** هستند. مطالعات نشان می‌دهد استفاده از بنزودیازپین‌ها در کاهش علایم محرومیت و پیشگیری از تشنج و دلیریوم ترمنس مؤثر است. بنزودیازپین‌های طولانی اثر (دیازپام، کلردیازپوکساید) درمان استاندارد محرومیت از الکل هستند، با این حال مطالعات نشان داده است که **کاربامازپین** (با دوز ۸۰۰ میلی‌گرم در روز) به اندازه بنزودیازپین‌ها مؤثر است.

سندرم کورساکف یک سندرم فراموشی مزمن است که متعاقب انسفالوپاتی ورنیکه پدیدار می‌شود و خصوصیات اصلی آن اختلال در حافظه اخیر و آمیزی آنتروگرید در بیماری است که هوشیار بوده و به سؤالات پاسخ می‌دهد. فرد ممکن است افسانه‌پردازی^۱ مشاهده شده در بیماران دمانس را داشته یا نداشته باشد. درمان سندرم کورساکف نیز شامل قطع مصرف الکل و دریافت تیامین خوراکی برای ۳ تا ۱۲ ماه است. در افراد وابسته به الکل در صورت مشاهده اختلالات شناختی شامل اختلال حافظه فرد باید برای ارزیابی و درمان بیشتر به صورت **غیرفوری** به جایگاه‌های **تخصصی** روان‌پزشکی ارجاع شود.

¹ confabulation

مواد افیونی

اختلال مصرف مواد افیونی

تشخیص اختلالات مصرف مواد افیونی با استفاده از نتایج غربال‌گری تکمیلی و ارزیابی از نظر ملاک‌های تشخیصی مصرف آسیب‌رسان و وابستگی انجام می‌پذیرد. هسته مرکزی اعتیاد به مواد افیونی همچون سایر اعتیادها مجموعه‌ای از مشکلات و نقایص شناختی، روان‌شناختی و رفتاری است که در نتیجه آن مصرف مواد برای فرد برجستگی^۱ و اهمیت غیرعادی پیدا نموده و سایر امور مهم و واجد اولویت در زندگی همچون خانواده، شغل و حتی سلامت شخصی تدریجاً اولویت خود را از دست می‌دهند.

مسمومیت مواد افیونی

مسمومیت مواد افیونی با مجموعه‌ای از تغییرات رفتاری، جسمی و روان‌شناختی خاص متعاقب مصرف اخیر دوزهای بیشتر از میزان تحمل فرد مشخص می‌شود. ملاک‌های DSM-5 برای مسمومیت با مواد افیونی در کادر زیر آورده شده است.

ملاک‌های مسمومیت با مواد افیونی بر اساس DSM-5

ملاک‌های مسمومیت با مواد و

ملاک ب- تغییرات رفتاری یا روان‌شناختی مشکل‌آفرین و به لحاظ بالینی حائز اهمیت که در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف رخ می‌دهد (سرخوشی اولیه و متعاقب آن آپاتی، دیس‌فوریا، بی‌قراری یا کندی روانی، حرکتی، اختلال در قضاوت)

ملاک ج- انقباض (یا اتساع مردم ناشی از آنوکسی شدید) و **یک (یا بیشتر)** از نشانه‌ها یا علائم زیر که در حین یا مدت کوتاهی پس از مصرف مواد افیونی ایجاد می‌شود:

- خواب‌آلودگی یا کوما
- تکلم جویده‌جویده
- نقص در توجه یا حافظه

مشخص کنید اگر:

با **آشفته‌گی‌های ادراکی**: به صورت نادر در صورت وجود توهم علی‌رغم واقعیت‌سنجی سالم یا ایلوژن‌های شنوایی، بینایی یا لامسه در غیاب دلیریوم این تشخیص مطرح می‌شود.

به طور کلی، تغییر خلق، کندی روانی، حرکتی، خواب‌آلودگی، تکلم جویده جویده و نقص در حافظه و توجه متعاقب مصرف مواد افیونی قویاً مطرح‌کننده مسمومیت با مواد افیونی است. مرگ ناشی از مسمومیت شدید یا بیش‌مصرفی^۱ مواد افیونی در اثر سرکوب تنفسی و ایست تنفسی رخ می‌دهد. از زمانی که فرد دچار ایست تنفسی می‌شود تا زمانی که شدت اسیدوز خون منجر به ایست قلبی می‌شود ۱-۲ ساعت به طول می‌انجامد، بنابراین متعاقب وقوع بیش‌مصرفی مواد افیونی یک زمان طلایی برای نجات افراد وجود دارد. این موضوع اهمیت آموزش برخورد صحیح با فرد دچار بیش‌مصرفی مواد افیونی را به افراد مبتلا و خانواده‌های آنها را مورد تأکید قرار می‌دهد.

مسمومیت شدید مواد افیونی می‌تواند منجر به مرگ ناشی از بیش‌مصرفی مواد افیونی شود. مجموعه‌ای از عوامل خطر بیش‌مصرفی مواد افیونی را تشدید می‌کنند:

- **تزریق:** مصرف تزریقی مواد به صورت غیرقابل‌برگشتی دوز بالایی از مواد را در فاصله کوتاهی به مغز رسانده و خطر بیش‌مصرفی بیشتری در مقایسه با مصرف تدریجی به دنبال دارد.
- **مصرف چندگانه مواد:** مصرف هم‌زمان مواد افیونی با داروهای تضعیف‌دهنده دستگاه اعصاب مرکزی نظیر الکل، بنزودیازپین‌ها یا داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای اثر **هم‌افزا** داشته و خطر بیش‌مصرفی را بالا می‌برد.
- **لغزش/عود به مصرف بعد از سم‌زدایی:** مصرف مواد افیونی وقتی که تحمل فرد نسبت به مواد افیونی کاهش یافته باشد. این مکانیسم باعث افزایش خطر مرگ ناشی از بیش‌مصرفی متعاقب سم‌زدایی کوتاه‌مدت سرپایی یا اقامتی می‌شود. افراد وابسته به مواد افیونی که زندانی می‌شوند، پس از ترخیص از زندان در معرض خطر بسیار بالا مرگ ناشی از بیش‌مصرفی هستند.
- **ناامیدی:** تمام موارد بیش‌مصرفی تصادفی نیستند. احساس افسردگی، ناامیدی و بی‌تفاوتی نسبت به زنده ماندن یا مردن می‌تواند احتمال وقوع بیش‌مصرفی را افزایش دهد. برای پیشگیری از بیش‌مصرفی مهم است که مراجعان خود را برای صحبت درباره احساسات و روحیه خود تشویق کنید، و او را برای دریافت خدمات مورد نیاز ارجاع کنید.
- **سن بالا:** با افزایش سن خطر بیش‌مصرفی افزایش می‌یابد.
- **بیماری ریوی (بیماری انسدادی مزمن ریه)، کبدی یا کلیوی زمینهای**
- **تاریخچه قبلی بیش‌مصرفی:** کسانی که در اثر بیش‌مصرفی مواد افیونی جان خود را از دست می‌دهند،

¹ overdose

معمولاً سابقه قبلی بیش مصرفی داشته‌اند که منجر به فوت نشده است. هر چقدر تعداد دفعاتی که یک فرد در گذشته دچار اوردوز شده بیشتر باشد، احتمال مرگ در اثر اوردوز افزایش می‌یابد.

● **هفته اول درمان نگهدارنده با متادون:** درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست نظیر متادون و بوپرنورفین خطر بیش مصرفی مواد افیونی و مرگ ناشی از آن را در افراد وابسته به مواد افیونی به طور کلی کاهش می‌دهد، اما در هفته اول درمان نگهدارنده با متادون در صورتی که احتیاط‌های خاص در القای درمان رعایت نشود، خطر بیش مصرفی با متادون وجود دارد.

محرومیت از مواد افیونی

قاعده کلی درباره شروع و طول دوره علائم محرومیت این است که مواد با طول اثر کوتاه سندرم محرومیت کوتاه و شدید و مواد با طول اثر بالا سندرم محرومیت طولانی و خفیف ایجاد می‌کنند. سندرم محرومیت می‌تواند در صورت تجویز یک آنتاگونیست آپئوئیدی در فرد القاء شود. برای مثال در فرد وابسته به مواد افیونی تجویز **نالوکسان داخل وریدی** باعث القاء محرومیت شدید می‌شود. علائم محرومیت در عرض چند ثانیه شروع و در عرض یک ساعت به اوج می‌رسد. در صورت القای محرومیت با داروهای آنتاگونیست در فرد وابسته به مواد افیونی طولانی اثر دوره محرومیت طولانی و در مواد کوتاه اثر طول دوره محرومیت به صورت نسبی کوتاه‌تر خواهد بود. ملاک‌های DSM-5 برای محرومیت مواد افیونی در کادر زیر آورده شده است.

ملاک‌های مسمومیت با مواد افیونی بر اساس DSM-5

ملاک‌های کلی محرومیت از مواد و

ملاک ب- وجود سه مورد یا بیشتر از موارد زیر که در عرض چندین دقیقه تا چند روز بعد از قطع مصرف

ترکیبات افیونی یا تجویز داروی آنتاگونیست آپئوئیدی رخ دهد:

- کج خلقی و خلق پایین
- تهوع و استفراغ
- دردهای عضلانی
- اشک ریزش و آب ریزش بینی
- گشادی مردمک، سیخ شدن موهای بدن یا تعریق
- اسهال
- خمیازه کشیدن
- تب
- بی‌خوابی

در صورت تجویز داروهای آپئوئیدی برای کنترل درد قطع مصرف به ندرت با ولع مصرف مواد افیونی همراه است. سندرم محرومیت کال شامل ولع شدید مصرف برای مواد افیونی معمولاً در افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی دیده می‌شود.

محرومیت از **تریاک** در عرض ۱۰-۱۲ ساعت و محرومیت با هروئین در عرض ۶-۸ ساعت بعد از قطع مصرف شروع می‌شود. اوج شدت محرومیت با مواد افیونی غیرقانونی معمولاً روزهای دوم و سوم بوده و در عرض ۷-۱۰ روز فروکش می‌کند، هر چند برخی علایم ممکن است برای ۶ ماه یا بیشتر طول بکشد. محرومیت ناشی از قطع مصرف **متادون** در عرض ۳-۱ روز بعد از آخرین دوز شروع و به مدت ۱۴-۱۰ روز طول می‌کشد.

علایم محرومیت مواد افیونی شامل درد و گرفتگی عضلات، درد استخوان‌ها، اسهال، دل‌پیچه، آبریزش بینی، اشک ریزش، سیخ شدن موهای بدن، خمیازه کشیدن، تب، اتساع مردمک‌ها، فشار خون بالا، افزایش ضربان قلب و اشکال در تنظیم دمای بدن به صورت هیپوترمی یا هیپرترمی است. گذراندن دوره محرومیت از مواد افیونی بدون کمک دارویی را ترک به روش **سقوط آزاد** می‌گویند. در زبان انگلیسی به محرومیت از مواد افیونی بدون کمک طبی به دلیل حالت سیخ شدن موهای بدن **بوقلمون یخ‌زده**^۱ گفته می‌شود. مرگ در اثر محرومیت از مواد افیونی بسیار **نادر** است، مگر آن که فرد بیماری جسمی زمینه‌ای شدید همچون بیماری قلبی داشته باشد.

برخی علایم همراه محرومیت از مواد افیونی شامل بی‌قراری، تحریک پذیری، افسردگی، لرزش، احساس ضعف، تهوع و استفراغ است. تجربه علایم محرومیت در بدو ورود به بازداشتگاه یا زندان با خطر افزایش یافته خودزنی، اقدام به خودکشی و پرخاش‌گری همراه است. علایم باقیه‌ای، همچون بی‌خوابی، کاهش ضربان قلب، اشکال در تنظیم دمای بدن و وسوسه برای مصرف مواد افیونی گاه برای ماه‌ها بعد از قطع مصرف مواد افیونی باقی می‌ماند.

سندرم محرومیت نوزادی

نوزادان متولدشده از مادران مصرف‌کننده مواد افیونی غیرقانونی و درمان‌نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین پس از تولد ممکن است به دلیل وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی دچار علایم **سندرم پرهیز** یا **محرومیت نوزادی** شوند.

¹ cold turkey

شروع علایم برای مواد افیونی کوتاه‌اثر همچون تریاک و هروئین در روز اول بعد از تولد و برای داروهای آپئوئیدی طولانی‌اثر همچون متادون و بوپرنورفین در روزهای دوم و سوم خواهد بود. نشانه‌های این سندرم شامل گریه جیغ‌مانند و طولانی‌مدت، افزایش ترشحات مخاط بینی، اشک‌ریزش، بیش‌فعالی، افزایش تون عضلانی، کاهش قدرت مکش، شیر نخوردن، تعریق، اسهال و در موارد نادر تشنج می‌شود. به دلیل انگ‌همراه با مصرف مواد افیونی خصوصاً در زنان، پزشکان مراقبت اولیه در صورت مواجهه با این علایم در نوزاد تازه متولدشده باید سندرم محرومیت نوزادی را در تشخیص افتراقی در نظر بگیرند.

مراقبت

بیش‌مصرفی مواد افیونی

مرگ ناشی از مسمومیت شدید یا بیش‌مصرفی^۱ مواد افیونی در اثر سرکوب تنفسی و ایست تنفسی رخ می‌دهد. از زمانی که فرد دچار ایست تنفسی می‌شود تا زمانی که شدت اسیدوز خون منجر به ایست قلبی می‌شود ۱-۲ ساعت به طول می‌انجامد. بنابراین متعاقب وقوع بیش‌مصرفی مواد افیونی یک زمان طلایی برای نجات افراد وجود دارد. این موضوع اهمیت آموزش برخورد صحیح با فرد دچار بیش‌مصرفی مواد افیونی را به افراد مبتلا و خانواده‌های آنها را مورد تأکید قرار می‌دهد.

نقش پزشکان در ارتباط با پیشگیری از بروز مرگ ناشی از بیش‌مصرفی مواد افیونی عبارت است از:

- آموزش افراد مبتلا و خانواده‌های آنها درباره آشنایی با عوامل خطر برای بروز بیش‌مصرفی و راه‌های کاهش آن شامل توصیه به دریافت درمان‌های نگهدارنده آگونیستی
- آموزش کارکنان و افراد مبتلا و خانواده‌های آنها درباره نحوه برخورد با فرد مشکوک به بیش‌مصرفی مواد افیونی

به منظور پیشگیری از مرگ پیش از موعد در اثر بیش‌مصرفی مواد افیونی موارد زیر توصیه می‌گردد:

- پزشک و کارشناس سلامت روان مرکز خدمات جامع سلامت باید به افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی و خانواده آنها در خصوص عوامل خطر بیش‌مصرفی مواد افیونی و نحوه پیشگیری از آن و علایم و نشانه‌های بیش‌مصرفی مواد افیونی و نحوه برخورد با آن آموزش دهد.
- در این آموزش‌ها باید بر نگهداری مناسب داروهای آپئوئیدی و سایر داروهای واجد پتانسیل

سوء مصرف دوز ارد سترس اطفال تأکید گردد. این موضوع به صورت خاص باید درباره شربت متادون دارویی که برای درمان نگهدارنده در افراد وابسته به مواد افیونی مورد استفاده قرار می‌گیرد، مورد توجه قرار گیرد.

نحوه برخورد با بیش مصرفی مواد افیونی

نشانه‌های بیش مصرفی مواد افیونی عبارتند از: خُرْخُر شدید، کبودی رنگ پوست (خصوصاً کبود شدن لب‌ها و ناخن‌ها)، کاهش تعداد تنفس، قطع تنفس و کاهش هوشیاری. اگر نتوانیم فردی را با فریاد زدن یا نیشگون گرفتن گوش بیدار کنیم فرد ناهشیار است. در مراحل اولیه بیش مصرفی مواد افیونی تنگی مردمک و در صورت وجود هیپوکسی طول کشیده گشادی مردمک‌ها دیده می‌شود.

