

تعریف واژه‌ها و اصطلاحات

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، اُفت 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 ده‌گانه مواد (به جز کافئین) در نظر گرفته شده است. ملاک‌های اختلال مصرف مواد در DSM-5 از ادغام ملاک‌های DSM-IV-TR برای تشخیص های 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.

موارد پیش‌بینی شده ذیل ملاک تشخیصی اصلی اختلال مصرف مواد را می‌توان به طور کلی ذیل زیرگروه‌های مفهومی نقص کنترل (موارد ۴-۱)، نقص کارکرد اجتماعی (موارد ۷-۵)، مصرف پرخطر (موارد ۹-۸) و ملاک فارماکولوژیک (موارد ۱۱-۱۰) طبقه‌بندی نمود. شدت اختلال بر اساس تعداد ملاک‌های تشخیصی تأیید شده برای فرد تعیین به صورت **خفیف** (وجود ۲-۳ علامت)، **متوسط** (وجود ۴-۵ علامت) و **شدید** (وجود ۶ علامت یا بیشتر) تعیین می‌شود.

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

¹ DSM-5

² DSM-IV-TR

³ substance abuse

⁴ dependence

⁵ ICD-10

⁶ harmful use

⁷ dependence syndrome

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

اختلالات اعتیادی

در DSM-5 اختلال قماربازی به عنوان یک اعتیاد رفتاری^۱ به مجموعه اختلالات مرتبط با مواد افزوده شده است. در DSM-IV-TR قماربازی بیمارگونه در فصل اختلالات کنترل تکانه طبقه‌بندی شده بود، اما تغییر عنوان این اختلال و انتقال آن به فصل اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادی^۲ به دلیل شواهد در دسترس از اثرات مشابه قماربازی بر سیستم پاداش مغز و ایجاد علائم رفتاری قابل‌مقایسه با اختلالات مصرف مواد انجام شده است. علاوه بر اختلال قماربازی 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

مصرف مکرر و افراطی یک ماده که دوری از آن سبب افزایش علائم دیسترس و یک میل قوی برای تکرار مصرف آن شده و منجر به آفت کارکردهای ذهنی و سلامت جسمی فرد می‌شود. در اعتیاد فرد به صورت فزاینده‌ای به سایر امور مهم زندگی بی‌توجه شده و دچار افت کارکرد در حوزه‌های فردی، بین‌فردی 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 زیربناهای 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 مثل منطقه تگمنتال شکمی^۳، لوكوس سرولئوس^۴ و هسته آکومبئس^۵ دارند.

¹ behavioral addiction

² substance-related and addictive disorders

³ ventral tegmental area

⁴ locus ceruleus

⁵ nucleus accumbens

الکل

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

آنتاگونیست

ماده‌ای که با اثرات یک ماده دیگر مقابله می‌کند. از نظر داروشناختی، داروهای آنتاگونیست از طریق تعامل با یک گیرنده اثر عوامل دارویی (آگونیست) ایجادکننده اثرات فیزیولوژیک یا رفتاری اختصاصی 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^۱ 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، مسئولیت به وجود آمدن مشکل بر عهده آنها خواهد بود و به صورت ناخودگاه برای اجتناب از مواجهه با درد روان‌شناختی همراه با این موضوع وجود مشکل را انکار می‌کنند.

توصیف مفاهیمی همچون هم‌وابستگی، میدان دادن و انکار در اینجا به منظور آشنایی آرایه‌دهندگان مراقبت با پیچیدگی‌های روان-شناختی 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 انگ‌زننده و قضاوت‌گرانه ادراک شود. روان‌شناسان در صورت شناسایی انکار در فرد مصرف‌کننده مواد یا هم‌وابستگی در خانواده باید از مقابله کردن^۲ احتراز نموده بلکه با استفاده از آموزش‌های روان‌شناختی^۳ و رویکرد انگیزشی و حمایت‌گرانه مقاومت را دور بزنند.

¹ denial

² confrontation

³ psychoeducation

باریتورات‌ها

گروهی از داروهای واجد خواص تضعف دستگاه اعصاب مرکزی که شامل فنوباریتال، آموباریتال و سکوباریتال می‌شوند. در درمان تشنج و بی‌هوشی کاربرد دارند. اثرات حاد و مزمن آن 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، بین‌فردی و اجتماعی دست یابد.

بازگیری سریع

بازگیری سریع یا «سم‌زدایی» سریع^۱ یک روش درمان برای کنترل سریع علائم و نشانه‌های محرومیت از مواد افیونی القاشده با استفاده از آنتاگونیست‌های مواد افیونی تحت آرام‌بخشی سنگین است.

بازگیری فوق‌سریع

«سم‌زدایی» فوق‌سریع یا بازگیری فوق‌سریع^۲ یک روش درمان برای کنترل بسیار سریع علائم و نشانه‌های محرومیت از مواد افیونی القاشده با استفاده از آنتاگونیست‌های مواد افیونی تحت بی‌هوشی عمومی است.

بازگیری طبی

بازگیری طبی^۳ یا به اختصار بازگیری، فرآیندی است که در طول آن با تجویز دارو علائم ناشی از ترک ماده یا مواد روان‌گردان 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 آرام‌بخش/خواب‌آور، شل‌کننده عضلانی و ضد تشنج دارند. این عوامل دارویی از طریق تقویت GABA، یک عصب‌رسانه مهاری اثرات خود را اعمال می‌کنند.

¹ RD: Rapid detoxification

² URD or UROD: Ultra rapid detoxification

³ medically assisted withdrawal

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^۱ به توانایی فرد برای انجام تکالیف علی‌رغم اثرات ماده گفته می‌شود.

تحمل متقابل

به توانایی یک ماده برای جایگزینی با یک ماده دیگر و ایجاد علائم فیزیولوژیک و روان‌شناختی مشابه اطلاق می‌شود (برای مثال دیازپام و فنوباریتال). وابستگی متقاطع^۲ نیز نامیده می‌شود.

تشخیص دوگانه

به وجود اختلالات روان‌پزشکی همبود در بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد تشخیص دوگانه^۳ 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^۴ گفته می‌شود.

¹ behavioral tolerance

² cross-dependence

³ dual diagnosis

⁴ modality matching

تطبیق جایگاه درمانی

تطبیق جایگاه درمانی^۱ به قراردعی 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 (ماری‌جوانا) به صورت رزین، برگ خشک شده یا روغن استفاده می‌شود.

داروهای آگونست آپوئیدی

در درمان اعتیاد به داروهای گفته می‌شود که با اتصال به گیرنده‌های آپوئیدی در مغز- محل اتصال و اثر مواد افیونی- و فعال کردن آن‌ها اثراتی مشابه مواد افیونی ایجاد می‌کنند. مانند: بوپرنورفین، متادون و آپوم تینکچر.

داروهای آنتاگونست آپوئیدی

داروهایی که با اتصال به گیرنده‌های مواد افیونی در مغز، مانع فعال شدن این گیرنده‌ها می‌شوند. از نظر داروشناختی، تأثیر داروهای آنتاگونست بر روی گیرنده اثرات فیزیولوژیک و رفتاری عوامل دارویی آگونست را مهار می‌کند. برای مثال، نالترکسون یک آنتاگونست آپوئیدی است و مصرف آن باعث انسداد گیرنده‌های آپوئیدی و ممانعت از فعال‌سازی آن‌ها می‌شود.

درمان

مجموعه مداخلاتی را توصیف می‌کند که هدف آن اصلاح یک مشکل یا وضعیت شناخته شده مرتبط با مصرف مواد در زمینه سلامت جسمی، روان‌شناختی 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 دستیابی به آن‌ها به طور منظم پایش می‌شوند. درمان ساختاریافته ممکن است از مجموعه‌ای از مداخلات درمانی هم‌زمان یا متوالی تشکیل شده باشد.

¹ placement matching

درمان جایگزین با داروهای اُپئویدی

به جایگزین کردن مصرف مشکل‌آفرین مواد افیونی غیرقانونی با داروهای اُپئویدی^۱ گفته می‌شود. تعریف «درمان نگهدارنده با داروهای آگونست» را ملاحظه فرمایید.

درمان نگهدارنده با داروهای اُپئویدی

به تجویز طولانی‌مدت داروهای آگونست گیرنده‌های اُپئویدی با هدف کاهش مصرف مواد افیونی غیرقانونی و آسیب‌های ناشی از آن گفته می‌شود. اصطلاح درمان نگهدارنده با داروهای اُپئویدی^۲ با درمان جایگزین با داروهای اُپئویدی 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 اُپئویدی جایگزین شده است. در مقایسه، اصطلاح درمان نگهدارنده بر این واقعیت تأکید دارد که این روش درمانی یک فرآیند طولانی‌مدت است که در آن بیمار با استفاده از داروهای اُپئویدی 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 عصبی^۳ نسبت به اثرات ماده مسؤل 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 OST: Opioid substitution therapy

² OMT: Opioid Maintenance Treatment

³ neuroadaptation

سندرم الکل جنینی

الگوی از تأخیر رشد و تکامل عصب‌روان‌شناختی و جسمی با دیس‌مورفی‌های مشخص صورتی را که در کودکان مواجهه‌یافته با الکل در طول دوران بارداری رخ می‌دهد، سندرم الکل جنینی^۱ 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^۲ کاملاً تعیین نشده و تحت تأثیر خصوصیات مادر و جنین قرار می‌گیرد.

سندرم پرهیز نوزادی/سندرم محرومیت نوزادی

نشانه‌های محرومیت از مواد روان‌گردان متعاقب مواجهه با این مواد در رحم را سندرم پرهیز یا محرومیت نوزادی^۳ گویند.

سندرم وابستگی

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

سم‌زدایی

به تعریف «بازگیری طبی» مراجعه کنید. فرآیندی که در طول آن علائم ناشی از ترک ماده یا مواد روان‌گردان کنترل می‌شود. واژه سم‌زدایی^۴ مفهوم کنترل علائم ترک را به خوبی منعکس نمی‌کند، به همین دلیل در متون علمی جدید به جای آن از واژه‌های دیگری مثل «بازگیری» یا «بازگیری طبی» استفاده می‌شود.

سندرم محرومیت

به مجموعه مختلفی از علائم با شدت متفاوت که متعاقب قطع یا کاهش مصرف یک ماده روان‌گردان که به صورت مستمر برای یک دوره زمانی طولانی مصرف شده، گفته می‌شود (کد F1x. 3 در ICD-10). شروع و سیر سندرم محرومیت محدود در زمان بوده و به نوع و مقدار ماده مصرفی فرد بستگی دارد. خصوصیات محرومیت نقطه مقابل مسمومیت است.

¹ FAS: Fatal alcohol syndrome

² Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)

³ neonatal abstinence or neonatal withdrawal syndrome

⁴ detoxification

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»^۱ و عود^۲ تفاوت قایل شد. لغزش 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 سخت‌دسترس هستند، لذا برنامه‌های کاهش آسیب باید از بدو شروع فعالیت، روشی مشخص برای دسترسی به آن‌ها داشته باشند.

کوکائین

یک ماده آکالوئید استخراج شده از برگ‌های گیاه کوکا یا تولیدشده به صورت صناعی از اکگونین^۳ 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 غیرپزشکی باعث ایجاد سرخوشی می‌شود. تکرار مصرف باعث ایجاد وابستگی می‌شود.

محرک‌های شبه‌آمفتامینی

گروهی از آمین‌های سمپاتومیمتیک یا اثرات محرک قدرتمند روی دستگاه اعصاب مرکزی. مواد اصلی این گروه شامل مت-آمفتامین، آمفتامین و دکس‌آمفتامین هستند.

¹ lapse

² relapse

³ ecgonine

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 است. سندرم محرومیت با علائم و نشانه‌های فیزیولوژیک به علاوه تغییرات روان‌شناختی مثل اختلال در فکر، احساس و رفتار مشخص می‌شود. سندرم پرهیز^۱ و قطع^۲ نیز نامیده می‌شود.

مسمومیت

یک سندرم قابل بازگشت که توسط مصرف بیش از حد یک ماده خاص ایجاد شده و یک یا بیشتر از کارکردهای 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 می‌شود. آسیب سلامتی می‌تواند جسمی (به عنوان مثال ابتلاء به هپاتیت ناشی از مصرف تزریقی مواد) یا روان‌شناختی (برای مثال دوره‌های اختلال افسردگی ثانویه یا 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^۳ می‌گویند.

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^۴ الکل گفته می‌شود.

مصرف نابجا

مصرف نابجا^۵ شبیه به سوءمصرف است اما معمولاً در مورد داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف نسخه‌ای به کار می‌رود.

¹ abstinence

² discontinuation

³ polysubstance use

⁴ hazardous use

⁵ misuse

معتادان گمنام یا ان‌ای

معتادان گمنام^۱ 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

ملاک‌ها یا 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^۲ 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، کافئین، حشیش، مواد افیونی، مواد محرک، الکل، داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور، مواد توهم‌زا، مواد استنشاقی و سایر مواد می‌شوند.

مواد مخدر یا روان‌گردان‌های صنعتی غیردارویی

مواد مخدر و روان‌گردان صنعتی غیرقانونی شامل مواد تحت پوشش اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر 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، 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.

¹ NA: Narcotic anonymous

² substances

میدان دادن

میدان دادن یکی از ویژگی‌های مورد توافق هم‌وابستگی است. گاه اعضای خانواده احساس می‌کنند بر روی فعالیت‌های میدان-دهنده هیچ گونه کنترل ندارند. این موضوع ممکن است به خاطر فشار اجتماعی برای محافظت یا حمایت از اعضای خانواده یا به دلیل وابستگی متقابل پاتولوژیک و یا هر دو باشد و باعث می‌شود در برابر اصلاح آن مقاومت وجود داشته باشد. سایر خصوصیات هم‌وابستگی شامل عدم تمایل به پذیرش اعتیاد به عنوان یک بیماری است. در این ارتباط، اعضای خانواده همچنان به گونه‌ای رفتار می‌کنند که گویی رفتار مصرف مواد داوطلبانه 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 مصرف مواد در فرزند یا عضو خانواده خود دچار احساس افسردگی و گناه شوند.

نظام مراقبت‌های اولیه سلامت

نظام مراقبت‌های اولیه سلامت^۱ زیرمجموعه‌ای از نظام سلامت است که مجموعه گسترده‌ای از خدمات 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

سندرم وابستگی را ببینید. وابستگی به عنوان یک تشخیص در DSM-IV-TR و همچنین 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 روان‌شناختی** نیز به **خوگیری**^۲ ارجاع دارد که با وسوسه متناوب و مداوم برای مواد برای اجتناب از یک حالت کج‌خلقی، مشخص می‌شود. وابستگی رفتاری، جسمی و روان‌شناختی **شاه‌علامت**^۳ اعتیاد محسوب می‌شود.

¹ Primary Health Care (PHC)

² habituation

³ hallmark

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

هم‌وابستگی

اصطلاح **هم‌وابستگی**^۱ به گروهی از الگوهای رفتاری اعضای خانواده اطلاق می‌شود که تحت تأثیر مصرف مواد یا اعتیاد یک عضو دیگر از اعضای خانواده شکل می‌گیرد یا بر روی آن اثر می‌گذارد. این اصطلاح به انجای مختلف استفاده شده، ولی ملاک‌های خاصی برای تشخیص آن ارایه نشده است. این اصطلاح ارتباط نزدیکی با اصطلاح **میدان‌دهنده**^۲ دارد که به فردی از اعضای خانواده گفته می‌شود که رفتار اعتیاد فرد را تسهیل می‌کند (برای مثال از طریق دادن مستقیم پول به او). میدان‌دهی^۳ 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.

همچون خود فرد مبتلا، اعضای خانواده هم‌وابسته 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 اچ‌آی‌وی

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

¹ codependence

² enabler

³ enabling

فصل یکم:

کلیات اعتیاد

عناوین فصل

- مروری بر وضعیت اختلالات مصرف مواد
- بار قابل اتساب 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 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. مصرف سیگار یک عامل خطرزای مهم برای ابتلا به بیماری‌های قلبی، عروقی و سرطان‌ها محسوب می‌شود.

۱ نفر از هر ۲۰ نفر جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله یا ۲۵۰ میلیون نفر در جهان مواد غیرقانونی (به جز الکل) مصرف می‌کنند و از این میان ۲۹ 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 دربردارد.

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.

بر اساس آخرین آمار تأییدشده توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر شیوع اعتیاد (وابستگی) به مواد غیرقانونی در جمعیت سنی ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور در سال ۱۳۹۰، ۲/۶۵٪ معادل ۱/۳۲۵ میلیون نفر گزارش شد. تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین شیوع اعتیاد بین استان‌های مختلف دیده شد که کمترین آن مربوط به استان زنجان با ۰/۹۶٪ و بیشترین آن مربوط به استان کرمان با ۴/۷۵٪ در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله بود. شکل ۱-۱ شیوع اعتیاد در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله را به تفکیک استان‌های کشور نشان می‌دهد.

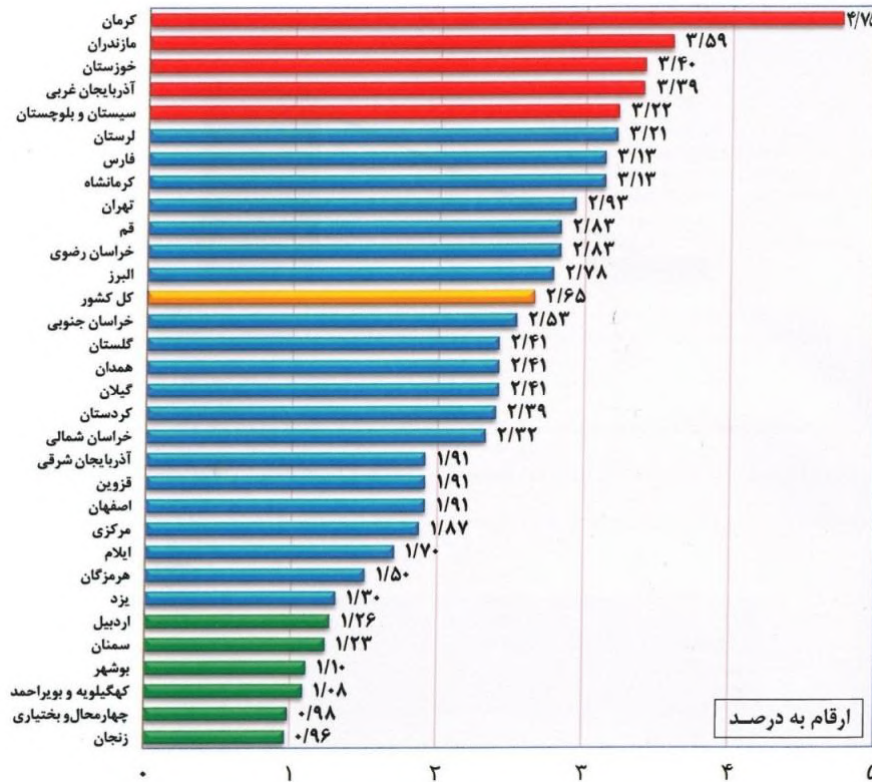
شیوع ماده مصرفی فعلی معتادان به صورت تریاک و سوخته ۵۵/۲٪، مت‌آفتامین ۲۶٪، کراک هروئین ۱۵/۹۴٪، هروئین ۹/۷۷٪، حشیش ۶/۴۳٪، اکستازی ۳/۰۸٪ و الکل ۲۶/۶۳٪ بود.

برخی یافته‌های دیگر این مطالعه به شرح زیر بود:

- میانگین سن شروع مصرف مواد غیرقانونی ۲۱/۱۹ سال ذکر گردید که در آن نوع ماده غیرقانونی مشخص نشده است.
- ۱۳/۶٪ در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال قرار داشتند.

- ۶۳٪ معتادان متأهل، ۳۲٪ مجرد و ۵٪ متارکه کرده، مطلقه یا بیوه بودند.
- درصد معتادان با سطح تحصیلات به ترتیب کارشناسی و بالاتر، کاردانی، متوسطه، راهنمایی، ابتدایی و بی سواد در این مطالعه ۲۱/۶٪، ۱۵/۲٪، ۳۷/۹٪، ۱۱/۸٪، ۸٪ و ۵/۷٪ بود.
- ۴۷/۳٪ معتادان بیکار بودند.

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



بر اساس داده های پیمایش ملی سلامت روان ۹۰-۱۳۸۹، ۳/۵٪ 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٪ و بر اساس DSM-5 معادل ۲/۵٪ بود. شیوع سوء مصرف و وابستگی به مواد غیرقانونی (به جز الکل) به ترتیب ۰/۵٪ و ۱/۸٪ 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	
٪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)	اختلال/اختلالات مصرف در سال گذشته
٪۰/۵	٪۱/۰	٪۰/۰۱	سوء مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل)	
٪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)	

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 شیوع سوء مصرف و وابستگی به الکل بر اساس چهارمین ویرایش طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی^۲ انجمن روان‌پزشکی آمریکا به ترتیب ۰/۶٪ و ۰/۳٪ است.

^۱ ICD-10

^۲ DSM-IV-TR

جدول ۱-۲- 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	محرک‌های 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)

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

در فصل ششم ذیل مبحث غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف سیگار، 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 ارایه شده توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز است. انتظار می‌رود خدمت‌گیرندگان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه با سهولت بیشتری مصرف مواد دخانی و مصرف نایجای 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 فرصت‌طلبانه 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^۱ گفته می‌شود. شاخص کمی بار بیماری، سال‌های زندگی سازگار شده با ناتوانی^۲ یا DALY است. بنا به تعریف، یک DALY یک سال از دست رفته از «عمر توأم با سلامتی کامل»^۳ است. بر اساس گزارش سازمان پزشکی قانونی کشور روزانه ۸ نفر در اثر اعتیاد به مواد غیرقانونی (شامل الکل) جان خود را از دست می‌دهند. در شهر تهران، در مطالعه‌ای کیفی در معتادان تزریقی، تقریباً همه افراد، شاهد موارد متعددی از مسمومیت ناشی از مصرف مواد در اطرافیان‌شان 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 اچ‌آی‌وی 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 اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی از طریق اعتیاد تزریقی است، به طوری که بیش از ۶۵٪ کلیه موارد شناسایی شده عفونت اچ‌آی‌وی کسانی هستند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند. یک مطالعه مروری سیستماتیک نشان داد که در دهه گذشته، میانگین شیوع عفونت اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از ۱۱ تا ۱۵ درصد و در مصرف‌کنندگان غیرتزریقی از ۱ تا ۴ درصد بوده است. هپاتیت C احتمالاً شایع‌ترین عارضه عفونی مصرف تزریقی مواد در سطح جهان است. در یک فراتحلیل 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 غیرواگیر 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 سیگار، 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 غیرواگیر 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، بیماری‌های 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.

¹ burden of disease

² Disability-Adjusted Life Year (DALY)

³ healthy" life

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 قابل‌انتساب به مصرف مواد دخانی، 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 قابل‌انتساب به عوامل خطر مرتبط با بهداشت ضعیف، بیماری‌های عفونی و سوء‌تغذیه کاهش یافته و در مقابل بار بیماری قابل‌انتساب به مصرف سیگار، 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 می‌نماید.

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 همه‌گیری‌شناسی و عوارض مرتبط با اختلالات مصرف مواد در کشور راهنمای غربال‌گری درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد را ملاحظه فرمایید.

سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد

اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی^۱ است که در شکل‌گیری آن زمینه‌های پیش‌اعتیادی چندی نقش دارند. به بیان دیگر برای شروع و ادامه مصرف مواد زمینه‌های رشد ناسالم 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 هیچ یک 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 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 مواد دخانی، الکل و سایر مواد غیرقانونی یا مصرف نابجای داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف (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.

¹ bio- psycho-socio-spiritual

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 حساس‌سازی^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

¹ sensitization

² salience

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 که تداوم آن بستگی به پیامدهای آن دارد. اثرات سرخوشی‌آور مواد به عنوان یک تقویت‌کننده رفتاری قوی باعث تکرار این رفتار می‌شود. در برخی موقعیت‌های اجتماعی، مصرف مواد، مستقل از اثرات فارماکولوژیک آن، اگر منجر به کسب موقعیت ویژه‌ای در نزد دوستان یا تأیید آنها شود، اثر تقویت‌کننده خواهد داشت. هر بار مصرف مواد در نتیجه هجوم لذت (سرخوشی القاء‌شده با مواد)، تسکین خلق منفی، تسکین علائم محرومیت یا ترکیبی از این اثرات، باعث برانگیختن تقویت مثبت سریع در فرد می‌شود. علاوه بر آن، برخی مواد ممکن است سیستم عصبی را نسبت به اثرات تقویت‌کننده ماده حساس کنند. در نتیجه این موضوع، وسایل و رفتارهای مرتبط با مصرف مواد تبدیل به عوامل تقویت‌کننده ثانویه و سرخ‌های یادآوری‌کننده مواد شده و مواجهه با آنها وسوسه یا یک میل قوی برای مصرف مواد را افزایش می‌دهد. کسانی که مواد مصرف می‌کنند هنگام روبرو شدن با محرک‌های مرتبط با مواد دچار افزایش فعالیت در مناطق لیمبیک شامل آمیگدال و سینگولیت قدامی می‌شوند. فعال‌سازی مرتبط با مواد در مغز با مواد مختلف همچون مواد افیونی، مواد محرک و نیکوتین (سیگار) نشان داده شده است.

علاوه بر تقویت عاملی^۱ مصرف مواد و رفتارهای موادجویانه سایر سازوکارهای یادگیری در وابستگی و عود به مصرف مواد نقش دارند. پدیده محرومیت از مواد افیونی و الکل می‌تواند نسبت به محرک‌های درونی یا بیرونی شرطی شود. تا مدت‌ها بعد از ترک موادی همچون نیکوتین یا مواد افیونی، فرد معتاد در صورت مواجهه با محرک‌های بیرونی که قبلاً با مصرف مواد یا محرومیت جفت شده است، می‌تواند دچار محرومیت و وسوسه شرطی‌شده شود. شدیدترین ولع مصرف در اثر مواجهه با موقعیت‌های یادآوری‌کننده مصرف مواد نظیر مصرف مواد یک فرد دیگر روی می‌دهد.

