



راهنمای خدمات اختلالات مصرف

مواد، الکل و دخانیات

در مراقبت‌های بهداشتی اولیه

کتاب کارشناس سلامت روان

اداره پیشگیری و کاهش آسیب مصرف

مواد، الکل و دخانیات

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۱۳۹۹

شناسنامه

عنوان راهنما	راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات در مراقبت‌های بهداشتی اولیه: کتاب کارشناس سلامت روان
عنوان انگلیسی	Guide on Substance Use Disorders (SUDs) Services in Primary Health Care (PHC): Mental Health Worker Book
مؤلفان	ربابه نوری، علیرضا نوروزی، مریم مهرابی، فهمیه فتحعلی لواسانی، سید ابراهیم قدوسی، حمید طاهری نخست، سید وحید شریعت، نازنین حضرتی، سمیه یزدانی، ستاره محسنی فر، سیدرامین رادفر
زیر نظر	دکتر احمد حاجبی - دکتر سید ابراهیم قدوسی
گروه مخاطب	کارشناسان سلامت روان شاغل در تیم سلامت در مراقبت‌های بهداشتی اولیه مدیران و کارشناسان خدمات اختلالات مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه
ویرایش	اول
زمان انتشار	تابستان ۱۳۹۹
تماس	تهران، شهرک غرب، بلوار ایوانک، ساختمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، برج آ، ط ۱۰، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد


جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت بهداشت

زیر نظر:

دکتر احمد حاجبی - دکتر سیدابراهیم قدوسی

نویسندگان:

ربابه نوری، علیرضا نوروزی، مریم مهربانی، فهیمه فتحعلی لواسانی، سید ابراهیم قدوسی، حمید طاهری
نخست، سیدوحید شریعت، نازنین حضرتی، سمیه یزدانی، ستاره محسنی فر، سیدرامین رادفر

همکاران:

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

سیدعباس متولیان

پیش گفتار

فهرست مطالب

تعریف واژه‌ها و اصطلاحات

فصل یکم- کلیات اعتیاد

فصل دوم- آشنایی با چارچوب برنامه

فصل سوم- آشنایی با انواع مواد

فصل چهارم- مهارت‌های پایه مشاوره

فصل پنجم- پیشگیری از مصرف مواد

فصل ششم- شناسایی، مراقبت و پیگیری

فصل هفتم- کاهش آسیب

فهرست منابع

تعریف واژه‌ها و اصطلاحات

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

اختلال/اختلالات مصرف مواد

بر اساس پنجمین ویرایش طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، اختلال مصرف مواد به صورت یک الگوی مشکل‌آفرین 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 سوءمصرف^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 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.

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

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

¹ DSM-5

² DSM-IV-TR

³ substance abuse

⁴ dependence

⁵ ICD-10

⁶ harmful use

⁷ dependence syndrome

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 به دلیل شواهد در دسترس از اثرات مشابه قماربازی بر سیستم پاداش مغز و ایجاد علائم رفتاری قابل مقایسه با اختلالات مصرف مواد تغییر عنوان این اختلال و انتقال آن به فصل اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادی^۲ 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

به مصرف مکرر و افراطی یک ماده گفته می‌شود که دوری از آن سبب افزایش علائم دیسترس، همراه با یک میل قوی برای تکرار مصرف آن ماده شده و آفت کارکردهای ذهنی و سلامت جسمی فرد را به دنبال دارد. در اعتیاد فرد به صورت فزاینده‌ای به سایر امور مهم زندگی بی‌توجه شده و دچار آفت 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 علمی، زیربنای عصبی-شیمیایی و نورواناتومیکیال 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، لوکوس سرولئوس^۴ و هسته آکومبنس^۵ دارند.

الکل

در علم شیمی به گروهی از مواد شیمیایی حاوی یک یا چند گروه هیدورکسی الکل می‌گویند. اتانول (اتیل الکل، C_2H_5OH) یکی از مواد این گروه است که ترکیب 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 باریتورات‌ها ایجاد می‌کند.

¹ behavioral addiction

² substance-related and addictive disorders

³ ventral tegmental area

⁴ locus ceruleus

⁵ nucleus accumbens

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 ارایه‌دهندگان 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 و با استفاده از آموزش‌های روان‌شناختی^۳ و رویکرد انگیزشی و حمایت‌گرانه مقاومت را دور بزنند.

باریتورات‌ها

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

بازتوانی

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

¹ denial

² confrontation

³ psychoeducation

بازگیری سریع

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

بازگیری فوق‌سریع

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

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.

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.

¹ RD: Rapid detoxification

² URD or UROD: Ultra rapid detoxification

³ medically assisted withdrawal

تحمل

و وضعیتی که در آن با تداوم مصرف مواد، حساسیت فرد به مواد به تدریج کم می شود و فرد ناچار است برای دستیابی مجدد به تأثیرات ناشی از دوزهای کم تر، 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 علی رغم اثرات ماده گفته می شود.

تحمل متقابل

به توانایی یک ماده برای جایگزینی با یک ماده دیگر و ایجاد علائم فیزیولوژیک و روان شناختی مشابه، تحمل متقابل اطلاق می شود. برای مثال دیازپام و فنوباریتال تحمل متقاطع نشان می دهند. وابستگی متقاطع^۲ نیز نامیده می شود.

تشخیص دوگانه

به وجود اختلالات روان پزشکی همبود در بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد، تشخیص دوگانه^۳ گفته می شود.

حشیش

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

دخانیات

در آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب هیأت وزیران در سال ۱۳۸۶ دخانیات یا محصولات دخانی به صورت هر ماده یا فرآورده ای تعریف می شود که تمام یا بخشی از ماده خام تشکیل دهنده آن گیاه توتون یا تنباکو یا مشتقات آن (به استثنای مواد دارویی مجاز ترک دخانیات به تشخیص وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) باشد. بدین ترتیب دخانیات در قانون یک اصطلاح کلی بوده که محصولات تنباکوی کشیدنی (سیگار، قلیان، پیپ)، محصولات تنباکوی غیرکشیدنی (ناس، انفیه) و سیستم های انتقال دهنده نیکوتین (سیگار یا قلیان الکترونیک) را دربرمی گیرد.

¹ behavioral tolerance

² cross-dependence

³ dual diagnosis

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 پیش می‌شوند. درمان ساختاریافته ممکن است از مجموعه‌ای از مداخلات درمانی هم‌زمان یا متوالی تشکیل شده باشد.

درمان جایگزین با داروهای اُپیویدی

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

درمان نگهدارنده با داروهای اُپیویدی

به تجویز طولانی‌مدت داروهای آگونیست گیرنده‌های اُپیویدی با هدف کاهش مصرف مواد افیونی غیرقانونی و آسیب‌های ناشی از آن گفته می‌شود. اصطلاح درمان نگهدارنده با داروهای اُپیویدی^۲ با درمان جایگزین با داروهای اُپیویدی 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 اُپیویدی 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 اُپیویدی 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.

¹ OST: Opioid substitution therapy

² OMT: Opioid Maintenance Treatment

سازگاری عصبی

تغییرات عصبی فیزیولوژیک و شیمیایی در مغز که منجر به تکرار مصرف مواد می‌شود. سازگاری عصبی^۱ نسبت به اثرات ماده - عامل ایجاد تحمل است. سازگاری فارماکوکینتیک به انطباق ماده با سیستم متابولیسم بدن اطلاق می‌شود. سازگاری سلولی و فارماکودینامیک به توانایی سیستم عصبی برای کارکرد علی‌رغم سطح بالای خونی مواد اطلاق می‌شود.

سطح‌بندی خدمات

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

سندرم الکل جنینی

به الگویی از تأخیر رشد و تکامل عصب‌روان‌شناختی و جسمی که با نارسایی‌های^۲ مشخص در کودکان مواجهه‌یافته با الکل در طول دوران بارداری رخ می‌دهد، سندرم الکل جنینی^۳ 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^۴ می‌شود 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^۵ گویند.

سندرم وابستگی

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

¹ neuroadaptation

² Dysmorphia

³ FAS: Fatal alcohol syndrome

⁴ Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)

⁵ neonatal abstinence or neonatal withdrawal syndrome

سم‌زدایی

فرآیندی که در طول آن علائم ناشی از ترک ماده یا مواد روان‌گردان کنترل می‌شود. از آنجا که، واژه سم‌زدایی^۱ مفهوم کنترل علائم ترک را به خوبی منعکس نمی‌کند، در متون علمی جدید به جای آن از واژه‌های دیگری مثل «بازگیری» یا «بازگیری طبی» استفاده می‌شود. به تعریف «بازگیری طبی» مراجعه کنید.

سندرم محرومیت

یک سندرم اختصاصی که بعد از قطع یا کاهش مصرف یک ماده‌ای ایجاد می‌شود که به طور مستمر در طول یک دوره زمانی مصرف شده باشد (کد F1x.3 در ICD-10). شروع و سیر سندرم محرومیت به نوع و مقدار ماده مصرفی فرد بستگی دارد. سندرم محرومیت با علائم و نشانه‌های فیزیولوژیک به علاوه تغییرات روان‌شناختی مثل اختلال در فکر، احساس و رفتار مشخص می‌شود. سندرم پرهیز^۲ و قطع^۳ نیز نامیده می‌شود.

سوء مصرف

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

عود

بازگشت به مصرف مواد در یک فرد وابسته به مواد، بعد از یک دوره عدم مصرف را گویند که اغلب با بازگشت علائم وابستگی همراه است. باید میان «لغزش»^۴ و عود^۵ تفاوت قایل شد. لغزش تنها به یک نوبت مصرف مواد پس از یک دوره پرهیز از مواد گفته می‌شود. عود در مصرف‌کنندگان مواد بسیار شایع است و بیش‌تر آن‌ها قبل از دستیابی به پرهیز طولانی مدت چندین بار عود می‌کنند.

¹ detoxification

² abstinence

³ discontinuation

⁴ lapse

⁵ relapse

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^۱ یا مشتقات آن است. کوکائین هیدروکلراید به دلیل خواص منقبض‌کنندگی عروقی به عنوان بی‌حسی موضعی در دندان‌پزشکی، چشم‌پزشکی و جراحی گوش، حلق و بینی استفاده می‌شود. کوکائین یک ماده محرک قوی دستگاه اعصاب مرکزی است که در مصرف غیرپزشکی باعث ایجاد سرخوشی می‌شود. تکرار مصرف باعث ایجاد وابستگی می‌شود.

محرک‌های شبه‌آمفتامینی

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

مسمومیت

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

مصرف آسیب‌رسان

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

¹ ecgonine

مصرف چندگانه مواد

مصرف هم‌زمان بیش از یک کلاس از مواد را اصطلاحاً مصرف چندگانه مواد^۱ 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^۲ الکل گفته می‌شود.