کارکنان شاغل در مراقبت بهداشتی اولیه در صورت عدم دسترسی به پزشک، افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی و خانواده‌های آنها، باید در صورت مواجهه با فردی که متعاقب مصرف مواد افیونی به تنهایی یا همراه با مواد دیگر دچار علائم بیش مصرفی مواد افیونی شده است:

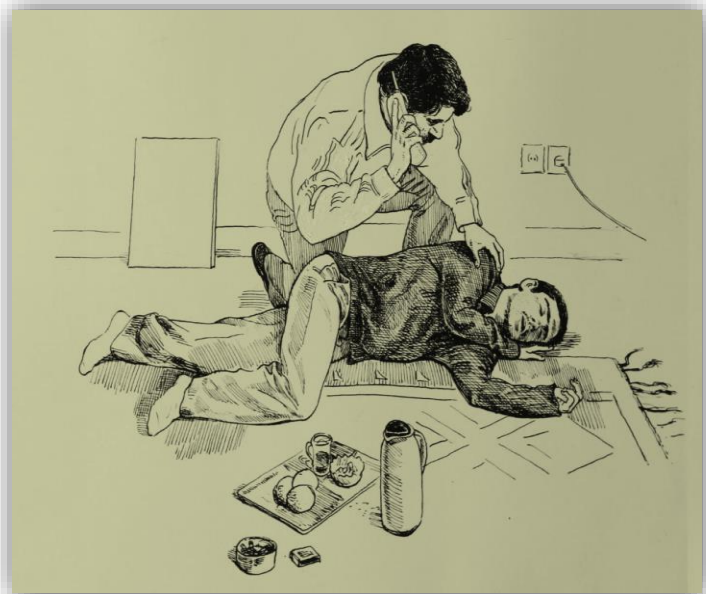
- خونسردی خود را حفظ نموده و فرد را به مدت ۱۰ ثانیه مشاهده و ارزیابی نماید.
- اگر مصدوم ناهشیار است، اما نفس می‌کشد: قراردهی فرد در وضعیت نجات (شکل ۶-۱۰) و تماس با آمبولانس. تا زمان رسیدن آمبولانس فرد تحت نظر گرفته شود.
- در صورتی که مصدوم نفس نمی‌کشد: تماس با آمبولانس و سپس شروع فوری احیای قلبی-

ریوی فرد

○ در احیاء-قلبی ریوی فرد دچار بیش مصرفی مواد افیونی، جزء اصلی تنفس دهان به دهان محسوب می‌گردد. در صورتی که فرد غیرحرفه‌ای مواجهه یافته با یک مصدوم مشکوک به بیش-مصرفی مواد افیونی تمایل به انجام تنفس دهان به دهان نداشته باشد، ماساژ قلبی به تنهایی نیز توصیه می‌گردد.

○ هدف از ماساژ قلبی این نیست که قلب مصدوم مجدداً شروع به تپیدن کند، بلکه هدف زنده نگه داشتن مصدوم تا رسیدن اورژانس است. ماساژ قلبی مقادیر اندکی خون را به سایر ارگان‌های بدن می‌رساند که مهم‌ترین آنها مغز است و به صورت معنی داری احتمال اینکه فرد به صورت موفقیت آمیزی توسط خدمات اورژانس احیا شود بالا می‌برد.

○ هنگام ماساژ قلبی شما ممکن است هیچ تغییری در وضعیت ظاهری بیمار مشاهده نکنید، اما باید تا زمانی که مقدر است این کار را ادامه دهید. تنها زمانی ماساژ قلبی را رها کنید که فرد دوباره



شکل ۶-۸- قرار دادن مصدوم در وضعیت نجات و تماس با آمبولانس

در وضعیت نجات فرد بر روی پهلوی چپ خوابانده شده و با بالا بردن سر و پایین کشیدن چانه اطمینان از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل می‌شود.

در صورت برخورد پزشک با مورد مشکوک به بیش مصرفی مواد افیونی اقدامات زیر توصیه می‌گردد:

- اولین اقدام اطمینان از باز بودن و کفایت راه هوایی است. در این مرحله ترشحات دهان، حلق و تراشه ساکشن شده و یک راه هوایی در دهان گذاشته می‌شود.

- سپس باید نالوکسان تزریقی به صورت وریدی، عضلانی یا زیرجلدی برای مصدوم تجویز شود. دوز اولیه نالوکسان در دامنه ۰/۴ تا ۲ میلی گرم توصیه می‌شود. برای یک فرد بزرگسال ۷۰ کیلوگرمی دوز شروع ۰/۸ میلی گرم توصیه می‌شود. آمپول نالوکسان در فارماکوپه کشور ما با دوز ۰/۴ میلی گرم/میلی لیتر در دسترس قرار دارد. نشانه‌های بهبودی (افزایش تعداد تنفس در دقیقه و اتساع مردمک) بلافاصله رخ می‌دهد. در بیماران وابسته به مواد افیونی دوزهای بالای نالوکسان ممکن است منجر به القای نشانه‌های محرومیت در فرد شود.
- در صورت عدم پاسخ درمانی این دوز هر ۳-۲ دقیقه قابل تکرار است.
- برای برگرداندن بیش مصرفی ناشی از داروهای آگونیست و آنتاگونیست گیرنده‌های آپئوئیدی برای مثال بوپرنورفین به دوزهای چند برابر دوز معمول در بیش مصرفی آگونیست‌های خالص گیرنده‌های آپئوئیدی مورد نیاز خواهد بود.
- در صورتی که فرد به دوز مجموع ۵-۴ میلی گرم نالوکسان پاسخ ندهد، سرکوب دستگاه اعصاب مرکزی احتمالاً فقط مربوط به مواد افیونی نیست.
- در برخی منابع ذکر شده در صورت عدم پاسخ مصدوم به دوز مجموع ۱۰ میلی گرم نالوکسان

تشخیص مسمومیت با مواد آگونیست یا آگونیست-آنتاگونیست اُپیوئیدی زیر سؤال می‌رود.

- نیمه عمر نالوکسان به طور میانگین ۶۰ دقیقه و در دامنه ۳۰ تا ۸۰ دقیقه از بیشتر مواد افیونی کوتاه‌تر است. بنابراین ممکن است برطرف شدن اثرات نالوکسان مجدداً در بیمار علائم بیش‌مصرفی ظاهر گردد. پس از احیای موفق بیمار فرد باید به مدت ۱۲ ساعت در مواد افیونی متوسط‌اثر و ۲۴ ساعت در مواد افیونی طولانی‌اثر نظیر متادون تحت نظر گرفته شود. لذا در تمام گروه‌های سنی بعد از برگشت بیمار، فرد باید به صورت فوری با آمبولانس برای تحت نظرگیری و در صورت نیاز تداوم درمان به یک مرکز بیمارستانی منتقل شوند.

در صورت عدم دسترسی پزشک به نالوکسان باید به صورت فوری با اورژانس تماس گرفته و تا زمان رسیدن آمبولانس احیاء قلبی-ریوی انجام پذیرد. در صورتی که فرد ناهوشیار بوده اما تنفس خودبه‌خودی داشته باشد، از دوز پایین‌تر نالوکسان در دامنه ۰/۱ تا ۰/۲ میلی‌گرم استفاده می‌شود.

دوز معمول نالوکسان در بیش‌مصرفی مواد افیونی در نوزادان و کودکان ۰/۰۱ میلی‌گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن است که به صورت تزریق وریدی، عضلانی یا زیرجلدی قابل تجویز است. در صورت عدم مشاهده پاسخ مطلوب این دوز هر ۲-۳ دقیقه قابل تکرار است. سندرم محرومیت از مواد افیونی در نوزادان می‌تواند تهدیدکننده حیات باشد، بنابراین در تجویز نالوکسان به نوزادان باید دوز دارو بر حسب وزن به دقت تنظیم شود. در صورت آرام‌بخشی شدید ناشی از مصرف مواد افیونی دوز نالوکسان در نوزادان ۰/۰۱ و در کودکان ۰/۰۰۵ تا ۰/۰۱ میلی‌گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن خواهد بود.

در سال‌های اخیر در برخی کشورها به منظور پیشگیری از مرگ ناشی از بیش‌مصرفی مواد افیونی به افرادی که به صورت بالقوه ممکن است شاهد بیش‌مصرفی مواد افیونی باشند نظیر افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی، خانواده بیماران، کارکنان مراکز کاهش آسیب و تیم‌های سیار، کارکنان پلیس و کارکنان مدارس اجازه داده شده که نالوکسان در اختیار داشته باشند و در صورت مواجهه با فرد مصدوم در کنار کمک‌های اولیه برای احیاء فرد مشکوک به بیش‌مصرفی مواد افیونی از نالوکسان استفاده کنند.

اشکال مختلف نالوکسان برای استفاده افراد غیرحرفه‌ای شامل کیت‌های حاوی سرنگ از پیش پرشده^۱، دستگاه اتوانجکتور^۲ (دوز منفرد، ۰/۴ میلی‌گرم/دوز)، وسیله اتومایزر مخاطی^۳ برای تجویز داخل بینی و

¹ pre-filled syringe

² auto-injector device

³ mucosal atomizer device

اسپری بینی نالوکسان^۱ (دوز منفرد، ۴ میلی گرم/دوز) می شود.

مراقبت

• درمان های دارویی

درمان دارویی انتخابی در وابستگی به مواد افیونی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین یا متادون در سطح ۲ مراقبت است.

بنا به تعریف به «جایگزینی قانونی مصرف مواد مخدر غیرمجاز و غیرقانونی مراجع، با یک داروی آگونیست اُپیوئیدی غیرتزریقی، ارزان قیمت، خالص و بهداشتی با اثر بطئی و ملایم در دوز مطلوب و بهینه توسط گروه درمان گران در محیط سالم درمانی به نیت درمان فرد، هم زمان با ارائه سایر مداخلات درمانی و ثبت و پایش دقیق پیشرفت و بهبودی» درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست اُپیوئیدی گفته می شود.

افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی با تخریب نسبی کمتر برای مثال افراد وابسته به ترامادول یا تریاک برای درمان نگهدارنده با بوپرنورفین و افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی با تخریب نسبی بالا برای مثال افراد وابسته به هروئین یا مصرف کنندگان تزریقی مواد برای درمان نگهدارنده با متادون مناسب هستند.

درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با درمان نگهدارنده با بوپرنورفین توانایی بالاتری در نگه داشتن بیماران در درمان و دستیابی به پرهیز دارد، با این وجود به دلیل نیم رخ عوارض جانبی شدیدتر درمان با متادون مطلوب است درمان نگهدارنده با بوپرنورفین نسبت به درمان نگهدارنده با متادون در درمان وابستگی به مواد افیونی اولویت داده شود و در صورت عدم پاسخ درمانی مطلوب درمان با متادون در نظر گرفته شود.

درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست از طریق کاهش برخی از عوارض بهداشتی مهم مرتبط با اعتیادهای سنگین نظیر نقش مهمی در ارتقای سلامت معتادان به مواد افیونی و کاهش مرگ و ناتوانی در آنها دارد. برخی منافع اثبات شده درمان های نگهدارنده با داروهای آگونیست به شرح زیر است: کاهش

¹ nasal spray

مصرف مواد افیونی غیرقانونی، کاهش تزریق مواد افیونی، کاهش تزریق مشترک، کاهش خطر مرگ ناشی از بیش مصرفی مواد افیونی، کاهش جرم و جنایت، کاهش شیوع و بروز اچ آی وی، کاهش آنگ و افزایش امکان درگیر کردن خانواده‌ها.

با این وجود منافع درمان‌های نگهدارنده با داروهای آگونیست به موارد بالا محدود نیست. بلکه این درمان‌ها با کاهش وسوسه و اشتغال ذهنی با مصرف مواد مجال توجه مجدد به امور مهم زندگی را برای فرد فراهم می‌کند. درمان‌های نگهدارنده با داروهای آگونیست ماندگاری بالایی داشته و فرصت مناسبی برای ارایه مداخلات تکمیلی به بیماران فراهم می‌کنند. در کنار درمان دارویی مداخلات روان شناختی باید به منظور کمک به بیماران برای برگشت به اجتماع و ساختن سبک زندگی سالم و غیرمرتبط با مواد کمک نماید. با توجه به تخریب گسترده ایجاد شده در اثر سال‌های مصرف مواد فرآیند بهبودی در طول درمان نگهدارنده نیاز به زمان طولانی دارد.

هدف از فاز نگهدارنده در درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست حفظ بیمار در وضعیت پایداری تا بهبود و اصلاح شاخص‌های عمده فردی، خانوادگی، اقتصادی، اجتماعی، قانونی، روانی، جسمی و شغلی است. به عبارت دیگر بیمار آنقدر در وضعیت پایدار شده می‌ماند تا از نظر شاخص‌های مذکور به یک شهروند معمول و متعارف جامعه تبدیل گردد. این مرحله ممکن است بین ۲ تا ۵ سال به طول انجامد. در عده‌ای نیز متأسفانه به دلیل شدت بیماری یا عوارض مرتبط با آن ممکن است هیچگاه شرایط مد نظر برای خاتمه درمان نگهدارنده احراز نشده و بیمار عملاً تا آخر عمر در درمان باقی بماند.

یکی از موضوعات چالش برانگیز در کار با بیماران روی درمان‌های نگهدارنده با داروهای آگونیست تعیین زمان مناسب برای خاتمه درمان است. بیمار مناسب برای کاهش تدریجی دوز داروی آگونیست فردی است که حداقل ۶ ماه تا یک سال و در غالب موارد بیش از ۲ سال دوره درمان نگهدارنده را سپری کرده باشد، مراجعه منظم داشته، به طور فعال در جلسات روان‌درمانی و مشاوره شرکت نموده، حداقل شش ماه هیچ ماده غیرقانونی مصرف نکرده، از نظر وضعیت خانوادگی باثبات است، روابط اجتماعی با افراد غیرمصرف‌کننده دارد، سرگرمی‌های غیرمرتبط با مواد دارد، شاغل است و مدت قابل قبولی در شغل خود بدون مشکل کار کرده و دارای انگیزه واقعی (نه اهداف تکانشی و یا با فشار اطرافیان) برای کاهش دوز دارو و خاتمه درمان است.

بازگیری یا محرومیت با نظارت طبی^۱ یا بازگیری با کمک طبی^۲ اصطلاح‌های به لحاظ علمی دقیق‌تری است که برای سم‌زدایی^۳ در متون علمی جدید استفاده می‌شود.

برخی بیماران و خانواده‌ها به غلط تصور می‌کنند بازگیری یا سم‌زدایی از مواد افیونی تنها چیزی است که بیمار برای دستیابی به پرهیز طولانی‌مدت از مصرف مواد و دستیابی به بهبودی نیاز دارد.

برخی بیماران و خانواده‌ها به اشتباه تصور می‌کنند بازگیری یا سم‌زدایی از مواد افیونی تنها چیزی است که بیمار برای دستیابی به پرهیز طولانی‌مدت از مصرف مواد و دستیابی به بهبودی نیاز دارد. با این حال تأکید بر این نکته در آموزش بیماران و خانواده‌ها لازم است که سم‌زدایی مطلقاً معادل درمان اعتیاد نبوده، بلکه صرفاً مرحله ابتدایی یا شروع درمان اعتیاد به مواد افیونی محسوب می‌شود. درمان استاندارد متعاقب تکمیل دوره بازگیری ارابه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود با یا بدون درمان نگهدارنده با نالترکسون است.

در مطالعات مختلف از کلونیدین و داروهای آگونیست آپیوئیدی نظیر بوپرنورفین و متادون به منظور بازگیری با حمایت طبی افراد وابسته به مواد افیونی استفاده شده است. بررسی مقایسه‌ای پیامدهای کوتاه‌مدت درمان‌های دارویی مختلف نشان می‌دهد، بوپرنورفین در مقایسه با سایر درمان‌های دارویی با میزان‌های بالاتر تکمیل دوره بازگیری همراه بوده و برای بیماران قابل تحمل‌تر است. بنابراین می‌توان گفت بوپرنورفین خط اول بازگیری از مواد افیونی برای بیماران وابسته به مواد افیونی محسوب می‌شود. بر اساس پروتکل درمان وابستگی با مواد افیونی با داروهای آگونیست استفاده از متادون برای بازگیری از مواد افیونی توصیه نمی‌شود. استثنای این قاعده جایگاه‌های تأدییی به دلیل زمان‌بر بودن تجویز زیربانی و هزینه بالای بوپرنورفین و دوره بارداری است.

کلونیدین یک داروی آگونیست گیرنده‌های α_2 آدرنژیک مرکزی است. کلونیدین با شکل دارویی قرص ۰/۲ میلی‌گرم در فارماکوپه کشور ما در دسترس قرار دارد. درمان با کلونیدین با دوز ۰/۱ میلی‌گرم ۳-۴ بار در روز شروع می‌شود و در صورت تحمل از روزهای بعد دوز دارو تا حداکثر ۰/۳ میلی‌گرم

¹ medically supervised withdrawal

² medically assisted withdrawal

³ detoxification

۴-۳ بار در روز قابل افزایش است. بعد از یک هفته درمان با کلونیدین دوز دارو تدریجاً کاهش داده شده و قطع می‌شود. استفاده از این دارو برای بازگیری از مواد افیونی در بارداری مجاز نیست.