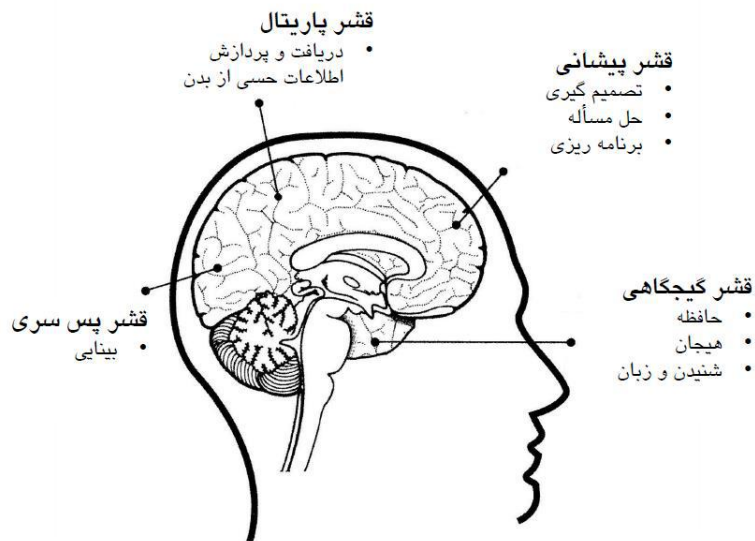
¹ operant reinforcement

مدارهای عصبی و عصب‌رسانه‌ها

مغز انسان تمام آنچه را که او تجربه می‌کند، شامل حرکت، حس کردن محیط، تنظیم فرآیندهای خودکار بدن مثل تنفس، ضربان قلب و هیجانات او را تنظیم می‌کند. افکار، آگاهی و رفتار نیز نتیجه فعالیت مغز هستند. مناطق مختلف مغز کارکردهای مختلفی را تنظیم می‌کنند. 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 می‌دهد و بر رو و اطراف سایر ساختارهای مغز قرار 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 کارکردها تا حدی توسط بخشی از مغز به نام سیستم لیمبیک انجام می‌شود. شکل ۱-۴ نواحی مختلف کورتکس یا قشر مغز را نشان می‌دهد.

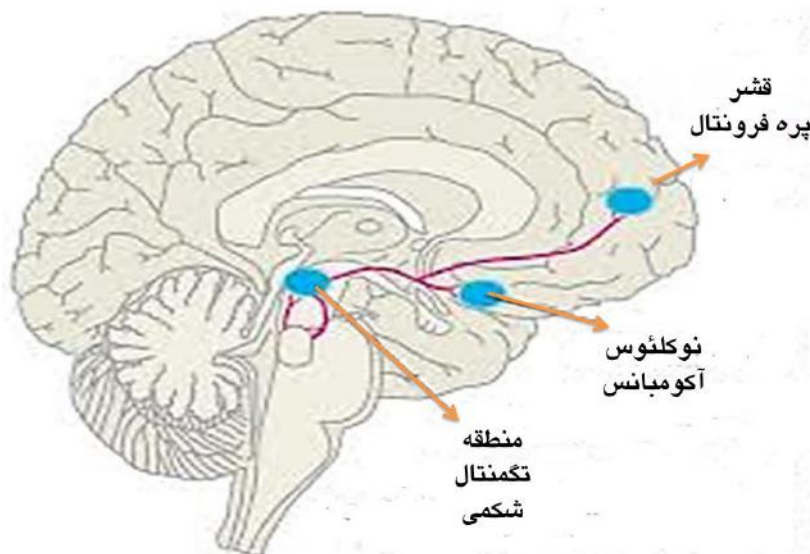
شکل ۱-۴- برش مغز از وسط لوب‌های قشر مغز و کارکردهای آن



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 عصب-رسانه‌ای و گیرنده‌های اختصاصی خود فعال می‌کنند. گرچه، مواد از یک نظر مشابه هستند: آن‌ها همگی بر روی سیستم پاداش مغز

¹ brain-reward circuitry

² neurotransmitters

کار می‌کنند. درون این 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 همشیرها 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 فرزندی پذیرفته‌شده افراد مبتلا به وابستگی به الکل و مواد نشان داده‌اند، اما مصرف الکل در والدینی که کودک را به فرزندی قبول کرده‌اند، خطر مصرف الکل را در فرزندان به فرزندی 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

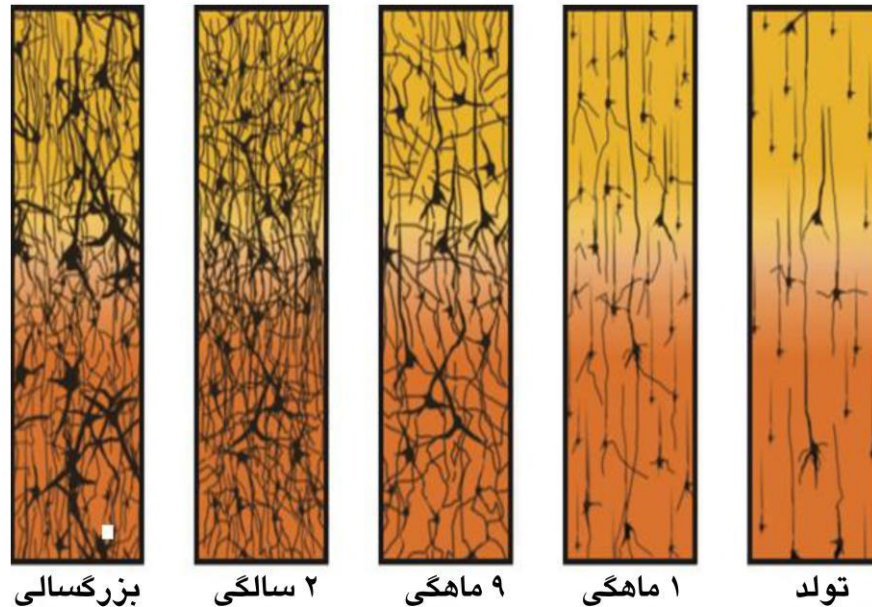
مصرف سیگار، الکل یا مواد در دوران بارداری خطر ابتلا به مجموعه‌ای از مشکلات روان‌پزشکی شامل اختلالات یادگیری، مشکلات شناختی و اختلال نقص‌توجه و بیش‌فعالی را افزایش داده که به نوبه خود می‌تواند منجر به افزایش خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد در سنین نوجوانی شود.

• 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 سنابس‌ها در مغز بیش از هر زمان دیگری در طول زندگی

است. در واقع در سال‌های اول بعد از تولد تعداد سیناپس‌هایی که ایجاد می‌شود بیش از تعداد سیناپس‌هایی است که فرد در بزرگسالی نیاز خواهد داشت. به طوری که در سنین ۲ تا ۳ سالگی تعداد سیناپس‌های مغز دو برابر تعداد سنپس‌ها در بزرگسالی است. سیناپس‌های اضافی تدریجاً در طول دوران کودکی و نوجوانی حذف می‌شود. به این فرآیند هرس شدن می‌گویند. شکل ۶-۱ تراکم سیناپس را در سنین مختلف نشان می‌دهد.

شکل ۶-۱- تراکم سیناپس‌ها 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 صحیح-شان 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 دریافت‌شده 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 سال-های 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 سیگار، 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 سال-های 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 غنی‌شده 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 ژن-محیط در سال‌های اولیه زندگی بر نحوه تکامل فیزیولوژی مغز تأثیر گذاشته و بر روی مجموعه‌ای از کارکردهای فرد شامل مدیریت تنش‌های روانی، پاسخ‌نورواندوکرین 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:

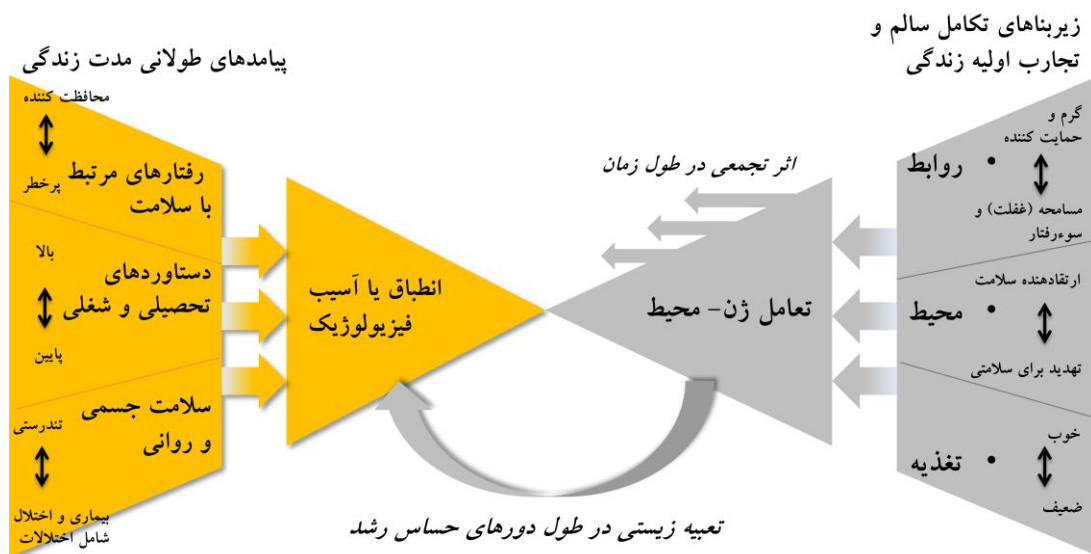
○ استرس مثبت با افزایش متوسط و کوتاهمدت ضربان قلب، قند و کورتیزول خون و سیتوکین‌های التهابی همچون اینترلوکین ۶ مشخص می‌شود. استرس مثبت به دنبال چالش‌هایی همچون احساس ناکامی، مواجهه با محیط جدید و سایر تجارب معمول زندگی رخ می‌دهد و یک جنبه مهم رشد طبیعی کودک محسوب می‌شود که در پس‌زمینه محیط پایدار و روابط 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 آسیب القاء 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 اُفت 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.

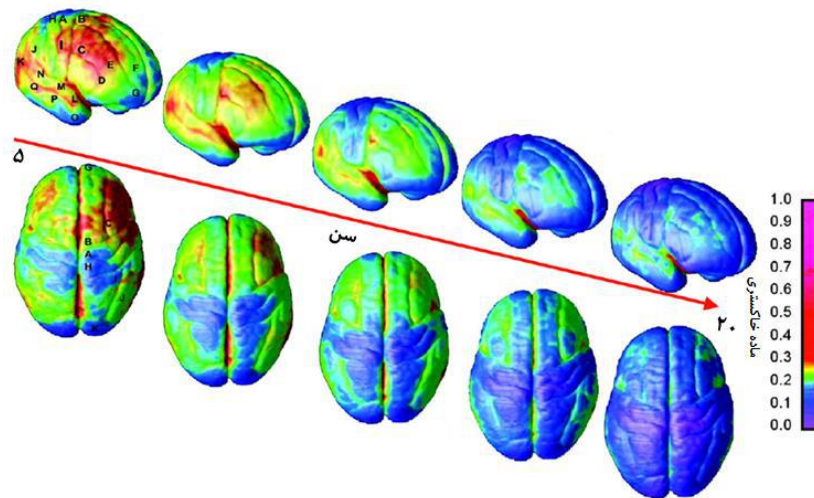
شکل ۱-۷- تجارب اولیه کودکی زیربنای تکامل سالم



• مصرف مواد در سنین پایین

رشد قشر خاکستری مغز پس از تولد از یک توالی آناتومیک خاص پیروی می‌کند. یک مطالعه روی دانسیته 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.

شکل ۱-۸- سیر تکامل قشر خاکستری مغز



در نظریه مرحله‌ای^۲ 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 کشورهایی 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^۳ 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.

¹phylogenetically

²stage theory

³gateway hypothesis

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 حساس-سازی مواد آسیب‌پذیر است. این موضوع می‌تواند افزایش بروز اختلالات مصرف مواد را در کسانی که در سن پایین مصرف را شروع 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 بیشتر 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.

¹ disruptive behaviors

² regression

³ ego

⁴ self-medication

• همبودی روان‌پزشکی

به حضور هم‌زمان یک اختلال روان‌پزشکی یا بیشتر در یک بیمار در یک زمان مشخص همبودی گفته می‌شود. شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی در میان افراد متقاضی درمان برای اختلالات مصرف مواد گزارش شده است. مطالعات نشان داده است تا ۵۰ درصد افراد معتاد از یک اختلال روان‌پزشکی همبود رنج می‌برند. 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. کسانی که مواد مصرف می‌کنند ۲۰ برابر بیش از جمعیت عمومی ممکن است به دلیل اقدام به خودکشی جان خود را از دست بدهند.

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 درک‌شده پایین
- عوامل سرشتی نظیر تکانش‌گری و مخاطره‌جویی

• گروه هم‌تا

- هنجار اجتماعی غلط درک‌شده
- 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 ارایه 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 ارایه 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 ارایه یک تعریف مورد اتفاق از سلامت صورت گرفته است. در این میان مفاهیمی که بیش از سایرین در این تعاریف تکرار شده‌اند، عبارتند از:

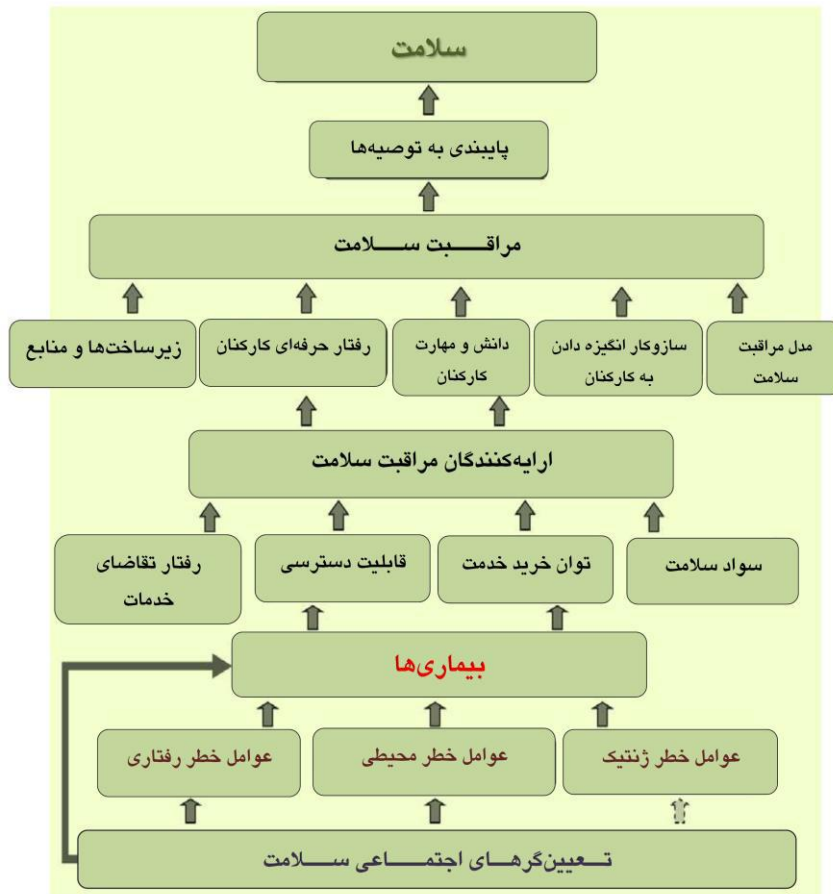
- انطباق و مدیریت استرس
- کسب و استفاده از ظرفیت‌های عملکردی
- یکپارچگی و انسجام ساختاری
- نقش‌آفرینی و مشارکت با ارزش در اجتماع
- حفظ تعادل درونی و برونی

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 مسؤول 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 همه‌ی مردم 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.

مراقبت‌های سلامت یا بهداشتی اولیه^۳ 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

¹ health system

² health care system

³ Primary Health Care (PHC)

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. 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، ارایه می‌شود.

اجزاء مراقبت‌های بهداشتی اولیه

اگر چه اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشورهای مختلف، متفاوت است، اما بیانیه آما آتا، هشت جزء 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 خدمات 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
- تفکر پرداختن به بحث‌های مختلف توسعه و رفاه اجتماعی که باعث می‌شود 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 روستایی و حاشیه شهرها، توسعه‌ی 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
- احترام به فرهنگ مراجعان^۷

¹ continuity

² self-referral

³ comprehensiveness

⁴ coordinated

⁵ community-based

⁶ family-centeredness

⁷ culturally competent

به منظور تأمین پاسخ 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 پا بر جا 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 سوءمصرف 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.

اهداف برنامه

بر اساس 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، زود هنگام، مؤثر و هماهنگ شده 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 ادغام یافته با خدمات سلامت روانی، اجتماعی و سایر مراقبت‌های جسمی، کاهش بار اختلالات مرتبط با مصرف مواد دخانی، الکل، داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف 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 مواد دخانی، الکل، داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف و مواد دیگر از طریق

- توانمندسازی افراد در زمینه خودمراقبتی^۱
- ارتقای سواد سلامت در زمینه اختلالات مصرف مواد و درک و پذیرش آن به عنوان یک بیماری قابل پیشگیری و درمان-پذیر
- 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 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. در ادامه سطوح پیشگیری توضیح داده شده است:

- **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 رایج 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 علائم 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 جایگاه^۱، مرکز^۲ یا مؤسسه رایج مراقبت پیش‌بینی شده است. پزشکان شاغل در مراقبت اولیه، برای رایج آموزش، توصیه و ارجاع متناسب باید با جایگاه‌ها یا مراکز مختلف رایج‌کننده خدمات مرتبط ذیل هر سطح مراقبت و نوع وابستگی آنها آشنا باشند. منظور از نوع وابستگی سازمان یا نهاد صادرکننده مجوز و حمایت‌کننده از هر مرکز است. در ادامه جایگاه‌ها یا مراکز رایج خدمات تعریف شده ذیل هر یک از سطوح مراقبت توصیف شده‌اند. در ادامه سطوح و جایگاه‌های مختلف رایج 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 مسؤل رایج مراقبت‌های اختلالات مصرف مواد شامل آموزش‌های پیشگیرانه، فرزندپروری، مهارت‌های زندگی، غربال‌گری اولیه و تکمیلی، مداخله مختصر و ارجاع رایج می‌شود. جایگاه‌های رایج مراقبت در سطح یک عبارتند از:

- خانه بهداشت در روستای اصلی و قمر

¹ setting

² center

- پایگاه بهداشتی در شهرها

در مناطق روستایی بهروزان مستقر در خانه بهداشت و در مناطق شهری کارشناسان مراقبت سلامت مستقر در پایگاه بهداشت محیطی ترین کارکنان فعال در ارایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه هستند.

- مرکز سلامت جامعه

خدمات سطح اول با ارایه مراقبت‌های بیشتر در سطح مرکز سلامت جامعه تکمیل می‌شود. در مرکز سلامت جامعه پزشک خانواده و کارشناس بهداشت روان 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 ارایه‌شده در مراکز کاهش آسیب ثابت¹ یا سیار² و گروه‌های نیازمندیابی³ 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 اچ‌آی‌وی و مشاوره
- ارجاع جهت درمان‌های ضدرتروویروسی

¹ fixed-site

² mobile centers

³ outreach teams

- مراقبت زخم
- استحمام
- جمع‌آوری و دفع بهداشتی سرنگ‌های آلوده
- چای و وعده غذایی
- پیگیری

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

برخی مراکز کاهش آسیب سازمان بهزیستی کشور واجد **سرپناه^۱** 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 تتور 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 اچ‌آی‌وی 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 باز توانی 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 ارائه خدمات به سه زیر سطح 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 ارائه 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 ارائه 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 ارائه 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 ارائه می‌کنند. مددیاران افرادی واجد شرایط مشخص و آموزش‌دیده از گروه همتا هستند.

دوره بازگیری از مواد در این مراکز بدون حمایت طبی ارائه 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 کوتاه‌مدت در این مراکز با خطر افزایش یافته بیش‌مصرفی 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، کوتاه‌مدت 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 درمان‌مدار^۱ خدمات بهبودی بر اساس برنامه ساختاریافته اجتماع درمان‌مدار توسط روان‌شناسان بالینی یا مددکاران مقطع کارشناسی ارشد یا پی‌اچ‌دی که دوره‌های آموزشی لازم را گذرانده‌اند، ارایه می‌شود. طول دوره درمان در مراکز اجتماع‌مدار ۳ تا ۱۲ ماه بوده و در صورت نیاز برای بیماران مبتلا به اختلالات همبود برای بیش از ۱۲ ماه قابل تمدید است.

اجتماع درمان‌مدار با مجوز فعالیت سازمان بهزیستی فعالیت می‌کنند. برخی اجتماع‌های درمان‌مدار 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 درمان‌مدار متادون گفته می‌شود.

گروه هدف اجتماع درمان‌مدار بیمارانی 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 درمان‌مدار متادون برای افراد مبتلا به اعتیاد شدت و اختلالات روان‌پزشکی همبود که از روش‌های درمانی دیگر پاسخ نگرفته‌اند، توصیه می‌گردد.

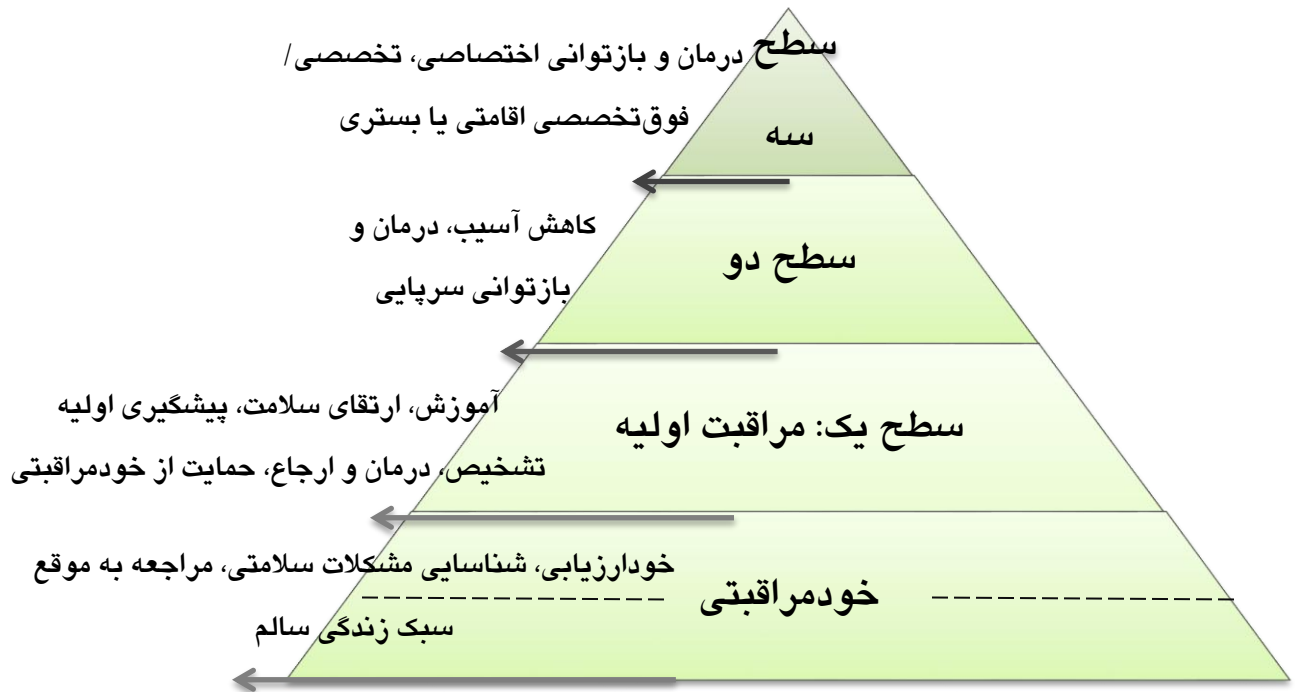
سطح ۳-ب:

سطح ۳-ب مرکز/بخش‌های تخصصی و فوق‌تخصصی 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.

¹ TC: Therapeutic community

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 روشن و تعریف‌شده 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.

¹ half-way houses

² stable housing

شکل ۲-۳ مراکز و جایگاه‌های ارایه خدمات اختلالات مصرف مواد ذیل هر یک از سطوح ارایه 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
- مواد دخنانی
- 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 پیش-بینی شده که با همه آنها (به جز کافئین) یک اختلال مصرف تعریف شده است. فهرست این مواد در جدول ۳-۱ 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 روان-شناختی و اجتماعی فرد تداخل ایجاد می‌کند.

جدول ۳-۱- فهرست طبقات و انواع مواد مختلف

ردیف	نام ماده	انواع
۱	مواد دخانی (نیکوتین)	سیگار، قلیان، ناس، انقیه 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، ضداضطراب و خواب‌آورها	انواع بنزودیازپین‌ها (لورازپام، دیازپام، آلپرازولام یا زاناکس و ...) و باربیتورات‌ها
۷	توهم‌زها	ال‌اس‌دی، فن‌سیکلیدین، قرص‌اِکس، اکستیزی
۸	مواد استنشاقی	چسب، تینر، گاز فندک، بنزین
۹	کافئین	چای، قهوه، نوشیدنی‌های انرژی‌زا، نوشابه‌های کافئین‌دار
۱۰	سایر مواد	پان، پان‌پراگ، گوتکا

در زبان فارسی معادل هر دو واژه **drugs** و **substances** 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 سوءمصرف در طبقه‌بندی‌های اختلالات روان‌پزشکی استفاده می‌شود که دربرگیرنده نیکوتین (مواد دخانی)، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف، الکل و مواد غیرقانونی (به جز الکل) می‌شود.

بنابراین به اختصار می‌توان گفت:

مواد (substances) = تنباکو (نیکوتین) + 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، بیماری‌های گوارشی و... می‌شود. 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 ناراحتی‌های خاصی می‌شود. اگر اعتیاد از نوع تزریقی باشد فرد ممکن است به بیماری‌های عفونی مانند عفونت اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی دچار شود. مصرف مواد محرک نظیر مت‌آمفتامین (شیشه) با عوارض جسمی شدیدی مانند سکته مغزی، سکته قلبی، نارسایی قلبی، فشار خون بالا، سوء تغذیه، تحلیل عضلات بدن، پوسیدگی دندان‌ها و... همراه است. مصرف مواد محرک با خطر بیشتر رفتارهای پرخطر جنسی و ابتلای به عفونت‌های منتقله از راه جنسی نظیر عفونت اچ‌آی‌وی و سوزاک (گنوره‌آ) 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، شایع‌ترین مواد در گروه‌های سنی مختلف کدام‌اند و برنامه‌های پیشگیرانه متناسب با آن تهیه و طراحی شود.

علاوه بر این، به منظور آرایه 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:

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

مواد دخانی

منظور از مواد دخانی در این راهنما مطابق با راهنماهای مرکز سلامت محیط و کار کلیه محصولات تنباکو و سایر سیستم‌های انتقال‌دهنده نیکوتین است.

مواد دخانی به طور کلی به سه دسته قابل طبقه‌بندی هستند:

- مواد دخانی دودزا (سیگار، قلیان، پیپ، سیگار برگ)
- مواد دخانی بدون دود (ناس، تنباکوی بدون دود، تنباکوی جویدنی، انفیه تنباکو)
- سیستم‌های انتقال نیکوتین الکترونیک یا **اندز¹**

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

¹ ENDS: Electronic nicotine delivery systems

صورت مشامی در **انفیه** و به صورت جویدنی^۱ یا بدون دود^۲ 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 محرومیت از تنباکو در ۵۰٪ سیگاری‌هایی که اقدام به ترک می‌کنند، رخ می‌دهد. وابستگی به نیکوتین در افراد مبتلا به سایر اختلالات روان-پزشکی 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.