مصرف نابجا

مصرف نابجا^۳ شبیه به سوءمصرف است اما معمولاً در مورد داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف نسخه‌ای به کار می‌رود.

معتادان گمنام یا ان‌ای

معتادان گمنام^۴ 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.

مواد

منظور از مواد^۵ به کار رفته در این سند، کلیه طبقات و کلاس‌های مواد در نظر گرفته‌شده در فصل اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادی است که برای آن در DSM-5 یک اختلال مصرف پیش‌بینی شده است. در DSM-5 ده کلاس مختلف مواد در نظر گرفته شده 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

منظور از مواد^۶ 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

¹ polysubstance use

² hazardous use

³ misuse

⁴ NA: Narcotic anonymous

⁵ substances

⁶ substances

گرفته شده 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 غیردارویی شامل مواد تحت پوشش «اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر» مصوب مجمع تشخیص مصلحت نظام در سال ۱۳۸۹ است. در تبصره ۱ ذیل ماده ۱ این قانون منظور از مواد مخدر موادی تعریف شده است که در تصویب نامه راجع به فهرست مواد مخدر مصوب ۱۳۳۸ و اصلاحات بعدی آن احصا 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.

میدان‌دهی

به تسهیل شرایط برای تداوم مصرف مواد برای فرد مبتلا به اختلالات مصرف مواد توسط خانواده میدان‌دهی^۱ می‌گویند. به فردی از اعضای خانواده که رفتار مصرف مواد فرد را تسهیل می‌کند (برای مثال از طریق دادن مستقیم پول به او). میدان‌دهنده^۲ گفته می‌شود. میدان‌دهی 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.

¹ enabling

² enabler

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 ارائه خدمات مراجعه نموده‌اند ارائه می‌نماید. تمرکز اصلی خدمات در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ارائه خدمات آموزش و ارتقای سلامت و پیشگیری اولیه است، اما در کنار آن تشخیص و درمان بیماری‌های رایج که نیاز به درمان‌های تخصصی ندارند نیز در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ارائه می‌گردد.

وابستگی

وابستگی به عنوان یک تشخیص در DSM-IV-TR و ICD-10 پیش‌بینی شده است. اصطلاح **وابستگی** در بحث درباره اختلالات مصرف مواد به چند صورت استفاده شده است. در **وابستگی رفتاری** فعالیت‌های موادجویانه و شواهد الگوی مصرف بیمارگونه مورد تأکید است. **وابستگی جسمی** به اثرات جسمی (فیزیولوژیک) مصرف مواد اطلاق می‌شود. **وابستگی روان‌شناختی** به نوعی **خوگیری**^۲ گفته می‌شود که با وسوسه متناوب و مداوم برای مصرف مواد به منظور اجتناب از یک حالت کج‌خلقی، مشخص می‌شود. **وابستگی رفتاری، جسمی و روان‌شناختی شاه‌علامت**^۳ اعتیاد محسوب می‌شود. سندرم وابستگی را ببینید.

وسوسه

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

هم‌وابستگی

اصطلاح **هم‌وابستگی**^۴ 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. میدان دادن یکی از ویژگی‌های مورد توافق هم‌وابستگی است. 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

¹ Primary Health Care (PHC)

² habituation

³ hallmark

⁴ codependence

اهمیت می دهد. این موضوع منجر به ایجاد احساس خشم، رنجش و شکست در آنها می شود. 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.

همچون برخی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، اعضای خانواده هم وابسته نمی خواهند نیاز به مداخله درمانی را بپذیرند و به رغم شکست های مکرر فرد در درمان اعتیاد، همچنان باور دارند که اگر فرد واقعاً اراده کند می تواند موفق شود. وقتی اقدامات شخصی برای ترک مواد موفق نمی شود، اعضای خانواده اغلب شکست را به خودشان نسبت می دهند و دچار احساس خشم، اعتماد به نفس پایین و افسردگی می شوند.

ویروس نقص ایمنی انسانی یا اچ آی وی

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

فصل یکم:

کلیات اعتیاد

عناوین فصل

- مروری بر وضعیت اختلالات مصرف مواد
- بار قابل 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 دخانیات در جهان را در سال ۲۰۱۳، ۲۱٪ برآورد نمود که در مقایسه با برآورد سال ۲۰۰۷ معادل ۲۳٪، اندکی کاهش را نشان می‌دهد. در این گزارش شیوع مصرف فعلی روزانه دخانیات به صورت کشیدنی در ایران ۱۰٪ گزارش شده است. مصرف سیگار یک عامل خطر زای مهم برای ابتلا به بیماری‌های قلبی، عروقی و سرطان‌ها محسوب می‌شود.

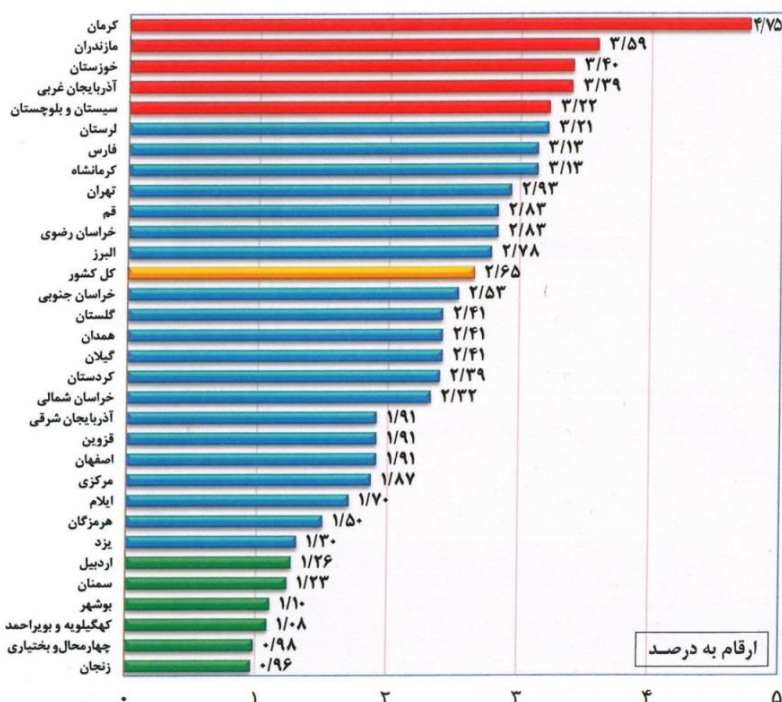
۱ نفر از هر ۲۰ نفر جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله یا ۲۷۱ میلیون نفر در جهان مواد غیرقانونی (به جز الکل) مصرف می‌کنند و از این میان ۳۵,۳ میلیون نفر به اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل) مبتلا هستند. اعتیاد به مواد یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی قرن حاضر و از مهمترین دغدغه‌های فکری و یکی از ناگوارترین آسیب‌های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

مصرف مواد غیرقانونی در ایران یکی از مهم‌ترین مسایل بهداشتی، درمانی، اجتماعی و فرهنگی به شمار می‌رود، به گونه‌ای که بیش از ۹۰ درصد مردم نسبت به مصرف مواد در جامعه، ابراز نگرانی جدی کرده‌اند. موقعیت راهبردی ایران و قرارگرفتن آن در کنار کشورهای افغانستان و پاکستان که از تولیدکنندگان 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 مطالعه همه‌گیری شناسی اعتیاد ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۴، شیوع مصرف مواد غیرقانونی در جمعیت سنی ۱۵ تا ۶۴ ساله کشور، ۵,۴٪ معادل ۲,۸۰۲ میلیون نفر گزارش شد. در برخی آمار رسمی قدیمی تر تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین شیوع اعتیاد بین استان‌های مختلف دیده شد (شکل ۱-۱) شیوع اعتیاد در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله را به تفکیک استان‌های کشور در همه‌گیرشناسی سال ۱۳۹۰ نشان می‌دهد که در آن کمترین شیوع مربوط به استان زنجان با ۰/۹۶٪ و بیشترین آن مربوط به استان کرمان با ۴/۷۵٪ در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله گزارش شده است).

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

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



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

اختلالات مصرف مواد افیونی شایع ترین 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٪ می شد. در جدول ۲-۱ شیوع اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل) به تفکیک نوع ماده ارائه شده است.

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

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

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

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

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

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

در فصل ششم ذیل مبحث غربال‌گری اولیه (سریع) درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد خواهد 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 خدمت گیرندگان در مراقبت‌های بهداشتی اولیه با سهولت بیشتری مصرف دخانیات و مصرف نابجای داروهای نسخه‌ای واجد پتانسیل سوء مصرف را در قالب مراقبت معمول با ما در میان بگذارند.

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

بار قابل انتساب به مصرف مواد

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

بر اساس گزارش سازمان پزشکی قانونی کشور روزانه ۸ نفر در اثر اعتیاد به مواد غیرقانونی (شابل الکل) جان خود را از دست می‌دهند. طبق گزارشات سایت پزشکی قانونی ایران (آخرین خبر مربوط به سال ۹۸)، مرگ بر اثر سوء مصرف مواد محرک با ۳۳۲

¹ ICD-10

² DSM-IV-TR

³ burden of disease

⁴ Disability-Adjusted Life Year (DALY)

⁵ healthy" life

مورد، نه درصد از کل مرگ های ناشی از سوء مصرف مواد را به خود اختصاص داده است که نسبت به سال گذشته ۱۱,۵ درصد کاهش را نشان می دهد در حالی که مرگ ناشی از سوء مصرف مواد مخدر در همین مدت منجر به مرگ ۳۳۴۰ نفر شده است که افزایش ۲۴,۱ درصدی را نسبت به سال ۹۶ نشان می دهد. در شهر تهران، در مطالعه ای کیفی در معتادان تزریقی، تقریباً همه افراد، شاهد موارد متعددی از مسمومیت ناشی از مصرف مواد در اطرافیان شان بوده اند و حدود نیمی از افراد، خود سابقه مسمومیت را داشته اند که اکثراً دو یا سه بار بوده است.

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

علاوه بر موارد بالا مصرف مواد خطر ابتلا به مجموعه ای از بیماری های غیر واگیر و جراحات و سوانح را افزایش می دهد. برای آشنایی بیشتر با عوارض اختصاصی ناشی از انواع مواد مختلف فصل سوم و راهنمای غربالگری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد را ببینید.