پس از خاتمه دوره بازگیری استفاده از درمان نگهدارنده با نالترکسون می‌تواند همراه با یک برنامه روان‌شناختی پیشگیری از عود احتمال لغزش و عود را کاهش دهد. در مطالعات بین‌المللی درمان نگهدارنده با نالترکسون در بیماران واجد خانواده حمایت‌کننده که بر مصرف منظم دارو نظارت می‌کنند، نتایج درمان را بهبود بخشیده است. نالترکسون یک آنتاگونیست گیرنده‌های آپوئیدی بوده که درمان نگهدارنده با آن باعث مسدود شدن اثر مواد افیونی بر روی مغز می‌شود. این دارو به شکل کپسول ۵۰ میلی‌گرمی در فارماکوپه کشور در دسترس قرار دارد. در صورتی که فرد در حین درمان نگهدارنده با نالترکسون دچار لغزش شده و مواد افیونی مصرف کند، اثرات سرخوشی‌آور آن را تجربه نخواهد کرد و به این ترتیب بر اساس مدل شرطی‌سازی کلاسیک رفتار جستجوی مواد برای او شرطی‌زدایی^۱ شده یا اصطلاحاً دچار خاموشی^۲ می‌گردد. مهم‌ترین محدودیت نالترکسون خوراکی آن است که پایبندی به مصرف دارو پایین است. برای رفع این نقیصه آمپول طولانی‌اثر نالترکسون عضلانی (۳۸۰ میلی‌گرم هر ۴ هفته یک عدد) برای درمان وابستگی به مواد افیونی و الکل مورد تأیید قرار گرفته است، اما این شکل دارویی در بازار دارویی کشور در دسترس قرار نگرفته است.

با توجه به آنچه گفته شد، ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت در مراقبت اولیه باید بیماران و خانواده‌های آن را درباره ماهیت اعتیاد، مداخلات درمانی ایمن و مؤثر و پایبندی مناسب به برنامه درمانی استاندارد آموزش داده و تشویق نمایند.

• روان‌درمانی

هرگونه درمان دارویی برای وابستگی به مواد افیونی باید در پس‌زمینه یک برنامه جامع بهبودی مبتنی بر مداخلات روان‌شناختی و فعال‌سازی رفتاری ارائه گردد. ارائه‌دهندگان مراقبت اولیه باید در صورت شنا سایی افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی آنها را برای درمان به مراکز سرپایی درمان اعتیاد ارجاع دهند.

همچون سایر اعتیادها اساس درمان وابستگی به مواد افیونی روان‌درمانی و مداخلات روانی، اجتماعی

¹ deconditioned

² extinction

است. مجموعه‌ای از مداخلات روانی، اجتماعی همچون روان‌درمانی فردی و گروهی، رفتاردرمانی، درمان شناختی- رفتاری، فعال سازی رفتاری، مدیریت مشروط، زوج‌درمانی، خانواده درمانی و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی خود را درمان وابستگی به مواد افیونی نشان داده است. این خدمات در سطح ۲ یا ۳ مراقبت ارایه می‌شوند. برای اطلاعات بیشتر درباره انواع مراکز ارایه‌دهنده مراقبت‌های درمان و کاهش آسیب در نظام سطح‌بندی‌شده مراقبت‌های اعتیاد **فصل دوم** را ببینید.

پزشکان در مراقبت بهداشتی اولیه باید بیماران و خانواده‌های آن را درباره ماهیت اعتیاد، مداخلات درمانی ایمن و مؤثر و پایبندی مناسب به برنامه درمانی استاندارد آموزش داده و تشویق نمایند.

یکی از ملاحظات بهداشتی مهم در کسانی که مواد افیونی مصرف می‌کنند، **مصرف تزریقی** است. در صورت شناسایی مصرف تزریقی مواد، کارشناس سلامت روان باید مراقبت متناسب را بر اساس **الگوریتم (شکل ۶-۴)** ارایه نمایند.

در صورتی که تمام افرادی که به دلیل مصرف تزریقی مواد اچ آی وی مثبت هستند، اما از وضعیت خود اطلاع ندارند آزمایش اچ آی وی انجام داده و از وضعیت اچ آی وی خود مطلع گردند، خطر رفتارهای پرخطر مرتبط با تزریق و عملکرد جنسی تا ۳۰ درصد کاهش می‌یابد.

برنامه سرنگ و سوزن^۱ یا برنامه تعویض سرنگ^۲ برنامه‌ای است که از طریق مراکز ثابت یا تیم‌های سیار در سطح ۲ مراقبت، امکان دسترسی معتادان تزریقی را به سرنگ، سرسوزن و کاندوم تسهیل می‌کند. مراکز کاهش آسیب و تیم‌های سیار همچنین سایر خدمات کاهش آسیب نظیر آموزش‌های کاهش آسیب را ارایه می‌دهند. ارایه وسایل و آموزش‌های کاهش آسیب می‌تواند به صورت مؤثری رفتارهای پرخطر مرتبط با مصرف مواد و جنسی را در معتادان تزریقی کاهش داده و از این طریق خطر ابتلا به عفونت اچ آی وی را در این گروه از بیماران کاهش دهد. توضیحات بیشتر در این ارتباط در **فصل هفتم** ارایه شده

¹ NSP: Needle and syringe programs

² NEP: Needle exchange programs

است.

گروه‌های خاص

در **کودکان و نوجوانان** وابستگی به مواد معمولاً با مصرف مواد در والدین و وضعیت خانوادگی و اجتماعی نابسامان همراه است. در صورت تشخیص وابستگی به مواد افیونی بررسی از نظر وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی و اجتماعی و ارجاع متناسب به صورت **فوری** ضرورت دارد. در صورتی که مورد اورژانسی وجود نداشته باشد کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات مصرف مواد افیونی باید جهت درمان به **درمانگاه فوق تخصصی روان‌پزشکی کودک و نوجوان** و در صورت در دسترس نبودن **درمانگاه‌های تخصصی روان‌پزشکی** یا **درمان اعتیاد** ارجاع شوند.

درمان استاندارد وابستگی به مواد افیونی در بارداری **درمان نگهدارنده با متادون یا بوپرنورفین** است. در این ارتباط توجه به نکات زیر مهم است:

- ماندگاری در درمان با درمان نگهدارنده با **متادون** بهتر است.
- درمان‌گران سطح ۲ و ۳ در **درمان نگهدارنده با متادون** برای وابستگی به مواد افیونی در بارداری تجربه و تسلط بیشتری دارند.
- وزن تولد نوزادان در **درمان نگهدارنده با بوپرنورفین** بالاتر است.
- **درمان نگهدارنده با بوپرنورفین** با شیوع و شدت پایین‌تر سندرم محرومیت نوزادی همراه است. با در نظر گرفتن ملاحظات بالا، نوع درمان دارویی مناسب برای زنان باردار وابسته به مواد افیونی تعیین می‌شود.

پزشکان باید مادران باردار وابسته به مواد افیونی را برای شروع و تداوم **درمان نگهدارنده با متادون** با بوپرنورفین در سطوح ۲ و ۳ ارجاع داده و آنها را پیگیری کنند. همکاری نزدیک بین مراقبت‌های بارداری، خدمات درمان اعتیاد و سایر خدمات طبی، روان‌پزشکی و اجتماعی مورد نیاز این گروه‌ها از بیماران، برای ارائه خدمات بهینه ضرورت دارد.

کارکنان تیم سلامت باید مادر باردار وابسته به مواد افیونی یا تحت درمان با داروهای آگونیست آپئوئیدی را برای **زایمان در بیمارستان** تشویق و حمایت کنند. توصیه می‌گردد نوزادان متولد شده از این مادران باید تا ۵ روز بعد از زایمان در بیمارستان از نظر بروز نشانه‌های سندرم پرهیز نوزادی تحت نظر باشند تا در صورت بروز و تشدید علائم درمان دارویی مورد نیاز ارائه شود.

همان طور که گفته شد پزشکان باید تشخیص افتراقی سندرم پرهیز نوزادی را در نوزادانی که با علائم شیر نخوردن، اسهال، تب و تشنج به مرکز آورده می‌شوند در نظر داشته و در صورت شک بالینی نوزاد را به صورت فوری برای درمان به بیمارستان ارجاع نماید. در صورتی که ممنوعیت دیگری برای شیردهی وجود نداشته باشد، درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین در شیردهی بلامانع است. میزان ترشح متادون در شیر ناچیز است. بوپرنورفین با سطوحی مشابه پلاسما در شیر ترشح می‌شود، اما به دلیل زیست‌فراهمی خوراکی پایین آن جذب آن در بدن کودک شیرخوار ناچیز است. بنابراین باید مادران به تحت درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین درباره بی‌خطر بودن درمان با این داروها در شیردهی آموزش داده و آنها را برای تداوم درمان تشویق نمود.

برخی ممنوعیت‌های شیردهی عبارتند از:

- عفونت اچ آی وی از طریق شیر ممکن است به نوزاد منتقل شود، بنابراین مادران مبتلا به عفونت اچ آی وی نباید به نوزاد خود شیر بدهند. این گروه از مادران باید برای دریافت شیر خشک مورد حمایت قرار گیرند.
- مادران مصرف‌کننده فعال مواد افیونی نباید به نوزاد خود شیر بدهند، زیرا مورفین در شیر ترشح شده و می‌تواند منجر به آپنه تنفسی در نوزاد شود.
- در گزارش‌های موردی آپنه تنفسی متعاقب مصرف کدئین در شیردهی دیده شده است.
- مادران که مصرف روزانه مت‌آمفتامین دارند نباید به نوزاد خود شیر دهند.
- مادرانی که مصرف گاهگاهی مت‌آمفتامین دارند، بعد از هر بار مصرف باید تا ۲۴ ساعت از شیردهی پرهیز کنند و در طول این مدت شیر خود را دوشیده و دور بریزند.
- متعاقب هر بار مصرف الکل تا ۸-۶ ساعت شیردهی نباید انجام شود.
- ابتلای مادر به هیپاتیت سی ممنوعیتی برای شیردهی محسوب نمی‌شود.

مواد محرک

اختلال مصرف مواد محرک

تشخیص اختلالات مصرف مواد محرک با استفاده از نتایج غربال‌گری تکمیلی و ارزیابی از نظر ملاک‌های تشخیصی مصرف آسیب‌رسان و وابستگی انجام می‌پذیرد. ملاک‌های تشخیص اختلال مصرف

مواد محرک مشابه سایر اختلال‌های مصرف مواد است. وابستگی به مت‌آمفتامین می‌تواند منجر به اُفت سریع و شدید کارکردهای خانوادگی، شغلی یا تحصیلی فرد می‌شود. فردی که محرک‌های شبه‌آمفتامینی مصرف می‌کند، به صورت فزاینده‌ای نیاز به دوزهای بالاتر مواد داشته و با تداوم مصرف تقریباً همیشه نشانه‌های جسمی درگیری با مصرف مواد محرک نظیر چروکیده شدن بافت‌های بدن و افکار بدبینی ظاهر می‌شود.

مسمومیت با مواد محرک

ملاک‌های تشخیصی مسمومیت با مواد محرک بر علائم و نشانه‌های رفتاری و جسمی مصرف مواد محرک تأکید دارد. ملاک‌های DSM-5 برای مسمومیت با مواد محرک در کادر زیر آورده شده است.

ملاک‌های مسمومیت با مواد محرک بر اساس DSM-5

ملاک‌های کلی مسمومیت از مواد و

ملاک ج: دو مورد (یا بیشتر) از علائم و نشانه‌های زیر که در حین یا پس از مصرف مواد محرک رخ دهد:

- تکیکاردی یا برادیکاردی
- گشادی مردمک‌ها
- فشار خون افزایش یا کاهش یافته
- تعریق یا لرز
- تهوع و استفراغ
- شواهد کاهش وزن
- بی‌قراری یا کندی روانی، حرکتی
- ضعف عضلانی، سرکوب تنفسی، درد قفسه صدی یا آریتمی قلبی
- تیرگی شعور، تشنج، دیسکینزی، دیستونی یا اغماء

مصرف مواد محرک باعث بالا رفتن خلق، سرخوشی، افزایش اعتماد به نفس و بهبود کارکردهای جسمی و ذهنی می‌شود. با مصرف دوزهای بالا، علائم مسمومیت شامل بی‌قراری، تحریک‌پذیری، اختلال در قضاوت، رفتارهای جنسی پرخطر، پرخاش‌گری و افزایش عمومی فعالیت جسمی ظاهر می‌شوند.

نشانه‌های جسمی اصلی مسمومیت با مواد محرک شامل افزایش ضربان قلب (بیش از ۱۰۰ عدد در دقیقه)، فشار خون بالا و گشادی مردمک‌ها می‌شود. طول دوره مسمومیت با مت‌آمفتامین به دلیل نیمه‌عمر طولانی‌تر از کوکائین بیشتر است.

بیش مصرفی مواد محرک منجر به افزایش شدید دمای بدن (هیپرترمی)، تخریب بافت عضلانی، سکتة مغزی، بی‌نظمی ضربان قلب، بحران فشار خون بالا، سکتة قلبی، تشنج و مرگ می‌شود. شایع‌ترین علل مستقیم مرگ مرتبط با مصرف آمفتامین‌ها، ایست قلبی و آسیب فیزیکی هستند. در چند مطالعه مسمومیت شدید ناشی از تداخلات دارویی شدید بین مصرف مت‌آمفتامین و اکستیزی با داروهای ضدویروسی در افراد مبتلا به عفونت اچ آی وی گزارش شده است.

محرومیت مواد محرک

بعد از خاتمه دوره مسمومیت با مواد محرک یک حالت کج‌خلقی، پایین آمدن خلق، اضطراب، ترس، خستگی، کابوس، سردرد، تعریق شدید، گرفتگی عضلانی، دل‌پیچه و گرسنگی شدید به وجود می‌آید که به آن اصطلاحاً سقوط^۱ می‌گویند.

ملاک‌های محرومیت از مواد محرک بر اساس DSM-5

ملاک‌های کلی محرومیت از مواد و

ملاک ب: کج‌خلقی به همراه دو مورد یا بیشتر از موارد زیر که در عرض چندین ساعت تا چند روز بعد از

قطع (یا کاهش) مصرف مواد محرک رخ دهد:

- خستگی
- خواب‌های واضح و ناخوشایند
- بی‌خوابی یا پرخوابی
- افزایش اشتها
- کندی یا بی‌قراری روانی، حرکتی

علائم محرومیت ناشی از قطع مصرف مواد محرک در عرض ۴-۲ روز به اوج می‌رسد و معمولاً ۱

¹ crash

هفته باقی می ماند. جدی ترین علامت محرومیت مواد محرک افسردگی است که پس از قطع مصرف دوزهای بالای مواد محرک شدید بوده و می تواند با افکار و اقدام به خودکشی همراه باشد. محرومیت از مواد محرک با تجربه و سوسه شدید برای مصرف مواد محرک همراه است و مصرف آن منجر به تسکین فوری علایم محرومیت می شود.

پسیکوز القاء شده با مواد محرک

شاه علامت اختلال پسیکوز القاء شده با مواد محرک هذیان های گزند و آسیب و بدبینی و توهمات است. توهم های شنوایی شایع هستند، اما توهم های بینایی و لامسه کمتر شایع هستند. احساس خزش حشرات زیر پوست با پسیکوز القاء شده با مواد محرک مرتبط است. ایجاد علایم به دوز مصرف روزانه، طول مدت مصرف و حساسیت فرد بستگی دارد. در افرادی که سابقه ابتلا به اختلالات پسیکوتیک اولیه دارند، مصرف مواد محرک می تواند منجر به عود یک دوره حاد بیماری و یا تشدید آن شود.

شاه علامت اختلال پسیکوز القاء شده با مواد محرک هذیان های گزند و آسیب و بدبینی و توهمات است. توهم های شنوایی شایع هستند، اما توهم های بینایی و لامسه کمتر شایع هستند. احساس خزش حشرات زیر پوست با پسیکوز القاء شده با مواد محرک مرتبط است. هذیان بی وفایی، پرخاش گری و خشونت خانگی به مصرف مواد محرک غیر شایع نیست.

مراقبت

یکی از فوریت های مرتبط با مصرف مواد محرک، پسیکوز القاء شده در اثر مواد محرک است. ایجاد علایم پسیکوز به دوز مصرف روزانه، طول مدت مصرف و حساسیت فرد بستگی دارد. در افرادی که سابقه ابتلا به اختلالات پسیکوتیک اولیه دارند، مصرف مواد محرک می تواند منجر به عود یک دوره حاد بیماری و یا تشدید آن شود.

دارودرمانی تأیید شده برای درمان وابستگی به مواد محرک شناسایی نشده است و درمان استاندارد این اختلال مداخله روان شناختی جامع سرپایی با رویکرد ماتریکس یا ماتریکس تغییر یافته در سطح ۲ یا ۳ مراقبت است. بیماران وابسته به مواد محرک باید به صورت غیر فوری به مراکز سرپایی درمان اعتیاد واجد

روانشناسان دوره‌دیده در زمینه درمان مواد محرک ارجاع شوند.

در بیماران وابسته به مت‌آمفتامین وابستگی چندگانه به مواد و اختلالات روان‌پزشکی همبود شایع است و این موضوع باید در برنامه‌ریزی مراقبت و درمان این گروه از بیماران در مراکز اختصاصی و تخصصی درمان اعتیاد مورد توجه قرار گیرد. توجه به وجود همبودی‌های روان‌پزشکی در بیماران وابسته به مواد محرک مهم است. همچون سایر اختلالات روان‌پزشکی آسیب به خود، آسیب به دیگران، دلیریوم و پسیکوز در کسانی که مصرف مواد محرک دارند، نیاز به ارجاع فوری جهت ارزیابی و درمان تخصصی دارد.

داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور

اختلال مصرف داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور

تشخیص اختلالات مصرف داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور با استفاده از نتایج غربال‌گری تکمیلی و ارزیابی از نظر ملاک‌های تشخیصی مصرف آسیب‌رسان و وابستگی انجام می‌پذیرد. قصد فرد از مصرف غیرپزشکی این داروها (خوددرمانی یا دستیابی به سرخوشی)، دوز و طول مدت مصرف پیش‌بینی‌کننده احتمال ایجاد وابستگی به این داروها است.

مسمومیت با داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور

سندرم مسمومیت القاء‌شده با تمام داروهای این گروه مشابه بوده و با حالاتی مثل از دست دادن تعادل، اختلال تکلم، نیستاگموس، اختلال حافظه، اختلال تعادل راه رفتن و در موارد شدید اتوپور، اغما و مرگ می‌شود. مسمومیت با داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور خطر مرگ ناشی از مسمومیت با مواد افیونی، الکل و سایر مواد تضعف دستگاه اعصاب مرکزی را افزایش می‌دهد.

ملاک‌های مسمومیت با داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور بر اساس DSM-5

ملاک‌های کلی مسمومیت از مواد و

ملاک ج: یک مورد (یا بیشتر) از علائم و نشانه‌های زیر که در حین یا پس از مصرف داروهای آرام‌بخش و

خواب‌آور رخ دهد:

- کلام جویده جویده
- ناهماهنگی
- تلوتلو خوردن
- نیستاگموس
- نقص در توجه یا حافظه
- استوپور یا اغماء

مسمومیت با بنزودیازپین‌ها می‌تواند منجر به مهارگسیختگی رفتاری، برون‌ریزی هیجانی شدید و پرخاش‌گری در برخی افراد شود.

این حالات در صورت مصرف بنزودیازپین‌ها با الکل برجسته‌تر هستند. مسمومیت با بنزودیازپین‌ها سرخوشی کمتری در مقایسه با باربیتورات‌ها ایجاد می‌کند. بدین جهت بنزودیازپین‌ها پتانسیل سوء مصرف پایین‌تری در مقایسه با باربیتورات‌ها دارند.

محرومیت از داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور

شدت سندرم محرومیت از بنزودیازپین‌ها به عواملی همچون میانگین دوز روزانه مصرفی و طول مدت مصرف بستگی دارد. یک سندرم محرومیت خفیف حتی بعد از یک دوره کوتاه مصرف بنزودیازپین‌ها رخ می‌دهد. سندرم محرومیت شدید می‌تواند با قطع ناگهانی دوزهای معادل ۴۰ میلی‌گرم دیازپام در روز رخ دهد.

ملاک‌های محرومیت از داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور بر اساس DSM-5

ملاک‌های کلی محرومیت از مواد و

ملاک ب: وجود دو مورد یا بیشتر از موارد زیر که در عرض چندین ساعت تا چند روز بعد از قطع (یا

کاهش) مصرف الکل رخ دهد:

- بیش‌فعالی اتونوم (برای مثال تعریق یا نبض بالای ۱۰۰)
- افزایش لرزش دست
- بی‌خوابی
- تهوع یا استفراغ
- توهم یا خطاهای ادراکی بینایی، لامسه یا شنوایی گذرا
- بی‌قراری روانی، حرکتی
- اضطراب
- تشنج‌های گراندمال

علائم محرومیت از بنزودیازپین‌ها شامل اضطراب، کج‌خلقی، عدم تحمل نورهای درخشان و صداهای بلند، تهوع، تعریق، گرفتگی عضلات و گاه تشنج (خصوصاً با دوزهای بالای ۵۰ میلی‌گرم دیازپام در روز) است. زمان شروع علائم محرومیت متعاقب قطع مصرف بنزودیازپین‌ها به نیمه‌عمر دارو بستگی دارد. کسانی که دوز معادل ۴۰۰ میلی‌گرم فنوباریتال در روز مصرف می‌کنند با قطع مصرف دچار محرومیت خفیف می‌شوند. قطع مصرف در کسانی که دوز معادل ۸۰۰ میلی‌گرم فنوباریتال در روز مصرف می‌کنند باعث القای ضعف، لرز و اضطراب شدید می‌شود. در حدود ۷۵٪ این افراد تشنج مرتبط با محرومیت را تجربه می‌کنند. کسانی که دوزهای بالای ۸۰۰ میلی‌گرم در روز فنوباریتال مصرف می‌کنند با قطع مصرف ممکن است دچار بی‌اشتهایی، دلیریوم، توهم و تشنج‌های مکرر شوند. بیشتر علائم محرومیت از باربیتورات‌ها در سه روز اول رخ می‌دهد و تشنج معمولاً در اوج محرومیت در روزهای دوم و سوم دیده می‌شود. همیشه قبل از وارد شدن بیمار به دلیریوم تشنج رخ می‌دهد. علائم محرومیت باربیتورات‌ها ندرتاً بیش از ۱ هفته تداوم می‌یابد.

مراقبت

مسمومیت/بیش مصرفی

بیمار دچار بیش مصرفی داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور باید برای درمان مسمومیت به صورت فوری به بیمارستان ارجاع گردد.

مسمومیت هم‌زمان با داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور خطر مرگ ناشی از مسمومیت با مواد افیونی، الکل و سایر مواد تضعف دستگاه اعصاب مرکزی را افزایش می‌دهد.

درمان بیش مصرفی داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور خوراکی در بیمارستان شامل شستشوی معده، تجویز ذغال فعال و پایش دقیق نشانه‌های حیاتی و فعالیت دستگاه اعصاب مرکزی می‌شود. در صورتی که بیمار مصرف‌کننده دوزهای بالای داروهای آرام‌بخش هنگام مراجعه هوشیار باشد استفراغ القاء و ذغال فعال برای کاهش جذب گوارشی تجویز می‌گردد. بیمارانی که دچار کاهش هوشیاری شدید و اغما هستند برای درمان نیاز به تهویه مکانیکی و پذیرش در واحد مراقبت‌های ویژه خواهند داشت. فلومازنیل آنتاگونیست اختصاصی جایگاه اتصال بنزودیازپین‌ها در کمپلکس گیرنده گابا A بوده و در درمان مسمومیت با بنزودیازپین‌ها در مراکز تخصصی مسمومیت‌ها استفاده می‌شود.

اختلال مصرف داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور

در صورت شناسایی فرد وابسته به داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور فرد باید برای ارزیابی بیشتر و درمان به مراکز تخصصی سرپایی درمان اعتیاد ارجاع شود. بازگیری با حمایت طبی از داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور باید در مراکز تخصصی درمان اعتیاد انجام شود. به دلیل تجربه نسبتاً محدودتر پزشکان عمومی شاغل در مراکز سرپایی درمان اعتیاد در زمینه درمان وابستگی به این گروه از مواد، در صورت شناسایی بیماران وابسته به داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور ارجاع غیرفوری به مراکز تخصصی درمان اعتیاد زیر نظر متخصص روان‌پزشکی یا درمانگاه بیمارستان‌های روان‌پزشکی توصیه می‌گردد. درمان بیماران وابسته به داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور به صورت سرپایی قابل انجام است، اما در

صورت وجود اختلالات همبود جسمی یا روان‌پزشکی نیاز به درمان بستری کوتاه‌مدت و سپس تداوم درمان پس از ترخیص مورد نیاز خواهد بود. وابستگی به دوزهای بالای باربیتورات‌ها به دلیل خطر بالای بروز تشنج و دلیریوم در طول دوره محرومیت یک اندیکاسیون درمان بستری تخصصی محسوب می‌شود.

محرومیت از داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور

شدت سندرم محرومیت از بنزودیازپین‌ها به عواملی همچون میانگین دوز روزانه مصرفی و طول مدت مصرف بستگی دارد. یک سندرم محرومیت خفیف حتی بعد از یک دوره کوتاه مصرف بنزودیازپین‌ها رخ می‌دهد.

به دلیل آن که برخی بنزودیازپین‌ها تدریجاً از بدن حذف می‌شوند، علائم محرومیت از آن می‌تواند چند هفته به طول انجامد. برای پیشگیری از تشنج و سایر علائم محرومیت، دوز بنزودیازپین‌ها باید تدریجاً کاهش داده شده و قطع شود. در برخی مطالعات کارآیی کاربامازپین برای درمان محرومیت از بنزودیازپین‌ها نشان داده شده است.

اصول کلی بازگیری با نظارت طبی بنزودیازپین‌ها در کسانی که دوزهای بالاتر از دوزهای درمانی مصرف می‌کنند شامل تثبیت فرد بر روی دوز بنزودیازپین مصرفی یا تبدیل آن به دوز معادل از یک بنزودیازپین طولانی‌اثر (دیازپام و کلونازپام) و سپس کاهش تدریجی دوز و قطع می‌شود. هر ۲-۳ روز کاهش ۲۵-۱۰٪ دوز با در نظر گرفتن میزان تحمل فرد توصیه می‌گردد.

برای بازگیری کسانی که به دوزهای درمانی بنزودیازپین‌ها وابسته هستند، ابتدا دوز مصرفی بیمار ۲۵-۱۰٪ کاهش داده شده و میزان تحمل بیمار نسبت به کاهش این دوز ارزیابی می‌شود. سرعت کاهش دوز پس از این مرحله برحسب دوز و طول مدت مصرف و مشکل‌زمینه‌ای بیمار تعیین می‌شود. بیماران معمولاً کاهش تدریجی و قطع مصرف دوزهای درمانی بنزودیازپین‌ها را به خوبی تحمل می‌کنند.

درمان محرومیت از باربیتورات‌ها می‌تواند با عوارض شدیدی همچون تشنج و دلیریوم همراه باشد. برای بازگیری با حمایت طبی از بازیتورات‌ها اخذ تاریخچه دقیق و تجویز دوز آزمایشی فنوباریتال برای محاسبه دوز مورد نیاز در روز اول در مراکز تخصصی درمان بستری اعتیاد مورد نیاز است.

فصل هفتم: کاهش آسیب

عناوین فصل

- مقدمه
- تعریف و فلسفه کاهش آسیب
- گروه‌های هدف
- فرآیند ارائه خدمات کاهش آسیب
- آموزش
- مداخلات کاهش آسیب
- مداخلات جامع کاهش آسیب برای مصرف‌کننده مواد
- مداخلات کاهش آسیب برای خانواده مصرف‌کننده مواد

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- تعریف و فلسفه کاهش آسیب را توضیح دهید.
- انواع گروه‌های هدف برنامه کاهش آسیب و شیوه‌های شناسایی آنان را بیان کنید.
- با فرآیند ارائه خدمات کاهش آسیب آشنا باشید.
- انواع مداخلات کاهش آسیب برای مصرف‌کنندگان مواد و خانواده آنها را شرح دهید.
- با شرح وظایف کارکنان نظام مراقبت بهداشتی اولیه در زمینه کاهش آسیب آشنا شوید.

آن گونه که در فصل دوم دیدم مداخلات مختلفی برای مدیریت مصرف مواد وجود دارد که می‌توان آنها را براساس سطوح پیشگیری به پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم بندی کرد. این خدمات و مراقبت‌ها در قالب یک نظام سطح بندی شده خدمات درمان و کاهش آسیب اعتیاد ارایه می‌شوند.

کاهش آسیب رویکردی است که در سطح دوم مراقبت قرار می‌گیرد و هدف آن کاهش آسیب‌های همراه با مصرف مواد است که ممکن است فرد مصرف‌کننده، خانواده و اجتماع بزرگتر را در معرض خطر جدی قرار دهد. البته هیچ تناقضی بین راهبردهای پیشگیری، درمان و کاهش آسیب وجود نداشته و این سه سطح پیشگیری می‌توانند به موازات هم حرکت کنند و مکمل هم باشند. راهبردهای پیشگیری اولیه و درمان قطعاً در کاهش مصرف مواد در درازمدت مؤثر هستند ولی هدف کاهش آسیب، کاهش فوری پیامدهای مصرف مواد از طریق برنامه‌های واقع‌بینانه و عملی است. نکته کلیدی، ایجاد توازن بین برنامه‌های پیشگیری اولیه، درمانی و کاهش آسیب برای مدیریت مصرف مواد در جمعیت تحت پوشش است.

تعریف و فلسفه کاهش آسیب

بر اساس تعریف «کاهش آسیب به هر برنامه یا سیاستی اطلاق می‌گردد که برای کاهش آسیب‌های مرتبط با مصرف مواد طراحی شده است، بدون اینکه هیچ الزامی برای ترک مواد وجود داشته باشد.»

هدف این برنامه‌ها، پیشگیری یا کاهش پیامدهای منفی مصرف مواد است که ممکن است روی مصرف‌کننده، خانواده و اجتماع اثر بگذارد. همچنین این رویکرد به دنبال بهبود کیفیت زندگی مصرف‌کنندگان مواد در حوزه‌های سلامت، روان، اشتغال، مسکن و سرپناه نیز هست. کاهش آسیب برای رسیدن به اهداف خود از انواع مختلف راهبردهای آموزشی و مشاوره‌ای استفاده می‌کند و گروه هدف آن می‌تواند فرد مصرف‌کننده، خانواده و یا اجتماع باشد.

چیزی که کاهش آسیب را از برنامه‌های درمانی مبتنی بر پرهیز و یا زندانی کردن مصرف‌کنندگان متمایز می‌سازد این است که تحمل بیشتری نسبت به مصرف مواد داشته و درصدد کاهش آنگ مرتبط با مصرف مواد است.

توجه به فلسفه کاهش آسیب به روشن‌تر شدن این موضوع کمک خواهد کرد. دو خصوصیت اصلی فلسفه کاهش آسیب عبارتند از:

- عمل‌گرایی

• مراجع محور بودن

فلسفه کاهش آسیب، عمل گراست، چون این واقعیت را می‌پذیرد که مردم همیشه مواد مصرف کرده‌اند و خواهند کرد و انکار آن هیچ فایده‌ای ندارد. مواد همیشه وجود خواهد داشت و همیشه هم کسانی هستند که آن را مصرف می‌کنند. پس مصرف مواد خواه ناخواه بخشی از دنیای ماست و براین اساس باید تصمیم بگیریم که روی کاهش پیامدهای منفی آن کار کنیم و یا این که این واقعیت را نادیده بگیریم و به دنبال اهداف ایده‌آل‌گرایانه مثل ایجاد یک جامعه عاری از مواد و ریشه کن کردن اعتیاد باشیم.

رویکرد عمل‌گرا نمی‌پرسد آیا رفتار موردنظر درست است یا غلط، خوب است یا بد و بیماری است یا خیر، بلکه به مدیریت آن پرداخته و اثربخشی این اقدامات را بر اساس شاخص‌های روشن و عینی، ارزیابی می‌کند.

آن گونه که در فصل چهار دیدیم یکی از مهارت‌های پایه در برقراری ارتباط مؤثر با گروه‌های هدف در خدمات اختلالات مصرف مواد مراجع محوری است. یکی از جنبه‌های مهم رویکرد کاهش آسیب مراجع محوری است چون با یک رویکرد غیرقضاوتی و توأم با فهم، احترام و پذیرش به رفتارهای پُرخطر نزدیک می‌شود، برای مشارکت، همکاری و آزادی انتخاب مصرف‌کننده اهمیت زیادی قائل است و خدمات را برای همه گروه‌های مصرف‌کننده از جمله مصرف‌کنندگان حاشیه‌ای و مصرف‌کنندگانی که به هر دلیلی نمی‌خواهند مصرف مواد را کنار بگذرند ارائه می‌دهد. این یک ویژگی اساسی رویکردهای مراجع محور است، یعنی ارائه خدمات به همه مصرف‌کنندگان بدون تبعیض. بنابراین، رویکرد کاهش آسیب به تصمیم‌گیری افراد احترام می‌گذارد و بر این باور است که کسانی که انتخاب می‌کنند مواد مصرف کنند و یا به مصرف مواد ادامه دهند باید به اندازه کسانی که تصمیم‌های سالم‌تری می‌گیرند به خدمات بهداشتی اجتماعی دسترسی داشته باشند.

اصول کاهش آسیب

- گروهی از افراد مواد مصرف می‌کنند و خواهند کرد.
- گروهی از افراد نمی‌خواهند مواد را کنار بگذارند.
- به جای تأکید بر مصرف مواد باید به پیامدهای آن توجه داشت.
- هر مصرف‌کننده موادی باید امکان بهره‌مندی از خدمات کاهش آسیب را داشته باشد.
- ارائه خدمات باید عاری از هرگونه قضاوت و آنگ‌زینی و تبعیض باشد.
- در ارائه خدمات باید به حقوق انسان و حق انتخاب مصرف‌کننده مواد احترام گذاشت.

در حقیقت، برنامه‌ها و خدمات کاهش آسیب ممکن است اولین نقطه دسترسی به خدمات برای کسانی باشد که در غیر این صورت هرگز به خدمات مراقبت بهداشتی دسترسی نداشتند. اگرچه این تماس ممکن است اولین گام به سوی ترک باشد، ولی هدف این نیست. تأکید روی تغییری است که برای مراجع سودمند و واقع بینانه است.