نوروفارماکولوژی

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 یک آکالوئید شدیداً سمی است که مصرف دوز ۶۰ میلی‌گرم آن در یک فرد بزرگسال 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، تکیکاردی، لرز و عرق سرد می‌شود. سمیت نیکوتین با ناتوانی در تمرکز، تیرگی شعور و اختلالات حسی نیز همراه است.

¹ chewing

² smokeless

نیمه عمر نیکوتین در حدود ۲ ساعت است. نیکوتین اثرات تقویت کننده خود را از طریق رهایش دوپامین در مدار پاداش اعمال می کند. نیکوتین همچنین باعث افزایش غلظت نوراپی نفرین و اپی نفرین در خون و افزایش رهایش وازوپرسین، بتا-اندروفین، هورمون آدرنوکورتیکوتروپین و کورتیزول می شود و از این طریق اثرات محرک خود را اعمال می کند.

عوارض مصرف

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

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

کشیدن تنباکو خطر ابتلا به **سکته قلبی** و بیماری های عروقی را افزایش می دهد. سیگار کشیدن از طریق ایجاد التهاب در جداره عروق باعث ضخیم تر شدن شریان ها و نازک تر شدن مجرای عبور خون می شود. این موضوع باعث بالا رفتن فشار خون می شود. آسیب جدار عروق در اثر مواد سمی حاصل از کشیدن سیگار همچنین منجر به تشدید فرآیند ایجاد پلاک های آترواسکلروزی در جدار شریان ها می گردد. پلاک های آترواسکلروزی و فشار خون بالا خطر لخته شدن خون را افزایش می دهند. لخته ها خون می توانند باعث بروز سکته قلبی و مغزی شوند. سکته مغزی در افراد سیگار همچنین ممکن است به دلیل فشار خون بالا و پاره شدن شریان ها در مغز ایجاد شود. مطالعات مختلف نشان داده است که خطر سکته قلبی و سکته مغزی با مصرف سیگار ۴-۲ برابر می شود. حتی کسانی که روزانه ۴-۲ نخ سیگار می کشند، با احتمال بیشتری علائم اولیه بیماری های قلبی، عروقی را نشان می دهند.

کشیدن تنباکو باعث آسیب به راه های تنفسی و کیسه های هوایی در ریه می شود. بیماری های ریوی ناشی از مصرف کشیدنی محصولات تنباکو شامل بیماری انسدادی مزمن ریوی می شود که شامل **آمفیژم** و **برونشیت مزمن** است. در افراد مبتلا به آسم سیگار کشیدن یا مواجهه با دود سیگار منجر به بروز حمله آسم و تشدید بیماری می شود. افراد سیگاری ۱۳-۱۲ برابر بیش از افراد غیرسیگاری ممکن است در اثر بیماری انسدادی مزمن ریه فوت کنند.

مونواکسیدکربن یک گاز سمی موجود در دود سیگار، قلبان 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 می کنند، 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 موفقیت- آمیزی 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
آستین	حلال قوی و پاک‌کننده لاک ناخن
اسید استیک	یکی از مواد مورد استفاده در رنگ مو
آمونیا	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
مونواکسید کربن	موجود در دود آگروز 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 اسفالت کردن خیابان‌ها
تولوئن	مورد استفاده در ساخت رنگ

کشیدن تنباکو خطر ابتلا به انواع سرطان‌ها شامل سرطان ریه، برونش حنجره، گلو، زبان، لوزه‌ها، کام نرم، خون، مری، معده، روده بزرگ و مقعد، کبد، کلیه و حالب، مثانه و لوزالمعده را افزایش می‌دهد. عامل اکثر موارد ابتلا به سرطان ریه و حنجره سیگار است. در زنان مصرف سیگار خطر گردن سرطان رحم و پستان را به صورت قابل توجهی بالا می‌برد. سیگار کشیدن خطر سرطان ریه را در مردان ۲۵ برابر و در زنان ۲۷/۵ برابر می‌کند.

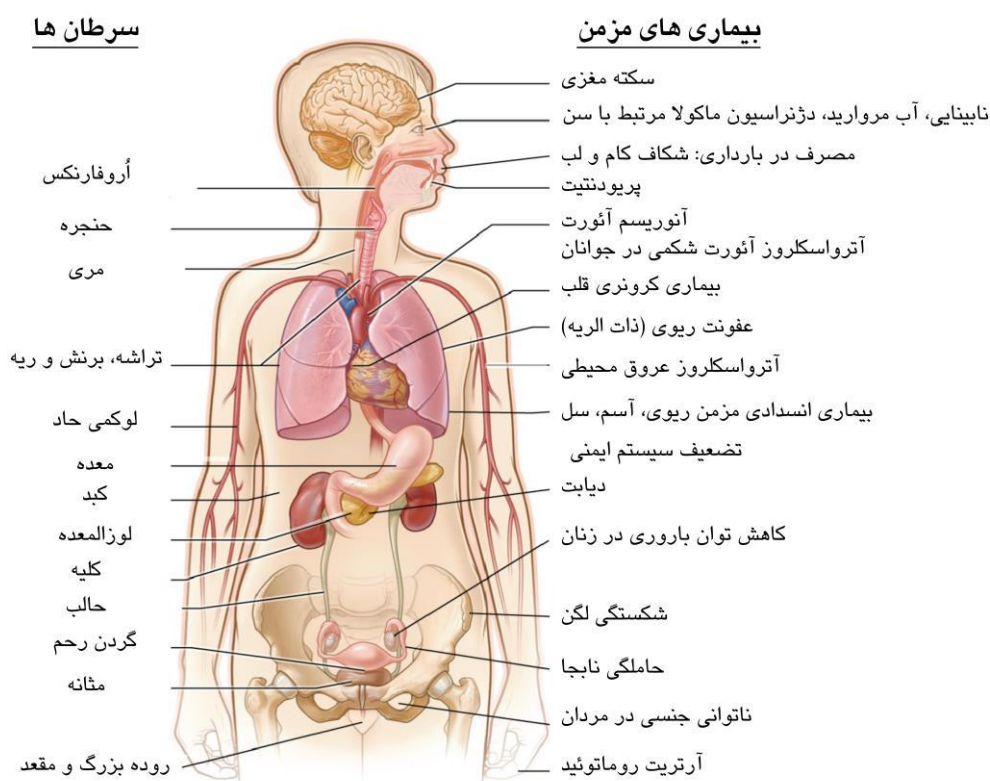
مصرف سیگار در بارداری با خطر افزایش یافته برای زایمان زودرس، تولد نوزاد مرده، وزن کم تولد و بارداری نابجا همراه است و تولد نوزادان مبتلا به فشار خون ریوی پایدار و شکاف کام و لب همراه است. حتی مقادیر اندک سیگار کشیدن و تنفس

در هوای آلوده در دود سیگار در مادر باردار، غلظت مونواکسید کربن را در خون جنین به سطوح سمی و خطرناک می‌رساند. این موضوع اهمیت مضاعف دوری مادر از مصرف گاهگاهی سیگار و مواجهه با دود دسته دوم سیگار را نشان می‌دهد.

سیگار کشیدن همچنین با خطر بیشتر برای ابتلا به آب مروارید، دیابت نوع ۲، پوسیدگی دندان‌ها، بیماری‌های مخاط دهان، ناتوانی جنسی در مردان و تضعیف سیستم ایمنی همراه است. شکل ۱-۳ عوارض مصرف کشیدنی تنباکو بر روی سیستم‌های مختلف بدن را نشان می‌دهد.

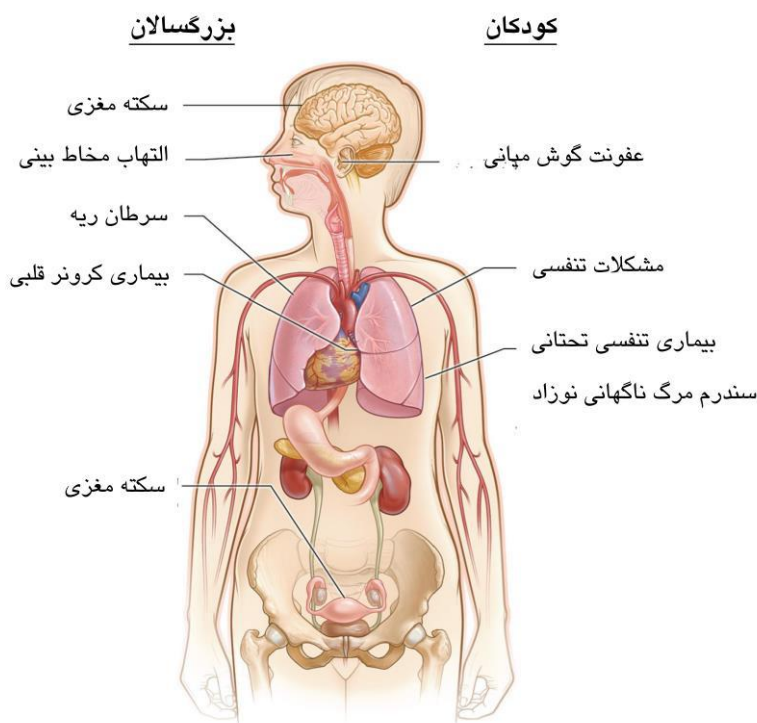
قطع مصرف سیگار منافع آنی و زیادی برای افراد در تمام سنین و تمام افراد مبتلا یا غیرمبتلا به بیماری‌های مرتبط با سیگار کشیدن دارد. یک سال بعد از ترک سیگار خطر سکته قلبی به صورت چشم‌گیری کاهش پیدا می‌کند. ۲ تا ۵ سال پس از ترک سیگار خطر بروز سکته مغزی به اندازه افراد غیرسیگاری پایین می‌آید. در صورت ترک سیگار در یک دوره ۵ ساله خطر بروز سرطان دهان، گلو، مری و مثانه برای فرد نصف خواهد شد. ده سال بعد از ترک سیگار خطر سرطان ریه در فرد نصف می‌شود. در زنان بارداری که سیگار کشیدن را قبل از بارداری یا در طول ۳-۴ ماه اول بارداری ترک می‌کنند، خطر تولد نوزاد با وزن تولد کم تا اندازه زنانی که هرگز سیگار نکشیده‌اند، کاهش پیدا می‌کند. منافع سلامتی ترک مصرف سیگار به مراتب از خطرات افزایش وزن معادل به طور میانگین ۲-۳ کیلوگرم که بعد از ترک رخ می‌دهد، بیشتر است.

شکل ۱-۳- عوارض مصرف تدخینی تنباکو



مواجهه با دود دسته دوم سیگار خطر سرطان ریه و بیماری کرونر قلبی را در بزرگسالان غیرسیگاری افزایش می‌دهد. در کودکان دود دسته 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 ۲-۳ عوارض مواجهه با دود دسته دوم سیگار را نشان می‌دهد.

شکل ۲-۳- عوارض مواجهه با دود دسته دوم تنباکوی کشیدنی در کودکان و بزرگسالان



مصرف تنباکوی بدون دود یا تنباکوی جویدنی در محصولاتی نظیر 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.

شود. پان واجد آره کولین یک آلکالوئید با خواص محرک خفیف مشابه نیکوتین است. 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 لثه، فیبروز 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 دسته 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.

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 ارائه دهندگان سلامت نیست، بلکه به جای آن باید مداخلات استاندارد ترک سیگار برای افراد مبتلا به وابستگی به نیکوتین توصیه گردد. در جدول ۳-۲ خطرات مصرف انواع تنباکو و مواد دخانی به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر ارائه شده است.

¹ e-liquid

جدول ۳-۲- خطرات همراه با مصرف مواد دخانی به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

پیری زودرس، چین و چروک صورت	
سلامت پایین تر 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 شایع ترین 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 می کند. محصولات حشیش از گیاهی به همین نام تهیه می شود. استفاده از حشیش در منطقه غرب آسیا سابقه ای ۸۰۰۰ ساله دارد. از این گیاه در مراسم مذهبی و مقاصد دارویی استفاده می شده 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. قوی ترین اشکال حشیش از برگ های جدید بالای گیاه یا از صمغ قهوه ای-سیاه خشک شده برگ ها به دست می آید.

بر اساس گزارش های بین المللی در طول دهه های اخیر به دلیل بهبود روش های کشاورزی محتوای تتراهیدروکانابینول حشیش افزایش یافته به طوری که محتوای تتراهیدروکانابینول گیاه حشیش به ۲۰-۱۵٪ رسیده است. اسم های شایع حشیش در کشور شامل گل، سیگاری، گراس، بنگ، جوینت و ماری جوانا می شود. رایج ترین شکل مصرف حشیش به صورت کشیدنی است. حشیش به صورت خوراکی نیز مصرف می شود. حشیش حلالیت بالایی در چربی دارد اما در آب محلول نیست، در نتیجه تزریق آن تقریباً امکان پذیر نیست.

در سال های اخیر کاربرد حشیش برای مقاصد طبی روند رو به افزایشی داشته به طوری که در برخی ایالت های آمریکا امکان تجویز آن توسط پزشک برای درمان اختلالات مختلف مثل تهوع ثانویه به شیمی درمانی، درد مزمن مالتیپل اسکلروزیس، ایدز،

^۱ cannabis sativa

^۲ Δ9-THC

اپیلیسی و گلوکوما اجازه داده شده است. 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. علایم محرومیت شامل افزایش متوسط در تحریک‌پذیری، بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و تهوع خفیف می‌شود.

اثرات سرخوشتی‌آور 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: درصد ماده مؤثره موجود در حشیش، طریقه مصرف، تکنیک کشیدن، اثر حرارت بر 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 بیش مصرفی و مرگ شود.

¹ dronabinol

رانندگی تحت تأثیر مصرف حشیش می‌تواند خطر تصادفات رانندگی را افزایش دهد. یکی از عوارض مناقشه‌برانگیز مصرف حشیش سندرم بی‌انگیزگی^۱ 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 وضعیت‌های بیماری فعلی مثل فشار خون بالا، بیماری قلبی، بیماری‌های تنفسی و سرطان‌های خاص را افزایش دهد.

جدول ۳-۳- 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	

¹ amotivational syndrome

الکل

وابستگی به الکل یا الکلسم 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 پیمانه^۲ گزارش شود. پیمانه یا واحد استاندارد^۳ مصرف الکل تنوع بالایی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد.

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



۳۷۵ میلی‌لیتر آبجو با قدرت متوسط ۳/۵٪



۱۰۰ میلی‌لیتر شراب ۱۳/۵٪



۳۰ میلی‌لیتر عرق یا ویسکی ۴۰٪

حجم/درصد الکل

^۱ congeners

^۲ drink

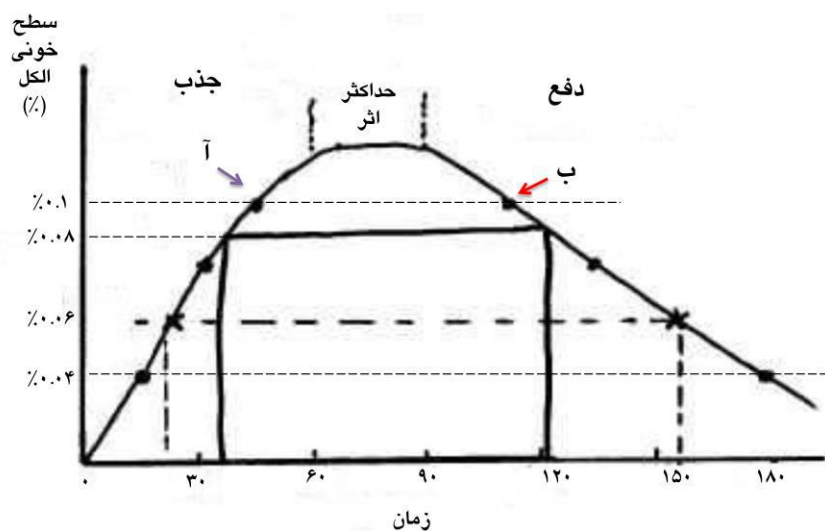
^۳ standard unit

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 ۱۵-۳۰٪ 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.

شکل ۳-۴- اثر ملانبی



یک پیمانه استاندارد الکل سطح خونی الکل را ۲۰-۱۵ 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.

¹ Mellanby effects

۹۰٪ الکل جذب شده در کبد متابولیزه می‌شود و ۱۰٪ آن بدون تغییر از طریق تنفس، تعریق و ادرار دفع می‌شود. سرعت متابولیسم کبد ۱۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر در ساعت (در دامنه ۱۰ تا ۳۴ میلی‌گرم/دسی‌لیتر) است. در افرادی که سابقه مصرف بیش از حد الکل دارند، افزایش سطوح آنزیم‌های مورد نیاز برای متابولیسم الکل منجر به افزایش سرعت متابولیسم می‌شود. الکل ابتدا توسط الکل دهیدروژناز^۱ تبدیل به استالدهید^۲ شده و سپس توسط آلدئید دهیدروژناز^۳ به اسید استیک تبدیل می‌شود. استالدهید یک ماده سمی است و تجمع آن در خون باعث احساس تهوع و افت فشار خون می‌شود. آنزیم آلدئید دهیدروژناز در اثر مصرف دی-سولفیرام مهار می‌شود. از این دارو برای درمان نگهدارنده پیشگیری از عود الکل در بیماران وابسته به الکل استفاده می‌شود. مطالعات نشان می‌دهد میزان الکل دهیدروژناز در زنان کمتر از مردان است. این موضوع در کنار توده بدنی پایین‌تر زنان می‌تواند توضیح‌دهنده علت سمیت بیشتر الکل در زنان در مقایسه با مردان باشد.

جدول ۳-۴- اثرات سطوح خونی الکل بر کارکردها

سطح خونی	تغییر رفتاری	اختلال فعالیت
۰/۰۵-۰/۰۱٪	آرام‌بخشی، شادابی، کاهش مهارها	کاهش مختصر هوشیاری اشکال جزئی در قضاوت و حافظه
۰/۰۶-۰/۱٪	احساس سرخوشی، احساس بی‌حسی ^۴ ، تهوع، خواب‌آلودگی	اشکال در هماهنگی، تعادل و تکلم کندی زمان واکنش‌دهی
۰/۱۱-۰/۲٪	خشم، نوسانات خلقی، اختلال جهت‌یابی	اختلال در هماهنگی حرکتی و تعادل
۰/۲۱-۰/۳٪	تهاجم، استوپور، تهوع و استفراغ	نیستاکموس، فراموشی ^۵ از دست رفتن تعادل و تنظیم دما
۰/۳۱-۰/۴٪	اختلال هوشیاری شدید و کوما	از دست رفتن کنترل مثانه، اشکال تنفسی برادی‌کاردی، احتمال مرگ
بیش از ۰/۴٪	کوما و مرگ	آسپیراسیون تنفسی، ایست تنفسی

بر خلاف بیشتر مواد روان‌گردان الکل هیچ گیرنده اختصاصی در مغز ندارد. برخی شواهد از تعامل مستقیم الکل بر روی غشای سلول و افزایش سیالیت آن در مصرف کوتاه‌مدت حمایت می‌کنند. با مصرف طولانی‌مدت غشای سلولی سخت شده و الکل اثر خود را از طریق کانال‌های یونی اعمال می‌کند. مصرف الکل گیرنده‌های GABA، 5-HT₃ و نیکوتینی را تحریک و بر روی گیرنده‌های گلوتاماتی NMDA اثر مهاری دارد.

¹ alcohol dehydrogenase (ADH)

² acetaldehyde

³ aldehyde dehydrogenase

⁴ numbness

⁵ black out

الکل اثرات مضعف مشابه داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور بر روی دستگاه اعصاب مرکزی دارد. الکل با بنزودیازپین‌ها و باربیتورات‌ها تحمل متقاطع^۱ و وابستگی متقاطع نشان می‌دهد. اثرات سطوح مختلف الکل بر روی مغز در جدول ۳-۴ 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 ۲۰۱۴، ۶/۲ 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 چقدر 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 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

¹ cross-tolerance

² APC: Adult alcohol per capita consumption

³ HED: Heavy episodic drinking

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 میان‌مدت و طولانی‌مدت 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 کلسترول 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 L 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.

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 اچ‌آی‌وی را افزایش می‌دهد. در جدول ۳-۵ خطرات مصرف الکل به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر ارایه شده است.

جدول ۳-۵- خطرات مصرف الکل به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

سردرد 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 ضداسهال، ضدسرفه 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 **الصیّدنه 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. بیشتر 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 **پاپاورسومنیفرم**^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 آلکالوئید 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.

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^۲، **دستگاه اتواینجکتور**^۳ و **اسپری بینی**^۴ برای افراد غیر حرفه‌ای 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.

¹ Papaver somniferum

² pre-filled syringe

³ auto-injector device

⁴ nasal spray

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

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 عصب‌رسانه‌ای 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 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 طولانی-اثر 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 وجود می‌آید که خود را به صورت چرت زدن نشان می‌دهد. مصرف مواد افیونی می‌تواند

¹ enkephalins

² nodding off

در افراد فاقد تحمل نسبت به مواد افیونی^۱ 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 اُفت 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 آپوئیدی در افراد وابسته به مواد افیونی نیز می‌تواند منجر به القای علائم و نشانه‌های شدید محرومیت از مواد افیونی شود. مصرف طولانی‌مدت مواد افیونی منجر به کاهش تعداد و حساسیت گیرنده‌های آپوئیدی می‌شود که تا حدی در ایجاد تحمل فیزیولوژیک نقش دارد. مصرف طولانی‌مدت 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 کوتاه‌مدت مواد افیونی فعالیت نورآدرنرژیک در **لوکوس سرلئوس**^۲ را کاهش می‌دهد، اما در مصرف طولانی‌مدت فعالیت این نورون‌ها به صورت جبرانی برای حفظ هموستاز مغز افزایش پیدا می‌کند. محرومیت مواد افیونی در نتیجه بیش‌فعالی برگشتی سیستم^۳ نورآدرنرژیک متعاقب قطع مصرف مواد افیونی ایجاد می‌شود. این موضوع چرایی اثربخشی **کلونیدین** یک داروی α_2 -آدرنرژیک در درمان محرومیت مواد افیونی را توضیح می‌دهد.

عوارض جانبی

مصرف مواد افیونی و داروهای آپوئیدی تجویزی می‌تواند منجر به **وابستگی به مواد افیونی** شود. وابستگی به مواد افیونی علاوه بر ایجاد اُفت 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 حدود ۹۰٪ افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی از یک اختلال روان‌پزشکی همبود رنج می‌برند. شایع‌ترین اختلالات روان-پزشکی همبود در وابستگی به مواد افیونی **اختلال افسردگی اساسی** و در مرحله بعد اختلال مصرف مواد محرک است. بر اساس مطالعات بین‌المللی ۱۵٪ افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی حداقل یک بار در طول عمر خود اقدام به خودکشی می‌کنند.

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 ته‌سنجاقی** که پاسخ خفیف به نور می‌دهد یکی از نشانه‌های بیش‌مصرفی مواد افیونی است، در مراحل پیش‌رفته بیش‌مصرفی و متعاقب هیپوکسی شدید مردمک

¹ opioid-naive

² locus ceruleus

³ rebound hyperactivity

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 **اچ‌آی‌وی** و **هپاتیت سی** متعاقب مصرف تزریقی مواد با استفاده از سرنگ ویا سایر وسایل تزریق غیراستریل است. در کشور ما بیش از ۶۵٪ موارد شناسایی‌شده عفونت اچ‌آی‌وی از راه تزریق به این بیماری مبتلا شده‌اند. مطالعات انجام‌شده در کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند در کشور نشان می‌دهد در حدود ۱۴٪ آنها به عفونت اچ‌آی‌وی و در حدود نیمی به هپاتیت سی مبتلا هستند.

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 سکت‌های مغزی** مورد توجه محققان کشور قرار گرفته است. این مطالعات نشان می‌دهد مصرف مواد افیونی با خطر افزایش‌یافته برای بیماری کرونری قلب و سکت‌های مغزی مرتبط است. برخلاف باور غلط مبنی بر اثر تریاک بر کاهش قند خون در تحقیقات انجام‌شده 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 طولانی‌مدت 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 طول‌کشیده مواد افیونی با کاهش سطح تستوسترون خون و آفت قابل‌ملاحظه 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 ۳-۶ خطرات مصرف مواد افیونی به ترتیب از شدت کمتر یا شدت بیشتر آورده شده است.

جدول ۳-۶- 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 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 فنیل‌اتیل-آمینی مرکزی هستند. آمفتامین و مت‌آمفتامین اولین بار در اواخر قرن نوزدهم میلادی به صورت صناعی با استفاده از افدرین موجود در گیاه **اِدراسینیکا** 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 منشاء گیاهی نیز شناسایی شده است که شامل کاتینون^۲ موجود در برگ‌های تازه گیاه **کاتا ادولیس**^۳ یا **خات**^۴ 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 افدرین، پسودوافدرین و فنیل‌پروپانولامین^۵ است. این گروه از مواد محرک خصوصاً فنیل-پروپانولامین می‌توانند شدیداً فشار خون را بالا برده، سایکوز حاد را القاء نموده و باعث انفارکشن روده یا مرگ شوند. **مدافینیل**

¹ erythroxylum coca

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

³ catha edulis

⁴ khat

⁵ phenylpropanolamine (PPA)

داروی مورد استفاده در درمان نارکولپسی واجد اثرات محرک و سرخوشی‌آور است، اما میزان سمیت آن و احتمال ایجاد اختلالات القاء‌شده با مواد محرک با آن ناشناخته است.

در سال ۱۹۳۲ **آمفتامین سولفات راسمیک (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 درمان نارکولپسی، پارکینسون بعد از انسفالیت، 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.

متیل فنیدیت 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 متیل فنیدیت با نام تجاری ریتالین در بین دانش‌آموزان و دانشجویان به منظور بیدار ماندن یا تقویت حافظه حکایت دارد.

۳،۴-متیلن‌دی‌آکسی مت‌آمفتامین^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 سرتونرژیک این ماده خواص توهم‌زایی قوی دارد و در طبقه‌بندی **DSM** در گروه **مواد توهم‌زا طبقه‌بندی** می‌شود. ۳،۴-متیلن‌دی‌آکسی مت‌آمفتامین (**قرص اکس**) در دهه ۱۹۸۰ میلادی

¹ 3,4-methylenedioxyamphetamine (MDMA)

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، گام‌هیدروبوئیرات^۲، کتامین، مت‌آمفتامین و قرص فلونیتراپام **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 پسدوآفدرین بود. مصرف این ماده در کشور ما رایج نیست. در سال‌های اخیر مصرف **فن‌اتیلن**^۶، یک 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 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.

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

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 قرصِ 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 دی‌اتیل-آمید)^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 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

¹ designer

² MDA: 3,4-methylenedioxyamphetamine

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

⁴ PMA: Paramethoxyamphetamine

⁵ LSD: Lysergic acid diethylamide

عوارض روان‌پزشکی مرتبط با مصرف مواد محرک قابل‌ملاحظه 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 علاچی 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.