اعتیاد به عنوان یک بیماری با ناتوانی و اُفت کارکرد برای افراد، خانواده ها و جمعیت ها همراه است. علاوه بر این آن گونه که بحث شد اعتیاد به عنوان یک عامل خطر می تواند خطر ابتلا به بیماری های واگیر، بیماری های غیر واگیر و سوانح و جراحات را به صورت قابل ملاحظه ای افزایش دهد. در مقایسه با سایر بیماری ها اعتیاد با میزان های بالایی مرگ و ناتوانی در افراد مبتلا همراه است. به طوری که در کشور ما پس از حوادث ترافیکی، بلایای طبیعی، بیماری های ایسکمیک قلبی و افسردگی در جایگاه پنجم طبقه بندی بار بیماری ها در مطالعه بار بیماری ها وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۲ به خود اختصاص می دهد. در مردان اعتیاد پس از حوادث و بلایا بالاترین مقدار بار بیماری ها را دارد و به طور کلی ۶/۷٪ از بار بیماری ها را در مردان تشکیل می دهد.

در سال ۱۳۸۹ (۲۰۱۰) مطالعه ملی بار بیماری ها مجدداً بار بیماری ها و عوامل خطر را محاسبه نمود. در این مطالعه سیگار کشیدن، مصرف مواد و الکل به ترتیب در جایگاه های پنجم، دهم و دوازدهم به لحاظ دخالت عوامل خطر در بار بیماری های کشور قرار گرفت. این مطالعه همچنین افزایش تقریباً ۱۵۰ درصدی بار مرتبط با اختلالات مصرف مواد در مقایسه با تخمین بار بیماری ها 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	1.0 (1-1)	1 Dietary risks	42%	(28 to 54)
2.0 (2-2)	2 High blood pressure	2.1 (2-3)	2 High blood pressure	47%	(24 to 72)
3.1 (3-4)	3 Smoking	2.9 (2-3)	3 High body-mass index	155%	(102 to 241)
4.6 (4-6)	4 Ambient PM pollution	4.9 (4-7)	4 Physical inactivity	No estimates	
5.8 (4-9)	5 High body-mass index	5.0 (4-7)	5 Smoking	-1%	(-16 to 16)
6.0 (4-10)	6 Childhood underweight	6.2 (4-9)	6 High fasting plasma glucose	79%	(30 to 145)
7.3 (4-11)	7 Iron deficiency	7.2 (6-9)	7 Ambient PM pollution	6%	(-8 to 19)
8.5 (5-12)	8 High total cholesterol	7.5 (4-10)	8 High total cholesterol	48%	(8 to 115)
9.3 (6-12)	9 High fasting plasma glucose	9.1 (7-11)	9 Occupational risks	48%	(19 to 90)
10.1 (5-13)	10 Suboptimal breastfeeding	10.5 (8-12)	10 Drug use	182%	(81 to 347)
10.4 (8-13)	11 Occupational risks	10.7 (9-12)	11 Iron deficiency	-23%	(-27 to -18)
11.5 (6-21)	12 Household air pollution	11.2 (4-14)	12 Alcohol use	47%	(-57 to 493)
12.5 (7-14)	13 Alcohol use	13.0 (12-14)	13 Intimate partner violence	No estimates	
13.6 (12-15)	14 Drug use	14.4 (13-16)	14 Lead	119%	(48 to 175)
16.0 (14-19)	15 Lead	15.3 (14-18)	15 Suboptimal breastfeeding	-80%	(-88 to -62)
16.0 (14-21)	16 Sanitation	16.4 (15-18)	16 Childhood sexual abuse	No estimates	
17.5 (15-20)	17 Zinc deficiency	17.1 (15-19)	17 Childhood underweight	-93%	(-96 to -88)
17.6 (15-19)	18 Vitamin A deficiency	18.2 (17-20)	18 Low bone mineral density	104%	(55 to 165)
17.9 (15-20)	19 Unimproved water	20.5 (18-25)	19 Sanitation	-79%	(-92 to -38)
19.5 (18-20)	20 Low bone mineral density	20.6 (18-24)	20 Radon	No estimates	
		21.3 (19-24)	21 Zinc deficiency	-76%	(-86 to -57)
		21.3 (12-25)	22 Household air pollution	-100%	(-100 to -12)
		22.9 (20-25)	24 Unimproved water	-82%	(-92 to -56)
		23.3 (20-25)	25 Vitamin A deficiency	-86%	(-92 to -78)

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

سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد

اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی¹ است که در شکل‌گیری آن زمینه‌های پیش‌اعتیادی چندی نقش دارند. به بیان دیگر برای شروع و ادامه مصرف مواد زمینه‌های 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 هیچ‌یک از آنها به تنهایی نمی‌توانند پیش‌بینی‌کننده ابتلای فرد به وابستگی به مواد باشند.

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

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

هر گونه مصرف دخانیات، 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

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

شکل ۱-۳ نحوه تعامل عوامل گوناگون در ایجاد وابستگی به مواد را نشان می‌دهد. عنصر مرکزی در این مدل رفتار مصرف مواد است. تصمیم به مصرف مواد تحت تأثیر وضعیت روانی، اجتماعی فعلی و سابقه مواجهه فرد با عوامل خطر در مراحل پیشین زندگی قرار می‌گیرد. مصرف مواد منجر به مجموعه‌ای از پیامدها می‌شود که می‌تواند خوشایند یا بیزارکننده باشد و این موضوع پیش‌بینی‌کننده احتمال تکرار رفتار مصرف مواد در فرد خواهد بود.

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



حساس شدن سیستم‌های انگیزشی متعاقب مصرف مواد می‌تواند برجستگی^۱ و اهمیت محرک مرتبط با مواد را برای فرد افزایش دهد. مصرف مواد همچنین شروع‌کننده فرآیندهای زیستی است که با حساس‌سازی^۲ و تحمل همراه است. تحمل باعث کاهش

¹ salience

² sensitization

برخی عوارض ماده شده و به فرد امکان مصرف بیشتر را می‌دهد. این موضوع باعث تسریع ایجاد وابستگی جسمی در فرد می‌شود. بعد از مدتی، بروز علائم و نشانه‌های محرومیت متعاقب کاهش یا قطع مصرف ماده می‌تواند یک انگیزه مجزا برای تکرار رفتار مصرف باشد.

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 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

¹ sensitization

² salience

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 سرنخ‌های 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. فعال سازی مرتبط با مواد در مغز با مواد مختلف همچون مواد افیونی، مواد محرک و نیکوتین (سیگار) نشان داده شده است.

علاوه بر تقویت 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 شرطی شده شود. شدیدترین ولع مصرف در اثر مواجهه با موقعیت‌های یادآوری‌کننده مصرف مواد نظیر مصرف مواد یک فرد دیگر روی می‌دهد.

مدارهای عصبی و عصب‌رسانه‌ها

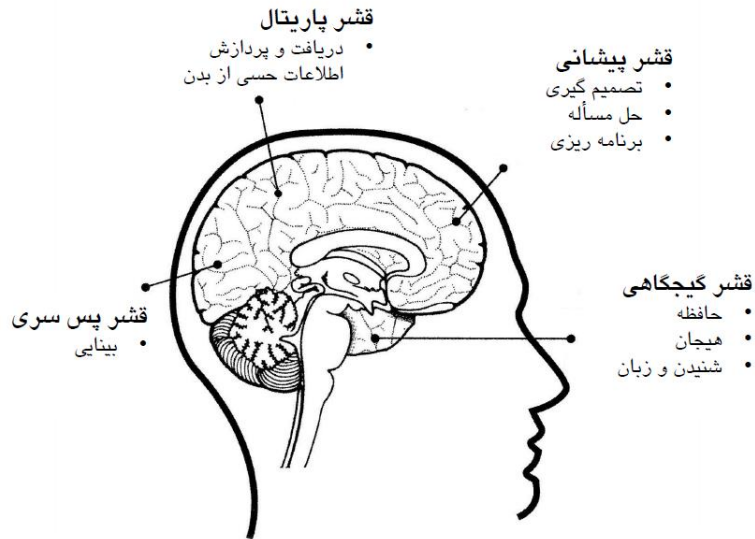
مغز انسان تمام آنچه را که او تجربه می‌کند، شامل حرکت، حس کردن محیط، تنظیم فرآیندهای خودکار بدن مثل تنفس، ضربان قلب و هیجان‌ات او را تنظیم می‌کند. افکار، آگاهی و رفتار نیز نتیجه فعالیت مغز هستند. مناطق مختلف مغز کارکردهای مختلفی را تنظیم می‌کنند. هر بخش مغز وظایف اختصاصی بر عهده دارد. البته باید در نظر 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

¹ operant reinforcement

اختصاصی وجود دارد، مناطق اختصاصی مغز همچنین هیجان‌ها و انگیزه‌های افراد را تنظیم می‌کنند. این کار کردها تا حدی توسط بخشی از مغز به نام سیستم لیمبیک انجام می‌شود. شکل ۱-۴ نواحی مختلف کورتکس یا قشر مغز را نشان می‌دهد.

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

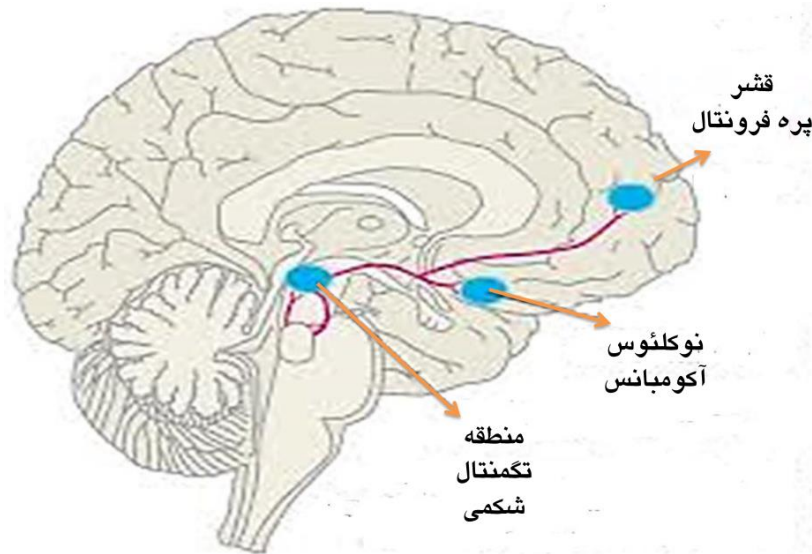


سیستم لیمبیک در بسیاری از هیجان‌ها و انگیزش‌ها خصوصاً موارد مرتبط با حفظ بقا مثل ترس و خشم دخیل است. سیستم لیمبیک همچنین احساس لذت مرتبط با بقای ما مثل احساس لذت ناشی از غذا خوردن و رابطه جنسی را تنظیم می‌کند. احساس لذت که که دانشمندان به آن پاداش می‌گویند بسیار قدرتمند است. اگر کاری لذت‌بخش یا پاداش‌دهنده 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 مغز می‌روند. این مدار نورون‌ها مدار پاداش^۱ نامیده می‌شود. شکل ۱-۵ مدار پاداش در مغز را نشان می‌دهد.