گروه‌های هدف

تمام مصرف‌کنندگان مواد به ویژه مصرف‌کنندگان تزریقی مواد و خانواده‌های آنان - به ویژه همسران - گروه هدف مداخلات کاهش آسیب هستند.

اگرچه برخی از گروه‌ها ممکن است به لحاظ او ضاع و شرایط خاص زندگی شان، رفتارهای پرخطر بیشتری داشته و در معرض آسیب‌های بیشتری قرار داشته باشند. این جمعیت‌ها، گروه‌های خاص نامیده می‌شوند که عبارتند از:

- پناهندگان و مهاجران
 - افراد بی‌خانمان
 - زندانیان
 - تن فروشان
 - مردانی که با مردان دیگر ارتباط جنسی دارند
- همان طور که در فوق ذکر شد گروه هدف اصلی مداخلات کاهش آسیب، تمام مصرف‌کنندگان مواد و همسران آنها هستند. در مراکز مراقبت بهداشتی اولیه، این گروه از افراد به روش‌های مختلف قابل شناسایی هستند:

- غربال‌گری اولیه توسط کارشناسان مراقب سلامت خانواده/بهورزان در قالب مراقبت معمول یا فرصت طلبانه
 - غربال‌گری تکمیلی توسط کارشناسان سلامت روان در قالب مراقبت معمول یا فرصت طلبانه
 - غربال‌گری اولیه فرصت طلبانه توسط پزشک
 - آموزش مراجعین مصرف‌کننده مواد برای ترغیب سایر مصرف‌کنندگان جهت مراجعه به مرکز برای دریافت مراقبت‌ها شامل خدمات کاهش آسیب
- رعایت اصول برقراری ارتباط مؤثر با مراجعان شامل رازداری، داوطلبانه بودن، پذیرش، غیرقضاوتی

بودن، احترام، مراجع محوری، اولویت بندی اهداف، تأکید بر مشارکت فعال و... تأثیر مهمی بر بهبود پیامدهای مراقبت‌ها دارد. برای اطلاعات بیشتر در این زمینه فصل چهارم را ببینید.

فرآیند ارائه خدمات کاهش آسیب

ارائه خدمات کاهش آسیب شامل یک مجموعه مراحل است که در ادامه این مراحل و فعالیت‌هایی که باید در هر مرحله انجام شود، توضیح داده شده است:

- گام اول- قرار دادن مراجع در یک وضعیت راحت و پاسخ‌گویی به نیازهای فوری آنها
ملاقات اولیه خیلی مهم است و تأثیر زیادی در حفظ ارتباط مراجع با مرکز دارد. برای این منظور ابتدا خود را معرفی کنید، به وی خوش‌آمد گفته و او را به خاطر مراجعه به مرکز تشویق کنید. سپس نام و یک سری اطلاعات عمومی را از او پرسید. اگر در وی علائم اضطراب می‌بینید با وی همدلی کنید و بگویید طبیعی است در ابتدای کار احساس ناراحتی کند.

سپس از وی پرسید آیا قبل از شروع کار سؤال، نگرانی و یا موضوع خاصی هست که بخواهد در مورد آن صحبت کند. به خاطر داشته باشید که برخی مصرف‌کنندگان ابتدا راحت‌ترند که در مورد موضوعاتی غیر از مصرف مواد صحبت کنند. اجازه دهید در مورد این موضوعات حرف بزنند و به شکل فعالی به صحبت‌های آنها گوش دهید و با استفاده از مهارت هم‌دلی، سعی کنید بیمار را بفهمید و این فهم را به او نشان دهید.

برخی مصرف‌کنندگان مواد، علاوه بر مشکلات مرتبط با مصرف مواد، یک سری نیازهای اساسی دارند که لزوماً کاهش آسیب نیست. این نیازها می‌تواند غذا، پوشاک، مراقبت‌های درمانی و سرپناه باشد. این نیازها باید مورد توجه قرار گرفته و از طریق ارجاع متناسب به آنها پاسخ داده شود. معمولاً با ارائه خدمات ضروری و ارتباط مثبت، اعتماد فرد جلب شده و می‌توانید در گام بعدی اطلاعات بیشتری را در مورد خدمات کاهش آسیب در اختیار وی قرار دهید.

- گام دوم- ارائه اطلاعات در مورد خدمات کاهش آسیب
در این مرحله برنامه‌های کاهش آسیب و سایر خدمات موجود در مرکز شامل غربالگری تکمیلی را برای مراجع توضیح دهید. ارائه این اطلاعات باید به شیوه محترمانه، غیرقضاوتی و قابل فهم باشد تا مراجع بتواند تصمیم آگاهانه درباره خدمات کاهش آسیب بگیرد. برای این منظور، رویکرد کاهش آسیب

و انواع برنامه‌ها را معرفی کنید. توضیح کاهش آسیب و اصول آن اهمیت زیادی دارد، چون آشنایی با رویکرد کاهش آسیب به افراد کمک می‌کند تا متوجه شوند که هیچ شرطی برای ارائه خدمات کاهش آسیب وجود ندارد و آنها می‌توانند از بین انواع خدمات مختلف، برنامه مورد نظر خود را انتخاب کنند. علاوه بر این، ضروری است همه حق انتخاب‌ها و خدمات موجود - و نه فقط خدماتی را که فکر می‌کنید به صلاح مراجع است - برای او توضیح دهید و از وی سؤال کنید فکر می‌کند در حال حاضر چه چیزی برای وی مفید است. شما می‌توانید تجارب سایر مراجعان را در رابطه با خدمات کاهش آسیب را برای وی توضیح دهید. در اغلب موارد وقتی مراجع می‌فهمد کاهش آسیب چیست و شامل چه برنامه‌هایی است، برای ورود به دریافت خدمات ترغیب می‌شود. علاوه بر این معمولاً زمان کوتاهی بعد از شروع دریافت خدمات فرد متقاضی دریافت خدمات بهداشتی جامع‌تر یا حتی خدمات درمانی می‌گردد. در بیشتر موارد صرف این که کسی هست که به آنها اهمیت می‌دهد و نگران سلامتی ایشان است، منجر به افزایش انگیزه فرد برای مراجعه مجدد به مرکز و دریافت مراقبت‌ها می‌گردد.

- گام سوم - توضیح نقش مراجع در تصمیم‌گیری

در این مرحله، نقش مراجع را در تصمیم‌گیری توصیف کنید. تأکید کنید که در نهایت این خود مراجع است که تصمیم می‌گیرد چه تغییری در الگوی مصرف خود ایجاد کند و می‌خواهد آن را چگونه و به چه شیوه‌ای انجام دهد. به مراجع یادآوری کنید که او بهترین متخصص در مورد زندگی خود است و او است که تصمیم نهایی را می‌گیرد و باید با پیامدهای تصمیم خود زندگی کند. در اغلب موارد، این امر یک رابطه توأم با احترام و اعتماد را ایجاد می‌کند که در دست‌یابی به اهداف کاهش آسیب نقش مهمی دارد.

- گام چهارم - توضیح نقش خود به عنوان متخصص و پیشنهاددهنده

وقتی مراجع اهداف خود را بیان کرد، نقش خود را برای مراجع روشن کرده و توضیح دهید که می‌توانید براساس دانش و تجربه‌تان، توصیه‌ها و پیشنهادهای خود را ارائه دهید تا وی بتواند تصمیم آگاهانه‌تری بگیرد.

- گام پنجم - ارائه پیشنهادها و حمایت از مراجع برای عملی کردن تصمیم خود

پس از این که توصیه‌ها و پیشنهادهای خود را برای کاهش آسیب توضیح دادید و مراجع تصمیم خود

را مبنی بر ایجاد تغییرات مثبت رفتاری گرفت، به او بازخورد مثبت بدهید و با همکاری وی برنامه‌ای را برای عملی کردن تغییر طراحی کرده و حمایت‌ها، خدمات و ارجاع‌های مناسب را برای او فراهم کنید. به صورت مشخص، مراجع را برای **غربال‌گری تکمیلی** در صورتی که هنوز انجام نداده است تشویق نموده و او را به **کارشناس سلامت روان** ارجاع دهید.

این سبک برخورد باعث کاهش مقاومت مراجعان در برابر تغییرات مثبت رفتاری و ارتباط سازنده با نظام ارایه مراقبت‌های بهداشتی می‌شود. اجرای مراحل فوق بیش از آن که یک مداخله مستقل باشد، یک **سبک** برخورد است که می‌تواند در فعالیتهای معمول پزشکان شاغل در مراقبت‌های بهداشتی اولیه ادغام شود. برای آشنایی بیشتر با رویکرد سلسله مراتبی در تعیین اهداف رفتاری و سبک انگیزشی **مداخله مختصر برای مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد: راهنمای کارشناس سلامت روان** را ملاحظه فرمایید.

آموزش

آموزش یک راهبرد اساسی در رویکرد کاهش آسیب است زیرا اگر افراد ندانند چه رفتارهایی آنها را در خطر قرار می‌دهد، این خطرات چه هستند و چطور می‌توانند آن را به حداقل برسانند، تغییر رفتاری صورت نمی‌گیرد. آموزش ممکن است به شکل انفرادی یا گروهی، در محیط‌های مختلف مثل مراکز بهداشتی مراقبت اولیه، یا پاتوق‌های مصرف‌کنندگان مواد و توسط کارشناسان و یا گروه هم‌تا صورت گیرد.

هدف از آموزش مصرف‌کنندگان مواد، ارائه اطلاعات در مورد آسیب‌های ناشی از مصرف مواد و متقاعد ساختن آنها برای تغییر الگوهای پرخطر مصرف و انجام رفتارهای ایمن‌تر است. تغییرات رفتاری مورد نظر عمدتاً حول و حوش موضوعات زیر است:

- کنار گذاشتن مصرف تزریقی
- استفاده از وسایل تزریق جدید
- ضدعفونی کردن وسایل تزریق
- روش تزریق ایمن‌تر
- استفاده از کاندوم
- پیشگیری از بیش‌مصرفی مواد و نحوه برخورد با آن در سایرین

- جایگزین کردن مواد پرخطر با مواد کم خطرتر
- اتخاذ یک سبک زندگی سالم

اصول آموزش مصرف‌کنندگان مواد

- در آموزش مصرف‌کنندگان مواد باید مجموعه‌ای از اصول رعایت شود تا اثربخشی آموزش‌ها افزایش یابد. این اصول عبارت است از:
 - تأکید بر اهداف عملی کوتاه‌مدت مانند پیشگیری از اچ آی وی تا اهداف آرمان‌گرایانه درازمدت مانند پرهیز از مواد
 - استفاده از تکنیک‌های آموزشی مناسب برای انتقال اطلاعات
 - پیام‌ها روشن و واضح باشد.
 - از لحاظ فرهنگی قابل‌پذیرش بوده و تناسب فرهنگی داشته باشد.
 - زبان مورد استفاده، ساده و متناسب با متوسط تحصیلات گروه‌های مصرف‌کننده باشد.
 - تا جای ممکن از تصاویر بیشتر از کلمات استفاده شود.
 - از لحاظ محتوایی و بصری جذاب باشد.
 - مشارکت دادن مصرف‌کنندگان فعلی یا قبلی در طراحی، تولید و ارائه مواد آموزشی
 - ارائه اطلاعات و آموزش‌ها در محیط‌های مختلف و توسط رسانه‌های مختلف مانند استفاده از پوسترها، خبرنامه‌ها، بروشورها، فیلم‌ها، پمفلت‌ها، کتابچه‌ها و یا درج پیام‌های کاهش آسیب روی سرنگ‌ها برای انتقال اطلاعات در مورد رفتارهای پرخطر و راه‌های پیشگیری

نمونه‌ای از پیام‌های آموزشی یک پوستر در مورد تزریق ایمن‌تر

- همیشه از سرنگ و سوزن خودتان استفاده کنید.
- محل تزریق را مرتب تغییر دهید.
- محل تزریق را با پنبه و الکل تمیز کنید.
- مطمئن شوید که هوا در سرنگ وجود ندارد.
- پس از مصرف، سرنگ را در مکان امنی مثل سطل زباله بیندازید.

مداخلات کاهش آسیب

الف- مداخلات جامع کاهش آسیب برای مصرف کننده مواد

یک- اطلاع رسانی، آموزش و برقراری ارتباط

منظور از اطلاع رسانی، آموزش و برقراری ارتباط^{۲۵۲}، آموزش و اطلاع رسانی در رابطه با آسیب های مرتبط با مصرف مواد است. مهم ترین نکته، آموزش و اطلاع رسانی در رابطه با عفونت اچ آی وی است. بعضی از نکاتی که لازم است به مراجعان انتقال داده شود، به صورت خلاصه در ذیل می آید.

بدیهی است که برای اطلاعات جامع باید به کتاب ها و منابع جامع تر مراجعه کنید. همچنین غیرممکن است که همه این اطلاعات در یک جلسه به مراجع انتقال داده شود، و لازم است چند جلسه با مراجع ترتیب داده شود و این جلسه ها به شکل مشارکتی باشد، یعنی مراجع، اطلاعات خود را به مشارکت بگذارد، و به کمک خود او اطلاعات جدید انتقال یابد یا باورهای غلط او تصحیح شود.

آموزش های مربوط به اچ آی وی

- راه های انتقال ویروس: راه های انتقال عفونت اچ آی وی عبارتند از:
 - انتقال از طریق خون (استفاده از وسایل تزریق مشترک، تزریق خون یا فرآورده های خونی آلوده، تماس های خونی در حین تصادفات یا انجام خدمات پزشکی...)
 - انتقال از طریق ارتباط جنسی (شامل ارتباط واژنی، مقعدی، یا دهانی)،
 - انتقال از مادر اچ آی وی مثبت به جنین (در دوران بارداری) یا نوزاد (در حین زایمان یا با شیردهی)
- راه های عدم انتقال ویروس: لازم است که برای مخاطب توضیح دهید که به جز راه های ذکر شده در بالا، هیچ راه دیگری برای انتقال ویروس وجود ندارد. بنابراین دست دادن با فرد مبتلا، در آغوش کشیدن و بوسیدن او، استفاده مشترک از ظرف یا استخر یا توالت، سرفه یا عطسه، نیش پشه یا گازگرفتن جانوران موجب انتقال ویروس نمی شود.
- تفاوت اچ آی وی و ایدز: عفونت با ویروس اچ آی وی به معنای ابتلا به ایدز نیست. پس از ورود ویروس به بدن، اگر فرد هیچ درمان خاصی دریافت نکند و مراقب سلامت خود نباشد، حدود ۸ تا ۱۰ سال طول می کشد تا به بیماری ایدز دچار گردد. در این هنگام، سطح ایمنی بدن به حدی کاهش

²⁵² Information, Education & Communication

پیدا کرده که فرد ممکن است به انواع عفونت‌ها و بدخیمی‌ها دچار شود. مجموعه این عفونت‌ها و بدخیمی‌ها را ایدز می‌گویند. از سوی دیگر، اگر فرد اچ آی وی مثبت، داروهای مورد نیاز خود را دریافت کند، مراقب تغذیه خود باشد، ورزش کند، از عادات رفتاری نامناسب دوری کند و حتی الامکان استرس خود را کنترل کند، طول عمر بسیار بیشتری خواهد داشت. آن‌گونه که بسیاری از متخصصین عفونی معتقدند، طول عمر می‌تواند به اندازه افراد عادی باشد.

● **مراحل مختلف عفونت:** پس از ورود ویروس به بدن، ممکن است هیچ‌علایمی ظاهر نشود، یا برای یک هفته تا ده روز علایم مشابه سرماخوردگی وجود داشته باشد. سپس فرد وارد یک مرحله بدون علامت (همان‌طور که ذکر شد، ۸ تا ۱۰ سال برای کسی که درمان نشود) می‌گردد. در هفته‌های اول عفونت، حتی آزمایش‌های معمول (الایزا و وسترن بلات) ویروس را در خون نشان نمی‌دهند. این مرحله را دوره پنجره می‌نامند. بنابراین اگر فردی یک هفته قبل رفتار پرخطری داشته، و آزمایش امروز او منفی است، به این معنی نیست که حتماً مبتلا به عفونت نشده است. دوره پنجره بین ۳ هفته تا ۳ ماه (در برخی منابع ۶ هفته تا ۶ ماه) طول می‌کشد. بنابراین بهتر است برای اطمینان از منفی بودن آزمایش، سه ماه (یا ۶ ماه) پس از رفتار پرخطر (به شرطی که طی این مدت رفتار پرخطر دیگری اتفاق نیفتاده باشد) مجدداً آزمایش تکرار شود.