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 موادمحرک 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 عفونت-

¹ Über Coca

² coquero

های منتقله از راه جنسی شامل کلامیدیا، سیفلیس، گنوره^۱ 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 پایبندی پایین‌تر 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 قطرک‌های خون کوچک باقی مانده بر روی لوله این پایپ‌ها، احتمالاً عفونت هپاتیت سی را به افراد دیگر واجد زخم‌های دهانی مشابه منتقل می‌نماید. مصرف تزریقی مت‌آمفتامین با خطر بالای برای انتقال عفونت‌های منتقله از راه خون نظیر اچ‌آی‌وی و هپاتیت 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 طولانی‌مدت 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

¹ meth mouth

محرک‌های آمفتامینی احتمال تأخیر رشد داخل رحمی را $3-3/5$ 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 به مصرف مواد محرک نیست بلکه عوامل دیگر همچون سیگار کشیدن، سوءتغذیه، 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 القاء شده 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 نشنگی 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 القاء شده 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

¹ reverse tolerance

پسیکوز را تجربه می‌کنند. مواجهه با تنش‌های روانی، اجتماعی می‌تواند همچنین بدون مواجهه عملی مجدد با ماده، خطر عود به سایکوز القاء شده توسط مت‌آفتمین را تشدید کند.

با مصرف مواد محرک مصرف‌کنندگان دچار رفتارهای اجبار گونه^۱ و تکراری^۲ چون بازرسی اشیاء و وسایل، شمارش اجسام، جمع کردن وسایل بی ارزش یا فاقد ارزش برای بیمار^۳، حرکات تکراری در اندام‌ها، تکرار ژست‌های خاص و تکیه کلام‌های به خصوص، دست زدن اجباری به برخی وسایل یا مردم، کندن موها^۴ 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^۵ 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 شدن 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، دیگرکشی) را بالا می‌برد. پرخاش‌گری و خشونت از جمله علائم بسیار شایع مصرف مواد محرک است. بیماران تحریک‌پذیر^۶ شده و در اثر محرک‌های بیرونی یا بروز ناکامی سریعاً پرخاش‌گر می‌شوند. در عده‌ای دیگر پرخاش‌گری برخاسته از حالات بدبینی و یا حالات توهمی و هذیانی است. حملات هدفمند 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 ۳-۷ خطرات مصرف مواد محرک به ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر آورده شده است.

1 compulsive

2 repetitive

3 hoarding

4 trichotillomania

5 somatic delusions

6 irritable

جدول ۳-۷- 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 (پارنویا)	
تیک، رفتارهای تکراری و اجباری	
مسمومیت، قفل شدگی فک، اسپاسم عضلانی، آریتمی قلبی	
عفونت‌های منتقله از راه جنسی نظیر گنوره‌آ (سوزاک)، سیفلیس و اچ‌آی‌وی	
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، آکسازپام، 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 (معمولا ۴ هفته) باشد.

داروهای خواب‌آور غیربنزودیازپینی همچون زولپیدم، زالپون، زوپیکلون و... که اصطلاحاً به آنها داروهای زرد^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، **باربیتورات‌ها** به صورت گسترده برای درمان اضطراب، بی‌خوابی و تشنج مورد استفاده قرار می‌گرفت. به دلیل پتانسیل سوءمصرف بالای باربیتورات‌ها و در دسترس قرار گرفتن داروهای ضد تشنج جدید، امروزه کاربرد بالینی باربیتورات‌ها بسیار محدود شده است. فنوباریتال یک باربیتورات کوتاه‌اثر با **نیمه‌عمر ۶-۳ ساعت** در بازار دارویی کشور در دسترس است.

نوروفارماکولوژی

عمده اثرات بنزودیازپین‌ها و باربیتورات‌ها 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 باربیتورات‌ها 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 نرون می‌شود که بر روی نرون 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 الگوی مصرف غیرپزشکی بنزودیازپین‌ها معمولاً در جوانان دیده می‌شود. حتی مصرف گاهگاهی بنزودیازپین‌ها می‌تواند منجر به عوارضی همچون بیش-مصرفی (آوردوز)، تصادفات و جراحات عمدی و غیرعمدی شود. برون‌ریزی هیجانی، مهارگسیختگی، حملات خشم، پرخاش-گری و نزاع ممکن است رخ دهد. مصرف هم‌زمان الکل و سایر مواد تضعف 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.

¹ Z drugs

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

³ downregulation

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 افزایش‌یافته 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 ۳-۸ خطرات مصرف داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور به ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر آورده شده است.

جدول ۳-۸- 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.

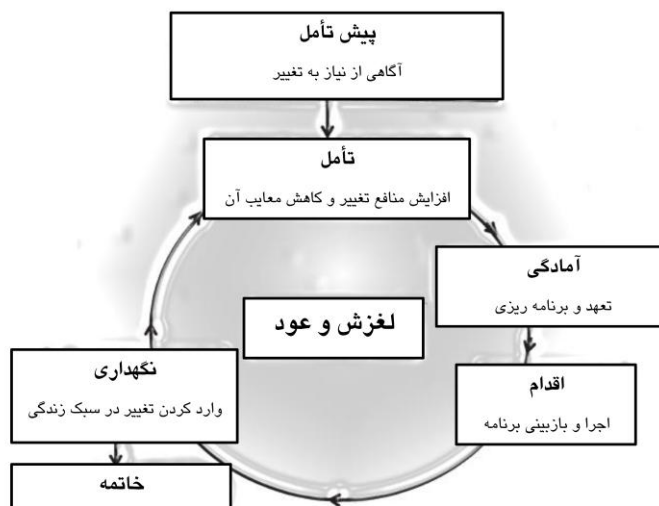
گام نخست در ارایه خدمات، ایجاد ارتباط مناسب و مؤثر با مراجع است. برقراری ارتباط با گروه‌های هدف یکی از کلیدی‌ترین فعالیت‌ها برای ارایه کلیه خدمات اختلالات مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه است. رابطه ای که پذیرش، احترام، اعتماد و فهم را به همراه دارد سنگ بنای ارائه موفق خدمات و ایجاد تغییرات 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 سیگار، 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.

روان‌شناسان یک مدل فرآیندی^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 trans-theoretical

این مراحل عبارتند از:

- **پیش تأمل¹ یا پیش تردید:** مرحله‌ای است که در آن افراد به تغییر فکر نمی‌کنند.
- **تأمل² 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.
- **آمادگی³ یا تصمیم⁴:** در این مرحله فرد تصمیم خود را برای تغییر رفتار می‌گیرد.
- **اقدام⁵:** در این مرحله فرد تغییر رفتار را شروع می‌کند. این مرحله به صورت طبیعی ۶-۳ ماه طول می‌کشد.
- **نگهدارنده⁶:** 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 سیگار، 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 مرحله اقدام یا تصمیم، قصد مراجع برای اقدام به تغییر رفتار کاملاً روشن می‌شود. این تغییر تحت تأثیر تجارب پیشین فرد در اقدام به

¹ contemplation

² pre-contemplation

³ preparation

⁴ determination

⁵ action

⁶ maintenance

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.

• عناد و سرکشی^۲

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

¹ revealing

² rebelling

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^۱

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 دلیل تراشی‌های 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^۲

این گروه از افراد، کسانی هستند که از اقدام به تغییر رفتار طفره می‌روند، تغییر را دشوار و پردردسر 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 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 بی‌حرکی 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.

¹ rationalization

² reluctance

• وادادن و تسلیم شدن^۱

افراد در این گروه به عوارض مخرب رفتار خود اشراف دارند، اما توان تغییر را در خود نمی بینند و آن را بسیار ناممکن تلقی می کنند. این افراد اکثراً در دوره میانسالی عمر خود هستند و احساس می کنند 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 می کنند.

در صورت مواجهه با مقاومت در افراد برای کاهش یا قطع مصرف مواد و حتی سایر رفتارهای مشکل آفرین، کارکنان مراقبت سلامت می توانند با گوش دادن همدلانه به صحبت های 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 زیرساخت های شناختی و رفتاری آن گسترش داده و به ما کمک می کند 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

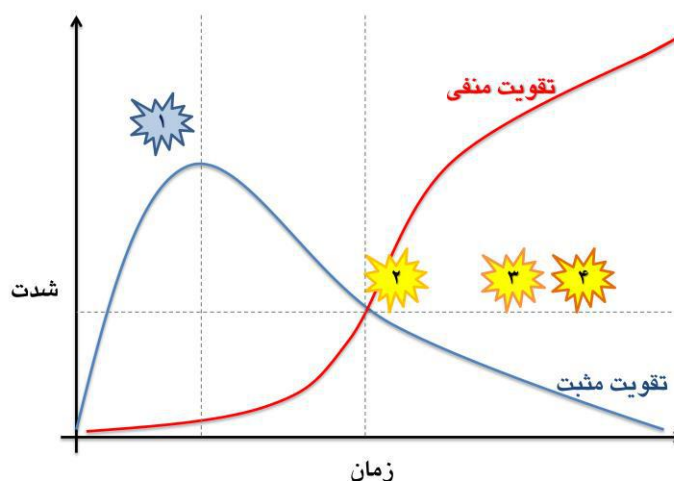
است:

- در شروع مصرف مواد با آشنا شدن فرد با اثرات مصرف مواد و شکل گیری انتظارات فرد از اثرات مثبت آن، احساس لذت ذهنی یا به زبان روان شناسی رفتاری، تقویت مثبت ناشی از مصرف مواد تدریجاً افزایش می یابد.
- پس از مدتی اثر تقویت کنندگی مواد تدریجاً شروع به کاهش می کند (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 می شود مصرف مواد برای فرد دیگر سرخوشی آور نباشد. از منظر روان شناختی نیز تجربه مصرف مواد تازگی خود را برای فرد از دست می دهد و منجر به عادی شدن موضوع برای فرد می شود. در این مرحله به دلیل قوی تر 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 می شوند که در اوایل مصرف کم بوده و تدریجاً افزایش پیدا می کند. در نتیجه به صورت طبیعی در سیر مصرف مواد نقطه ای وجود دارد که عوارض ناشی از مصرف مواد از منافع آن بیشتر می شود و فرد احساس می کند پاداش مواد در ازای کارایی آن دیگر ارزش ندارد (نقطه ۲ در شکل ۴-۲).

¹ resignation

- 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 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 می‌شنویم که «افراد مبتلا به اعتیاد بهبود پیدا نمی‌کنند، 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 انجام‌شده روی مداخلات انگیزشی در مصرف مواد آن است که سبک برخورد ارایه‌دهنده مراقبت

¹ static

² dynamic

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 این‌جا است گروه‌های خودیاری^۱ سیاست خود را برای حفظ انگیزه تغییر رفتار به یک روز تقلیل داده‌اند. شعاری در گروه‌های خودیاری وجود دارد 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^۲ یا درونی^۳ 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.

¹ self-help

² external

³ internal

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 ارائه خدمات اعتیاد آشنا کنیم. آشنایی با این مهارت‌های پایه و به-کارگیری ماهرانه آن می‌تواند صرف نظر از نوع مراقبت ارائه‌شده، پیامدهای مداخله را بهبود بخشد.

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 ارائه کنید.
- میزان درک مراجع درباره آن چه ارائه 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 بپرهیزید 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 انسانی و در زمینه ارائه 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 هم‌سطح 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 سوالات 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 شده‌است، 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 ارائه 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 ارائه‌دهنده مراقبت) اساس بسیاری از مداخلات تغییر رفتار است. در واقع، در ابتدا مراجع از مواد دل می‌کند و به ارائه‌دهنده 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 ارائه 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:

¹ attachment oriented therapy

- داوطلبانه بودن
- رازداری
- همدلی
- بی طرفی
- پذیرش
- غیرقضاتوی بودن
- احترام
- مراجع محوری
- رویکرد انگیزشی
- اولویت بندی اهداف
- تأکید بر مشارکت فعال
- مراقبت ساختارمند
- رفتار حرفه ای

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

• 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 ستمزدایی اجباری کوتاه-مدت به صورت اقامتی یا بستری را به خانواده ها توصیه نمایند، زیرا نتایج موفقی 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 مُراجع را بدون آگاهی و رضایت او با دیگران به اشتراک بگذارد. همان‌طور 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 ارایه‌دهندگان 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 ارایه 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 مُراجع 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 ارایه‌دهنده 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 ارائه خدمات 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 ارائه‌دهنده 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 ارائه مراقبت به فرد ارائه‌دهنده مراقبت بگوید: «شما هرگز نمی‌توانید مرا درک کنید، زیرا هرگز تجربه نشئگی یا خماری نداشته‌اید؟» کارکنان حرفه‌ای درگیر در ارائه 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.»

• بی طرفی

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

به صورت مشابه، باید توجه داشت درمان گر 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 درمان گر شده و می تواند نه تنها در فرآیند بهبودی مؤثر نباشد، بلکه از طریق میدان دادن¹ به مصرف مواد فرد، باعث لغزش و عود گردد.

• پذیرش

برای برقراری ارتباط موفق با مراجع باید بتوانید در عین حال که نگرانی خود را در ارتباط با وضعیت سلامتی وی بیان می کنید، آنها را همان طور که هستند بپذیرید. البته، ممکن است برای تان سخت باشد که ببینید مراجع انتخاب های ناسالم 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 انتخاب هایی که در اختیار آنها می گذارید گوش دهند. این کار اغلب زمینه مثبتی را مهیا می کند که مراجع را به سمت انتخاب های سالم تر تشویق می کند.

• غیر قضاوتی بودن

بخش اعظم آسیب های همراه با مصرف مواد ناشی از تمایل جامعه برای انگ زدن به مصرف کنندگان مواد، قضاوت های اخلاقی منفی و رفتارهای تنبیهی و قهری با آنهاست. معمولاً یکی از دلایل عدم تمایل مصرف کنندگان 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 می کند 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 ارزش ها، سوگیری ها 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 تصمیم گیری و حل مسأله سازنده هدایت کنید. تنها در این صورت است که یک ارتباط همراه با پذیرش و اعتماد شکل می گیرد.

¹ enabling

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 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 صرف‌نظر 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.

• مراجع‌محوری

رویکرد مراجع‌محور^۱ 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 مراجع‌محوری تلاش می‌شود متناسب با نیازهای درک‌شده مراجع مراقبت‌ها ارایه شود و در عین حال تلاش شود از طریق برقراری ارتباط مؤثر به مراجع کمک شود تا متقاضی 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 ارایه دهد.

برای مثال اگر فرد مصرف‌کننده فعال مواد، مبتلا به هیپاتیت سی است و علاقمند به دریافت درمان ضدویروسی 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 ارایه 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 ارایه‌دهندگان مراقبت سلامت به جای آن که یک هدف از پیش تعیین‌شده به عنوان اولویت مداخله تعیین کرده باشند، تلاش می‌کنند از منظر مراجع به مشکلات نگرسته و اولویت مداخله را بر اساس نیاز و ترجیحات او تعیین نمایند. این سبک برخورد پیش‌نیاز نظام سلامت در ارایه مراقبت رفتاری محسوب می‌شود.

¹ client-centered

ممکن است این تصور در نزد برخی از ما به عنوان رایاه‌دهندگان 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 شخصی‌شده¹ درباره خطرات مصرف مواد
- پرهیز از مقابله²
- احترام به خودمختاری³ فرد
- تأکید به مسئولیت شخصی⁴ برای تغییر
- نشان دادن همدلی⁵
- القای امید⁶
- تقویت خودکارآمدی⁷

برای حفظ یک رویکرد انگیزشی آشنایی با مفهوم انگیزه و نقش سبک رایاه‌دهنده مراقبت در ارتقای آن اهمیت بالایی دارد. در راهنمای مداخله مختصر در مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد و همچنین در راهنمای درمان شناختی، رفتاری مختصر به نقش و جایگاه اتخاذ یک سبک انگیزشی در رایاه مراقبت بیشتر پرداخته شده است.

¹ personalized feedback

² confrontation

³ autonomy

⁴ responsibility

⁵ empathy

⁶ instillation of hope

⁷ self-efficacy

• 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

¹ hierarchical

مشکل فرد و میزان آمادگی او برای تغییر رفتار **مراقبت پلکانی**^۱ در قالب یک نظام سطح‌بندی شده خدمات ارائه 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 ارائه‌دهندگان 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 دستورالعمل‌ها بسیار متعددی در زمینه روان‌درمانی‌های تغییر رفتار مصرف مواد وجود دارد، اما برای موفقیت در ارائه یک مداخله ساختاریافته و منضبط استفاده از یک راهنمای مشخص و وفاداری به آن اهمیت اساسی دارد. در راهنماهای روان-درمانی 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 رفتار در طول زمان به دقت مورد پایش و ارزیابی قرار می‌گیرد.

¹ stepped care approach

² targeted

³ structured

• 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 سلامت جامعه، 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 تعریف شده برای موضوعات مرتبط با مراقبت فرد شامل پیگیری مراجعه او یا ارسال پیام‌های آموزشی از طرف مرکز سلامت جامعه 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 خودافشاگری¹ یا باز کردن مسائل و مشکلات خود اجتناب نمایند.

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 سلامت جامعه 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 کتک‌کاری در محیط مرکز: در این گونه حالات مرکز می‌تواند علاوه بر اعلام خاتمه ارایه مراقبت مستقیم در مرکز مراجع انتظامی را نیز آگاه سازد.

مجدداً تأکید می‌شود در یک رویکرد حرفه‌ای، اختلالات مصرف مواد به عنوان یک بیماری مزمن و عودکننده در نظر گرفته می‌شود. از این منظر ناتوانی در ترک مصرف مواد دلیل اخراج بیمار از برنامه مراقبت‌ها نیست.

فصل پنجم:

پیشگیری از مصرف مواد

عناوین فصل

- مقدمه
- آشنایی با عوامل خطر و محافظ
- باورهای غلط شایع درباره مواد و مصرف مواد
- گروه‌های هدف
- پیشگیری همگانی
- شرح خدمات پیشگیرانه همگانی
- پیشگیری انتخابی
- شرح خدمات پیشگیرانه انتخابی

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- مفهوم پیش‌گیری و سطوح آن را در ارتباط با اختلالات مصرف مواد توضیح دهید.
- 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.
- فرآیند طراحی و اجرای برنامه‌های مشارکتی در محله را بشناسید.

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.

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، می‌باشد. جمعیت مورد نظر در مداخلات پیشگیرانه همگانی می‌تواند کل جامعه دانش‌آموزان، مادران باردار یا افراد شاغل باشد. مانند برنامه آموزش مهارت‌های زندگی به کلیه دانش‌آموزان 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 معنی‌داری بالاتر از افراد جامعه باشد. مداخلات پیشگیرانه انتخابی به عوامل خطر زیستی، روانی یا اجتماعی می‌پردازد که در جمعیت مورد نظر بیشتر از مردم عادی است. آموزش ارتباط با هم‌تایان به فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد، یا کودکانی که در مراکز نگهداری شبه‌خانواده سازمان بهزیستی زندگی می‌کنند، مثال‌هایی از مداخلات پیشگیرانه انتخابی محسوب می‌شوند.
- **پیشگیری موردی:** مداخلات پیشگیرانه موردی^۳ به افراد پرخطری می‌پردازد که نشانه‌ها و علائمی از یک اختلال یا بیماری را نشان می‌دهند. غربال‌گری و مداخله مختصر برای جوانی که مصرف مواد را به تازگی شروع نموده، نمونه‌ای 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 ۱-۵ فهرست مداخلات پیشگیرانه همگانی و انتخابی را که در این فصل مطرح می‌شوند، 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: سیاست نگهداری 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

آشنایی با عوامل خطر و محافظ

هدف اقدامات پیشگیرانه آن است که بتواند از عوامل خطر اعتیاد و مصرف کاسته و بر عوامل محافظ بیافزاید. جهت ارائه خدمات پیشگیرانه اختلالات مصرف مواد در ابتدا لازم است عوامل خطر و محافظ به درستی شناخته شوند.

منظور از عوامل خطر، ویژگی‌هایی در فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع است که احتمال مصرف مواد را افزایش می‌دهند. منظور از عوامل محافظ، ویژگی‌هایی در فرد، خانواده، مدرسه و محیط/ اجتماع فرد است که احتمال مصرف مواد را کاهش می‌دهند. عوامل محافظ می‌توانند 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 پرخاش‌گرانه 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

در برنامه‌های پیشگیرانه مهم آن است که:

- عوامل خطر کاهش یافته و عوامل محافظ افزایش یابند.

- در برنامه‌های پیشگیرانه باید به همه مواد توجه شود و نه یک ماده خاص.
- در برنامه‌های پیشگیرانه باید به نوع مواد مصرفی در سطح جامعه توجه شود.
- به منظور افزایش اثربخشی مداخلات پیشگیرانه باید این مداخلات متناسب با عوامل خطر و ویژگی های خاص جمعیت مورد نظر طراحی شوند از جمله سن و جنس

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 مصرف کننده 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 روان-پریشی 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 اعتیادآوری 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 توصیه 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

شناسایی 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 یک ماهگی)
- کودکان (دو ماهگی تا پایان ۶ سالگی)
- نوجوانان (۷ سالگی تا پایان ۱۸ سالگی)
- جوانان (۱۹ سالگی تا پایان ۲۹ سالگی)
- میانسالی (۳۰ سالگی تا ۵۹ سالگی)
- سالمندان (۶۰ سالگی به بالا)

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف

گام نخست در ارایه 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 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 اطلاع رسانی در زمینه مصرف مواد و اعتیاد نیز از ارزش بالایی برخوردار است.

همان طور که گفته شد، 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:** همان گونه 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.

¹ self-medication

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 جنسی 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 تحت‌تأثیر 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 ابتلای به بعضی اختلالات را افزایش دهد. به همین ترتیب، چنین علائم 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 اندازه‌گیری‌شده با پرسشنامه سلامت عمومی¹ 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 ماهه‌ی اول و سوم میزان اضطراب و نگرانی افزایش می‌یابد.

¹ GHQ

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.

افسردگی دوران بارداری، بیماری شایعی است. درصد 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 مقابله ای و اختلال سلوک که منجر به رفتار پرخطر مصرف مواد می‌شوند، در دوران کودکی شایع هستند.

جدول ۵-۳- اختلالات شایع در دوران کودکی

اختلال	ویژگی های مهم
اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه	الگوی مداوم بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی تکانشی
اختلال یادگیری	ناتوانی در یادگیری خواندن، نوشتن و درک ریاضیات. کودک در آزمون‌های عملکرد تحصیلی ضعیف عمل می‌کند.
اختلال اضطراب جدایی	ترس و اضطراب مفرط و از نظر رشدی نامتناسب در مورد جدایی از فردی که منبع دل‌بستگی است.
اختلال نافرمانی مقابله‌ای	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 ارائه‌دهنده 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. ۲۹٪ بیماران روانی، زمانی در طول عمرشان، اختلال مصرف‌مواد داشتند. 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 را با 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 مصرف‌مواد 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.

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 فرزندان‌شان دارند چنانچه بتوانند رابطه‌ای گرم و صمیمانه‌ای با فرزندشان 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.

آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی

در این مداخله، معلمان آموزش‌دیده، 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 هیچ‌گونه تجربه‌ای درباره مواد ندارند.

در دوره نوجوانی، ضروری است فرصت‌هایی فراهم شود تا نوجوانان بحث‌هایی متناسب با سن‌شان 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.

• 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 ۵-۴ ارائه شده است.

جدول ۵-۴- انواع مهارت‌های زندگی

مهارت های 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 مصرف کننده مواد
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 بین فردی	توانایی مقابله با مشکلات بین فردی	«نه گفتن» به پیشنهادها ناسالم دوستان از جمله مصرف مواد

مداخلات مهم تحصیلی

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

• برنامه های 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 توانمندساز دارند. محله‌ها و ساکنان توانمند شده قادرند عوامل خطر سوق دهنده 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. چینی 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 حمایت طلبی 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 حمایت طلبی، بسیج گروه‌های اجتماعی است. در این رویکرد، افراد و مردم محله نقش فعالی در برنامه پیشگیرانه 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 جو و ارزش‌های محلی برنامه‌ها و جریان‌های جاری محله، تغییر موقعیت افراد، گروه‌ها یا شرایط محیطی و تخصیص 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
- سخنان طنزآمیز در جای مناسب
- افزایش جذابیت متخصصان (خوش‌لباسی، خوش‌قیافه بودن و...)

شرح خدمات پیشگیرانه همگانی

گروه هدف: زنان در سنین باروری، زنان باردار و مادران نوزادان و کودکان تا ۲ سال

اقدامات:

- ارزیابی / شناسایی اختلالات روان‌پزشکی شایع
- درمان
- ارجاع به کارشناس سلامت روان
- ارجاع به مراکز درمانی

روش برقراری ارتباط:

- زنان در سنین باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی
- مراجعان خانم باردار قبل از تولد و به هنگام انجام معاینات دوران بارداری
- مادران نوزادان در بدو تولد، و مادران کودکان ۲، ۴، ۶، ۱۲ و ۱۸ ماهه به هنگام واکسیناسیون‌ها و همچنین هنگام حضور مادران در مرکز بهداشتی، درمانی.

منابع و متون آموزشی لازم:

- راهنمای تشخیص اختلالات شایع روانی در دوران بارداری و درمان / مدیریت آنها
- مراقبت روانی دوران بارداری

گروه هدف: مادران کودکان بین ۲ تا ۵ سال

اقدامات:

- ارزیابی، شناسایی اختلالات روان‌پزشکی شایع
- درمان
- ارجاع به کارشناس سلامت روان
- ارجاع به مراکز درمانی

روش برقراری ارتباط:

- مادران کودکان و خردسالان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی
- والدین دارای فرزند خردسال یا پیش‌دبستانی
- مراجعان به مراکز بهداشتی، درمانی

منابع و متون آموزشی لازم:

- راهنمای تشخیص اختلالات شایع روانی
- کتابچه «آشنایی با مشکلات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان: راهنمای خانواده‌ها و مدارس»

گروه هدف: دانش‌آموزان کودک و نوجوانان و مادر یا والدین دارای دانش‌آموز کودک و نوجوان

اقدامات:

- ارزیابی / شناسایی اختلالات روانپزشکی شایع در دوران کودکی و نوجوانی
- ارزیابی / شناسایی اختلالات روانپزشکی شایع در والدین
- درمان
- ارجاع به کارشناس سلامت روان
- ارجاع به مراکز درمانی
- حمایت طلبی

روش برقراری ارتباط:

- دانش‌آموزان مدارس ابتدایی و دبیرستان ارجاع شده از سوی مدارس
- والدین دانش‌آموزان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی

منابع و متون آموزشی لازم:

- تشخیص و درمان اختلالات روانی شایع
- کتابچه «آشنایی با مشکلات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان: راهنمای خانواده‌ها و مدارس»

گروه هدف: جوانان، میان سالان و سالمندان

اقدامات:

- ارزیابی / شناسایی اختلالات روان پزشکی شایع
- درمان
- ارجاع به کارشناس سلامت روان
- ارجاع به مراکز درمانی
- حمایت طلبی

نحوه شناسایی گروه‌های هدف

- مراجعان به مراکز بهداشتی/درمانی

منابع و متون آموزشی لازم:

- تشخیص و درمان اختلالات روانی شایع

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 جزء 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.