¹ brain-reward circuitry

شکل ۱-۵- مدار پاداش



برای بیشتر مواد مورد سوء مصرف سیستم‌های عصب‌رسانه‌ای^۱ و گیرنده‌های اختصاصی دخیل در اثرات آن شناسایی شده است. برای مثال مواد افیونی بر روی گیرنده‌های آپئوئیدی اثر می‌گذارد. یک فرد با فعالیت آپئوئید درون‌زاد پایین (برای مثال غلظت پایین اندروفین‌ها) یا فعالیت بالای آنتاگونیست‌های آپئوئیدی درون‌زاد ممکن است در معرض خطر ابتلا به وابستگی به مواد افیونی باشد. حتی در افراد با کارکرد گیرنده‌ای و غلظت عصب‌رسانه کاملاً طبیعی، مواجهه طولانی‌مدت با یک ماده خاص می‌تواند منجر به تغییراتی در سیستم گیرنده‌ای شود که حضور خارجی آن ماده برای هموستاز طبیعی مغز الزامی شود. این تغییرات در سطح سیستم گیرنده‌ای می‌تواند سازوکار ایجاد تحمل نسبت به مواد باشد.

مصرف مواد روان‌گردان از طریق اثر بر روی مدار پاداش باعث افزایش ره‌ایش دوپامین در نورون‌ها شده و از این طریق باعث تولید احساس لذت می‌شود. مواد روان‌گردان مختلف نورون‌های سیستم پاداش را از طریق اثرگذاری بر روی سیستم‌های عصب‌رسانه‌ای و گیرنده‌های اختصاصی خود فعال می‌کنند. گرچه، مواد از یک نظر مشابه هستند: آن‌ها همگی بر روی سیستم پاداش مغز کار می‌کنند. درون این سیستم آن‌ها تقریباً همگی باعث بالا رفتن دوپامین در نوکلئوس آکومبانس می‌شوند. اثرات پاداش‌دهنده (لذت-بخش) مواد از طریق بالا رفتن دوپامین در نوکلئوس آکومبانس اعمال می‌شود.

¹ neurotransmitters

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 تگمتال 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 مرتبط شده با آن نقش مهمی ایفا می‌کند.

• ژنتیک و توارث

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

○ مطالعات فرزندخواندگی افزایش خطر اعتیاد به الکل و مواد را در کودکان به 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

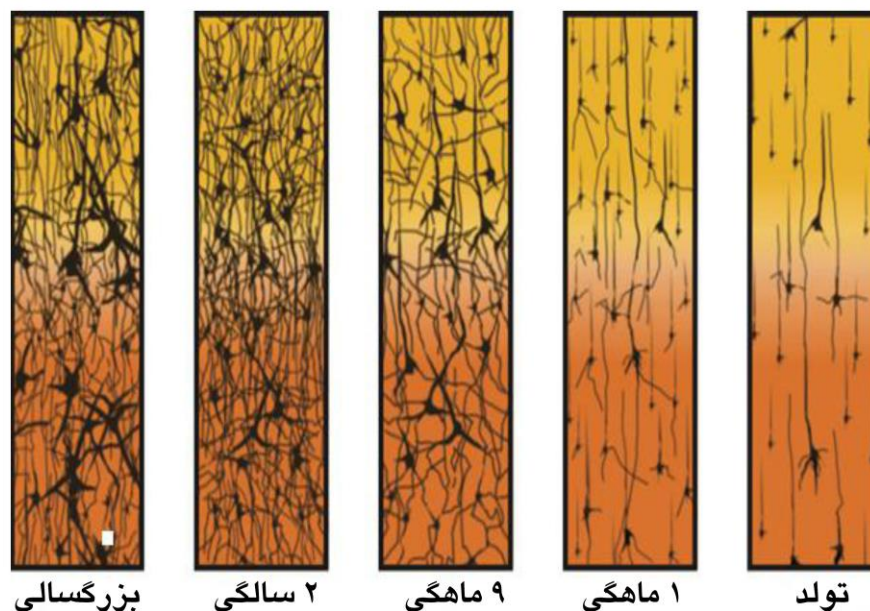
مصرف سیگار، الکل یا مواد در دوران بارداری خطر ابتلا به مجموعه‌ای از مشکلات روان‌پزشکی شامل اختلالات یادگیری، مشکلات شناختی و اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی را افزایش داده که به نوبه خود می‌تواند منجر به افزایش خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد در سنین نوجوانی شود.

• تجارب اولیه زندگی

بین زمان لقاح و سال‌های اول بعد از تولد مغز کودک تغییرات اساسی پیدا می‌کند. هنگام تولد تعداد نورون‌ها مغز با تعداد نورون‌ها در بزرگسالی مساوی است. اندازه مغز در سال اول بعد از تولد دو برابر شده و حجم آن در سه سالگی به ۸۰٪ حجم آن در بزرگسالی می‌رسد. در طول سال‌های اول بعد از تولد سرعت ایجاد سنابس‌ها در مغز بیش از هر زمان دیگری در طول زندگی است. در واقع در سال‌های اول بعد از تولد تعداد سنابس‌هایی که ایجاد می‌شود بیش از تعداد سنابس‌هایی است که فرد در بزرگسالی نیاز خواهد داشت. به طوری که در سنین ۲ تا ۳ سالگی تعداد سنابس‌های مغز دو برابر تعداد سنابس‌ها در بزرگسالی است. سنابس‌های اضافی

تدریجاً در طول دوران کودکی و نوجوانی حذف می‌شود. به این فرآیند هرس شدن می‌گویند. شکل ۱-۶ تراکم سیناپس را در سنین مختلف نشان می‌دهد.

شکل ۱-۶- 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 صحیح‌شان در مغز هدایت می‌کند و نحوه تعامل آنها با یکدیگر را مشخص می‌کند. هر چند، ژن‌ها مسئول شکل‌گیری مدارهای پایه مغز هستند اما تمام معماری مغز بر اساس ژنتیک شکل نمی‌گیرد، بلکه ژن‌ها به مغز اجازه می‌دهند تا خود را بر اساس درون‌دادهای 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 سال‌های اولیه زندگی نه تنها تعیین‌کننده اطلاعات ورودی به مغز است بلکه بر روی نحوه پردازش آن اطلاعات نیز اثر می‌گذارد.

سیناپس‌های مازاد نیز تولیدشده در سال‌های اول زندگی کودک باعث می‌شود که مغز کودک به درون داده‌های 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

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

به رشد و تکامل بهینه در تعامل با محیط است. این پدیده توضیح می‌دهد چگونه تعامل انسانی مثبت و محیط غنی شده در سال‌های اول تولد می‌تواند به دستیابی به حداکثر توانایی‌های شناختی فرد کمک کند.

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

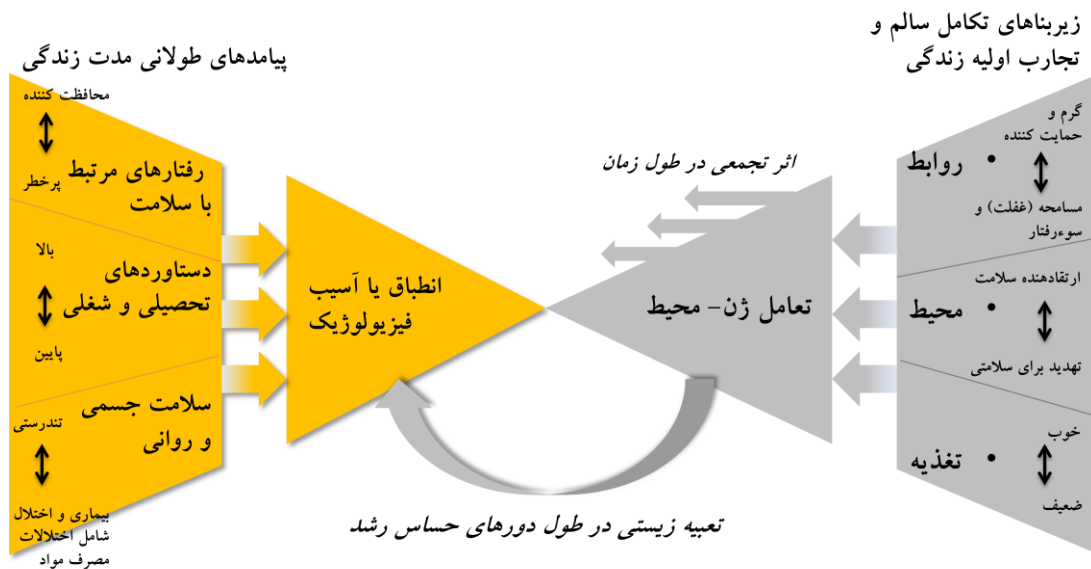
تعامل مثبت بین والد-کودک در فرآیند تکامل عصبی کودک در سال‌های اولیه زندگی یک عامل محافظ مهم است، این موضوع اهمیت روابط پایدار بین والدین و کودکان و محافظت و مراقبت والدین از آنها را در کاهش مشکلات رفتاری در سنین بالاتر نشان می‌دهد. ترکیبی از مراقبت‌های پیش از تولد، فرزندپروری مناسب، حمایت‌های اجتماعی از خانواده‌های محروم و فراهم نمودن محیط 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، پاسخ نورواندوکرین 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 تهدید-کننده، 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 القاء‌شده 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 سمّی 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 سمّی 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.

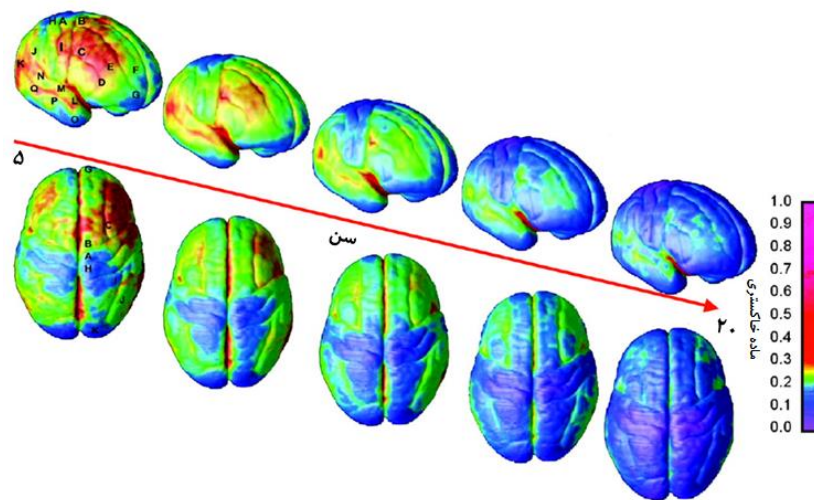
شکل ۱-۷- تجارب اولیه کودکی زیربنای تکامل سالم



• مصرف مواد در سنین پایین

رشد قشر خاکستری مغز پس از تولد از یک توالی آناتومیک خاص پیروی می‌کند. یک مطالعه روی دانشپشته 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 ۸-۱ 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 ۸-۱- 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 مت‌آفتمین 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

² stage theory

³ gateway 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 حساس‌سازی 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 روان پزشکی

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 مصرف‌مواد گزارش شده است. آخرین مطالعات (۲۰۲۰) نشان داده است بیش از ۶۰ درصد از بزرگسالان دارای اختلال مصرف‌مواد مخدر دارای معیار تشخیصی بیماری‌های روان‌پزشکی هستند. افراد مبتلا به اختلالات مصرف‌مواد 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 مصرف‌مواد 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 مصرف‌مواد بیش از سلامت خود اهمیت قائل علی‌رغم مواجهه با مشکلات ناشی از مصرف‌مواد، نسبت به تغییر رفتار اقدام نمی‌کنند.