● **اطلاع از وضعیت اچ آی وی:** مراکز مشاوره رفتاری که تحت نظارت دانشگاه‌ها هستند، می‌توانند وضعیت ابتلا به اچ آی وی را مشخص کنند. در این مراکز ابتدا یک مشاوره (مشاوره پیش از آزمایش) انجام می‌شود. در این مشاوره، اطلاعات لازم به مراجع منتقل می‌شود، وضعیت او به لحاظ رفتارهای پرخطر سنجیده می‌شود و به لحاظ روانی مورد بررسی قرار می‌گیرد. سپس، در صورت کاندید بودن فرد برای آزمایش، از او نمونه خون گرفته می‌شود. پس از آماده شدن جواب آزمایش، مشاوره‌ای با عنوان مشاوره پس از آزمایش، برای فرد انجام می‌شود و طی آن نتیجه (مثبت یا منفی) به اطلاع او می‌رسد. هدف مشاوره پس از آزمایش با نتیجه منفی، کمک به مراجع برای منفی نگاه داشتن آزمایش خود و نیز بررسی امکان بودن در دوره پنجره است. در مشاوره پس از آزمایش با نتیجه مثبت، هدف، کمک به فرد برای یافتن حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی، اتصال به شبکه درمان و مراقبت، و پیگیری مسایل روانی مراجع است. علاوه بر مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری امکان انجام آزمایش سریع اچ آی وی در برخی مراکز کاهش آسیب و مراکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر

نیز فراهم شده است.

- روش‌های پیشگیری از اچ آی وی

- پیشگیری از انتقال از راه خون

- ❖ **تزریق سالم‌تر:** در بخش برنامه سرنگ و سوزن توضیح داده خواهد شد.

- ❖ **استفاده از فرآورده‌های خونی سالم:** خوشبختانه در سال‌های اخیر، همه فرآورده‌های خونی از نظر اچ آی وی مورد آزمایش قرار می‌گیرند. علاوه بر این، همه کسانی که قصد اهدای خون دارند، ابتدا مورد مشاوره قرار می‌گیرند و در صورت احتمال انجام رفتار پرخطر، خون آنها وارد چرخه انتقال خون نمی‌شود.

- ❖ **رعایت احتیاط در اقدامات پزشکی:** برای مثال مراقب بودن در هنگام تزریق آمپول و یا انداختن سرسوزن‌های استفاده شده در سطوح‌های مخصوص.

- ❖ **رعایت احتیاط‌های معمول:** مثل بستن کمربند در اتومبیل (تا در صورت تصادف، احتمال خونریزی و نیاز به تزریق خون و انجام اقدامات پزشکی کاهش یابد)

- ❖ **پیشگیری از انتقال از طریق ارتباط جنسی:** در بخش برنامه کاندوم توضیح داده خواهد شد.

- ❖ **پیشگیری از انتقال ویروس از مادر به کودک:** مادر باردار مبتلا به ویروس در سه مرحله می‌تواند ویروس را به نوزاد خود انتقال دهد: (۱) بارداری، (۲) هنگام زایمان و (۳) هنگام شیردهی. مصرف داروهای ضد رتروویروسی در دوران بارداری، احتمال انتقال ویروس از مادر به جنین را در حد قابل توجهی کاهش می‌دهد (از ۳۰ درصد به کمتر از پنج درصد). همچنین، با انجام عمل سزارین، به جای زایمان طبیعی، می‌توان احتمال انتقال ویروس را بسیار کاهش داد. مادر مبتلا به ویروس نقص ایمنی، نباید به نوزاد خود شیر دهد و باید از شیر خشک برای تغذیه او استفاده کند.

- ❖ **پیشگیری پس از مواجهه:** در صورت انجام رفتار پرخطر، این امکان وجود دارد که احتمال ابتلا به اچ آی وی را در حد زیادی کاهش داد. اگر در عرض ۷۲ ساعت اول پس از مواجهه (به خصوص در روز اول، و ایده‌آل در ۲ ساعت اول)، به مراکز مشاوره رفتاری مراجعه شود، پس از ارزیابی، داروهای ضد رتروویروسی برای ۲۸ روز تجویز می‌شود که احتمال انتقال ویروس را بسیار کم می‌کند. اما متأسفانه این احتمال به صفر نمی‌رسد، و ممکن است

- در مواردی با وجود مصرف دارو، باز هم فرد، اچ آی وی مثبت شود.
- آموزش‌های مربوط به هپاتیت و روش‌های پیشگیری از آن: در بخش پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان هپاتیت راجع به آن صحبت خواهد شد.
 - آموزش‌های مربوط به سل: در بخش پیشگیری، تشخیص و درمان سل راجع به آن صحبت خواهد شد.
 - آموزش‌های مربوط به بیماری‌های منتقله از راه جنسی: در قسمت پیشگیری و درمان عفونت‌های منتقله از راه جنسی توضیح داده خواهد شد.

دو- برنامه سرنگ و سوزن

یکی از مهم‌ترین برنامه‌های کاهش آسیب، توزیع وسایل تزریق استریل و یک‌بار مصرف در بین مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است. این برنامه همیشه مخالفانی دارد که معتقدند توزیع سرنگ به معنای تشویق افراد مصرف‌کننده به تزریق است، در حالی که هیچکدام از مطالعات زیادی که در این زمینه صورت گرفته، افزایش احتمال تزریق را نشان نداده‌اند و در همه آنها میزان تزریق مشترک کاهش یافته است. جالب است که در بعضی از مطالعات، حتی تزریق کاهش یافته است که البته این یافته عجیبی نیست، چرا که یکی از مهم‌ترین اجزاء برنامه سرنگ و سوزن، آموزش مراجع در مورد عفونت اچ آی وی و روش‌های کم‌خطرتر مصرف مواد است. بدیهی است که این احتمال وجود دارد که بعضی از مصرف‌کنندگان تزریقی مواد، پس از اطلاع از خطرات تزریق تصمیم بگیرند مواد را به روشی کم‌خطرتر استفاده کنند.

اجزاء این برنامه عبارت است از:

- آموزش تزریق سالم‌تر: در ابتدا بهتر است در مورد عوارض تزریق مواد مانند احتمال بیش‌مصرفی، آسیب وریدی، عفونت‌های پوستی، بیماری‌های عفونی مانند اچ آی وی و هپاتیت، ایجاد لخته‌های خونی و خطر سکنه‌های قلبی یا مغزی، آبسسه و... توضیح داده شود و پس از آن اصول تزریق سالم‌تر به مصرف‌کننده تزریقی آموزش داده شود. این اصول در زیر به شکل خلاصه آمده است. بدیهی است که برای درک بهتر مطلب، نیاز به مطالعه بیشتر در این زمینه وجود دارد.
- وسایل مورد نیاز تزریق را قبل از انجام تزریق آماده سازید: سرنگ و سرسوزن، پنبه، فیلتر، ملاقه، آب، تورنیکه (رگ‌بند) و...

- همیشه از و ساییل نو و استریل یا مخصوص به خود استفاده کنید. این نکته در مورد همه و ساییل تزریق صادق است، نه فقط سرنگ و سرسوزن.
- برای تزریق مکان امن و تمیزی را انتخاب کنید.
- محل تزریق در بدن خود را با آب گرم و صابون شست و شو دهید.
- قبل از کشیدن ماده در سرنگ، دست خود را با آب و صابون بشوید، و حتی المقدور ماده را با آب در سرنگ رقیق کنید.
- بالای محل تزریق را با تورنیکه ببندید. تورنیکه باید نرم و قابل انعطاف باشد و به پوست آسیب نرساند.
- رگ را با باز و بسته کردن دست برای چند بار یا ریختن آب گرم روی محل تزریق پیدا نموده و محل رگ را به وسیله پنبه الکل تمیز کنید.
- شیب سرنگ را به سمت بالا بگیرید و با زاویه حدود ۳۰ درجه سوزن را در امتداد رگ و در جهت جریان خون به سمت قلب وارد رگ کنید.
- کمی از خون را به داخل سرنگ بکشید و سپس به آرامی مواد را تزریق کنید. وقتی نیمی از مواد وارد رگ شد، کمی صبر کنید. اگر به نظرتان آمد میزان ماده برای تان کافی است، از تزریق بقیه ماده خودداری کنید تا خطر بیش مصرفی را به حداقل برسانید.
- اگر خونی به داخل سرنگ نیامد، یعنی وارد رگ نشده‌اید. به آرامی سوزن را خارج کنید، رگ بند را باز کنید و محل را با پنبه فشار دهید. کمی صبر کنید و دوباره امتحان کنید.
- پس از تزریق موفق هم سوزن را به آرامی خارج کنید و محل را با پنبه تمیز کنید. گفته می‌شود که بهتر است از پنبه الکی استفاده نکنید، چون الکل ممکن است مانع انعقاد خون شود.
- در هر بار تزریق از یک رگ جدید را استفاده کنید، مثلاً به صورت چرخشی (ساعد راست، ساعد چپ، پای راست، پای چپ، ...)

● **ضد عفونی کردن و ساییل تزریق:** به طور کلی توصیه می‌شود که از و ساییل تزریق استریل و یک بار مصرف استفاده شود، و از استفاده از سرنگ و سرسوزن قبلی خود فرد یا فرد دیگر خودداری شود. در صورت عدم دسترسی به سرنگ و سوزن استریل، بهتر است حتی الامکان از سرنگ قبلی خود فرد، پس از ضد عفونی کردن، استفاده شود. برای ضد عفونی باید سه ظرف آماده شود. در ظرف اول و سوم آب تمیز و سرد، و در ظرف دوم، وایتکس ریخته شود. ابتدا آب را از ظرف اول به داخل سرنگ

می کشیم و در بیرون از ظرف تخلیه می کنیم. یک بار دیگر این کار را تکرار می کنیم. سپس از ظرف دوم وایتکس را درون سرنگ می کشیم و ۳۰ ثانیه تکان می دهیم و تخلیه می کنیم. این کار را نیز یک بار دیگر تکرار می کنیم. سپس آب را از ظرف سوم به داخل سرنگ می کشیم و تخلیه می کنیم. این کار را نیز دو بار انجام می دهیم. اگر عمل ضد عفونی را با الکل انجام دهیم، باید دو دقیقه الکل را در مرحله دوم در سرنگ تکان دهیم.

سه- درمان نگهدارنده با داروهای اُپیویدی

یکی از مهم ترین و موثرترین اقدام های کاهش آسیب است که باعث کاهش مصرف مواد غیرقانونی، کاهش رفتارهای پرخطر مانند تزریق مواد، تزریق مشترک، کاهش جرم، ثبات عملکرد اجتماعی و بهبود سلامت روانی و جسمی می شود. کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف نموده و وابسته به مواد افیونی هستند، گروه هدف اصلی درمان نگهدارنده با متادون هستند. برای توضیحات بیشتر **فصل ششم** را ببینید.

چهار- مشاوره و آزمایش اچ آی وی

انجام آزمایش اچ آی وی برای گروه های مختلف اجتماع لازم است تا موارد مثبت هرچه سریع تر شناسایی شوند. به این ترتیب، افرادی که دارای آزمایش منفی هستند، ترغیب می شوند که آن را منفی نگه دارند و افراد دارای آزمایش مثبت، جهت استفاده از خدمات درمان و مراقبت تشویق می شوند.

در فصل ششم دیدیم که مصرف کنندگان تزریقی مواد که رفتارهای تزریق پرخطر دارند باید برای مشاوره و آزمایش اچ آی وی ارجاع شوند. علاوه بر این در این گروه جمعیتی در صورت تداوم رفتارهای پرخطر تزریق آزمایش اچ آی وی باید هر ۳-۶ ماه تکرار شود. همان طور که در **فصل دوم** گفته شد مراکز خاصی برای انجام مشاوره و آزمایش اچ آی وی وجود دارند که به آنها مراکز مشاوره بیماری های رفتاری می گویند. این مراکز وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی هستند. علاوه بر آن، در مراکز ویژه زنان آسیب پذیر (وابسته به وزارت بهداشت) و بعضی از مراکز کاهش آسیب و مراکز درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست، نیز این خدمت ارائه می گردد.

هدف از انجام مشاوره، افزایش آگاهی مراجع به عفونت اچ آی وی و بیماری ایدز و رفتارهای پرخطر، کاهش اضطراب با ارائه اطلاعات صحیح، کمک به وی برای تصمیم گیری و حمایت یابی است. مشاوره به

بخش‌های پیش و پس از آزمایش تقسیم می‌شود.

- در مشاوره پیش از آزمایش، فرد به لحاظ انجام رفتارهای پرخطر و دانش و نگرش نسبت به اچ آی وی ارزیابی می‌گردد. همچنین سابقه مشکلات روانی او مورد بررسی قرار می‌گیرد و وضعیت روانی او در حال حاضر سنجیده می‌شود. باید مراقب بود که اگر فرد به لحاظ روانی آمادگی انجام آزمایش را ندارد، مثلاً این خطر احساس می‌شود که در صورت مثبت بودن نتیجه آزمایش، دست به اقدام خطرناکی بزند، یا سابقه قبلی او نشان می‌دهد که توانایی خوبی در کنترل تکانه ندارد، باید انجام آزمایش را به تعویق انداخت و جلسات مشاوره‌ای در زمینه توانایی مدیریت استرس، کنترل خشم و تکانه و حل مسأله برای مراجع ترتیب داد. باید سیستم‌های حمایتی فرد اچ آی وی مثبت از نظر پیشگیری از اقدام‌های خطرناک احتمالی مانند اقدام به خودکشی ارزیابی شده و فرد به سیستم مراقبت و درمان اچ آی وی و نیز به سیستم روان‌درمانی و مشاوره طولانی‌مدت ارجاع داده شود.
- مشاوره پس از آزمایش نیز بسته به مثبت یا منفی بودن جواب آزمایش می‌تواند حاوی نکات مهمی باشد. مثلاً در کسی که جواب آزمایش او منفی است، باید احتمال دوره پنجره را در نظر گرفت، مطمئن شد که فرد متوجه شده است که منفی بودن آزمایش به معنی مصون بودن او در مقابل رفتارهای پرخطر نیست، و برای واکنش‌های احتمالی او چاره‌اندیشی کرد. مهم‌ترین اصل در انجام مشاوره و آزمایش اچ آی وی، تاکید بر محرمانگی و رازداری است. همچنین، به هیچ عنوان بدون رضایت مراجع، انجام آزمایش توصیه نمی‌شود.

پنج- درمان آنتی‌رتروویرال

درمان آنتی‌رتروویرال یا ضدرتروویروسی نقش بسیار مهمی در افزایش طول عمر افراد مبتلا به اچ آی وی و بهبود کیفیت زندگی آنان دارد. از سوی دیگر، این درمان موجب کاهش بار ویروسی در بدن فرد مبتلا می‌شود و در نتیجه احتمال انتقال ویروس را به افراد غیرمبتلا کاهش می‌دهد. نقش این درمان در کاهش انتقال ویروس از مادر حامله مبتلا به اچ آی وی به جنین، کاملاً اثبات شده است. متأسفانه اکثر کشورهای جهان، پوشش خوبی در زمینه این درمان در بین مصرف‌کنندگان مواد ندارند. یکی از مسایل مهم در مورد درمان ضدرتروویروسی، لزوم رعایت رژیم درمانی یعنی مصرف منظم و به‌موقع داروها است. در صورت عدم رعایت این موضوع، امکان مقاومت دارویی افزایش می‌یابد. به نظر می‌رسد مصرف‌کنندگان مواد، به‌خصوص در این مورد نیاز به کمک و حمایت بیشتری دارند. چرا که

بعضی از آنان ممکن است بی سرپناه باشند، یا به دلیل عوارض ناشی از مواد، توجه لازم به مراجعه به موقع یا مصرف درست داروهای خود را نداشته باشند. از طرفی به نظر می‌رسد انگ و تبعیض علیه مصرف‌کنندگان مواد، یکی از موانع دسترسی آنها به خدمات درمانی است.

در افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی تزریقی و عفونت اچ آی وی درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست علاوه بر کاهش مصرف مواد غیرقانونی و تزریق آن، پایداری به درمان ضد رتروویروسی را به صورت قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد.

شش - پیشگیری و درمان عفونت‌های منتقله از راه جنسی

از آنجا که احتمال انتقال ویروس اچ آی وی در کسانی که مبتلا به عفونت‌های منتقله از راه جنسی هستند افزایش می‌یابد، تشخیص و درمان این عفونت‌ها یکی از اقدامات مهم کاهش آسیب تلقی می‌شود. بیماری‌های منتقله از راه جنسی، انواع مختلفی دارند که مهم‌ترین آنها عبارتند از: سیفلیس، سوزاک، کلامیدیا، تریکومونا، کاندیدا، زگیل تناسلی و بیماری‌هایی مانند هپاتیت و اچ آی وی. نشانه‌های بیماری‌های منتقله از راه جنسی می‌تواند به شکل‌های مختلفی باشد مانند ترشحات بدبو، زخم یا زگیل در ناحیه تناسلی، خارش، تورم کشاله ران، دردهای زیر شکمی، تورم بیضه و مقاربت دردناک، اما در بسیاری از موارد، فرد مبتلا هیچ علامت واضحی ندارد، درحالی که می‌تواند بیماری را به دیگران انتقال دهد. تشخیص این بیماری‌ها از طریق معاینه توسط پزشک و انجام آزمایش‌های لازم امکان‌پذیر است. پس از تشخیص، نیاز به درمان است که درمان‌های اختصاصی برای هر یک از بیماری‌های منتقله از راه جنسی وجود دارد. مهم است که بدانید با استفاده منظم و مستمر از کاندوم می‌توان احتمال بیماری را در حد زیادی کاهش داد.