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 روابطشان 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، مت‌آفتامین (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 سیگار کشیدن 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 شناخته‌شده 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 خودبه‌خودی می‌شود. در این رابطه تحقیقات نشان می‌دهند جنین پسران از دختران آسیب‌پذیرتر است.

در صورتی که نوزاد به دنیا بیاید، مصرف سیگار منجر به بدشکلی 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 غیرسیگاری مشاهده می‌شود. علاوه بر این، سندرم مرگ ناگهانی نوزاد در مادران مصرف‌کننده سیگار به مراتب بالاتر است.

نکته مهم آن که، زندگی با یک مصرف‌کننده جدی سیگار (سیگار کشیدن دسته 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 بهره هوشی
- رشد شناختی کم از جمله رشد شناختی و زبانی محدودتر
- رشد جسمی کمتر
- رفتارهای خشونت‌آمیز، ناپختگی، رفتارهای مقابله‌ای و لجاجی
- 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، تحریک-پذیری، شیر نخوردن، افزایش فعالیت، تشنج، تب و اسهال مشخص می‌گردد..

نکته مهم آن است که مصرف خودسرانه داروهایی که از مواد افیونی تهیه شده اند 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 مواد دخانی (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 دسته دوم مواد دخانی 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.

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، خون-ریزی داخل جمجمه‌ای، عقب افتادن رشد داخل رحمی، آسفیکسی نوزادی، آسپیراسیون مکنونیوم، جدا شدن زودرس جفت و سایر مشکلات می‌شود.

در جدول ۵-۵ عوارض بارداری، نوزادی و پیامدهای طولانی مدت ناشی از مصرف مواد مختلف در بارداری آورده شده است.

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	به هم ریختن خواب شبانه، مشکلات رفتاری، بی‌توجهی، تکانش‌گری و

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

		لرزش خفیف و واکنش از جا پریدن، افزایش فعالیت دست به دهان، تغییر الگوی خواب	بیش‌فعالی، بزه‌کاری و مشکلات برونی‌سازی، 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	
آمفتامین‌ها	فشار خون بارداری تأخیر رشد داخل رحمی مرگ جنینی	ناهنجاری‌های مادرزادی در دستگاه اعصاب مرکزی، قلبی، عروقی، شکاف کام و لب، اعضا 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	

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 توجه به خشونت در درمان لازم است. 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 می‌کند.

همچنین، دیسترس روانی در همسران افراد مصرف‌کننده بالاتر از جمعیت عادی است. میزان دیسترس همسران با فشارهای روانی زندگی، موقعیت شغلی، وضعیت اجتماعی - اقتصادی، 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.

اعتیاد و کودک‌آزاری

همان طور 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. نیمی از والدینی که فرزندان خود را مورد غفلت قرار می‌دهند معتاد به مواد یا الکل هستند. سبک زندگی خانوادگی آشفته و حضور افراد غریبه در منزل فرزندان را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد. زمانی که والدین مصرف‌کننده مت‌آمفتامین 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.

شرح خدمات پیشگیرانه انتخابی

گروه هدف: زنان باردار در معرض خطر، مادران در معرض خطر دارای نوزاد و زنان در معرض خطر در سنین باروری

اقدامات:

- ارزیابی / شناسایی اختلالات روان‌پزشکی شایع
- درمان
- ارجاع به کارشناس سلامت روان
- ارجاع به مراکز درمانی
- ارجاع جهت خدمات حمایتی، اجتماعی
- حمایت‌طلبی

روش برقراری ارتباط:

- مراجعان خانم باردار قبل از تولد و به هنگام انجام معاینات دوران بارداری
- مادران نوزادان در بدو تولد، و مادران کودکان ۲، ۴، ۶، ۱۲ و ۱۸ ماهه به هنگام واکسیناسیون‌ها و همچنین هنگام حضور مادران در مرکز بهداشتی، درمانی
- زنان در سنین باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی

منابع و متون آموزشی لازم:

- راهنمای تشخیص اختلالات شایع روانی
- مراقبت دوران بارداری

گروه هدف: دانش آموزان دارای اُفت تحصیلی

اقدامات:

- شناسایی و ارزیابی اختلالات روان‌پزشکی شایع در دانش‌آموزان
- شناسایی و ارزیابی اختلالات روان‌پزشکی شایع در والدین دانش‌آموزان
- درمان
- ارجاع به مراکز تخصصی
- ارجاع به کارشناس سلامت روان
- ارجاع جهت خدمات حمایتی اجتماعی

روش برقراری ارتباط:

- مراجعان دانش‌آموز به مراکز بهداشتی، درمانی
- والدین دانش‌آموزان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی
- دانش‌آموزان و والدین ارجاع‌شده از سوی پزشک یا مدارس یا سایر نهادها

منابع و متون آموزشی لازم:

- راهنمای تشخیص اختلالات شایع روانی
- کتابچه «آشنایی با مشکلات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان: راهنمای خانواده‌ها و مدارس»

گروه هدف: افراد در معرض خطر

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....

اقدامات:

- شناسایی و ارزیابی اختلالات روان‌پزشکی شایع
- درمان
- ارجاع به مراکز تخصصی
- ارجاع به کارشناس سلامت روان
- ارجاع جهت خدمات حمایتی، اجتماعی

روش برقراری ارتباط:

- مراجعان به مراکز بهداشتی، درمانی
- افراد ارجاع شده از سوی پزشک یا مدارس یا سایر نهادها

منابع و متون آموزشی لازم:

- راهنمای تشخیص اختلالات شایع روانی

فصل ششم:

شناسایی، مراقبت و پیگیری

عناوین فصل

- مقدمه
- اورژانس‌های مرتبط با مصرف مواد
- غربال‌گری درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد
- مداخله مختصر
- درمان شناختی، رفتاری مختصر
- تشخیص اختلالات مرتبط با مواد
- تشخیص و مراقبت به تفکیک مواد
- شناسایی اختلالات مصرف مواد در افراد زیر ۱۵ سال
- غربال‌گری در بارداری
- شک به مصرف مواد در اعضای خانواده
- تقاضای کمک برای عضو خانواده مبتلا به اختلالات مصرف مواد
- نحوه کمک به یک فرد مبتلای تحت درمان
- پیگیری

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- اورژانس‌های مرتبط با مصرف مواد را بشناسید.
- غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد را اجرا کنید.
- مداخله مختصر و درمان شناختی، رفتاری مختصر برای اختلالات مصرف مواد را بشناسید.
- ملاک‌های تشخیصی اختلالات مصرف مواد را بشناسید.
- اصول کلی مراقبت‌ها به تفکیک مواد شایع مورد مصرف در کشور را توضیح دهید.
- فرآیند شناسایی موارد مبتلا به اختلالات مصرف مواد در گروه‌های خاص را بشناسید.
- نحوه پیگیری مراقبت‌های مرتبط با غربال‌گری و شناسایی موارد 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. پزشک نقش کلیدی در تشخیص اختلالات مصرف مواد، ارایه مراقبت، ارجاع متناسب و پیگیری دارد.

افراد مصرف‌کننده مواد در معرض خطر بیشتر برای ابتلا به انواع بیماری‌ها و اختلالات جسمی و روان‌پزشکی هستند و با احتمال بیشتری ممکن است برای ویزیت به پزشکان مراقبت اولیه مراجعه کنند. این موضوع پزشکان مراقبت اولیه را در موقعیت مناسبی برای شناسایی افراد مصرف‌کنندگان مواد قرار می‌دهد.

افراد در معرض خطر یا مبتلا به اختلالات مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه از مسیرهای مختلفی ممکن است شناسایی شوند. این مسیرها عبارتند از:

- **غربالگری اولیه** درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز یا سایر کارکنان تیم سلامت شامل پزشک در قالب مراقبت‌های معمول یا فرصت‌طلبانه
- **غربالگری تکمیلی** درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد توسط کارشناس سلامت روان در قالب مراقبت‌های معمول یا فرصت‌طلبانه
- ارزیابی آزمایشگاهی (آزمایش ادرار) مصرف اخیر مواد (مورفین و مت‌آمفتامین) در زبان باردار مشکوک که غربالگری اولیه 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 مراقبت 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 پزشک 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 برقراری ارتباط مؤثر با گروه‌های هدف را بشناسید. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره این موضوعات به ترتیب **فصل - های سوم و چهارم** را ببینید.

شناسایی و مراقبت اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه با مجموعه‌ای از چالش‌ها مواجهه است. **پزشک** شاغل در مراقبت اولیه به عنوان مسئول تیم سلامت باید با این مشکلات و چالش‌ها آشنا بوده و برای رفع آنها برنامه‌ریزی نمایند. این چالش‌ها عبارتند از:

- **آنگ اجتماعی:** مصرف مواد دخانی، 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 برقراری ارتباط:** برای دستیابی به پاسخ‌های صحیح در غربال‌گری رعایت مهارت‌های پایه برقراری ارتباط 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 اعضای خانواده، همراهان و سایر کارکنان مراقبت سلامت احتمال پاسخ‌دهی باز و صادقانه را افزایش می‌دهد. کارشناسان مراقب سلامت/بهورزان باید حتی‌الامکان این اصل را رعایت کنند، اما اجرا این اصل برای **پزشک** و کارشناس سلامت روان الزامیست.
- **ارتقای سواد سلامت:** هدف اولیه در شروع غربال‌گری دستیابی به پاسخ‌های صحیح و دقیق بوده، 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.

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.

اورژانس‌های مرتبط با مصرف مواد

اختلالات مصرف مواد به خودی خود یک فوریت روان‌پزشکی محسوب نمی‌شوند، اما ممکن است با یک یا بیشتر فوریت 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 فوری 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 فوری 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 سیگار، الکل و مواد

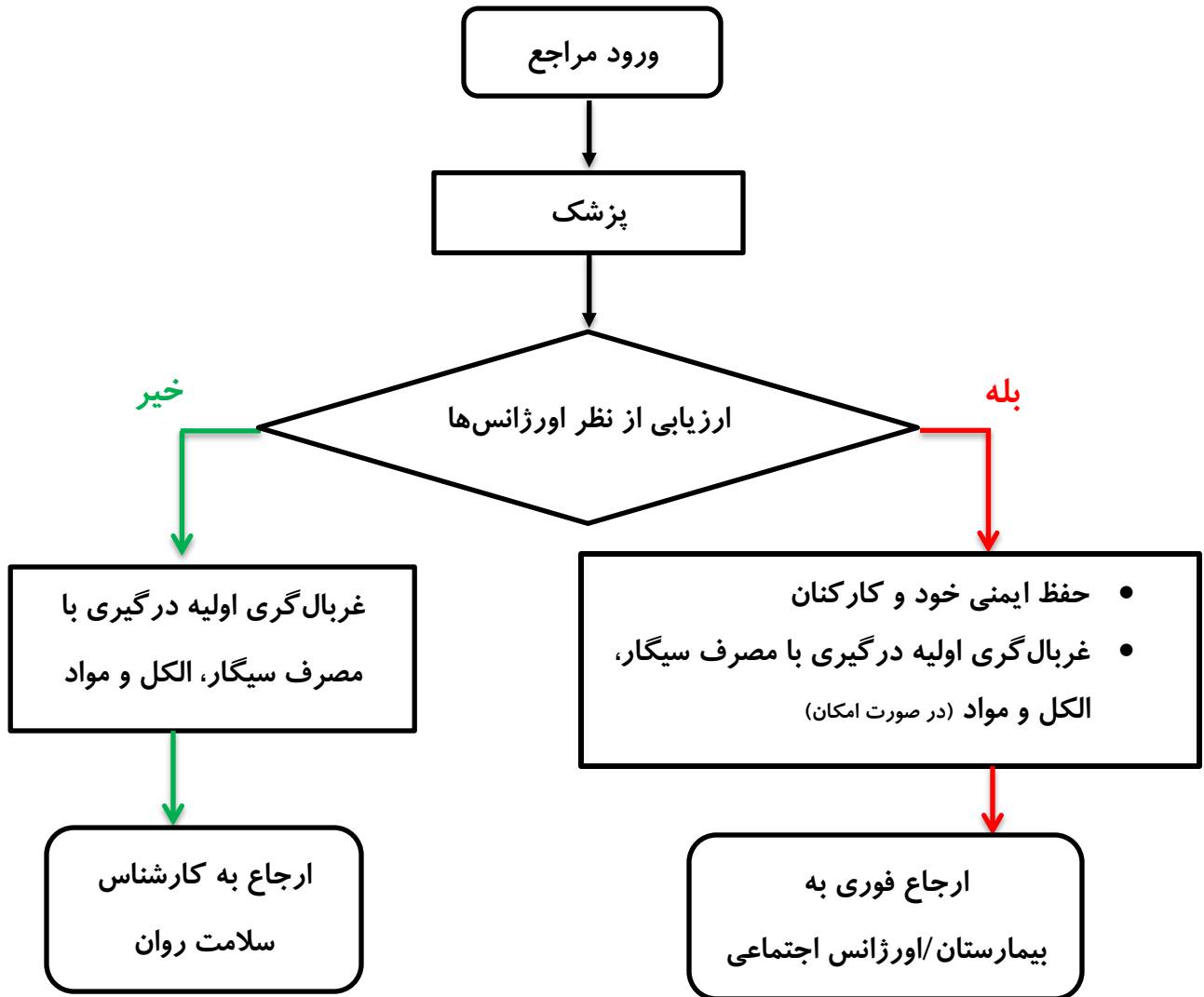
برخی اورژانس‌های روان‌پزشکی و اجتماعی معمول مرتبط با مصرف مواد عبارتند از:

- 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

- سوء رفتار با کودکان
- قربانی خشونت خانگی
- بی خانمانی
- بدسرپرستی

در شکل ۱-۶ فلوجارت نحوه برخورد با اورژانس های روان پزشکی و اجتماعی مرتبط با مصرف مواد نشان داده شده است.

شکل ۱-۶- فلوجارت نحوه برخورد با اورژانس های روان پزشکی و اجتماعی (الگوریتم ۱)



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 هوشیار بوده، توانایی پاسخ به سؤالات را داشته و تحریکاتی نباشد باید غربال‌گری اولیه برای او به عمل آمده 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.

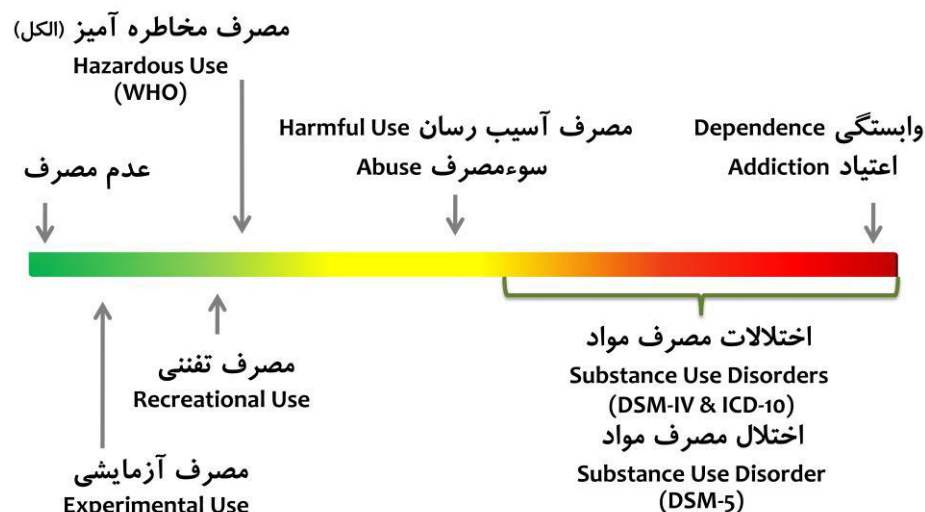
در صورتی که فرد هوشیار نبود، توانایی پاسخ به سؤالات را نداشته یا تحریکاتی باشد، طبیعتاً امکان اجرای غربال‌گری اولیه نخواهد بود. در چنین موقعیتی بدون اجرای غربال‌گری، مراجع به صورت فوری به بیمارستان ارجاع می‌گردد.

کلید 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.

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 و 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 ۶-۲ پیوستار مصرف مواد در جمعیت را نشان می‌دهد.

شکل ۶-۲- پیوستار مصرف مواد

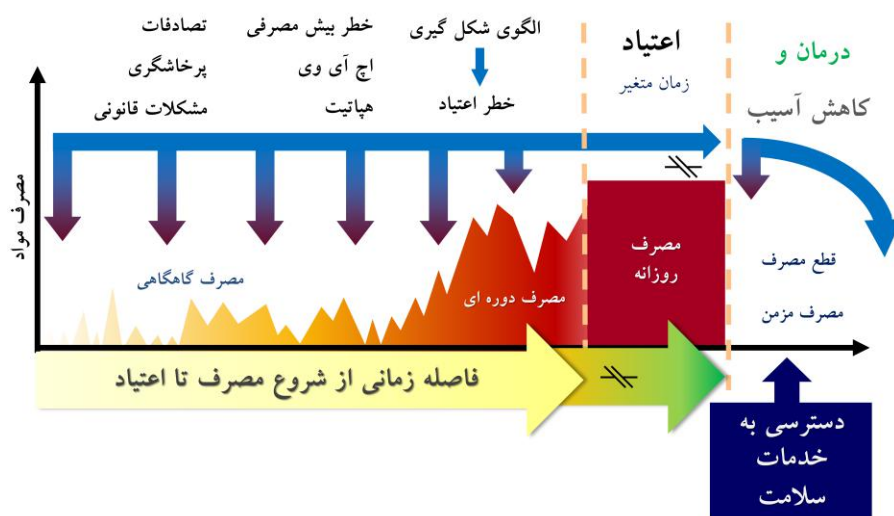


تعاریف عملیاتی اصطلاحات به کار رفته در شکل بالا شامل مصرف مخاطره‌آمیز، مصرف آسیب‌رسان، وابستگی و اختلالات مصرف مواد در ادامه این فصل ارایه شده است. هدف از غربال‌گری شناسایی مشکلات یا عوامل خطر سلامت در مراحل اولیه، پیش از آن که آن‌ها بیماری جدی یا سایر مشکلات را ایجاد کنند بوده و بخشی از فعالیت‌های پیشگیرانه 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 ارایه‌دهنده مراقبت اولیه مراجعه نمایند. مطالعات نشان داده‌اند شناسایی مصرف آسیب‌رسان و مخاطره‌آمیز مواد و ارایه مداخلات انگیزشی مختصر می‌تواند از پیشرفت وضعیت فرد به سمت وابستگی پیشگیری نماید. 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 اجرای این برنامه همه کارکنان تیم سلامت شامل پزشک باید در مراقبت‌های معمول و فرصت‌طلبانه یک غربال‌گری اولیه (سریع) در مراجعان خود به عمل آورده و موارد مثبت شناسایی شده را به کارشناس سلامت روان برای ارایه مداخله مختصر انگیزشی معرفی نمایند.

علاوه بر این غربال‌گری می‌تواند منجر به شناسایی زودرس افراد وابسته به مواد و ارایه مداخله انگیزشی مختصر برای ترغیب آنها برای شروع مداخلات اختصاصی و تخصصی درمانی باشد. در شکل ۶-۳ سیر طبیعی و عوارض مصرف مواد نشان داده شده است.

شکل ۶-۳- سیر و عوارض مصرف مواد



¹ indicative primary prevention

غربالگری درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد

در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، برای شناسایی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، از الگوی آزمون غربالگری درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد^۱ و آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل^۲ طراحی شده توسط سازمان جهانی بهداشت استفاده می‌شود. پرسش‌نامه ASSIST سه سطح خطر درگیری با مصرف انواع مواد و پرسش‌نامه AUDIT چهار سطح خطر درگیری با مصرف الکل را در مراجعان شناسایی می‌نماید.

به منظور متناسب ساختن برنامه غربالگری با نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشور مدل اجرای آن به این صورت طراحی شده است:

- مشارکت کارکنان تیم سلامت در شناسایی موارد:
 - غربالگری اولیه (سریع) درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد یا به اختصار غربالگری اولیه توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز
 - غربالگری تکمیلی درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد (برای تمام مواد به جز الکل) یا به اختصار غربالگری تکمیلی توسط کارشناس سلامت روان
- در غربالگری تکمیلی کسانی که در غربالگری اولیه مصرف الکل در سه ماه گذشته داشته‌اند، به منظور تعیین دقیق‌تر نوع مراقبت مورد نیاز استفاده از آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل یا پرسش‌نامه AUDIT پیش‌بینی شده است.
- ارزیابی‌های بیشتر در زمینه مصرف مواد دخانی
 - در غربالگری اولیه پرسش‌های بیشتر درباره تعداد روزهای مصرف و مقدار ماده 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 دسته دوم مواد دخانی دودزا گنجانده شده است.

گروه هدف غربالگری اولیه و تکمیلی کلیه افراد ۱۵ ساله یا بیشتر در جمعیت تحت پوشش هستند.

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

¹ ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Use Screening Test

² AUDIT: Alcohol Use Disorder Identification Test

شناسایی موارد مبتلا به اختلالات مصرف مواد می‌تواند در قالب **مراقبت‌های معمول** یا به صورت **فرصت‌طلبانه** انجام شود:

- در **مراقبت معمول**^۱ گروه‌های هدف برنامه در فراخوان برای تکمیل پرونده الکترونیک سلامت دعوت شده و **غربال-گری 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 **فرصت‌طلبانه**^۲ که می‌تواند توسط هر یک از اعضای تیم سلامت شامل پزشک انجام شود.

پزشکان از طریق **نظارت** بر اجرای برنامه در مراقبت معمول توسط کارشناسان مراقب سلامت و کارشناس سلامت روان و **مشارکت** در غربال‌گری اولیه فرصت‌طلبانه نقش مهمی در استقرار برنامه در مراقبت‌های اولیه دارند.

در غربال‌گری اولیه و تکمیلی **منبع ارجاع** باید مشخص شود. منبع ارجاع فرد اطلاعات ارزشمندی درباره پس‌زمینه‌ای که مشکل مصرف مواد در آن واقع شده در اختیار ارایه‌دهندگان مراقب سلامت قرار می‌دهد.

در اجرای غربال‌گری اولیه و تکمیلی منبع ارجاع باید توسط کارکنان تیم سلامت از فرد پرسیده و مشخص شود:

- **خودمعرف:** کسانی که به صورت داوطلبانه یا توسط خانواده برای تکمیل غربال‌گری اولیه 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.
- **محل کار:** مواردی ارجاع شده از محل کار در این گروه قرار می‌گیرند. در صورتی که فرد شاغل در مدرسه بوده و از طرف مدرسه ارجاع شده، منبع ارجاع **محل کار** درج گردد.
- **سایر سازمان‌ها؛ مشخص کنید:** (برای مثال اداره بهزیستی، نیروی انتظامی و ...)

¹ routine care

² opportunistic

غربال‌گری اولیه و تکمیلی باید در یک اتاق خصوصی، بدون حضور اعضای خانواده، همراهان یا سایر مراجعان اجرا شود.

رعایت اصول مشاوره پایه و اطمینان‌دهی درباره رازداری منجر به افزایش پاسخ‌دهی صادقانه در غربال‌گری می‌شود.

علاوه بر این ارایه توضیحات درباره هدف از غربال‌گری و نحوه اجرای آن می‌تواند به جلب همکاری مراجعان برای پاسخ‌دهی دقیق‌تر کمک کند. به این منظور مقدمه زیر باید برای مراجع خوانده شود:

«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 تدخینی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد. (کارت پاسخ را به مراجع بدهید). برخی از مواد فهرست‌شده 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 نسخه‌شده 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 ارایه خدمات مورد نیاز به ما کمک می‌کند، اما در صورت عدم تمایل می‌توانید به پرسش‌ها پاسخ ندهید.»

پیشتر دیدیم که اولین موضوع در برخورد با یک فرد مصرف‌کننده مواد ردّ فوریت‌های روان‌پزشکی و اجتماعی است. در صورتی که فرد یک اورژانس روان‌پزشکی یا اجتماعی نداشته باشد، قدم بعدی برای پزشکات تکمیل غربال‌گری اولیه و ارجاع به کارشناس سلامت روان برای غربال‌گری تکمیلی خواهد بود.

غربال‌گری اولیه

غربال‌گری اولیه (سریع) درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد در مراقبت‌های معمول توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز هنگام تشکیل پرونده و سپس در دوره‌های زمانی ۵ ساله برای به‌روزرسانی پرونده الکترونیک سلامت فرد و در زنان باردار (هر سه ماه یک بار) اجرا می‌شود.

علاوه بر این کلیه کارکنان تیم سلامت شامل پزشک باید در صورت شک به مصرف مواد در حین ارایه مراقبت‌های دیگر به صورت فرصت‌طلبانه غربال‌گری اولیه را انجام داده و در صورت مثبت شدن فرد را برای غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهند.

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 را برای غربال‌گری تکمیلی ارجاع دهند.

نقش پزشک در ارتباط با فعالیت غربال‌گری اولیه ارایه آموزش و حمایت از کارکنان تیم سلامت به منظور اجرای بهتر این فعالیت و اجرای آن به صورت فرصت‌طلبانه در میان مراجعان می‌شود. به منظور آشنایی بیشتر شما، پرسش‌نامه غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد در ادامه آورده شده است.

جدول ۶-۱- غربال‌گری اولیه (سریع) درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد

پرسش ۱-۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)			بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ‌گویی
الف- مواد دخانی (سیگار، قلیان، ناس، غیره)					
ب- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)					
ج- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)					
د- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)					
پرسش ۲-۱- مواد دیگر چگونه؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)			بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ‌گویی
الف- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیر، سوخته، هروئین، کراک هروئین، غیره)					
ب- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)					
ج- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)					
د- سایر- مشخص کنید: ...					

بعد از تکمیل پرسش‌های بالا در صورت پاسخ مثبت به مصرف انواع مواد دخانی در سه ماه اخیر، سؤالات ارایه شده در جدول ۶-۲ پرسیده می‌شود.

جدول ۶-۲- دفعات و مقدار مصرف مواد دخانی در ماه گذشته

نوع مواد دخانی	پرسش ۳- سن اولین بار مصرف؟	پرسش ۴- در ماه گذشته، هر یک از انواع مواد دخانی را چند وقت یک بار مصرف می‌کرده‌اید؟				پرسش ۵- مقدار مصرف شما در یک روز معمول مصرف چقدر است؟	
		هرگز	ماهانه	هفتگی	روزانه	نخ	بار
سیگار							
قلیان							
پیپ/چپق							
ناس/تنباکوی جویدنی							

سپس، صرف نظر از پاسخ مراجعان به سؤال‌های ۱ تا ۵، پرسش ۶ از تمام مراجعان پرسیده می‌شود.