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

آن‌گونه 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 مصرف‌مواد 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
- مصرف‌مواد در گروه هم‌تا

- فشار همتایان
- خانواده
 - تجارب اولیه زندگی
 - اختلافات خانوادگی
 - دلبستگی پایین به خانواده
 - نظارت ضعیف والدین
 - نگرش مطلوب والدین به مصرف مواد
 - مصرف مواد در والدین
- مدرسه
 - اُفت تحصیلی
 - نداشتن تعهد به مدرسه
- اجتماع
 - دسترسی به مواد و قیمت آن
 - دلبستگی پایین به اجتماع
 - نابسامانی شدید اجتماع
 - جابجایی و مهاجرت
 - محرومیت اقتصادی شدید

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

فصل دوم

آشنایی با چارچوب برنامه

عناوین فصل

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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود:

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

نگاه همه‌جانبه به سلامتی

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

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

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

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

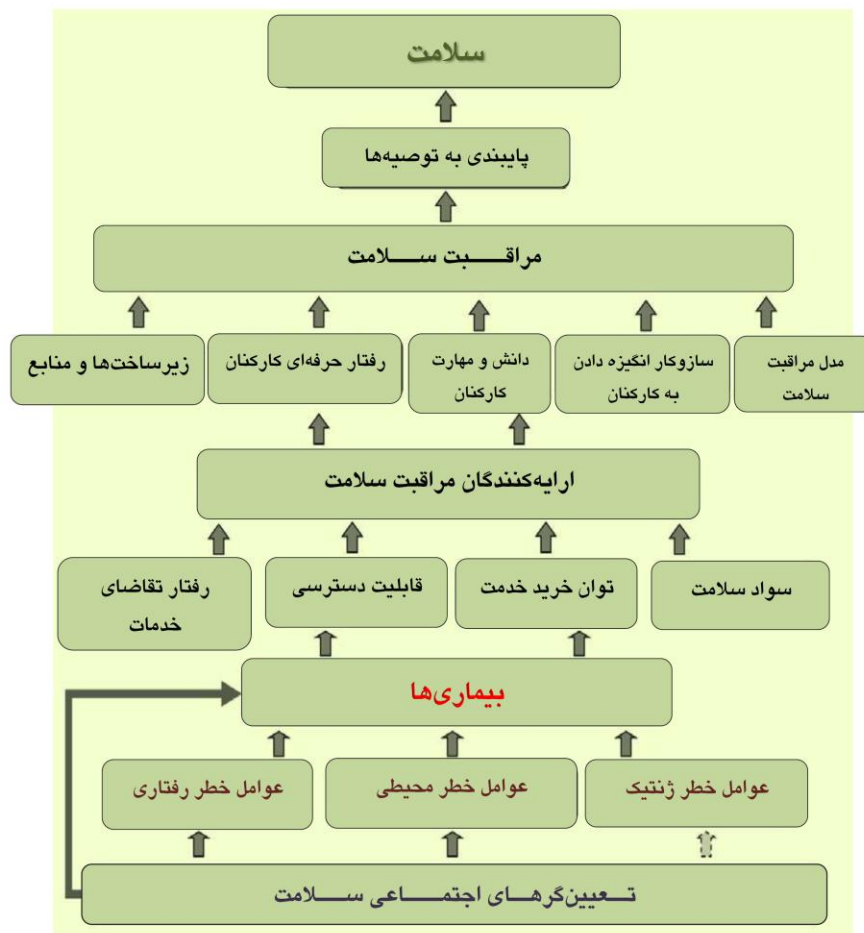
- انطباق و مدیریت استرس
- کسب و استفاده از ظرفیت‌های عملکردی
- یکپارچگی و انسجام ساختاری
- نقش آفرینی و مشارکت با ارزش در اجتماع
- حفظ تعادل درونی و برونی

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

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

شکل ۱-۲- عوامل اثرگذار بر سلامتی



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

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

مراقبت‌های بهداشتی اولیه

بهداشت یک حق بنیادین برای انسان‌ها است. این بدان معناست که دولت‌ها مسئول سلامت مردم هستند. در سراسر جهان تلاش دولت‌ها بر این است که خدمات بهداشتی را توسعه داده و بهبود بخشند. در حال حاضر دغدغه کشورهای در حال توسعه و توسعه‌یافته این است که بتوانند خدمات بهداشتی مناسبی را در اختیار 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 ارایه 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 ارایه طیف وسیعی از خدمات سلامت می‌پردازد.

وظیفه اصلی نظام مراقبت‌های سلامت آنست که فرد خدمت سلامت با کیفیت مناسب را از یک فرد ارایه‌دهنده 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 ارایه خدمات مراجعه نموده‌اند ارایه 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.

اصول پایه مراقبت‌های بهداشتی اولیه

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

۱- آموزش مسائل عمده بهداشتی جامعه و روش‌های پیشگیری و مبارزه با آنها

۲- تأمین غذای کافی و بهبود تغذیه صحیح

۳- تأمین آب سالم و کافی، بهسازی اساسی محیط و بهداشت مسکن

۴- بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده

۵- ایمن‌سازی علیه بیماری‌های عفونی خصوصاً بیماری‌های دوران کودکی

۶- پیشگیری از بیماری‌های شایع بومی مانند مالاریا و مبارزه با این بیماری‌ها

۷- درمان مناسب بیماری‌ها و 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، توسعه خدمات کارآمد مراقبت‌های بهداشتی اولیه است که از سوی نظام ارجاع مناسبی حمایت شود.

ضرورت ادغام

در مراقبت‌های اولیه با مشکلات سلامت در پایین‌ترین سطح از پیچیدگی برخورد می‌شود. مراقبت‌های اولیه، اولین نقطه تماس مردم با خدمات سلامت بوده و صرف نظر از میزان درآمد و مشکلات اجتماعی برای تمام افراد جمعیت قابل دسترس است. برخی ویژگی‌های منحصربه‌فرد مراقبت‌های اولیه عبارتند از:

- ارتباط نزدیک با جمعیت تحت پوشش و تداوم^۱ در ارائه خدمات
- امکان مراجعه بدون محدودیت و از طریق خودارجاعی^۲
- ارائه خدمات به صورت جامع^۳ و گسترده از طریق ارائه طیف کامل خدمات، از آموزش و پیشگیری، تا تشخیص و درمان و بازتوانی
- هماهنگی^۴ در ارائه خدمات در سطح مراقبت اولیه و سطوح بالاتر
- جامعه‌نگر بودن^۵
- خانواده‌محور بودن^۶
- 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 دخانیات (تنباکو)، 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 دخانیات (تنباکو)، الکل، داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف و مواد دیگر از طریق

- توانمندسازی افراد در زمینه خودمراقبتی¹
- ارتقای سواد سلامت در زمینه اختلالات مصرف مواد و درک و پذیرش آن به عنوان یک بیماری قابل پیشگیری و 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 در مفهوم جامع نگرانه عبارتند از کلیه تلاش‌هایی که به منظور پیشگیری از بروز اختلالات مصرف مواد، درمان و کاهش آسیب‌ها و عواقب ناشی از آن صورت می‌گیرد. در نظام سلامت، سه سطح برای پیشگیری در نظر گرفته می‌شود که عبارتند از:

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

سطح‌بندی مراقبت‌ها

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

در قاعده هرم مراقبت‌های حوزه اختلالات مصرف مواد خودمراقبتی قرار دارد. منظور از خودمراقبتی داشتن درک صحیح از مصرف مواد به عنوان یک مشکل قابل پیشگیری و درمان‌پذیر است. ارتقای سواد سلامت در این حوزه منجر به اتخاذ سبک زندگی سالم، کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ، بهره‌مندی از خدمات پیشگیری اولیه، آشنایی با 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 پایگاه^۱ یا خانه بهداشت و مرکز^۲ ارائه مراقبت پیش‌بینی شده است. کارشناسان سلامت روان شاغل در مراکز سلامت جامعه برای ارائه ارزیابی، مداخله، آموزش، توصیه و ارجاع متناسب باید با پایگاه‌ها یا مراکز مختلف ارائه‌کننده خدمات مرتبط ذیل هر سطح ارائه مراقبت و نوع وابستگی آنها آشنا باشند. منظور از نوع وابستگی، سازمان بالادست یا نهاد صادرکننده مجوز و حمایت‌کننده از هر مرکز است. در ادامه پایگاه‌ها یا مراکز ارائه خدمات تعریف شده ذیل هر یک از سطوح مراقبت توصیف شده‌اند. در ادامه سطوح و جایگاه‌های مختلف ارائه خدمات پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد معرفی شده است.

سطح یک - مراقبت‌های بهداشتی اولیه

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

در سطح یک تیم سلامت متشکل از بهورز/کارشناس مراقب سلامت، کارشناس سلامت روان و پزشک مسئول ارائه مراقبت‌های اختلالات مصرف مواد شامل آموزش‌های پیشگیرانه، فرزندپروری، مهارت‌های زندگی، غربال‌گری اولیه و تکمیلی، مداخلات

¹ setting

² center

روانشناختی، تشخیص درمان و ارجاع ارایه می‌شود. جایگاه‌های ارایه مراقبت در سطح یک عبارتند از:

- خانه بهداشت در روستای اصلی و قمر

- پایگاه بهداشتی در شهرها

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

- مرکز خدمات جامع سلامت

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

سطح دو- کاهش آسیب، درمان و بازتوانی سرپایی

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

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

این سطح شامل خدمات کاهش آسیب 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

¹ fixed-site

² mobile centers

³ outreach teams

- 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
- 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.

¹ shelter

• 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.

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 بازتوانی اقامتی

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

• مرکز اقامتی با مدل طبی

در مراکز اقامتی با مدل طبی مجموعه‌ای از خدمات طبی و روانی، اجتماعی درمان اعتیاد 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 آموزش دیده از گروه همتا هستند.

دوره بازگیری از مواد در این مراکز بدون حمایت طبی ارائه می‌گردد. مراکز اقامتی پرهیزمدار صرفاً امکان دستیابی به پرهیز کوتاه‌مدت 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 بیش مصرفی مواد پس از ترخیص همراه است.