هفت - برنامه کاندوم برای مصرف‌کنندگان مواد و شریک‌های جنسی آنها

شایع‌ترین راه انتقال ویروس در جهان، انتقال از طریق جنسی است. در ایران، تا به حال شایع‌ترین راه انتقال استفاده از وسایل تزریق مشترک بوده است. با این وجود در سال‌های اخیر، انتقال از راه جنسی به سرعت رو به افزایش است، ضمن این که یکی از مهم‌ترین گروه‌های در معرض خطر انتقال ویروس، همسران و شریک‌های جنسی افراد مصرف‌کننده مواد هستند. این مسأله، به‌خصوص با افزایش مصرف مواد محرک روند سریع‌تری به خود گرفته است.

عفونت اچ آی وی از راه‌های مختلف ارتباط جنسی قابل انتقال است. این راه‌ها شامل ارتباط جنسی از راه واژن، مقعد، یا دهان می‌شود. ارتباط جنسی مقعدی از راه‌های مهم انتقال ویروس است. این نوع رابطه در بین مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند یا در شرایط خاص مانند پادگان‌ها، زندان‌ها یا حتی خانم‌ها قبل از ازدواج، شایع‌تر از افراد عادی است. مخاط مقعد مخاطی شکننده بوده و در حین رابطه مقعدی احتمال پارگی و خون‌ریزی و در نتیجه انتقال ویروس زیاد است.

بنابراین یک اقدام بسیار مهم کاهش آسیب این است که خطر انتقال از راه جنسی را به حداقل برسانید. یکی از بهترین روش‌ها برای این منظور، استفاده صحیح و مستمر از کاندوم است.

لازم است که کارکنان مراکز بهداشتی قادر به آموزش صحیح استفاده از کاندوم (هم کاندوم مردانه و هم کاندوم زنانه) به مراجعان مرد و زن خود باشند. همچنین باید با استفاده از مولاژ مطمئن شوید که مراجع استفاده صحیح را یاد گرفته است. این آموزش شامل موارد زیر می‌شود:

- ابتدا تاریخ مصرف کاندوم را چک کنید. کاندوم‌های تاریخ مصرف گذشته را استفاده نکنید.
- کاندوم باید در جای خشک و خنک نگهداری شود.
- هنگام باز کردن بسته کاندوم از قیچی و ناخن و اجسام تیز استفاده نکنید. معمولاً محل باز کردن کاندوم مشخص است و به راحتی باز می‌شود.
- در استفاده از کاندوم مردانه، از ابتدای ارتباط جنسی، یعنی زمانی که نعوظ اتفاق افتاده است، باید کاندوم روی آلت تناسلی کشیده شود. ترشحات قبل از انزال نیز ممکن است حاوی ویروس باشند. در سر کاندوم، باید فضایی را آزاد گذاشت تا مایع منی در آن ریخته شود.
- پس از پایان رابطه جنسی، باید کاندوم را به آرامی و با لوله کردن لبه‌های آن خارج کرد، در دستمالی گذاشت و در سطل آشغال انداخت.
- هرگز دو کاندوم را روی هم نباید استفاده کرد. لیز خوردن آنها روی هم ممکن است عملاً اثر محافظتی آن را کاهش دهد.
- برای لیز کردن کاندوم نباید از کرم یا وازلین یا آب دهان استفاده کرد، تنها باید از لیزکننده‌های خاص (لوبریکانت) که در داروخانه موجود است، برای این منظور استفاده شود.

هشت- پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان هپاتیت‌های ویروسی

ویروس‌های هپاتیت ب و هپاتیت سی، ویروس‌هایی هستند که کبد را درگیر می‌کنند و در درازمدت

می‌توانند منجر به بیماری‌های مزمن و سرطان کبد شوند. هپاتیت ب به همان روش‌های ویروس اچ آی وی منتقل می‌شود. هپاتیت سی، عمدتاً از طریق خون و تا حدودی از طریق راه جنسی منتقل می‌شود، اما از مادر به جنین انتقال نمی‌یابد.

از لحاظ علایم بیماری هپاتیت، بعضی از افراد ممکن است هیچ نشانه‌ای از بیماری نداشته باشند، در حالی که فرد ناقل بیماری است و می‌تواند بیماری را انتقال دهد. همچنین این فرد در درازمدت به بیماری‌های مزمن کبدی دچار می‌شود. در عده‌ای دیگر نشانه‌هایی مانند تب، بی‌حالی، تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، دردهای شکمی، ادرار به رنگ زرد پررنگ، مدفوع کم‌رنگ، زردی پوست، و زردی صلیب (سفیدی) چشم ظاهر می‌شود. همان‌گونه که مشخص است، بسیاری از این نشانه‌ها غیراختصاصی است و ممکن است در یک زکام ساده هم مشاهده شود.

تنها مخزن هپاتیت ب انسان است و ویروس می‌تواند مدت‌ها در بدن فرد ناقل باقی بماند. همه افرادی که به هپاتیت ب آلوده شده‌اند، تبدیل به ناقل بیماری نمی‌شوند و احتمال زیادی وجود دارد که ویروس به طور کامل از بدن آنها دفع شود. اما بین پنج تا ده درصد آنها تبدیل به ناقل می‌شوند و قادر به انتقال ویروس به بدن فرد سالم هستند. برای پیشگیری از ابتلا به هپاتیت ب، رعایت اصول بهداشتی نقش اساسی دارد. به علاوه امکان واکسیناسیون نیز وجود دارد.

هپاتیت سی به راحتی توسط سیستم ایمنی بدن از بین نمی‌رود، و معمولاً فرد به شکل دائم مبتلا به این ویروس خواهد ماند. تزریق مشترک یکی از مهم‌ترین علل انتقال این ویروس است، بنابراین رعایت اصول تزریق سالم‌تر در پیشگیری از این ویروس نقش حیاتی دارد. همان‌گونه که پیشتر ذکر شد، باید تمام وسایل تزریق حتی آب مورد استفاده برای رقیق کردن ماده، به شکل مخصوص به خود استفاده شود. هپاتیت سی واکسن ندارد، و بنابراین تنها راه پیشگیری از آن رعایت کلیه اصول بهداشتی است. تشخیص بیماری هپاتیت با مراجعه به پزشک و انجام آزمایش‌های خاص امکان‌پذیر است. درمان بیماری هپاتیت با داروهای ضد ویروس امکان‌پذیر است، اما باید متوجه بود که درمان هپاتیت درمان بسیار گرانی است که برای سیستم بهداشتی کشور بار قابل ملاحظه‌ای به شمار می‌آید.

نه- پیشگیری، تشخیص و درمان سل

عامل بیماری سل یک میکروب است که به راحتی و از طریق هوا می‌تواند منتقل شود. بنابراین کسانی که با فرد مبتلا به سل در یک مکان زندگی یا کار می‌کنند، در خطر بالای ابتلا به بیماری هستند. عطسه و

سرفه می‌تواند هزاران میکروب سل را در هوا پخش کند. همچنین، انداختن آب دهان و خلط توسط فرد مبتلا به سل، می‌تواند منجر به انتقال عفونت شود، چون پس از خشک شدن آن، میکروب در هوا پخش شده و با نفس کشیدن افراد سالم وارد ریه آنها می‌شود.

علائم بیماری سل عبارتند از: سرفه همراه با خلط (بیش از دو هفته)، تنگی نفس، تب، تعریق شبانه، ضعف، خلط خونی. همه این نشانه‌ها برای تشخیص لازم نیست و ممکن است در یک بیمار، تنها علامت سرفه باشد. برای تشخیص بیماری نیاز به معاینه پزشکی، آزمایش خلط، عکس قفسه سینه، و آزمایش پوستی است.

درمان سل با داروهای خاص بیماری سل انجام می‌گیرد که حداقل شش ماه باید استفاده شوند. اگر داروها به میزان و مدت کافی استفاده نشوند، ممکن است سل مقاوم به درمان ایجاد شود که درمان آن مشکل و پرهزینه است و نیاز به بستری دارد. معمولاً در هفته اول و دوم درمان، سرفه‌های بیمار کمتر می‌شود و ممکن است تب بیمار قطع شود و اشتهای او افزایش یابد، اما نباید این نشانه‌ها باعث شود که بیمار درمان خود را قطع کند.

ب- مداخلات کاهش آسیب برای خانواده مصرف‌کنندگان مواد

مصرف مواد علاوه بر فرد مصرف‌کننده روی کل اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد. خانواده با مشکلات متعددی مانند خشونت، تعارض‌های خانوادگی، مشکلات مالی، جدایی / طلاق، خطر ابتلا به عفونت اچ آی وی و سایر بیماری‌های عفونی و آنگ اجتماعی مواجه هستند.

به طور کلی، مصرف مواد بحران‌های فزاینده‌ای را در ساختارها و کارکرد خانواده ایجاد می‌کند که ممکن است موجب بحران در سیستم خانواده شود. بنابراین مصرف مواد فقط مشکل خود فرد نیست بلکه کل سیستم خانواده از آن تأثیر می‌پذیرد. از طرف دیگر، خانواده ممکن است یک عامل حمایتی برای کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد و یا یک عامل خطر برای تشدید آن باشد. بنابراین مشاوره با خانواده هم برای کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد در فرد مصرف‌کننده و هم خود اعضای خانواده، ضروری است. مداخلات کاهش آسیب برای خانواده انواع متعددی دارد که در ادامه به مهم‌ترین آنها اشاره شده است.

یک- آموزش روان‌شناختی

اکثر خانواده‌های مصرف‌کنندگان مواد تصور می‌کنند، دلیل اصلی مصرف مواد لذت‌طلبی است و فرد مصرف‌کننده به خاطر نداشتن اراده، انگیزه ضعیف و یا اهمیت ندادن به خانواده، کاری برای حل این مشکل نمی‌کند. بنابراین آموزش خانواده در زمینه اعتیاد و مفاهیم وابستگی و محرومیت و عوامل مؤثر در شروع و ادامه مصرف مواد ضروری است. این آموزش‌ها نه تنها موجب افزایش دانش و اطلاعات خانواده در مورد اعتیاد شده بلکه می‌تواند روی نگرش و رفتارهای آنان نسبت به مصرف‌کننده تأثیرگذار باشد.

دو- آموزش خانواده در مورد کاهش آسیب

مشاور باید برای خانواده مفهوم کاهش آسیب، اصول و فلسفه آن را توضیح دهد. اغلب خانواده‌ها انتظار دارند که ارائه‌دهندگان خدمات سلامت، اعتیاد را کامل و به صورت قطعی «علاج» کنند. بنابراین ممکن است با برنامه‌های کاهش آسیب مانند دادن سرنگ و سوزن به مراجع مخالفت کنند و آن را اقدامی برای تشویق او برای ادامه مصرف بدانند. توضیح اصول و منطق کاهش آسیب به همکاری خانواده با برنامه‌های کاهش آسیب کمک خواهد کرد و موفقیت و اثربخشی آن را افزایش خواهد داد.

سه- بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی اعضای خانواده

همان‌طور که ذکر شد مصرف مواد روی جنبه‌های مختلف زندگی افراد خانواده اثر می‌گذارد و بنابراین یکی از اهداف برنامه‌های کاهش آسیب برای خانواده‌ها، کاهش این اثرات منفی و بهبود کیفیت زندگی آنهاست. این کار از طریق ارزیابی وجود مشکلات روان‌پزشکی در افراد خانواده و ارجاع مناسب برای دارودرمانی و یا روان‌درمانی و همچنین آموزش سبک زندگی سالم و توانمندسازی صورت می‌گیرد.

چهار- آموزش رابطه جنسی ایمن

استفاده از وسایل تزریق مشترک و رابطه جنسی محافظت نشده راه‌هایی است که خطر عفونت اچ‌آی‌وی را در مصرف‌کنندگان مواد افزایش می‌دهد. مصرف‌کنندگان مواد، به ویژه مصرف‌کنندگان تزریقی با استفاده از وسایل تزریق مشترک و یا رابطه جنسی پرخطر نه تنها خود را در معرض عفونت‌های اچ‌آی‌وی، هیپاتیت‌ها و سایر بیماری‌های عفونی قرار می‌دهند بلکه همسر یا شریک جنسی خود - و نیز فرزندان احتمالی - را نیز از طریق رابطه جنسی محافظت نشده در خطر قرار می‌دهند. مطالعات انجام شده در این

زمینه نشان می‌دهد که مداخلات کاهش آسیب در تغییر الگوی تزریق پرخطر مصرف‌کنندگان تزریقی موفقیت‌هایی داشته است ولی در تغییر رفتارهای پرخطر جنسی آنان چندان موفق نبوده است. بنابراین، آموزش رابطه جنسی ایمن به همسران یا شرکای جنسی مصرف‌کنندگان مواد- به ویژه مصرف‌کنندگان تزریقی - اهمیت زیادی دارد. این آموزش باید شامل ارائه اطلاعات و افزایش آگاهی همسران در مورد رابطه پرخطر جنسی و عواقب آن و نیز آموزش مهارت مذاکره با همسر برای یک رابطه جنسی ایمن باشد.

پنج- مشاوره برای خشونت خانگی

خشونت خانگی یک الگوی بدرفتاری جسمی، جنسی، روانی و هیجانی است که توسط یکی از اعضای خانواده برای اعمال کنترل و قدرت، نسبت به عضو یا اعضای دیگر خانواده صورت می‌گیرد. عبارت یک الگوی رفتاری اشاره به رفتاری دارد که به طور مکرر اتفاق می‌افتد و لذا حادثه‌ای که فقط یک بار اتفاق افتاده، بدرفتاری محسوب نمی‌شود. اگرچه خشونت خانگی ممکن است نسبت به فرزندان، افراد معلول و بیمار خانواده، والدین و سالمندان صورت گیرد ولی در اینجا تأکید روی خشونتی است که مردان نسبت به همسر و فرزندان خود انجام می‌دهد.

عوامل مختلفی ممکن است در خشونت خانگی یک مرد نقش داشته باشند ولی یکی از مهمترین عوامل خطری که احتمال بدرفتاری مرد را افزایش می‌دهد مصرف الکل و مواد است. آمارها نشان می‌دهد یک چهارم تا نیمی از مردانی که مرتکب خشونت نسبت به همسران شان می‌شوند مصرف الکل و مواد داشته و دفعات و شدت خشونت در آنها بیشتر از مردانی است که مصرف مواد ندارند. مصرف مواد می‌تواند از طریق سازوکارهای مختلفی احتمال بروز آن را افزایش داده و حتی شدت و فراوانی آن را بیشتر کند. علاوه بر این، زنانی که قربانی خشونت همسران شان می‌شوند احتمال بیشتری دارد که برای تسکین درد جسمی و روانی ناشی از خشونت و ترس‌های مرتبط با آن، به داروهای آرام‌بخش، خواب‌آور و مسکن وابسته شده و یا شروع به مصرف مواد کنند.

بنابراین از آنجایی که این دو پدیده همبستگی بالایی با هم دارند و به نظر می‌رسد که مصرف مواد یک عامل خطر برای خشونت خانگی است، لذا در کار با مصرف‌کنندگان مواد، حتماً باید احتمال خشونت خانگی را در نظر داشت و اقدامات لازم به منظور ارزیابی و انجام مداخلات ضروری انجام گیرد. ارزیابی باید شامل هم فرد مصرف‌کننده و هم همسر وی باشد تا در صورت وجود خشونت، اقدامات و ارجاع

مناسب صورت گیرد. برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه برخورد با خشونت خانگی به راهنماهای مربوطه اداره سلامت اجتماعی مراجعه شود.

شش - آموزش فرزندپروری

مصرف مواد والدین بر فرزندان تأثیر می‌گذارد و احتمال بروز اختلالات رفتاری، مشکلات روان‌پزشکی و نیز مصرف مواد را در آنها افزایش می‌دهد. همان‌طور که در **فصل پنجم** دیدیم، غفلت فرد مصرف‌کننده از وظایف والدینی، فقدان ارتباط گرم و حمایت‌کننده بین مصرف‌کننده مواد و فرزندان، استرس‌ها و تنش‌های مزمن در خانواده، تعارض‌های مکرر بین زن و شوهر، دسترسی به مواد و الگوبرداری از مصرف‌کننده از جمله مواردی است که می‌تواند شیوع بالاتر مشکلات روان‌شناختی و مصرف مواد را در فرزندان والدین مصرف‌کننده، تبیین کند. شما باید اطلاعات لازم را در این زمینه به مادر بدهید و با آموزش مهارت‌های فرزندپروری مختص این افراد، احتمال بروز مشکلات فوق‌الذکر را کاهش دهید.