پرسش ۶- آیا در ماه گذشته کسی در حضور شما در منزل، محل کار یا اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟

بله خیر

ارایه‌دهندگان مراقبت سلامت باید به کلیه افرادی را که به یک ماده یا بیشتر از مواد پرسیده شده در پرسش ۲ پاسخ مثبت دهند، کارت بازخورد و آموزش متناسب ارایه داده و آنها را برای اجرای **غربال‌گری تکمیلی** به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌دهند.

غربال‌گری تکمیلی

غربال‌گری تکمیلی برای تمام مواد (به جز الکل) با استفاده از آزمون غربال‌گری درگیری با مصرف سیگار، الکل و مواد توسط کارشناس سلامت روان انجام می‌شود. این آزمون از ۸ پرسش تشکیل شده است که به تفکیک برای گروه‌های مختلف مواد پرسیده می‌شود.

خطر متوسط و خطر بالا در غربال‌گری تکمیلی به ترتیب پیش‌بینی‌کننده تشخیص‌های مصرف آسیب‌رسان و سندرم وابستگی در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها ICD-10 هستند.

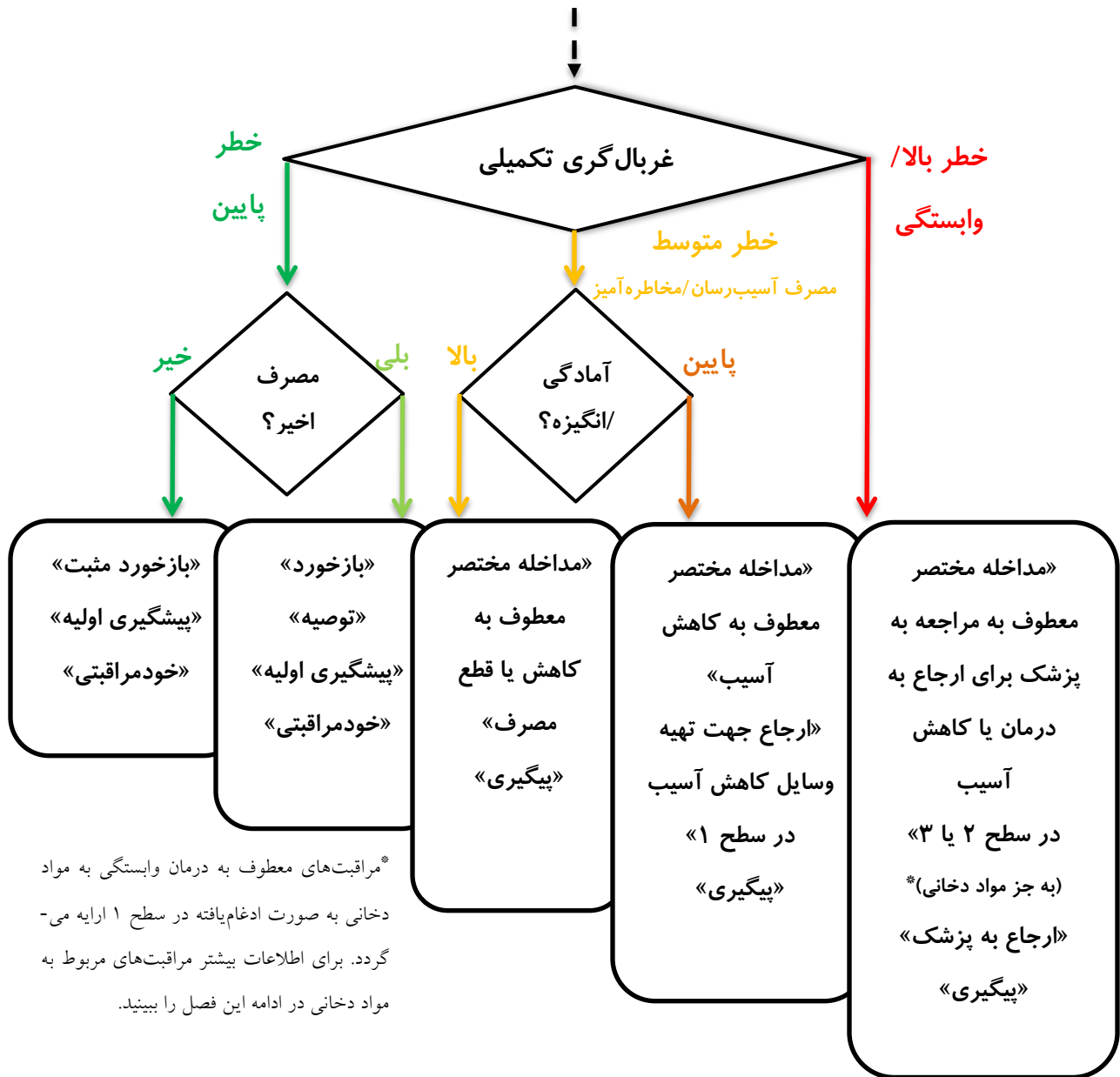
با استفاده از اطلاعات به دست آمده از اجرای غربال‌گری تکمیلی شاخص‌های زیر برای مراجعان قابل محاسبه است:

- 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)

نتایج حاصل از غربال‌گری تکمیلی، در کنار سطح انگیزه و آمادگی فرد برای تغییر رفتار و زمان آخرین آزمایش خون در افرادی که تزریق پرخطر مواد دارند، تعیین‌کننده نوع مراقبت مورد نیاز مراجع است.

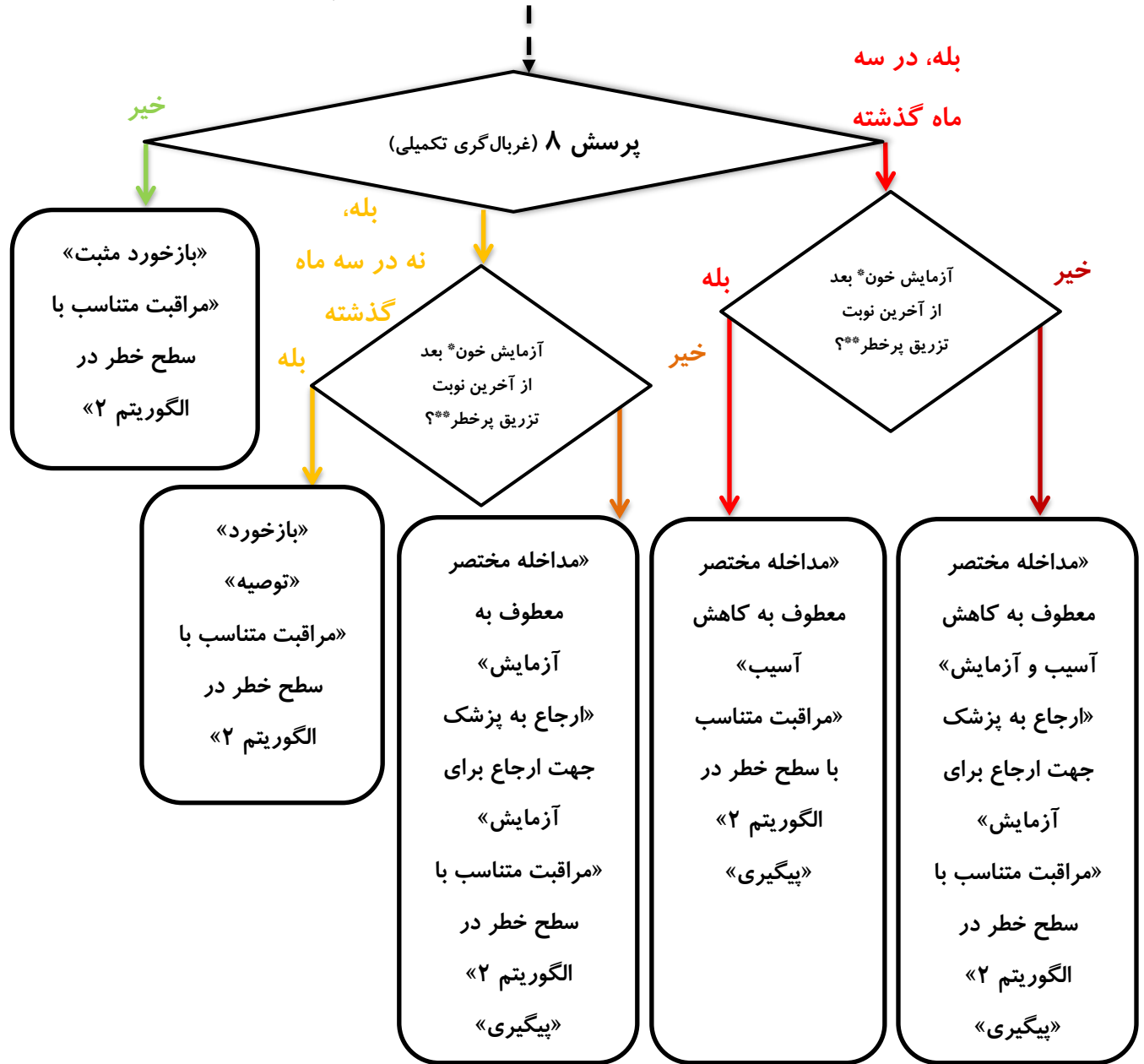
برای آشنایی بیشتر شما با فرآیند ارایه مراقبت توسط کارشناس سلامت روان در شکل‌های ۶-۴ و ۶-۵ نوع مراقبت توصیه شده برای مراجعان متعاقب غربال‌گری تکمیلی نشان داده شده است.

شکل ۶-۴- نحوه تعیین اولویت مداخله متعاقب غربال‌گری تکمیلی (الگوریتم ۲)



در هر یک از حالات بالا فرد در صورت داشتن سابقه تزریق و عدم انجام آزمایش اچ‌آی‌وی اخیر، باید برای انجام آزمایش اچ-
آی‌وی به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع گردد.

شکل ۶-۵- نحوه برخورد با سابقه تزریق مواد (الگوریتم ۳)



* منظور انجام آزمایش خون آزمایش از نظر اچ‌آی‌وی 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 نمایید 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.

در فصل چهارم دیدم که چگونه یک رویکرد سلسله‌مراتبی در تعیین اهداف و ارایه مراقبت به صورت پلکانی متناسب به وضعیت فرد می‌تواند پیامدهای مراقبت را بهبود بخشد.

مداخله مختصر

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، توسط کارشناس سلامت روان ارایه می‌شود.

گروه هدف مداخله مختصر کلیه کسانی هستند که در غربال‌گری تکمیلی، مصرف مخاطره‌آمیز یا 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 ارایه مداخله مختصر توسط کارشناس سلامت روان می‌تواند متفاوت باشد. این اهداف عبارتند از:

- مداخله مختصر معطوف به ارجاع به پزشک جهت دریافت خدمات درمانی
- 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 بیش-مصرفی مواد)
- مداخله مختصر ارجاع به پزشک به منظور انجام آزمایش اچ‌آی‌وی 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.

¹ motivational interviewing (MI)

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 ارائه می‌گردد.

گروه هدف درمان شناختی، رفتاری مختصر در مراقبت‌های بهداشتی اولیه عبارت است از:

- کسانی که مصرف مواد دخانی 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، درمان شناختی، رفتاری مختصر برای فرد ارائه می‌گردد.

مطالعات نشان می‌دهد مداخلات روان‌شناختی ساختارمند نظیر درمان شناختی، رفتاری مختصر می‌تواند شانس ترک مواد دخانی را در افراد وابسته به آن تا دو برابر افزایش دهد. علاوه بر این، درمان شناختی، رفتاری مختصر یک مداخله تقویت‌شده برای ارائه مراقبت جامع‌تر برای افرادی است که مداخله مختصر در پیگیری سه ماهه پاسخ کافی نشان نداده‌اند.

در ادامه این فصل نحوه انتخاب نوع مداخله با توجه به وضعیت فرد از نظر مصرف مواد دخانی و سایر کلاس‌های مواد مورد بحث قرار گرفته است.

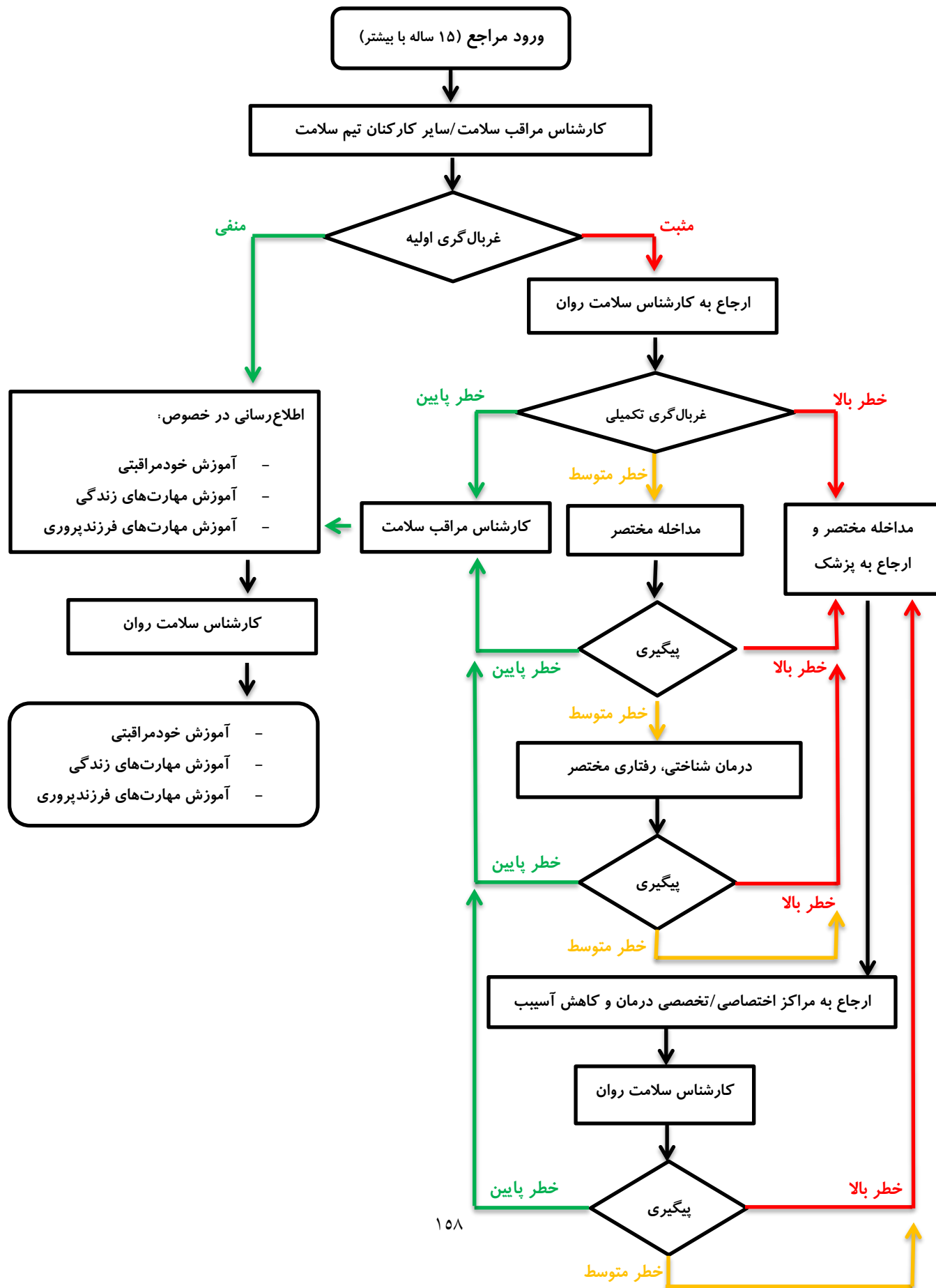
در شکل ۶-۶ فلوجارت عمومی ارائه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف مواد دخانی، الکل و مواد آورده شده است. این فلوجارت به صورت کلی نحوه انتخاب خدمات آموزش خودمراقبتی، پیشگیری اولیه، مداخله مختصر، درمان شناختی، رفتاری مختصر و ارجاع را نشان می‌دهد.

نحوه متناسب‌سازی دقیق مراقبت‌ها بر اساس وضعیت هر مراجع پیشتر در الگوریتم‌ها ۱ تا ۳ در شکل‌های ۱-۶، ۴-۶ و ۵-۶ نشان داده شده است.

¹ brief cognitive, behavioral therapy: brief CBT

² relapse prevention

شکل ۶-۶- فلوچارت عمومی ارایه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف مواد دخانی، الکل و مواد



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 سوءمصرف 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 آسیب‌رسان و سندرم وابستگی در نظر گرفته شده است. این تشخیص‌ها راهنماهای ارزشمندی برای تعیین نوع و جامعیت مراقبت مورد نیاز فرد برای ارایه‌دهندگان 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 ارایه شده است.

اختلال مصرف مواد (DSM-5)

در ویرایش قبلی طبقه‌بندی اختلالات مصرف مواد از دو طبقه سوءمصرف 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 سوءمصرف و وابستگی تشکیل شده با این تفاوت که ملاک «مشکلات قانونی مکرر» برای سوءمصرف مواد حذف و یک ملاک جدید، یعنی «وجود وسوسه یا میل شدید برای مصرف مواد» افزوده شده است.

در DSM-IV افتراق میان سوءمصرف و وابستگی بر اساس مفهوم سوءمصرف 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 سوءمصرف 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 سوءمصرف در DSM-IV بالاتر برده شده است. در تشخیص سوءمصرف 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:

- ۱- مواد اغلب در مقادیر بیشتر یا در طول یک دوره زمانی طولانی‌تر از آنچه قصد شده مصرف می‌شود.
- ۲- تمایل پایدار یا تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا کنترل مصرف مواد وجود دارد.
- ۳- زمان قابل ملاحظه‌ای در فعالیت‌های ضروری برای تهیه، مصرف یا بهبودی از اثرات مواد صرف می‌شود.
- ۴- وسوسه یا یک میل قوی یا اشتیاق برای مصرف مواد.
- ۵- مصرف مکرر مواد منجر به نارسایی در انجام وظایف نقش اصلی در کار، تحصیل یا خانه می‌شود.
- ۶- تداوم مصرف مواد علی‌رغم داشتن مشکلات پایدار یا راجعه اجتماعی یا بین‌فردی ناشی از یا تشدید شده توسط اثرات مواد.
- ۷- فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی یا تفریحی به دلیل مصرف مواد کنار گذاشته می‌شود یا کاهش می‌یابد.
- ۸- مصرف راجعه مواد در موقعیت‌هایی که از نظر جسمی مضر است.
- ۹- تداوم مصرف مواد علی‌رغم داشتن مشکلات جسمی یا روان‌شناختی پایدار یا راجعه که احتمالاً در اثر آن ایجاد یا تشدید شده.
- ۱۰- 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.
- ۱۱- 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 شاخصه افزوده شده به فروکش استفاده می‌شود که فرد هم در فروکش اختلال بوده و هم در محیط کنترل شده اقامت دارد. در واقع این شاخصه 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 الکلی، 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 الکلی) 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 (با نقش اساسی) در آسیب جسمی یا روان-شناختی 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، وسوسه 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 آپیوئیدی 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 آپئوئیدی 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 نالتراکسون یا دی‌سولفیرام)
- در حال حاضر مصرف‌کننده ماده (وابستگی فعال)
- مصرف مداوم
- مصرف دوره‌ای (دپسومانیا)

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

کلاس‌های ده‌گانه مواد و داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف عبارتند از:

۱- تنباکو

۲- کافئین

۳- حشیش

۴- مواد افیونی

۵- مواد محرک (شامل محرک‌های شبه‌آمفتامینی و کوکائین)

۶- الکل

۷- داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور

۸- مواد توهم‌زا

۹- مواد اشتنشاقی

۱۰- سایر مواد

جدول ۶-۳ تشخیص‌های مرتبط با کلاس‌های شایع مواد مشکل‌آفرین در کشور را نشان می‌دهد.

جدول ۶-۳- 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 آرام‌بخش و خواب‌آور	۵
-	I	I/W	I/W	I/W	I/W	I/W	I	I	+	+	+	مواد محرک	۶
-	-	W	-	-	-	-	-	-	+	-	+	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: نشانه دهنده پایدار

بودن

مسمومیت مواد

بر حسب هر یک از کلاس‌های مواد به جز **تباکو** 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 بهم‌ریختگی در ادراک، وضعیت بیداری، توجه، تفکر، قضاوت، رفتار روانی، حرکتی و رفتار بین‌فردی می‌شود. مسمومیت می‌تواند فراتر از زمانی که مواد در بدن قابل شناسایی است ادامه پیدا کند. این می‌تواند به دلیل اثرات طولانی مدت آن بر روی دستگاه اعصاب مرکزی باشد به طوری که بهبودی این علائم مدت طولانی‌تری از زمان خروج ماده از بدن به طول می‌انجامد.

کسانی که مواد یا الکل مصرف می‌کنند به حالت اوج اثرات ماده بر روی بدن خود **نشنگی** یا **مستی** می‌گویند. 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 **پیش‌مصرفی** یا **اوردوز¹** مواد می‌گویند. بیش‌مصرفی یا اوردوز شایع‌ترین علت مرگ در مرگ‌های منتسب به مصرف مواد در گزارش‌های سالانه سازمان پزشکی قانونی کشور است.

¹ overdose

مقدار مشابه از یک ماده می‌تواند بسته به نحوه ورود ماده به بدن اثرات خفیف‌تر یا شدیدتر داشته باشد. اثر راه‌های مختلف مصرف بر روی احتمال بروز مسمومیت در ادامه توضیح داده شده است:

- **تدخینی^۱/استنشاقی^۲:** در مصرف تدخینی فرد ماده را حرارت داده و دود حاصل از تدخین را با دم به داخل ریه می‌کشد. در مصرف استنشاقی همچون روش تدخینی فرد بخار حاصل از ماده را با دم به داخل ریه می‌کشد، با این تفاوت که این اصطلاح برای مواد فرار و گازها به کار می‌رود (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 می‌شود خیلی سریع به مغز می‌رسد. مواد مصرف‌شده مستقیماً از ریه‌ها به بطن چپ قلب رفته و از آن جا وارد گردش خون شریانی می‌شود. مواد از طریق خون شریانی به مغز می‌رسند. شدت اثرات مواد استنشاق‌شده می‌تواند تا حدی کمتر از مواد تزریقی باشد زیرا مقدار کم‌تری ماده وارد بدن شده و بخشی از مواد ممکن است با تنفس بازدمی از ریه‌ها خارج شود.

در سال‌های یک اصطلاح جدید درباره طریقه مصرف مواد رایج شده است و آن **تبخیر کردن^۳** است. این اصطلاح برای مصرف نیکوتین با استفاده از دستگاه‌های تبخیرکننده الکترونیک^۴ یا همان سیگارهای الکترونیک به کار می‌رود. 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 می‌رسد.

- **تزریق:** تزریق داخل وریدی ماده همچنین باعث می‌شود ماده سریعاً به مغز برسد. گرچه سرعت 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^۵ 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.

¹ smoking

² inhalation

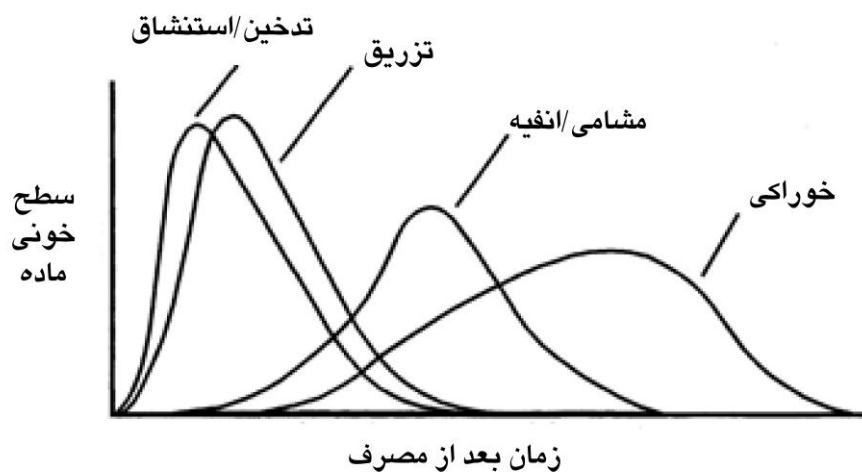
³ vaping

⁴ e-vaporizer

⁵ sniffing/snorting

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 بیش مصرفی مواد همراه است. شکل ۶-۷ میزان و سرعت اثر دوز ثابت از یک ماده را بر حسب روش مصرف نشان می‌دهد.

شکل ۶-۷- سطح خونی و سرعت اثر دوز ثابت ماده بر حسب طریقه مصرف



در داخل یک طبقه از مواد، مواد سریع‌الاثربا احتمال بیشتر از مواد کندالثر باعث بروز مسمومیت ناگهانی می‌شوند. برای مثال در دسته داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور مصرف خوراکی نیترازپام سریع‌تر از آکسازپام یا در دسته مواد افیونی هروئین زودتر ز تریاک علایم مسمومیت را در فرد ایجاد می‌کند.

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 سریع‌الاث‌ر 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 علایم محرومیت دیرتر ظاهر شده و طولانی‌تر باقی می‌ماند. به طور کلی، هر چه قدر دوره محرومیت از مواد طولانی‌تر باشد، شدت علایم 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 کوتاه مدت هستند. فهرست انواع اختلالات روانی القاء شده با کلاس های مختلف مواد در کادر زیر آورده شده است. ملاک های کلی سایر اختلالات روانی القاء شده با مواد بر اساس DSM-5 در کادر زیر آورده شده است.

ملاک های کلی سایر اختلالات روانی القاء شده با مواد در DSM-5

(الف) اختلال تظاهرات از نظر بالینی قابل توجه اختلال روانی مرتبط را نشان می دهد.

(ب) شواهدی از تاریخچه، معاینه بالینی یا یافته های آزمایشگاهی از هر دو مورد زیر وجود دارد:

۱- اختلال در طول ۱ ماه از مسمومیت یا محرومیت ماده شروع شده است؛ و

۲- ماده مذکور می تواند ایجادکننده اختلال روانی مربوطه باشد.

(ج) اختلال با یک اختلال روانی مستقل بهتر توضیح داده نمی شود. شواهد وجود یک اختلال روانی مستقل می تواند شامل موارد زیر باشد:

۱- اختلال پیش از شروع مسمومیت یا محرومیت حاد ناشی از مصرف ماده وجود داشته است.

۲- 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 القاء شده با مواد یا اختلال ادراک پایدار مواد توهم زا، که بیش از مدت مسمومیت حاد یا محرومیت از ماده پایدار باقی می ماند، استفاده نمی شود.

(د) اختلال اختصاصاً در طول دوره دلیریوم رخ نمی دهد.