مراکز اقامتی پرهیزمدار پس از اخذ مجوز از سازمان بهزیستی کشور شروع به فعالیت می‌کنند. این مراکز به دلیل فراهم کردن امکان جداسازی و نگهداری بیماران، 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 ارائه 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، ارائه 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 آگونیست دریافت نموده و در کنار برنامه بهبودی و بازتوانی خاص خود، برای برخی بیماران وابسته به مواد افیونی، درمان دارویی نیز ارائه 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.

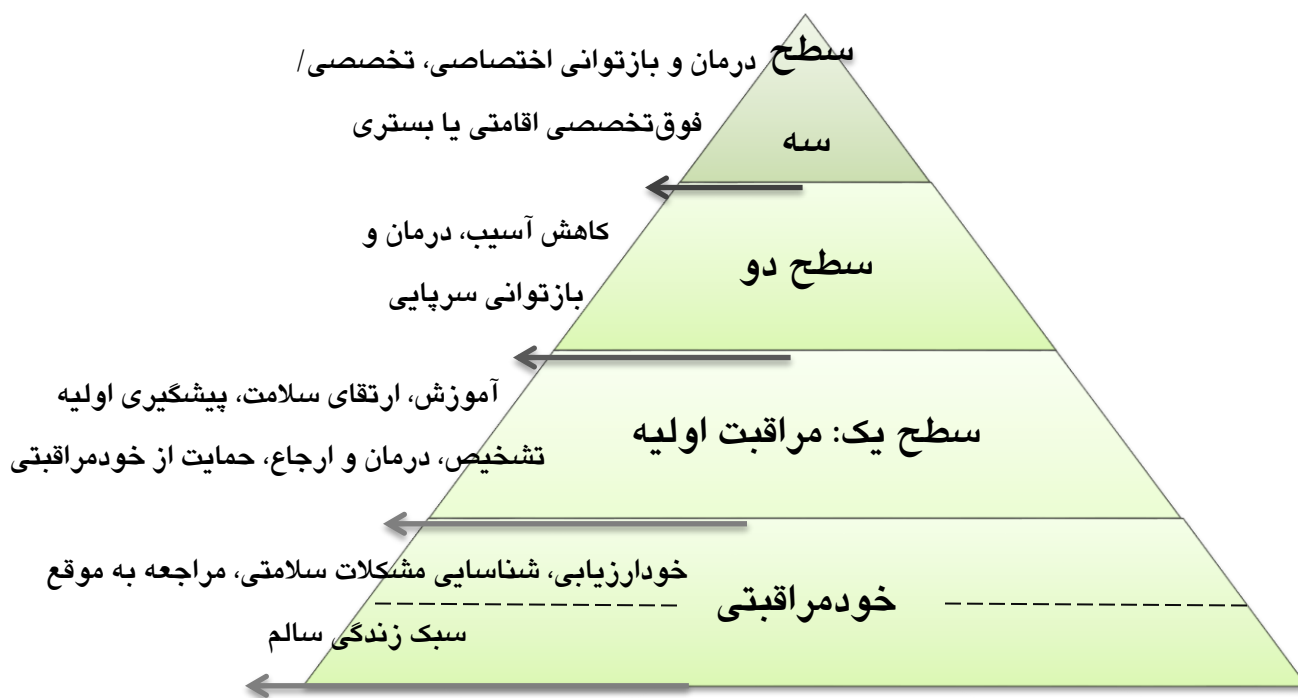
¹ TC: Therapeutic community

سطح ۳-ب:

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

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

شکل ۲-۲- سطوح مراقبت‌های اختلالات مرتبط با مواد



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

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

¹ half-way houses

² stable housing

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 ارایه خدمات اختلالات مصرف مواد است.

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

شکل ۲-۳ مراکز و جایگاه‌های 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 دخانی
- 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 روان‌شناختی و اجتماعی فرد تداخل ایجاد می‌کند.

جدول ۳-۱- فهرست طبقات و انواع مواد مختلف

ردیف	نام ماده	انواع
۱	دخانیات	سیگار، قلیان، ناس، انفیبه تنباکو، سیگار الکترونیک
۲	حشیش	ماری‌جوانا، سیگاری، گل، بنگ
۳	الکل	کلیه نوشابه‌های الکلی از جمله شراب و آبجو
۴	مواد افیونی	تریاک، شیره، هروئین، کدئین، مرفین، کراک هروئین، ترامادول، کدئین، اُکسی-کدون
۵	محرک‌ها	آمفتامین‌ها (مت‌آمفتامین یا شیشه)، کوکائین
۶	داروهای آرام‌بخش، ضداضطراب و خواب‌آورها	انواع بنزودیازپین‌ها (لورازپام، دیازپام، آلپرازولام یا زاناکس و ...) و باربیتورات‌ها
۷	توهم‌زاها	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 دخانیات، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف، الکل و مواد غیرقانونی (به جز الکل) می‌شود. بنابراین به اختصار می‌توان گفت:

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

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

عوارض جسمی

اختلال مصرف مواد بر حسب نوع ماده، با عوارض جسمی متعددی همراه است. برای مثال مصرف مواد افیونی حالت تحمل و در صورت عدم مصرف محرومیت، ناتوانی جنسی، بیبوست، 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 کارشناسان بهداشت روان کمک می‌کند تا تأثیرات منفی مصرف انواع مواد را از جنبه‌های مختلف برای مراجعان خود توضیح داده و به ابهامات و سؤالات آنها پاسخ دهند.

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

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

دخانیات (تباکو)

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

- فرآورده‌های تباکوی کشیدنی (سیگار، قلیان، پیپ، سیگار برگ)
- فرآورده‌های تباکوی غیرکشیدنی (ناس، تباکوی بدون دود، تباکوی جویدنی، انفیه تباکو)
- سیگار/قلیان الکترونیک (سیستم‌های انتقال نیکوتین الکترونیک یا **اندز¹**)

ماده مؤثره موجود در انواع تباکو نیکوتین است که وابستگی یا اختلال مصرف آن یکی از شایع‌ترین و پرعارضه‌ترین اختلالات مصرف مواد محسوب می‌شود. هر چند شباهت‌های بین وابستگی به دخانیات (تباکو) با سایر وابستگی‌ها همچون ایجاد ولع مصرف آشکار است، اما مصرف انواع تباکو با مشکلات رفتاری همراه نیست و به این دلیل کسانی که تباکو مصرف می‌کنند، کمتر به دلیل

¹ ENDS: Electronic nicotine delivery systems

مشکلات روان‌پزشکی، اجتماعی یا قانونی متقاضی دریافت خدمات درمانی می‌شوند. با این وجود مصرف تنباکو با مشکلات جسمی متعددی همراه است و مصرف‌کنندگان آن به دلیل شکایات جسمی مختلف به احتمال بالایی ممکن است متقاضی خدمات درمانی از جایگاه‌های مراقبت اولیه شوند. سیگار کشیدن یک عامل خطر در بار بیماری‌ها است و همان‌طور که در فصل یکم دیدیم پنجمین عامل بیماری‌ها در کشور است.

نیکوتین به اشکال مختلف در انواع محصولات تنباکو و سیگارهای الکترونیک در دسترس قرار دارد. رایج‌ترین طریقه مصرف تنباکو سیگار کشیدن هست. سایر روش‌های تدخین تنباکو شامل کشیدن قلیان، سیگار برگ، چپق یا پیپ است. تنباکو همچنین به صورت مشامی در **انفیه** 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.

انواع دخانیات

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

شکل ۱- سیگار



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

گروه تدخینی

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

شکل ۲- سیگار برگ



¹ chewing

² smokeless

شکل ۳- پیپ



شکل ۴- قلیان



شکل ۵- چپق



شکل ۶- سیگار دست پیچ



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

ج- پیپ: وسیله ای که در آن از برگ های خشک شده گیاه تنباکو، به عنوان توتون برای مصرف استفاده می گردد. شکل ۳ را ببینید.

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

ه- چپق: وسیله ای است دارای حقه و یک لوله متصل به آن که در حقه توتون ریخته و آتش را بر روی آن گذاشته و می کشند. شکل ۵ را ببینید.

و) سیگار دست پیچ: سیگاری است که توسط مصرف کننده با پیچیدن تنباکو در کاغذ نازکی تهیه و مصرف می شود. شکل ۶ را ببینید.

گروه غیر تدخینی^۱

الف- تنباکوی جویدنی: در شرق ایران و بیشتر با نام «ناس» شیوع مصرف دارد. شکل ۷ را ببینید.

ب- انفیه تنباکو: گردی است که بیشتر از تنباکو به دست می آید، عطسه آور و نشئه کننده بوده و از طریق بینی استفاده می شود.

شکل ۷- تنباکوی جویدنی (ناس)

¹ Smokless tobacco

سیگار الکترونیک

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 الکترونیک انتقال نیکوتین یا اندز^۱ گفته می‌شود.

لازم به توجه است که استفاده از سیگارهای الکترونیک به عنوان یک کالای سلامتی مورد تأیید قرار نگرفته و استفاده از آن به عنوان یک روش ایمن و مؤثر برای ترک سیگار توصیه نمی‌شود. علاوه بر این، در کشور ما مجوزی برای توزیع و فروش آن صادر نشده است. شکل ۸ را ببینید.

شکل ۸ - سیگار الکترونیک و سایر وسایل الکترونیک انتقال نیکوتین



انواع دود دخانیات

- دود دست دوم: دود حاصل از استعمال مواد دخانی توسط افراد مصرف کننده که توسط افراد غیرمصرف کننده استنشاق می‌شود.
- دود دست سوم: ذرات سمی ناشی از مصرف مواد دخانی است که بر روی قسمت‌های مختلف وسایل و سطوح موجود در منزل، خودرو، پوست، مو و لباس افراد مینشیند، که افراد غیرمصرف کننده در تماس با آن قرار می‌گیرند.

عوارض مصرف دخانیات

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

¹ ENDS: Electronic nicotine delivery systems

جهان است. سالانه ۸ میلیون نفر در اثر مصرف مواد دخانی جان خود را از دست می دهند. حدود ۹۰۰ هزار مورد از این مرگ ها در دنیا و در ایران ۶۰ هزار مورد فقط به دلیل مواجهه با دود دست دوم مواد دخانی رخ می دهد.

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.