ارجاع و پیگیری

از آنجایی که در اغلب مراکز مراقبت‌های اولیه، طیف مداخلات کاهش آسیب محدود است، ارجاع به مراکز ارائه‌دهنده خدمات کاهش آسیب و جایگاه‌های حمایتی یکی از مهم‌ترین اقداماتی است که باید انجام دهید. بنابراین، بر اساس شناخت نیازهای مراجع، ارجاع‌های لازم به جایگاه‌های زیر باید در نظر گرفته شود:

- مراکز یا برنامه‌های کاهش آسیب و درمان اعتیاد شامل مراکز کاهش آسیب، مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری، مراکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر و مراکز درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیست
- جایگاه‌های درمان مشکلات طبی و روان‌پزشکی
- مراکز ارائه‌دهنده حمایت‌های اجتماعی، سرپناه و حرفه‌آموزی

شما باید از قبل فهرستی از سازمان‌هایی را که خدمات مورد نظر را ارائه می‌دهند تهیه کنید تا بتوانید در مواقع نیاز ارجاع‌های لازم را انجام دهید. یکی از موارد مهم، ارجاع به مراکز کاهش آسیب و مراکز درمان با داروهای آگونیست جهت دریافت خدمات اختصاصی کاهش آسیب است. نکته مهم دیگر آن است که وقتی مراجع را برای دریافت کمک و حمایت به مراکز یا سازمان‌های دیگری ارجاع می‌دهید اطمینان پیدا کنید که به آن مرکز مراجعه می‌کند. شما می‌توانید کارهایی انجام دهید تا مراجع به توصیه

شما عمل کند و احتمال مراجعه وی به جایگاه‌های مربوطه بیشتر شود. برای مثال می‌توانید:

- زمان، مکان، مسیر رفتن به محل مورد نظر و نام شخصی را که باید پیش او برود، بنویسید و به او بدهید.

- خودتان در حضور مراجع با مرکز مورد نظر تماس بگیرید و قراری را هماهنگ کنید.

- کاملاً برای او توضیح دهید از سازمان مورد نظر انتظار چه کمک‌هایی می‌تواند داشته باشد.

همچنین اگر فرد برای مراجعه به مراکز مورد نظر، مشکلاتی را بیان می‌کند به او کمک کنید تا با تکنیک‌های حل مسأله، موانع موجود را برطرف کند. این موانع ممکن است مشکلات ایاب و ذهاب، مراقبت از بچه‌ها، ترس از دستگیر شدن و... باشد. بنابراین همیشه در پایان جلسه بررسی کنید آیا مراجع سؤال و یا نگرانی‌هایی دارد و اطمینان پیدا کنید که همه چیز برای او روشن است.

ذکر این نکته مهم است که در مناطق روستایی و حاشیه شهر و یا در مواردی که مراکز اختصاصی کاهش آسیب و درمان اعتیاد وجود ندارد و یا دسترسی مراجع به آن دشوار است و یا به هر دلیلی امکان مراجعه وی به جایگاه‌های اختصاصی پایین است، لازم است تا جایی که ممکن است پزشک مرکز با کمک سایر کارکنان خدمات مورد نیاز را ارائه دهند.

در خاتمه جلسه، با همکاری مراجع برنامه‌ای را برای پیگیری برنامه‌ریزی کنید. پیگیری می‌تواند تلفنی و یا حضوری باشد. در صورت لزوم، برای جلسه بعد برنامه‌ریزی کنید و راه‌های تماس با مراجع را بررسی کنید تا در صورت عدم امکان شرکت در جلسه مقرر، بتوانید ترتیب جلسه دیگری را بدهید. در خاتمه دوباره تأکید کنید شما همیشه برای کمک به او در دسترس هستید و هر زمان نیاز به کمک و مشورت داشت، از او استقبال خواهید کرد.

در جدول ۷-۱ شرح وظایف پزشک در حوزه کاهش آسیب مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه ارائه شده است.

جدول ۷-۱- شرح خدمت پزشک در کاهش آسیب مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

منبع - متن آموزشی	شرح خدمت	گروه هدف
<p>متون آموزشی (از جمله دستورالعمل‌های وزرات بهداشت) مربوط به سل، هیپاتیت و بیماری‌های آمیزشی</p>	<p>➤ ارزیابی مراجع شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • غربالگری اولیه فرصت‌طلبانه • مصاحبه و ارزیابی غیرقضاوت‌گرانه، توأم با احترام، برقراری ارتباط درمانی • پرسش از فرد درباره مصرف مواد (برآورد مقدار - دفعات مصرف - انواع مواد مصرفی - آخرین بار مصرف) • سابقه‌ی درمان‌های قبلی برای وابستگی به مواد، مدت زمان پرهیز بعد از هر درمان، دلیل عود مصرف • سابقه‌ی زندان • سابقه‌ی رفتارهای پرخطر (رفتار تزریقی، تزریق مشترک، ارتباط جنسی غیرایمن و ...) • معاینه جسمی (معاینه عمومی، نشانه‌های مسمومیت و محرومیت، ارزیابی وضعیت تغذیه، کارکرد نورولوژیک، گوارش - روده‌ای، قلبی - عروقی) • معاینه وضعیت روانی (نشانه‌های مسمومیت یا محرومیت، کارکرد شناختی، انگیزه و بینش) • استفاده از داروهای همراه • خصوصیات فعلی محرومیت یا مسمومیت <p>➤ ارجاع مراجع برای انجام آزمایش‌های پزشکی</p> <ul style="list-style-type: none"> • آزمایش‌های عملکرد کبدی • HCV Ab • HBS Ag <p>➤ ارجاع مراجع برای مشاوره و آزمایش اچ آی وی</p> <ul style="list-style-type: none"> • توضیح فرآیندهای لازم درمانی به بیمار و خانواده او و تصمیم‌گیری درباره اقدام لازم درمانی طبق پروتکل • ویزیت منظم بیمار و ارزیابی عوارض احتمالی • ارجاع فرد به روان‌پزشک در صورت لزوم • ارجاع فرد به مراکز مشاوره‌ی بیماری‌های رفتاری برای شروع درمان • ضد‌رتروویروسی در صورت لزوم <p>➤ ارزیابی مراجع از نظر بیماری سل شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • وجود علائم سل مانند سرفه بیش از دو هفته، خلط خونی، تعریق 	<p>مصرف- کنندگان تزریقی (یا غیرتزریقی) مواد</p>

	<p>شبانہ، کاهش وزن، تب</p> <ul style="list-style-type: none"> • سابقہ‌ی تماس با فرد مبتلا به سل • تشخیص بیماران مبتلا به سل و پیگیری آنها برای شروع و ادامه‌ی درمان <p>➤ ارزیابی فرد از نظر بیماری هپاتیت و ارجاع برای درمان</p> <p>➤ ارزیابی فرد از نظر بیماری‌های منقله از راه جنسی و شروع درمان (یا ارجاع برای درمان)</p>	
--	--	--

فهرست منابع

منابع فارسی

- احترامی، م (۱۳۹۱). پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر محله. تهران: معاونت دانشجویی دانشگاه تهران و ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- پارک، ک. (۱۳۸۲). طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی. ترجمه: رفایی شیر پاک خسرو، تهران: نشر ایلیا، چاپ اول. جلد دوم.
- خان احمدی پریسا. (۱۳۹۶). ۲ میلیون و ۸۰۸ هزار نفر معتاد در کشور. روزنامه ایران، شماره ۶۵۲۸، یکشنبه چهارم تیر ماه ۱۳۹۶، صفحه ۴.
- <http://www.magiran.com/npview.asp?ID=3582313>
- رزاقی ع م، رحیمی موقر آ، حسینی م. (۱۳۸۲). گزارش بررسی سریع مصرف مواد تزریقی در شهر تهران در سال ۱۳۸۰. سازمان بهزیستی کشور.
- سازمان پزشکی قانونی. (۱۳۹۵). مرگ بیش از ۳۰۰۰ نفر بر اثر سوء مصرف مواد مخدر. وب سایت سازمان پزشکی قانونی، ۱ اردیبهشت ۱۳۹۵.
- <http://lmo.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=1&pageid=2316&newsview=24704>
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۰). شیوع شناسی اعتیاد در ایران. گزارش نتایج اصلی مطالعه در رسانه‌های گروهی.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۳). کتاب سال ۱۳۹۳ ستاد مبارزه با مواد مخدر. تهران: ریاست جمهوری، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر برنامه‌ریزی و فن آوری اطلاعات.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۴). کتاب سال ۱۳۹۴ ستاد مبارزه با مواد مخدر. تهران: ریاست جمهوری، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر برنامه‌ریزی و فن آوری اطلاعات.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۲). گزارش فعالیت‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۱. انتشارات دفتر برنامه‌ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- صرامی، حمید. (۱۳۹۱). شیوع شناسی اعتیاد در ایران. سایت ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.
- مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۵). قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات. مصوب ۱۳۸۵/۶/۱۵.
- تقوی م، ابوالحسنی ف، پورملک ف، جعفری ن، مرادی لاکه م، عشتری ب، مهدوی ن. (۱۳۷۸). مقاله پژوهشی بار بیماریها و آسیب‌ها در ایران در سال ۱۳۸۲. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران؛ دوره ۴،

شماره ۱: صفحات ۱۹-۱.

- نوروژی علیرضا، رهنما نازنین، فرحزادی سیدهادی، معین صدیقه‌السادات، عامری فرزانه، حدادی محمدرضا. (۱۳۹۵). استانداردهای مدل‌های درمان اختلال مصرف الکل. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دازشگاه علوم پزشکی تهران و اداره پی‌شگیری و درمان سوء مصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- نوروژی علیرضا، حضرتی نازنین، مهربابی مریم، یزدانی سمیه. (۱۳۹۶). آشنایی با مشکلات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان: راهنمای خانواده‌ها و مدارس. ویرایش دوم. اداره پی‌شگیری و درمان سوء مصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- هیأت دولت. (۱۳۸۶). آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات. مصوب ۱۳۸۶/۷/۱.

English References

- ACOG Committee on Health Care for Underserved Women; American Society of Addiction Medicine. (2012). ACOG Committee Opinion No. 524: Opioid abuse, dependence, and addiction in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 119(5):1070-6. [DOI: 10.1097/AOG.0b013e318256496e.]
- AGREE Collaboration (2003) Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 18–23.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, VA.
- Amin-Esmaili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, Hajebi A, Radgoodarzi R, Mojtabai R. et al. (2016). Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization results from the Iranian Mental Health Survey. *Addiction*. Oct;111(10):1836-47. [doi: 10.1111/add.13453.]
- Amin-Esmaili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi A, Hajebi A, Mojtabai E, Radgoodarzi R, Hefazi M, Motevalian A. (In review). Alcohol use disorders in Iran: prevalence, symptoms, correlates, and comorbidity. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*.
- Brennfleck Shannon, J.(2009). *Child abuse: Sourcebook*. New York: Omnigraphics, Inc.
- Corel JL. (1975). *The postnatal development of the human cerebral cortex*. Cambridge, MA; Harvard University Press.
- Ducharme LJ, Knudsen HK, Roman PM. (2006). Availability of integrated care for co-occurring substance abuse and psychiatric conditions. *Community Ment Health J.* 42(4):363-75. [DOI: 10.1007/s10597-005-9030-7]
- Fox S, Levitt P, Nelson CA. (2010). How the timing and quality of early experiences

- influence the development of brain architecture. *Child Development*, 81, 28–40.
- Galanter, M. (2006). *Innovations: Alcohol & drug abuse, spirituality in alcoholics anonymous: Psychiatric Services*, 57, 307-309.
 - Farzadfar F. (2014). National Priorities for Population Health in Iran. Presentation in JPRM Training Meeting. Ministry of Health and Medical Education, April 13, 2014.
 - GBD 2015 Risk Factors Collaborators. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 8;388(10053):1659-1724. [DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8.]
 - Gilmore JH, Lin W, Prasatwa MW, et al. (2007). Regional gray matter growth, sexual dimorphism, and cerebral asymmetry in the neonatal brain. *Journal of Neuroscience*. 27(6):1255-1260.
 - Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. (2010). The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practic*, 11:81 [DOI: 10.1186/1471-2296-11-81]
 - Li Z, Sheng M. (2003). Some assembly required: the development of neuronal synapses. *Nature Reviews*. 4:833-841.
 - Lipina SJ, Colombo JA. (2009). *Poverty and Brain Development during Childhood: An Approach From Cognitive Psychology and Neuroscience*. Washington, DC: American Psychological Association.
 - Lowinson JH, Ruiz P, Millman RP & Langrod JG. (2005). *Substance abuse: A comprehensive textbook*. Baltimore: Lippincott, Williams and Wilkins.
 - Mansouri N, Gharaee B, Shariat SV, Bolhari J, Yousefi Nooraie R, Rahimi-Movaghar A, Natges A. (2009). The change in attitude and knowledge of health care personnel and general population following trainings provided during integration of mental health in Primary Health Care in Iran: a systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 3:1
 - Marsch R, Gerber AJ, Peterson BS. (2008). Neuroimaging studies of normal brain development and their relevance for understanding childhood neuropsychiatric disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008;47(11):1233-1251.
 - National Institute of Drug Abuse (NIDA). (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents, a research based guide for parents, educators and community leaders, Second Edition*.
 - Nowakowski RS. (2006). Stable neuron numbers from cradle to grave. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 103(33):12219-12220.
 - Park JE, Park AK. (2004). [Park's Textbook of Preventive and Social Medicine Vol 2] (Trans. Shodjai-Tehrani H). 2nd ed. Tehran: Samat Publications. [Persian]
 - Rahimi-Movaghar A, Razaghi EM, Sahimi-Izadian E, Amin-Esmaeili M. (2010). HIV, hepatitis C virus, and hepatitis B virus co-infections among injecting drug users in Tehran, Iran. *Int J Infect Dis* 14(1):e28-33.
 - Roggman L, Cardia N. (2016). *Home Visitation Programs: Preventing Violence and*

- Promoting Healthy Early Child Development. Springer International Publishing Switzerland.
- Sharifi, V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: 142 The Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian Medicine*, 18(2), 76–84. 143
 - Shonkoff JP. (2010). Building a New Bio- developmental Framework to Guide the Future of Early Childhood Policy. *Child Development*, Volume 81, Number 1, Pages 357–367
 - United Nation Office on Drug and Crime (UNODC). (2016). *World Drug Report 2016*. Vienna: UNODC Publications.
 - Watson DE, Krueger H, Mooney D, and Black C. (2005). Planning for renewal: Mapping primary Health care in British Columbia. Center for Health Services and Policy Research. College of Health Disciplines, University of British Columbia, 123- 126.
 - WHO, UNODC, UNAIDS (2009). *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
 - Wiedenmayer CP, Bansal R, Anderson GM, et al. (2006). Cortisol levels and hippocampus volumes in healthy preadolescent children. *Biological Psychiatry*. 60:856-861.
 - Wong S, Ordean A, Kahan M; Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. (2011). SOGC clinical practice guidelines: Substance use in pregnancy: no. 256, April 2011. *Int J Gynaecol Obstet*. 114(2):190-202.
 - World Health Organization (WHO). (1978). *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children’s Fund*. Geneva, World Health Organization.
 - World health organization (WHO). (2008). *Building the Case for Change: Primary Care Mental Health & Addiction*. Geneva, World Health Organization.
 - World Health Organization (1992) *ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO Publications. Geneva, Switzerland
 - World Health Organization (WHO). (1994). *Lexicon of drug and alcohol terms*. WHO Publications. Geneva, Switzerland.
 - World Health Organization (WHO), UNODC, UNAIDS. (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Drug Dependence Treatments. Evidence for Action Technical Papers, Final Draft*. World Health Organization, Geneva.
 - World Health Organization. (2000). *Working with street children: A Training Package on Substance Use, Sexual and Reproductive Health including HIV/AIDS and STDs*. WHO.
 - World Health Organization (WHO). (2010a). *The Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care*. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
 - World Health Organization (WHO). (2010b). *The ASSIST-linked brief intervention for*

- hazardous and harmful substance use: a manual for use in primary care. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
- World Health Organization (WHO). (2010c). Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
 - World Health Organization (WHO). (2010d). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 1.0. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
 - World Health Organization (2010e). Global strategy to reduce harmful use of alcohol. WHO Publications. Geneva, Switzerland
 - World Health Organization (2013). Global NCD Action plan 2013-2020. WHO Publications. Geneva, Switzerland
 - World Health Organization (WHO). (2014a). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
 - World Health Organization (WHO). (2014b). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
 - World Health Organization (WHO). (2014c). Global status report on alcohol and health 2014. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
 - World Health Organization (WHO). (2015). WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
 - World Health Organization (WHO). (2016a). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
 - World Health Organization (WHO). (2016b). Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach - Second edition. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
 - <https://www.unodc.org/islamicrepublicofiran/drug-prevention-treatment-and-hiv-aids.html>
 - <https://www.drugabuse.gov/publications/substance-use-in-women/substance-use-while-pregnant-breastfeeding>