(ه) اختلال باعث رنج و عذاب قابل ملاحظه بالینی یا افت کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه های 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 و مراقبت‌ها به تفکیک مواد

مراقبت‌های ارایه‌شده بر حسب سطح درگیری اختصاصی با هر ماده از یک الگوی کلی پیروی می‌کند. با این وجود مراقبت‌ها برای برخی مواد – به طور مشخص مواد دخانی و الکل – در برخی موارد با الگوی کلی ارایه شده در این فصل تفاوت‌هایی دارد. در این بخش ملاحظات خاص ارایه 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:

- مواد دخانی
- حشیش
- الکل
- مواد افیونی
- مواد محرک
- داروهای آرام‌بخش، ضد اضطراب و خواب‌آور

مواد دخانی (نیکوتین)

اختلالات مصرف تنباکو

تشخیص اختلالات مصرف تنباکو با استفاده از نتایج غربال‌گری تکمیلی و ارزیابی از نظر ملاک‌های تشخیصی مصرف آسیب-رسان و وابستگی انجام می‌پذیرد. وابستگی به تنباکو سریعاً شکل می‌گیرد. شکل‌گیری وابستگی تحت تأثیر عوامل ساختاری قوی همچون دسترسی 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 (مواد دخانی)

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:

- ۱- تحریک‌پذیر، احساس ناکامی و خشم
- ۲- اضطراب
- ۳- دشواری در تمرکز
- ۴- افزایش اشتها
- ۵- بی‌قراری
- ۶- خلق افسرده
- ۷- بی‌خوابی

علائم شایع و سوسه شدید برای تنباکو، تنش، تحریک پذیری، دشواری در تمرکز، خواب آلودگی، کاهش ضربان قلب و فشار خون، افزایش اشتها و وزن، کاهش عملکرد حرکتی و افزایش تنش عضلانی است.

مراقبت

مراقبت مرتبط با مصرف تنباکو بر اساس تاریخچه مصرف اخیر، سطح درگیری با مصرف و شدت وابستگی به نیکوتین تعیین می شود.

- در صورتی که فرد مصرف مواد دخانی در سه ماه اخیر نداشته است مراقبت شامل ارایه بازخورد مثبت و آموزش جهت معرفی برنامه های پیشگیری اولیه خواهد بود.
- در صورتی که مراجع در غربالگری اولیه هر گونه مصرف مواد دخانی در سه ماهه اخیر داشته اما در غربالگری تکمیلی نمره خطر اختصاصی او برای تنباکو در دامنه خطر پایین ارزیابی شده است، مراقبت شامل ارایه بازخورد با استفاده از کارت خطرات مصرف مواد دخانی، توصیه به عدم مصرف و معرفی برنامه های پیشگیری اولیه مرکز خواهد بود.
- در صورتی که مراجع در سه ماهه اخیر مصرف مواد دخانی داشته و در غربالگری تکمیلی نمره خطر اختصاصی او برای مواد دخانی 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 می گیرد، 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 مواد دخانی یا الکل یا مواد دیگر است. به عنوان یک اصل در صورتی که فرد در کنار مصرف آسیب رسان یا وابستگی به مواد دخانی، مصرف آسیب رسان 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 مواد دخانی در نظر گرفته شود.

کلیه افرادی که وابسته به مواد دخانی 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 پرسشنامه فاکستروم برای وابستگی به نیکوتین¹ نشانه شدت وابستگی متوسط و بالا به مواد دخانی و نیاز به درمان دارویی است.

¹ Fagerström-Test for Nicotine Dependence

برای کسانی که وابسته به 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 می‌گردد **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 کنترل‌شده می‌تواند به عنوان یک **هدف بینابینی** برای مراقبت تعیین شود.

مصاحبه انگیزشی برای ترک مواد دخانی باید به منافع ترک قطع مصرف و در صورت وجود نگرانی‌های فرد درباره ترک برای مثال نگرانی درباره افزایش وزن بپردازد. **درمان شناختی، رفتاری مختصر** برای ترک مواد دخانی بر شناسایی موقعیت‌های پرخطر، نحوه برخورد با وسوسه و لغزش، دوری از شروع‌کننده‌ها و فعالیت‌های جایگزین می‌پردازد. 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 روان‌شناختی

مداخلات روان‌شناختی رایج‌ترین 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 جایگاه‌های سلامت مراجعه می‌کنند، انجام شود.

مداخله مختصر با رویکرد انگیزشی برای کسانی که میزان مصرف تنباکو در آنها در دامنه **خطر 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، **درمان شناختی، رفتاری مختصر** 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 ۱۲-۶ هفته‌ای به صورت نگهدارنده استفاده می‌شوند و بعد از آن در طول یک دوره ۱۲-۶ 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 موقعیت 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.

یک فرمولاسیون دارویی شبیه آب نبات که به صورت مکیدی مصرف می‌شود -lozenge¹

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 سوء مصرف آن مطرح شده است.

وسيله مصرف استنشاقی نیکوتین^۱ 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 را نمی‌پسندند یا درمان‌های جایگزین با نیکوتین برای آنها ناموفق بوده است. بوپروپیون و وارنیکلین^۲ 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^۳ 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

¹ nicotine inhaler

² varenicline

³ extended-release

دوره درمان برحسب نوع رژیم درمانی مورد استفاده ۲۴-۱۲ هفته است. ترکیب آن با درمان‌های جایگزین نیکوتین بدون اشکال بوده و می‌تواند نتایج درمان را بهبود بخشد.

نورتریتیلین با دوز ۱۰۰-۷۵ میلی‌گرم در روز در درمان ترک سیگار مؤثر است و به عنوان **خط دوم** درمان دارویی غیرنیکوتینی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. درمان با نورتریتیلین 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 نورتریتیلین ۱۲-۶ 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 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.

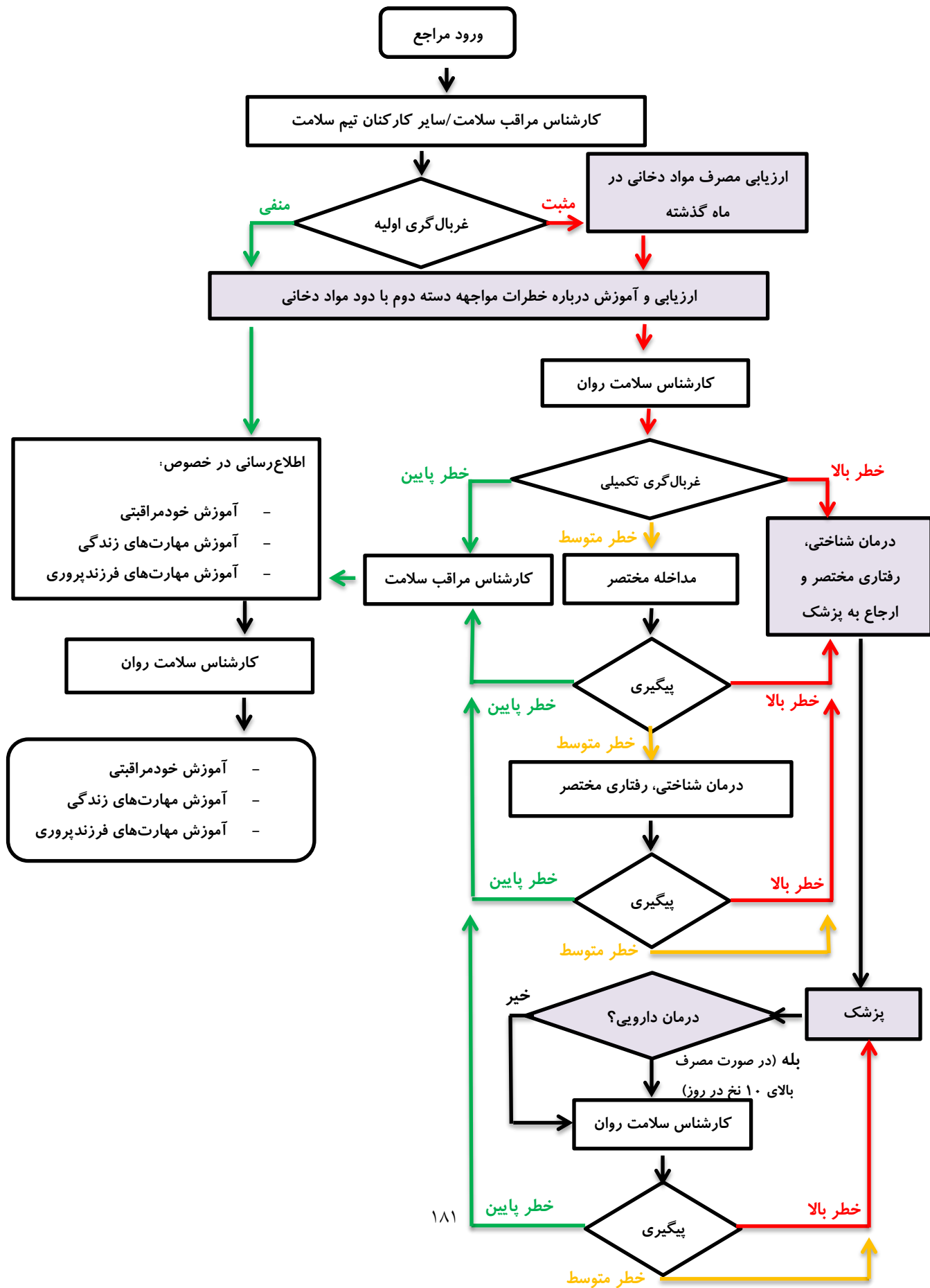
گروه‌های خاص

مطالعات متعدد اثربخشی مداخلات روان‌شناختی در درمان وابستگی به نیکوتین را 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 مواد دخانی در **نوجوانان** مداخلات روان‌شناختی است و در خصوص استفاده از درمان دارویی باید به صورت موردی تصمیم‌گیری شود.

درمان انتخابی برای وابستگی به مواد دخانی در **بارداری و شیردهی مداخلات روان‌شناختی** است. در مادران باردار یا شیرده در صورت عدم‌پاسخ 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 مواد دخانی در بارداری و شیردهی توصیه نمی‌شود.

در شکل ۶-۸ ملاحظات خاص در ارائه خدمات ارزیابی مراقبت‌های مرتبط با مصرف مواد دخانی آورده شده است.

شکل ۶-۸- فلوجارت ملاحظات خاص ارزیابی خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف مواد دخانی (تنباکو/نیکوتین)



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:

۱- قرمزی چشم

۲- افزایش اشتها

۳- خشکی دهان

۴- افزایش ضربان قلب (بالای ۱۰۰ عدد در دقیقه)

مهارت‌های حرکتی با مصرف حشیش مختل شده و این عارضه با برطرف شدت اثرات سرخوشی‌آور آن ادامه می‌یابد. به این دلیل به مدت ۸-۱۲ ساعت بعد از مصرف حشیش رانندگی یا کار با ماشین‌آلات توصیه نمی‌شود. در صورتی که حشیش و الکل با هم مصرف شده باشند، اختلال شناختی و حرکتی ایجاد شده جدی‌تر خواهد بود.

محرومیت حشیش

قطع مصرف حشیش در مصرف‌کنندگان روزانه حشیش منجر به علائم محرومیت برای ۲-۱ هفته می‌شود. علائم محرومیت شامل تحریک‌پذیری، ولع مصرف، عصبی بودن، اضطراب، بی‌خوابی، دیدن خواب‌های واضح و ناراحت‌کننده، کاهش اشتها، کاهش وزن، خلق افسرده، بی‌قراری، سردرد، لرز، درد معده و تعریق می‌شود.

اختلال پسیکوتیک القاء شده با حشیش

بروز اختلال پسیکوتیک القاء شده توسط حشیش نسبتاً نادر است، اما افکار سوءظن و بدبینی گذرا در مصرف‌کنندگان حشیش رایج است. اختلال پسیکوتیک القاء شده با حشیش اغلب در کسانی که سابقه اختلال شخصیتی دارند، رخ می‌دهد.

اختلال اضطرابی القاء شده با حشیش

اختلال اضطرابی القاء شده با حشیش یک تشخیص شایع همراه با مسمومیت حشیش است که در آن فرد دوره‌های کوتاه اضطراب اغلب برانگیخته شده در اثر افکار بدبینی را تجربه می‌کند. در چنین موقعیت‌های حملات هول ممکن است به دلیل ترس‌های نامشخص رخ دهد. افراد بی‌تجربه در مصرف حشیش به مراتب بیشتر متعاقب مصرف حشیش دچار حملات اضطرابی می‌شوند.

سندرم بی‌انگیزگی

یکی از اختلالات مناقشه‌برانگیز مرتبط با مصرف حشیش سندرم بی‌انگیزگی^۱ است. این اصطلاح یک تشخیص رسمی در طبقه‌بندی‌های تشخیصی نیست. برخی معتقدند این حالت خصوصیات شخصیتی زیرگروهی از مصرف‌کنندگان حشیش است، در حالی که برخی دیگر معتقدند این وضعیت نتیجه مصرف 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.

¹ amotivational syndrome

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 القاء‌شده 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 ضداضطراب 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 مخاطره آمیز الکل

یکی از مفاهیمی که در حوزه مراقبت الکل آشنایی با آن لازم است راهنماهایی است که در کشورهایی که 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 ارائه می‌گردد. هدف از ارائه 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 هیچ میزانی 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 ارائه 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 این جا، 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.

برای غربالگری تکمیلی الکل از آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل یا AUDIT استفاده می‌شود. این پرسش‌نامه دارای ۱۰ پرسش است و بر اساس نمره آن سطح درگیری با مصرف الکل به صورت عدم مصرف، مصرف به صورت نسبی کم-خطر، مصرف مخاطره‌آمیز، مصرف آسیب‌رسان و وابستگی مشخص می‌شود.

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.

¹ hazardous drinking

اختلالات مصرف الکل

تشخیص اختلالات مصرف الکل با استفاده از نتایج غربالگری تکمیلی و ارزیابی از نظر ملاک‌های 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 دوره‌ای 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 افت قابل توجه 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. آن طور 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:

- ۱- کلام جویده جویده
- ۲- ناهماهنگی
- ۳- تلوتلو خوردن
- ۴- نیستاگموس
- ۵- نقص در توجه یا حافظه
- ۶- استوپور یا اغماء

نشانه‌های مسمومیت با الکل عبارتند از تکلم جویده‌جویده، سبکی سر، اختلال هماهنگی، تلو تلو خوردن، نیستاگموس، اشکال در توجه یا حافظه، استوپور یا کوما و دوبینی.

مسمومیت با الکل با ایجاد اختلال در تمرکز و هماهنگی خطر بروز **تصادفات رانندگی** و حوادث شغلی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این مسمومیت الکل با نوسانات خلقی، خشم، پرخاش‌گری و حالات تهاجمی همراه است. به این دلیل مصرف الکل با **خشونت خانگی** نیز می‌تواند ارتباط داشته باشد. همان‌طور که در بخش برخورد با اورژانس‌های مرتبط با مصرف مواد دیدیم افراد درگیر با اورژانس‌ها باید به صورت **فوری** به بیمارستان ارجاع داده شوند.

با شکل‌گیری تحمل نسبت به اثرات الکل فرد ممکن است به رغم بالا بودن سطح خونی الکل اختلال شدید در وضعیت هوشیاری یا تعادل نشان ندهد. کسانی که هیچ‌گونه علائم اختلال حرکتی و شناختی در سطح خونی الکل معادل ۱۵۰ میلی-گرم در دسی‌لیتر (۰/۱۵٪) نشان نمی‌دهند، تحمل قابل‌ملاحظه‌ای به اثرات فارماکودینامیک الکل پیدا کرده‌اند. با غلظت خونی الکل در دامنه ۳۰۰-۲۰۰ میلی‌گرم در دسی‌لیتر، اختلال تکلم فرد تشدید شده و فراموشی الکل رخ می‌دهد.

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 ۲۴-۶ 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 **ضعیف هوشیاری دست‌نخورده** در فردی که سابقه مصرف اخیر الکل داشته، قویاً مطرح-کننده مسمومیت با متانول است.

محرومیت از الکل

علائم و نشانه‌های محرومیت از الکل شامل بیش‌فعالی سیستم اتونوم، بیش‌برانگیختگی، برافروختگی صورت، تعریق، تکیکاردی، 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 بیش دارد. افراد در دوره محرومیت الکل معمولاً هوشیار هستند، اما حالت بیش‌برانگیخته داشته و به سهولت از جا می‌پرند.

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:

۱- بیش‌فعالی اتونوم (برای مثال تعریق یا نبض بالای ۱۰۰)

۲- افزایش لرزش دست

۳- بی‌خوابی

۴- تهوع یا استفراغ

۵- توهم‌های بینایی، لامسه یا شنوایی گذرا

۶- بی‌قراری روانی، حرکتی

۷- اضطراب

۸- 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

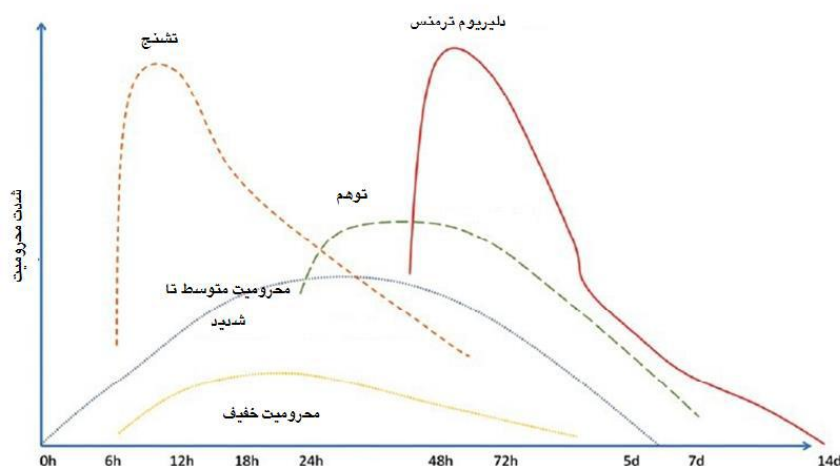
لامسه) در عین سالم بودن آزمون واقعیت‌شنجی فرد دیده می‌شود. در واقع در این حالت خطاهای ادراکی

شنوایی، بینایی یا لامسه در غیاب دلیریوم دیده می‌شود.

¹ DT: Delirium tremense

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 علائم محرومیت از الکل در شکل ۶-۹ آورده شده است.

شکل ۶-۹- 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 طولانی‌مدت 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 طولانی‌مدت 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 می شود که سال های طولانی مصرف سنگین الکل داشته اند.

سندرم ورنیکه-کورساکف: به صورت کلاسیک به اختلال فراموشی پایدار القاء شده با الکل انسفالوپاتی ورنیکه (مجموعه ای از علائم حاد) و سندرم کورساکف (یک وضعیت مزمن) گفته می شود. انسفالوپاتی ورنیکه کاملاً با درمان قابل برگشت است، اما فقط ۲۰٪ بیماران مبتلا به سندرم کورساکف بهبود می یابند. ارتباط پاتوفیزیولوژیک بین دو سندرم **کمبود تیامین** ایجاد شده در نتیجه عادات تغذیه ای ضعیف و سوء جذب مواد مغذی است.

انسفالوپاتی ورنیکه که به آن **انسفالوپاتی الکلی** نیز گفته می شود، یک اختلال عصبی حاد است که با آتاکسی (عمدتاً اشکال در تعادل ایستادن)، کژکارکردی وستیبولار، تیرگی شعور و مجموعه ای از ناهنجاری های حرکات چشمی شامل نیستاگموس افقی، فلج جانبی چشم و فلج نگاه مشخص می شود. این نشانه های چشمی معمولاً دوطرفه بوده اما ضرورتاً قرینه نیستند. سایر نشانه های چشمی شامل واکنش ضعیف به نور و پاسخ غیرقرینه به آن است. سندرم ورنیکه در عرض چند روز به صورت خود به خود فروکش می کند یا به سمت سندرم کورساکف پیش رفت می کند.

فراموشی: فراموشی^۲ دوره های اختلال حافظه آنتروگرید موقت است که در مسمومیت الکل رخ می دهد. در طول دوره فراموشی فرد هوشیار بوده، به سؤالات پاسخ داده و رفتارهای معطوف به هدف دارد، اما پس از بر طرف شدن مسمومیت الکلی فرد اتفاقات رخ داده در یک دوره زمانی از مسمومیت خود را به یاد نمی آورد. بروز فراموشی الکلی ضرورتاً به معنای وابستگی به الکل نبوده، اما نشان دهنده بروز یک آسیب سلامتی در اثر مصرف الکل است.

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 می شود. سندرم الکل جنینی با میکروسفالی، ناهنجاری های مادرزادی جمجمه ای- صورتی و نقایص اعضا و قلب مشخص می شود. برخی خصوصیات دیگر سندرم الکل جنینی شامل کوتاهی قد و مشکلات رفتاری در بزرگسالی می شود.

¹ alcohol-induced persisting amnesic disorder

² blackouts

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 AUDIT به کارشناس سلامت روان ارجاع دهند. متناسب با سطح درگیری با مصرف الکل اندازه‌گیری شده در AUDIT نوع مراقبت به شرح زیر مشخص می‌گردد:

- **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
- **مصرف مخاطره‌آمیز یا آسیب‌رسان:** مداخله مختصر متمرکز بر کاهش و قطع مصرف مواد، پیگیری
- **وابستگی:** ارجاع به پزشک جهت ارزیابی تشخیصی و ارجاع غیر فوری به درمان در سطح ۲ یا ۳

کسانی که در غربالگری تکمیلی با AUDIT در حد وابستگی 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 علائم 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 مراقبت شامل مداخله انگیزشی مختصر با هدف ارجاع به درمان، آموزش بیمار و خانواده و پیگیری می‌شود.

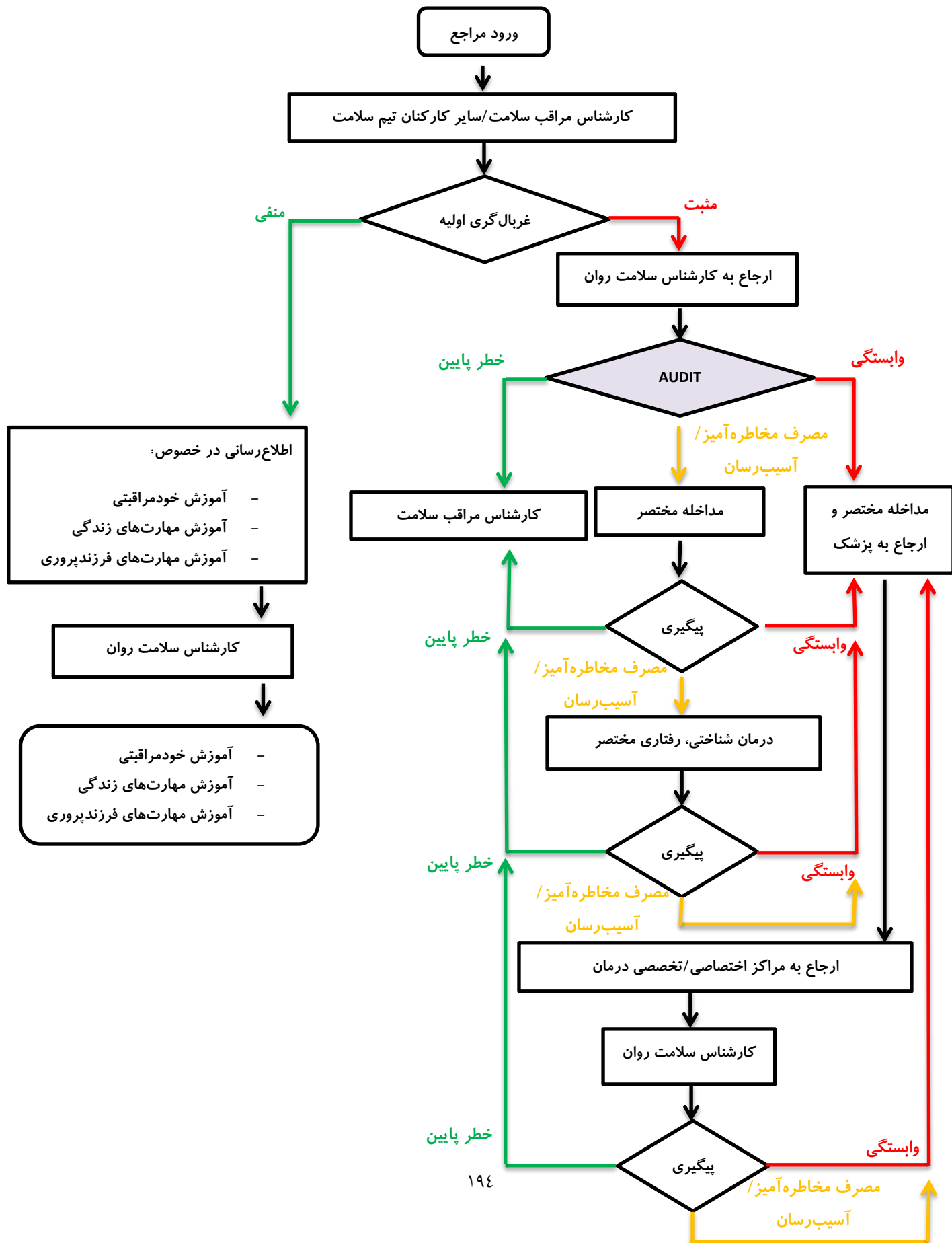
داروی اصلی در کنترل محرومیت از الکل **بنزودیازپین‌ها** هستند. مطالعات نشان می‌دهد استفاده از بنزودیازپین‌ها در کاهش علائم محرومیت و پیشگیری از تشنج و دلیریوم ترمنس مؤثر است. بنزودیازپین‌های طولانی‌اثر (دیازپام، کلردیازپوکساید) درمان استاندارد محرومیت از الکل هستند، با این حال مطالعات نشان داده است که **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 آمنزی 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.

در شکل ۶-۱۰ ملاحظات خاص ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف الکل نشان داده شده است.

¹ confabulation

شکل ۶-۱۰- فلوچارت ملاحظات خاص ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف الکل



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 آباتی، 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:

۱- خواب‌آلودگی یا کوما

۲- تکلم جویده‌جویده

۳- 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.

¹ salience

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 بیش-مصرفی 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 ضد افسردگی 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، معمولاً سابقه قبلی بیش‌مصرفی 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.

¹ overdose

- **هفته اول درمان نگهدارنده با متادون:** درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست نظیر متادون و بوپرنورفین خطر بیش‌مصرفی 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 بیش‌مصرفی 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 آپیوئیدی 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 کوتاه‌اثر طول دوره محرومیت به صورت نسبی کوتاه‌تر خواهد بود. ملاک‌های DSM-5 برای محرومیت مواد افیونی در کادر زیر آورده شده است.