مونواکسیدکربن یک گاز سمی موجود در دود سیگار، قلیان یا سایر محصولات کشیدنی تنباکو است که قابلیت اتصال آن به هموگلوبین خون ۲۰۰ برابر از اکسیژن بیشتر است. افراد بزرگسالی که به صورت مستمر تنباکو را به صورت کشیدنی مصرف 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 می شود. از اندازه گیری 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
استن	حلال قوی و پاک کننده 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 چسب های صنعتی
بوتان	مورد استفاده در گاز فندک
کادمیوم	ماده فعال اسید باتری
منواکسید کربن	موجود در دود اگزوز ماشین
فرمالدهید	مایع فیکس کننده بافت ها
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 حشره کش
قطران	مورد استفاده برای آسفالت کردن خیابان ها
تولوئن	مورد استفاده در ساخت رنگ

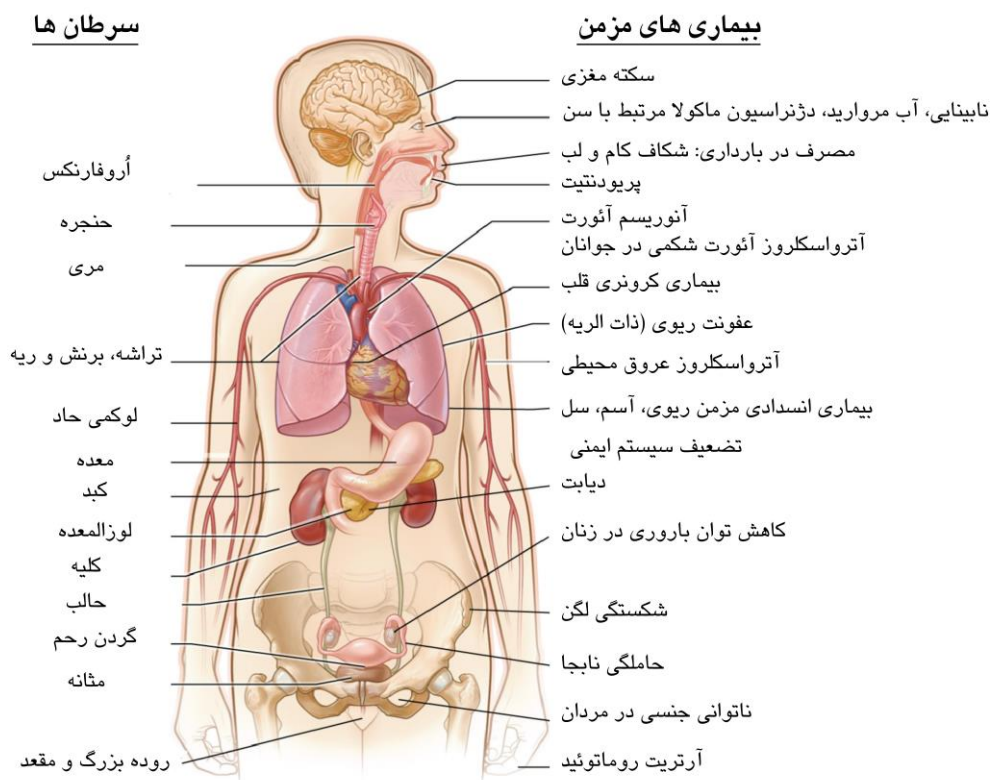
کشیدن تنباکو خطر ابتلا به انواع سرطان‌ها شامل سرطان ریه، برونش حنجره، گلو، زبان، لوزه‌ها، کام نرم، خون، مری، معده، روده بزرگ و مقعد، کبد، کلیه و حالب، مثانه و لوزالمعده را افزایش می‌دهد. عامل اکثر موارد ابتلا به سرطان ریه و حنجره سیگار است. در زنان مصرف سیگار خطر گردن سرطان رحم و پستان را به صورت قابل توجهی بالا می‌برد. سیگار کشیدن خطر سرطان ریه را در مردان ۲۵ برابر و در زنان ۲۵/۷ 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 دست 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 ۴-۳ 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 ۳-۱- عوارض مصرف کشیدنی دخانیات

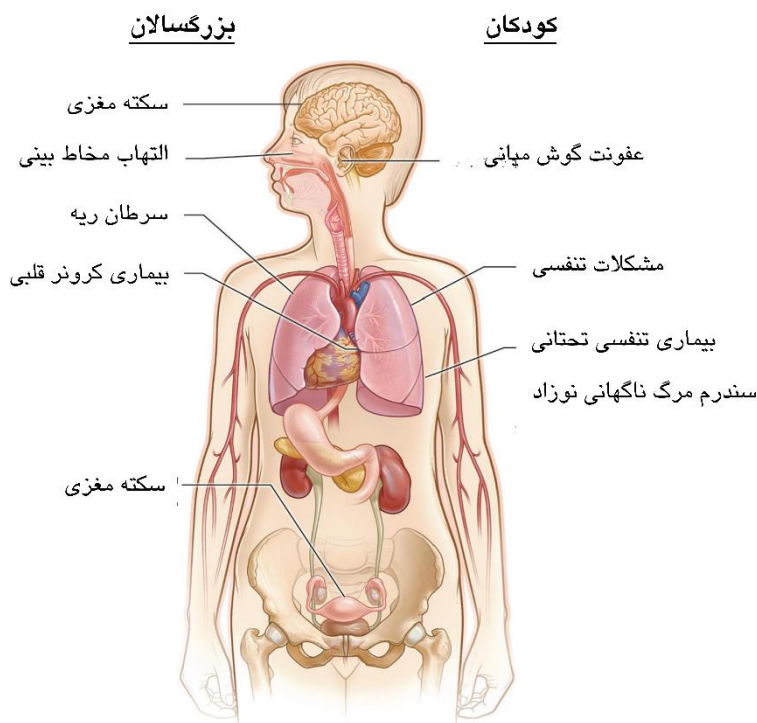


مواجهه با دود دستِ دوم سیگار خطر سرطان ریه و بیماری کرونر قلبی را در بزرگسالان غیرسیگاری افزایش می‌دهد. در کودکان دود دستِ دوم سیگار خطر سندرم مرگ ناگهانی نوزاد، وزن کم تولد، عفونت‌های مزمن گوش میانی و بیماری‌های تنفسی نظیر آسم و عفونت ریه را افزایش می‌دهد. شکل ۳-۲ عوارض مواجهه با دود دستِ دوم سیگار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

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.

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



پان، پان پراگ و گوتکا محصولات گیاهی جویدنی هستند که مصرف آنها در جنوب شرقی آسیا رایج است. این مواد با بسته‌بندی‌ها و نام‌های مختلف غالباً از مرز جنوب شرقی کشور وارد می‌شود و در استان‌های شرقی و مرکزی کشور مصرف آنها دیده می‌شود. پان واجد **آره کولین** یک آلکالوئید با خواص محرک خفیف مشابه نیکوتین است. مصرف این مواد می‌تواند همچون تنباکو منجر به وابستگی شود. تحقیقات درباره عوارض ناشی از مصرف این مواد محدود است. مهم‌ترین عارضه شناخته‌شده ناشی از مصرف محصولات جویدنی نظیر پان، پان پراگ و گوتکا خطر افزایش یافته برای بیماری‌های لته، فیبروز مخاطی و **سرطان‌های حفره دهان** است.

در سال‌های 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 الکترونیک**^۱ گفته می‌شود. محتوای این مایع از نیکوتین مخلوط شده با یک باز (معمولاً پروپیلن گلیکول)، طعم‌دهنده‌ها، رنگ و سایر مواد شیمیایی تشکیل شده است. عوارض و مشکلات شناخته‌شده مصرف سیگارهای الکترونیک عبارتند از:

¹ e-liquid

- 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 سرطانزا نظیر فرمالدهید را در بخار حاصل از مصرف این محصولات نشان داده‌اند.
- 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 می‌دهد که بخار حاصل از سیگارهای الکترونیک نیز می‌تواند منجر به آلودگی محیطی شود و مواجهه با بخار دست دوم سیگارهای الکترونیک ممکن است خطراتی برای سلامت دیگران به دنبال داشته باشد.

برخی از تولیدکنندگان سیستم‌های انتقال نیکوتین الکترونیک محصول خود را به عنوان روشی برای ترک سیگار بازاریابی می‌کنند. مطالعات درباره اثربخشی سیگارهای الکترونیک قطعی نیست و استفاده از سیگار الکترونیک به عنوان یک روش ایمن و مؤثر برای ترک سیگار توصیه نمی‌شود.

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 ارایه‌دهندگان سلامت نیست، بلکه به جای آن باید مداخلات استاندارد ترک سیگار برای افراد مبتلا به وابستگی به دخانیات (تنباکو) توصیه گردد. در جدول ۳-۳ خطرات مصرف دخانیات به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر ارایه شده است.

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

پیری زودرس، چین و چروک صورت	
سلامت 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	

فواید ترک دخانیات

هنگامی که مصرف دخانیات کنار گذاشته می شود، فرایند بهبودی به سرعت اتفاق می افتد. بدیهی است تشریح درست فواید ترک دخانیات می تواند به عنوان یک پیام تشویقی موثر برای افراد مبتلا مورد استفاده قرار گیرد.

۲۰ دقیقه بعد

فشارخون و نبض طبیعی تر می شود. گردش خون در بدن - به ویژه در دست ها و پاها - بهبود می یابد.

۸ ساعت بعد

میزان اکسیژن خون شما به حد طبیعی باز می گردد و میزان مونو کسید کربن خون به سطح طبیعی بر می گردد.

۲۴ ساعت بعد

گاز سمی مونو کسید کربن (CO) بدن را ترک گفته و ریه های تان شروع به بیرون دادن ترشحات و ذرات انبار شده می کنند.

۴۸ ساعت بعد

بدن از هر گونه نیکوتین پاک شده است.

۷۲ ساعت بعد

نفس کشیدن آسان تر شده است. انرژی بیشتری ایجاد می شود.

۱۲ - ۲ هفته بعد

گردش خون در سرتاسر بدن بهتر شده است، عملکرد ریه ها بهبود یافته و فرد راحت تر می تواند راه برود و ورزش کند.

۳-۹ ماه بعد

کارایی ریه ها ۱۰ - ۵ درصد افزایش یافته و مشکلات تنفسی کم رنگ تر شده است. سرفه، تنگی نفس و خس خس سینه رفع می شود.

۵ سال بعد

حالا خطر بروز حمله قلبی در فرد فقط نصف فردی است که تاکنون دخانیات مصرف نکرده است.

۱۰ سال بعد

شانس بروز سرطان ریه در این فرد نصف فردی است که تاکنون دخانیات مصرف نکرده است.

۱۵ سال بعد

احتمال بروز سرطان ریه و حمله قلبی در فرد مانند فردی است که تاکنون دخانیات مصرف نکرده است.

هنگامی که دخانیات را کنار می گذارید...

۳۰ دقیقه بعد

فشار خون و نبض شما طبیعی تر می شود. گردش خون در بدن تان - به ویژه در دست ها و پاها - بهبود می یابد.

۸ ساعت بعد

میزان اکسیژن خون شما به حد طبیعی باز می گردد و میزان مونوکسیدکربن خون شما به سطح طبیعی برمی گردد.