ملاک‌های محرومیت از 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 آپیوئیدی رخ دهد:

- ۱- کج خلقی و خلق پایین
- ۲- تهوع و استفراغ
- ۳- دردهای عضلانی
- ۴- اشک ریزش و آب ریزش بینی
- ۵- گشادی مردمک، سیخ شدن موهای بدن یا تعریق
- ۶- اسهال
- ۷- خمیازه کشیدن
- ۸- تب
- ۹- بی‌خوابی

در صورت تجویز داروهای آپوئیدی 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 ۱۲-۱۰ ساعت و محرومیت با هروئین در عرض ۸-۶ ساعت بعد از قطع مصرف شروع می‌شود. اوج شدت محرومیت با مواد افیونی غیرقانونی معمولاً روزهای دوم و سوم بوده و در عرض ۱۰-۷ روز فروکش می‌کند، هر چند برخی علائم 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.

علائم 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 **بو قلمون 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 علائم همراه محرومیت از مواد افیونی شامل بی‌قراری، تحریک‌پذیری، افسردگی، لرزش، احساس ضعف، تهوع و استفراغ است. تجربه علائم محرومیت در بدو ورود به بازداشتگاه یا زندان با خطر افزایش یافته خودزنی، اقدام به خودکشی و پرخاش‌گری همراه است. علائم 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 درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین پس از تولد ممکن است به دلیل وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی دچار علائم **سندرم پرهیز** یا **محرومیت نوزادی** شوند.

شروع علائم برای مواد افیونی کوتاه‌اثر همچون تریاک و هروئین در **روز اول** بعد از تولد و برای داروهای آپوئیدی 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 انگ همراه با مصرف مواد افیونی خصوصاً در زنان، پزشکان مراقبت اولیه در صورت مواجهه با این علائم در نوزاد تازه متولدشده باید **سندرم محرومیت نوزادی** را در تشخیص افتراقی در نظر بگیرند.

¹ cold turkey

بیش مصرفی مواد افیونی

مرگ ناشی از مسمومیت شدید یا بیش مصرفی^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 ۲-۱ ساعت به طول می‌انجامد. بنابراین متعاقب وقوع بیش مصرفی مواد افیونی یک زمان طلایی برای نجات افراد وجود دارد. این موضوع اهمیت آموزش برخورد صحیح با فرد دچار بیش مصرفی 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 بیش مصرفی مواد افیونی عبارت است از:

- آموزش افراد مبتلا و خانواده‌های آنها درباره آشنایی با عوامل خطر برای بروز بیش مصرفی 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 بیش مصرفی مواد افیونی

به منظور پیشگیری از مرگ پیش از موعد در اثر بیش مصرفی مواد افیونی موارد زیر توصیه می‌گردد:

- پزشک و کارشناس سلامت روان مرکز سلامت جامعه باید به افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی و خانواده آنها در خصوص عوامل خطر بیش مصرفی مواد افیونی و نحوه پیشگیری از آن و علائم و نشانه‌های بیش مصرفی 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 ار دسترس 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: خُرخر 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 نمایید.
- اگر مصدوم ناهشیار است، اما نفس می‌کشد: قراردهی فرد در وضعیت نجات (شکل ۶-۱۱) 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 معنی‌داری احتمال اینکه فرد به صورت موفقیت‌آمیزی 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 هوشیاری خود را به دست آورده باشد، یا کارکنان اورژانس رسیده باشند.

شکل ۶-۱۱- قرار دادن مصدوم در وضعیت نجات و تماس با آمبولانس

در وضعیت نجات فرد بر روی پهلو 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 $0/4$ تا 2 میلی‌گرم توصیه می‌شود. برای یک فرد بزرگسال 70 کیلوگرمی دوز شروع $0/8$ میلی‌گرم توصیه می‌شود. آمپول نالوکسان در فارماکوپه کشور ما با دوز $0/4$ میلی‌گرم/میلی‌لیتر 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 $3-2$ 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 $5-4$ میلی‌گرم 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 کوتاه تر است. بنابراین ممکن است برطرف شدن اثرات نالوکسان مجدداً در بیمار علائم بیش مصرفی ظاهر گردد. پس از احیای موفق بیمار فرد باید به مدت ۱۲ ساعت در مواد افیونی متوسط اثر و ۲۴ ساعت در مواد افیونی طولانی اثر 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 پایین تر نالوکسان در دامنه ۰/۱ تا ۰/۲ میلی گرم استفاده می‌شود.

دوز معمول نالوکسان در بیش مصرفی مواد افیونی در نوزادان و کودکان ۰/۰۱ میلی گرم 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 میلی گرم به ازای کیلوگرم وزن بدن خواهد بود.

در سال‌های اخیر در برخی کشورها به منظور پیشگیری از مرگ ناشی از بیش مصرفی مواد افیونی به افرادی که به صورت بالقوه ممکن است شاهد بیش مصرفی 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 بیش مصرفی مواد افیونی از نالوکسان استفاده کنند.

اشکال مختلف نالوکسان برای استفاده افراد غیرحرفه‌ای شامل کیت‌های حاوی سرنگ از پیش پر شده^۱، دستگاه اتوانجکتور^۲ (دوز منفرد، ۰/۴ میلی گرم/دوز)، وسیله اتومایزر مخاطی^۳ برای تجویز داخل بینی و اسپری بینی نالوکسان^۴ (دوز منفرد، ۴ میلی گرم/دوز) می‌شود.

¹ pre-filled syringe

² auto-injector device

³ mucosal atomizer device

⁴ nasal spray

• درمان‌های 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 بطنی و ملایم در دوز مطلوب و بهینه توسط گروه درمان‌گران در محیط سالم درمانی به نیت درمان فرد، هم‌زمان با ارائه سایر مداخلات درمانی و ثبت و پایش دقیق پیشرفت و بهبودی» درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست اُپیوئیدی گفته می‌شود.

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 مصرف‌کنندگان 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 نیم‌رخ 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 اثبات‌شده درمان‌های نگهدارنده با داروهای آگونیست به شرح زیر است: کاهش مصرف مواد افیونی غیرقانونی، کاهش تزریق مواد افیونی، کاهش تزریق مشترک، کاهش خطر مرگ ناشی از بیش‌مصرفی مواد افیونی، کاهش جرم و جنایت، کاهش شیوع و بروز اچ‌آی‌وی، 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 ارائه مداخلات تکمیلی به بیماران فراهم می‌کنند. در کنار درمان دارویی مداخلات روان‌شناختی 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 چالش‌برانگیز 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 اثبات 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 طولانی مدت 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 طولانی مدت 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.

¹ medically supervised withdrawal

² medically assisted withdrawal

³ detoxification

در مطالعات مختلف از کلونیدین و داروهای آگونیست آپوئیدی 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 تأدیبی به دلیل زمان‌بر بودن تجویز زیربانی و هزینه بالای بوپرنورفین و دوره بارداری است.

کلونیدین یک داروی آگونیست گیرنده‌های α_2 آدرنرژیک مرکزی است. کلونیدین با شکل دارویی قرص 0.2 میلی‌گرم در فارماکوپه کشور ما در دسترس قرار دارد. درمان با کلونیدین با دوز 0.1 میلی‌گرم $3-4$ بار در روز شروع می‌شود و در صورت تحمل از روزهای بعد دوز دارو تا حداکثر 0.3 میلی‌گرم $3-4$ 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 50 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 (380 میلی‌گرم هر 4 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.

¹ deconditioned

² extinction

• روان‌درمانی

هر گونه 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 شناسایی 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 است. مجموعه‌ای از مداخلات روانی، اجتماعی همچون روان‌درمانی فردی و گروهی، رفتاردرمانی، درمان شناختی- رفتاری، فعال‌سازی رفتاری، مدیریت مشروط، زوج‌درمانی، خانواده درمانی و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی خود را در درمان وابستگی به مواد افیونی نشان داده است. این خدمات در سطح ۲ یا ۳ مراقبت ارائه می‌شوند. برای اطلاعات بیشتر درباره انواع مراکز ارائه‌دهنده 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 ۳ (شکل ۶-۵)** ارائه نمایند.

در صورتی که تمام افرادی که به دلیل مصرف تزریقی مواد اچ‌آی‌وی مثبت هستند، اما از وضعیت خود اطلاع ندارند آزمایش اچ‌آی‌وی انجام داده و از وضعیت اچ‌آی‌وی 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 می‌کنند. مراکز کاهش آسیب و تیم‌های سیار همچنین سایر خدمات کاهش آسیب نظیر آموزش‌های کاهش آسیب را ارائه می‌دهند. ارائه وسایل و آموزش‌های کاهش آسیب می‌تواند به

¹ NSP: Needle and syringe programs

² NEP: Needle exchange programs

صورت مؤثری رفتارهای پرخطر مرتبط با مصرف مواد و جنسی را در معتادان تزریقی کاهش داده و از این طریق خطر ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی را در این گروه از بیماران کاهش دهد. توضیحات بیشتر در این ارتباط در فصل هفتم ارائه شده 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 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، روان-پزشکی 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 متولدشده 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 زیست-فراهمی 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 اچ‌آی‌وی** از طریق شیر ممکن است به نوزاد منتقل شود، بنابراین مادران مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی 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:

- ۱- تاکیکاردی یا برادیکاردی
- ۲- گشادی مردمک‌ها
- ۳- فشار خون افزایش یا کاهش یافته
- ۴- تعریق یا لرز
- ۵- تهوع و استفراغ
- ۶- شواهد کاهش وزن
- ۷- بی‌قراری یا کندی روانی، حرکتی
- ۸- ضعف عضلانی، سرکوب تنفسی، درد قفسه صدری یا آریتمی قلبی
- ۹- 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 مت‌آفتامین به دلیل نیمه‌عمر طولانی‌تر از کوکائین بیشتر است.

بیش مصرفی مواد محرک منجر به افزایش شدید دمای بدن (هیپرترمی)، تخریب بافت عضلانی، سکته مغزی، بی‌نظمی ضربان قلب، بحران فشار خون بالا، سکته قلبی، تشنج و مرگ می‌شود. شایع‌ترین علل مستقیم مرگ مرتبط با مصرف مت‌آفتامین‌ها، ایست قلبی و آسیب فیزیکی هستند.

در چند مطالعه مسمومیت شدید ناشی از تداخلات دارویی شدید بین مصرف مت‌آفتامین و اکستیزی با داروهای ضدویروسی در افراد مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی 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:

- ۱- خستگی
- ۲- خواب‌های واضح و ناخوشایند
- ۳- بی‌خوابی یا پرخوابی
- ۴- افزایش اشتها
- ۵- کندی یا بی‌قراری روانی، حرکتی

¹ crash

علائم محرومیت ناشی از قطع مصرف مواد محرک در عرض ۴-۲ روز به اوج می‌رسد و معمولاً ۱ هفته باقی می‌ماند. جدی‌ترین علامت محرومیت مواد محرک افسردگی است که پس از قطع مصرف دوزهای بالای مواد محرک شدید بوده و می‌تواند با افکار و اقدام به خودکشی همراه باشد. محرومیت از مواد محرک با تجربه وسوسه شدید برای مصرف مواد محرک همراه است و مصرف آن منجر به تسکین فوری علائم محرومیت می‌شود.

پسیکوز القاء شده با مواد محرک

شاه‌علامت اختلال پسیکوز القاء شده با مواد محرک هذیان‌های گزند و آسیب و بدبینی و توهمات است. توهم‌های شنوایی شایع هستند، اما توهم‌های بینایی و لامسه کمتر شایع هستند. احساس خزش حشرات زیر پوست با پسیکوز القاء شده با مواد محرک مرتبط است. ایجاد علائم 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 می‌تواند منجر به عود یک دوره حاد بیماری و یا تشدید آن شود.

شاه‌علامت اختلال پسیکوز القاء شده با مواد محرک هذیان‌های گزند و آسیب و بدبینی و توهمات است.

توهم‌های شنوایی شایع هستند، اما توهم‌های بینایی و لامسه کمتر شایع هستند. احساس خزش حشرات زیر پوست با پسیکوز القاء شده با مواد محرک مرتبط است.

هذیان بی‌وفایی، پرخاش‌گری و خشونت خانگی به مصرف مواد محرک غیرشایع نیست.

مراقبت

یکی از فوریت‌های مرتبط با مصرف مواد محرک، پسیکوز القاء شده در اثر مواد محرک است. ایجاد علائم 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 می‌تواند 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 **غیرفوری** 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 دستگاہ 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:

۱- کلام جویده جویده

۲- ناهماهنگی

۳- تلوتلو خوردن

۴- نیستاگموس

۵- نقص در توجه یا حافظه

۶- استوپور یا اغما

مسمومیت با بنزودیازپین‌ها می‌تواند منجر به مهارگیختگی 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:

- ۱- بیش‌فعالی اتونوم (برای مثال تعریق یا نبض بالای ۱۰۰)
- ۲- افزایش لرزش دست
- ۳- بی‌خوابی
- ۴- تهوع یا استفراغ
- ۵- توهم یا خطاهای ادراکی بینایی، لامسه یا شنوایی گذرا
- ۶- بی‌قراری روانی، حرکتی
- ۷- اضطراب
- ۷- 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 مضعف 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.

فلومازیل 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 بیمار 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 طول‌مدت 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 بازبیتورات‌ها 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.

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 ارائه‌دهنده 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 ارائه‌شده 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:

این مراقبت برای کارشناس مراقب سلامت/بهورز و کارشناس سلامت روان پیش‌بینی شده است. نقش پزشک در ارتباط با این مراقبت بررسی کودک یا نوجوان ارجاع‌شده از نظر ملاک‌های تشخیصی اختلالات مصرف مواد و سایر مشکلات سلامت جسمی، روان‌پزشکی و اجتماعی، ارائه مراقبت و ارجاع متناسب در صورت نیاز است.

غربال‌گری در بارداری

اطلاعات درباره شیوع اختلالات مصرف مواد دخانی 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 سیگار، الکل و مواد همراه است. در رایحه 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 سیگار، 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 سیگار، 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 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

○ سوء تغذیه

○ کبودی و آثار جراحات ناشی از خشونت

○ اسکارهای ناشی از تزریق مواد بر روی بدن

اطلاعات بیشتر درباره نحوه اجرای آزمایش ادرار در بسته خدمات اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه: راهنمای کارشناس مراقب سلامت/بهورز آورده شده است.

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.

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 سیگار، 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 وسیعی 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.

پیشتر 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 به‌خودی‌خود 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.

در صورت مواجهه با این گونه موارد پزشک باید خانواده‌ها را جهت دریافت آموزش‌های لازم و مشاوره به کارشناس سلامت روان ارجاع دهد.

تقاضای کمک برای عضو خانواده مبتلا به اختلالات مصرف مواد

برخی از افراد درگیر مصرف مواد به صورت داوطلبانه متقاضی 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.

ارایه‌دهنده این مراقبت کارشناس مراقب سلامت/بهورز یا کارشناس سلامت روان است. در برخورد با این مراجعان کارکنان مراقبت اولیه باید با مراجع همدلی 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 سلامت جامعه قانع کند، برای عضو خانواده پس از مراجعه غربالگری تکمیلی اجرا و بر اساس نتایج حاصل از آن مراقبت متناسب ارائه 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.

در صورت مواجهه با این گونه موارد پزشک باید خانواده‌ها را جهت دریافت آموزش‌های لازم و مشاوره به کارشناس سلامت روان ارجاع دهد.

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 مواد مخدر 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 امکان پذیر 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 کنارگذاشتن 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 نمی‌داند 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.

پیگیری

یکی از اجزای مهم ارایه مراقبت‌های در مراقبت بهداشتی اولیه پیگیری مراجعان است. هدف از پیگیری ارتقای پایبندی مراجعان به توصیه‌های بهداشتی و درمانی ارایه‌شده به آنها توسط کارکنان تیم سلامت است.

پایش بیمار باید ساختاریافته باشد و باید با استفاده از غربال‌گری تکمیلی در پیگیری سه ماهه انجام شود. پرسش‌های **غربال‌گری تکمیلی** ابعاد مختلف تأثیرات مصرف مواد مختلف در ایجاد اجبار برای مصرف، اُفت عملکرد در حوزه‌های سلامتی، مالی، اجتماعی و قانونی، ابراز نگرانی دیگران درباره مصرف، اقدامات ناموفق در ترک و... را مورد سنجش قرار می‌دهد.

پزشک باید پس از ارزیابی تشخیصی نتیجه معاینه خود را به کارشناس سلامت روان و کارشناس مراقبت سلامت/بهورز پس-خوراند دهد.

به صورت مشابه، در فرآیند غربال‌گری تکمیلی یا شناسایی افراد مصرف‌کننده مواد از مسیرهای دیگر، **کارشناس سلامت روان** باید نتیجه ارزیابی خود را به **کارشناس مراقبت سلامت/بهورز پس‌خوراند** دهند.

در صورت مثبت بودن غربال‌گری اولیه **کارشناس مراقب سلامت/بهورز مراجع** را برای غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع و مراجعه و سیر مراقبت‌های او را در فواصل ۱ هفته، ۱، ۳، ۶ و ۱۲ ماه پیگیری می‌نماید.

در صورتی که متعاقب **غربال‌گری تکمیلی** فرد مصرف مخاطره‌آمیز/آسیب‌رسان یا وابستگی به مواد داشته باشد، در فواصل زمانی ۳ ماهه پیگیری می‌شود. در صورتی که فرد در دو ارزیابی پیاپی سه ماهه در دامنه خطر پایین قرار داشته باشد، پیگیری بعد ۶ ماه بعد انجام خواهد شد.

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 دیدیم 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 سطح‌بندی 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، 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
- مراجع‌محور 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 مراجع‌محوری است. یکی از جنبه‌های مهم رویکرد کاهش آسیب مراجع‌محوری 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 هردلیلی نمی‌خواهند مصرف مواد را کنار بگذرند ارائه می‌دهد. این یک ویژگی اساسی رویکردهای مراجع‌محور 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 انسانی 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 اوضاع و شرایط خاص زندگی‌شان، 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 فرصت‌طلبانه
- غربال‌گری تکمیلی توسط کارشناسان سلامت روان در قالب مراقبت معمول یا فرصت‌طلبانه
- غربال‌گری اولیه فرصت‌طلبانه 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، مراجع‌محوری، اولویت‌بندی 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 بپرسید. اگر در وی علائم اضطراب می‌بینید با وی همدلی کنید و بگویید طبیعی است در ابتدای کار احساس ناراحتی کند.

سپس از وی بپرسید 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 قابل‌فهم 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 اوست 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 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 تجربه-تان، 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 بیش مصرفی مواد و نحوه برخورد با آن در سایرین
- جایگزین کردن مواد پرخطر با مواد کم‌خطرتر
- 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 اچ‌آی‌وی تا اهداف آرمان‌گرایانه درازمدت مانند پرهیز از مواد
- استفاده از تکنیک‌های آموزشی مناسب برای انتقال اطلاعات
- پیام‌ها روشن و واضح باشد.

- از لحاظ فرهنگی قابل پذیرش بوده و متناسب 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 بوستر در مورد تزریق ایمن تر

- 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 مصرف‌کننده مواد

یک- اطلاع‌رسانی، آموزش و برقراری ارتباط

منظور از اطلاع‌رسانی، آموزش و برقراری ارتباط^۱، آموزش و اطلاع‌رسانی در رابطه با آسیب‌های مرتبط با مصرف مواد است. مهم‌ترین نکته، آموزش و اطلاع‌رسانی در رابطه با عفونت اچ‌آی‌وی است. بعضی از نکاتی که لازم است به مراجعان انتقال داده شود، به صورت خلاصه در ذیل می‌آید.

بدیهی است که برای اطلاعات جامع باید به کتاب‌ها و منابع جامع‌تر 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 جلسه‌ها 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.

آموزش‌های مربوط به اچ‌آی‌وی

- **راه‌های انتقال ویروس:** راه‌های انتقال عفونت اچ‌آی‌وی عبارتند از:
 - انتقال از طریق خون (استفاده از وسایل تزریق مشترک، تزریق خون یا فرآورده‌های خونی آلوده، تماس‌های خونی در حین تصادفات یا انجام خدمات پزشکی...)
 - انتقال از طریق ارتباط جنسی (شامل ارتباط واژنی، مقعدی، یا دهانی)،
 - انتقال از مادر اچ‌آی‌وی مثبت به جنین (در دوران بارداری) یا نوزاد (در حین زایمان یا با شیردهی)
- **راه‌های عدم انتقال ویروس:** لازم است که برای مخاطب توضیح دهید که به جز راه‌های 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 نمی‌شود.
- **تفاوت اچ‌آی‌وی و ایدز:** عفونت با ویروس اچ‌آی‌وی 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 می‌کشد تا به بیماری ایدز دچار

¹ Information, Education & Communication

گردد. در این هنگام، سطح ایمنی بدن به حدی کاهش 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 اچ‌آی‌وی مثبت، داروهای مورد نیاز خود را دریافت کند، مراقب تغذیه خود باشد، ورزش کند، از عادات رفتاری نامناسب دوری کند و حتی‌الامکان 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 هیچ علائمی ظاهر نشود، یا برای یک هفته تا ده روز علائم 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 اچ‌آی‌وی:** مراکز مشاوره رفتاری که تحت نظارت دانشگاه‌ها هستند، می‌توانند وضعیت ابتلا به اچ‌آی‌وی 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 اچ‌آی‌وی در برخی مراکز کاهش آسیب و مراکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر نیز فراهم شده است.

- **روش‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی**

- **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 اچ‌آی‌وی 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 سطل‌های 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 اچ‌آی‌وی 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، اچ‌آی‌وی 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 اچ‌آی‌وی 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 اچ‌آی‌وی و هپاتیت، ایجاد لخته‌های خونی و خطر سکنه‌های قلبی یا مغزی، آبه 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 وسایل نو و استریل یا مخصوص به‌خود استفاده کنید. این نکته در مورد همه وسایل 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 شست‌وشو 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، رگ‌بند 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 الکلی 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، ...)

- **ضدعفونی کردن وسایل تزریق:** به طور کلی توصیه می‌شود که از وسایل 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 حتی‌الامکان از سرنگ قبلی خود فرد، پس از ضدعفونی کردن، استفاده شود. برای ضدعفونی 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 می‌کشیم و در بیرون از ظرف تخلیه می‌کنیم. یک بار دیگر این کار را تکرار می‌کنیم. سپس از ظرف دوم وایتکس را درون سرنگ می‌کشیم و ۳۰ ثانیه تکان می‌دهیم و تخلیه می‌کنیم. این کار را نیز یک بار دیگر تکرار می‌کنیم. سپس آب را از ظرف سوم به داخل سرنگ می‌کشیم و تخلیه می‌کنیم. این کار را نیز دو بار انجام می‌دهیم. اگر عمل ضدعفونی را با الکل انجام دهیم، باید دو دقیقه الکل را در مرحله دوم در سرنگ تکان دهیم.

سه - درمان نگهدارنده با داروهای آپویدی

یکی از مهم‌ترین و موثرترین اقدام‌های 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 می‌شود. 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 اچ‌آی‌وی

انجام آزمایش اچ‌آی‌وی برای گروه‌های مختلف اجتماع لازم است تا موارد مثبت هرچه سریع‌تر شناسایی شوند. به این ترتیب، افرادی که دارای آزمایش منفی هستند، ترغیب می‌شوند که آن‌را منفی نگه دارند و افراد دارای آزمایش مثبت، جهت استفاده از خدمات درمان و مراقبت تشویق می‌شوند.

در **فصل ششم** دیدیم که مصرف‌کنندگان تزریقی مواد که رفتارهای تزریق پرخطر دارند باید برای مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی ارجاع شوند. علاوه بر این در این گروه جمعیتی در صورت تداوم رفتارهای پرخطر تزریق آزمایش اچ‌آی‌وی باید هر ۶-۳ ماه تکرار شود. همان‌طور که در **فصل دوم** گفته شد مراکز خاصی برای انجام مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی وجود دارند که به آن‌ها مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری می‌گویند. این مراکز وابسته به دانشگاه‌های علوم پزشکی هستند. علاوه بر آن، در مراکز ویژه زنان آسیب‌پذیر (وابسته به وزارت بهداشت) و بعضی از مراکز کاهش آسیب و مراکز درمان وابستگی به مواد افیونی با داروهای آگونیسست، نیز این خدمت ارائه می‌گردد.

هدف از انجام مشاوره، افزایش آگاهی مراجع به عفونت اچ‌آی‌وی و بیماری ایدز و رفتارهای پرخطر، کاهش اضطراب با ارائه اطلاعات صحیح، کمک به وی برای تصمیم‌گیری و حمایت‌یابی 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 اچ‌آی‌وی 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 اچ‌آی‌وی مثبت از نظر پیشگیری از اقدام‌های

خطرناک احتمالی مانند اقدام به خودکشی ارزیابی شده و فرد به سیستم مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی و نیز به سیستم روان-درمانی 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 چاره-اندیشی کرد.

مهم‌ترین اصل در انجام مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی، 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 اچ‌آی‌وی 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 اچ‌آی‌وی 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 بی‌سرپناه 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 اچ‌آی‌وی درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست علاوه بر کاهش مصرف مواد غیرقانونی و تزریق آن، پایبندی به درمان ضدرتروویروسی را به صورت قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد.

شش- پیشگیری و درمان عفونت‌های منتقله از راه جنسی

از آنجا که احتمال انتقال ویروس اچ‌آی‌وی 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 هیپاتیت و اچ‌آی‌وی. 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، به-خصوص با افزایش مصرف مواد محرک روند سریع‌تری به خود گرفته است.

عفونت اچ‌آی‌وی از راه‌های مختلف ارتباط جنسی قابل انتقال است. این راه‌ها شامل ارتباط جنسی از راه واژن، مقعد، یا دهان می-شود. 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 مصرف‌گذشته 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 اچ‌آی‌وی 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 علائم 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 صلبیه (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 ضدویروسی امکان‌پذیر است، اما باید متوجه بود که درمان هپاتیت درمان بسیار گرانی است که برای سیستم بهداشتی کشور بار قابل‌ملاحظه‌ای 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 اشتها 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 اچ‌آی‌وی 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 ارایه‌دهندگان 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، هپاتیت‌ها 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 بیمارخانواده، 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 یک‌چهارم تا نیمی از مردانی که مرتکب خشونت نسبت به همسران‌شان 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 همسران‌شان 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 به مراکز ارایه-دهنده 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 ارایه‌دهنده حمایت‌های اجتماعی، سرپناه و حرفه‌آموزی

شما باید از قبل فهرستی از سازمان‌هایی را که خدمات مورد نظر را ارایه 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 می-

دهید 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 وزارت بهداشت) مربوط به سل، هپاتیت 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>مصرف‌کنندگان تزریقی (یا غیرتزریقی) مواد</p>

	<p>➤ ارجاع مراجع برای مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی</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 شبانه، کاهش وزن، تب • سابقه‌ی 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 هیپاتیت و ارجاع برای درمان</p> <p>➤ ارزیابی فرد از نظر بیماری‌های منقله از راه جنسی و شروع درمان (یا ارجاع برای درمان)</p>	
--	---	--

فصل هشتم

ثبت و گزارش دهی

متعاقباً بر اساس صفحات بازبینی شده سامانه سیب تکمیل می‌گردد.