۲۴ ساعت بعد

گاز ستی منواکسید کربن (CO) بدن شما را ترک گفته و ریه های تان شروع به بیرون دادن ترشحات و ذرات آتبار شده می کنند.

۴۸ ساعت بعد

به شما تبریک می گوئیم. حالا بدن شما از هر گونه نیکوتین پاک شده است. آیا دقت کرده اید که حس چشایی و بویایی تان چقدر بهبود یافته است؟

۷۲ ساعت بعد

نفس کشیدن برای شما آسان تر شده است. حالا شما انرژی بیشتری دارید.

۲-۱۲ هفته بعد

گردش خون در سرتاسر بدن تان بهتر شده است. عملکرد ریه ها بهبود یافته و حالا شما راحت تر می توانید راه بروید و ورزش کنید.

۳-۹ ماه بعد

کارایی ریه های تان ۱۰-۵ درصد افزایش یافته و مشکلات تنفسی شما کمتر شده است. با سرفه، تنگی نفس و خس خس سینه خدا حافظی کنید.

۵ سال بعد

حالا خطر بروز حمله قلبی در شما فقط نصف فردی است که تاکنون دخانیات مصرف نکرده است.

۱۰ سال بعد

شانس بروز سرطان ریه در شما نصف فردی است که تاکنون دخانیات مصرف نکرده است.

۱۵ سال بعد

احتمال بروز سرطان ریه و حمله قلبی در شما مانند فردی است که تاکنون دخانیات مصرف نکرده است.

**پس همین حالا دخانیات را کنار بگذارید و
زندگی جدیدی را آغاز کنید.**

حشیش

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

بر اساس گزارش‌های بین‌المللی در طول دهه‌های اخیر به دلیل بهبود روش‌های کشاورزی محتوای تتراهیدروکانابینول حشیش افزایش یافته به طوری که محتوای تتراهیدروکانابینول گیاه حشیش به ۲۰-۱۵٪ رسیده است. اسم‌های شایع حشیش در کشور شامل گل، سیگاری، گراس، بنگ، جوینت و ماری‌جوانا می‌شود. رایج‌ترین شکل مصرف حشیش به صورت کشیدنی است. حشیش به صورت خوراکی نیز مصرف می‌شود. حشیش حلالیت بالایی در چربی دارد اما در آب محلول نیست، در نتیجه تزریق آن تقریباً امکان‌پذیر نیست.

در سال‌های اخیر کاربرد حشیش برای مقاصد طبی روند رو به افزایشی داشته به طوری که در برخی ایالت‌های آمریکا امکان تجویز آن توسط پزشک برای درمان اختلالات مختلف مثل تهوع ثانویه به شیمی‌درمانی، درد مزمن مالتیپل اسکلروزیس، ایدز، صرع و گلوکوما اجازه داده شده است. (اگرچه این مورد هنوز مورد توافق صاحب نظران پزشکی جهان نیست). استفاده از درونابینول^۳ یک شکل صناعی تتراهیدروکانابینول برای درمان تهوع ناشی از ایدز مورد تأیید قرار گرفته است.

نوروفارماکولوژی

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

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

¹ cannabis sativa

² Δ9-THC

³ dronabinol

اثرات سرخوشی آور حشیش در مصرف تدخینی در عرض چند دقیقه شروع، بعد از ۳۰ دقیقه به حداکثر خود رسیده و برای ۴-۲ ساعت باقی می ماند. 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 ۳-۲ 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 حشیش

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.

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 و وضعیت‌های بیماری فعلی مثل فشار خون بالا، بیماری قلبی، بیماری‌های تنفسی و سرطان‌های خاص را افزایش دهد.

¹ amotivational syndrome

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

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

الکل

وابستگی به الکل یا الکلیسم از اختلالات روان‌پزشکی است که در کشورهایی 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.

¹congeners

پیمانه استاندارد

به منظور ارزیابی کسانی که الکل مصرف می‌کنند، تعیین کمیّت الکل مصرفی فرد اهمیت بالایی دارد. به دلیل تنوع محصولات تخمیری و تقطیری الکل، توصیه می‌شود مقدار الکل خالص مصرفی فرد با واحد پیمانه^۱ گزارش شود. پیمانه یا واحد استاندارد^۲ مصرف الکل تنوع بالایی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد.

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



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

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 می‌دهد.

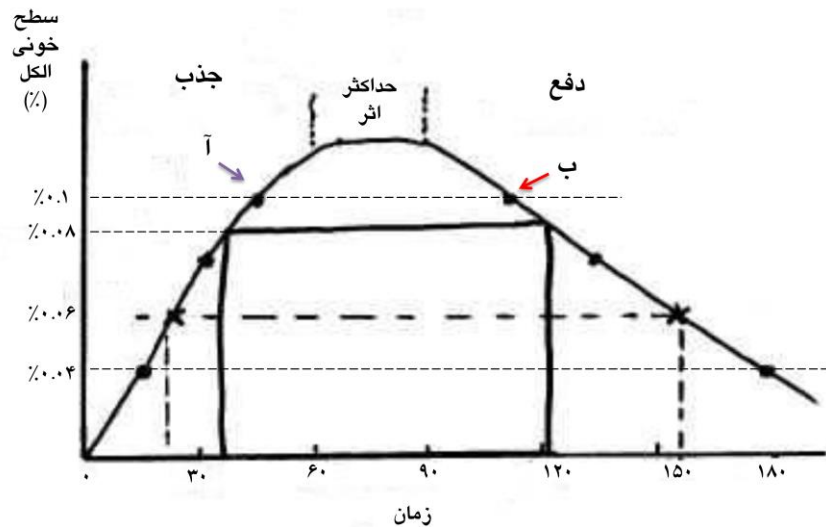
نوروفارماکولوژی

در حدود ۱۰٪ الکل از معده و بقیه آن از روده کوچک جذب می‌شود. 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 می‌آید. سرعت مصرف نیز فاصله زمانی برای رسیدن الکل به حداکثر سطح خونی را کاهش می‌دهد. بالاترین سرعت جذب الکل با مشروبات ۳۰-۱۵٪ رخ می‌دهد. 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 می‌شود. 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 بافت‌های بدن توزیع می‌شود.

¹ drink

² standard unit

شکل ۳-۴- اثر ملانبی



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

۹۰٪ الکل جذب شده در کبد متابولیزه می شود و ۱۰٪ آن بدون تغییر از طریق تنفس، تعریق و ادرار دفع می شود. سرعت متابولیسم کبد ۱۵ میلی گرم در دسی لیتر در ساعت (در دامنه ۱۰ تا ۳۴ میلی گرم/دسی لیتر) است. در افرادی که سابقه مصرف بیش از حد الکل دارند، افزایش سطوح آنزیم های مورد نیاز برای متابولیسم الکل منجر به افزایش سرعت متابولیسم می شود. الکل ابتدا توسط الکل دهیدروژناز^۲ تبدیل به استالدهید^۳ شده و سپس توسط آلدهید دهیدروژناز^۴ به اسید استیک تبدیل می شود. استالدهید یک ماده سمی است و تجمع آن در خون باعث احساس تهوع و افت فشار خون می شود. آنزیم آلدهید دهیدروژناز در اثر مصرف دی سولفیرام مهار می شود. از این دارو برای درمان نگهدارنده پیشگیری از عود الکل در بیماران وابسته به الکل استفاده می شود. مطالعات نشان می دهد

¹ Mellanby effects

² alcohol dehydrogenase (ADH)

³ acetaldehyde

⁴ aldehyde dehydrogenase

میزان الکل دهیدروژناز در زنان کمتر از مردان است. این موضوع در کنار توده بدنی پایین تر زنان می تواند توضیح دهنده علت تاثیر بیشتر الکل در زنان در مقایسه با مردان باشد.

جدول ۳-۵- اثرات سطوح خونی الکل بر کارکردها

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

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

الکل اثرات تضعیف مشابه داروهای آرام بخش و خواب آور بر روی دستگاه اعصاب مرکزی دارد. الکل با بنزودیازپین ها و باریتوراتها تحمل متقاطع^۳ و وابستگی متقاطع نشان می دهد. اثرات سطوح مختلف الکل بر روی مغز در جدول ۳-۵ نشان داده شده است. البته لازم به توضیح است افرادی که سابقه طولانی مدت مصرف الکل دارند، می توانند میزان های بسیار بالاتری از الکل را تحمل نمایند.

عوارض مصرف الکل

الکل یک ماده بسیار قوی است که بر روی تقریباً تمام دستگاه های بدن تغییراتی به صورت حاد و مزمن ایجاد می کند. مصرف الکل می تواند باعث بروز مشکلات گذرای روان شناختی نظیر افسردگی، اضطراب و پسیکوز شود. مصرف طولانی مدت مقادیر بالای الکل

¹ numbness

² black out

³ cross-tolerance

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**^۱ اندازه‌گیری می‌شود. سرانه مصرف الکل بزرگسالان به صورت میانگین حجم الکل خالص مصرفی بر حسب لیتر در جمعیت بالای ۱۵ سال تعریف می‌شود. این شاخص در جهان در سال ۲۰۱۶، ۶/۳۸ لیتر الکل خالص برآورد گردید. کشورهای روسیه و اروپای شرقی بالاترین و کشورهای غرب آسیا و شمال آفریقا پایین‌ترین میزان سرانه مصرف را دارند. سرانه الکل مصرفی با تمام عوارض جسمی و روان‌پزشکی مرتبط با مصرف الکل رابطه دارد. به صورت خاص هر 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**^۲ اندازه‌گیری می‌شود. مصرف سنگین دوره‌ای به مصرف الکل در حد مسمومیت یا مستی (مصرف ۶ پیمانۀ یا بیشتر الکل در یک نوبت مصرف) به صورت حداقل ماهانه در سال گذشته گفته می‌شود. این شاخص به صورت قابل‌انتظاری پیش‌بینی‌کننده سوانح و جراحات عمدی و غیرعمدی ناشی از مصرف الکل است. علاوه بر این شواهد جدید نشان می‌دهد مصرف سنگین دوره‌ای الکل خطر بیماری‌های قلبی، عروقی را به صورت قابل‌ملاحظه‌ای 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.

¹ APC: Adult alcohol per capita consumption

² HED: Heavy episodic drinking

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.

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

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

جدول ۳-۶- 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 نزه (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. پیشتر در **فصل یکم** دیدیم که رایج‌ترین شکل مصرف مواد افیونی غیرقانونی در کشور **تریاک**

و در رتبه دوم **هروئین** است. مواد افیونی معمولاً به طریقه کشیدنی مصرف می‌شود اما مصرف تزریقی عمدتاً هروئین در بخشی از مصرف‌کنندگان مواد افیونی دیده می‌شود.

تریاک از خشخاش، گیاهی از دسته شقایق‌ها گونه **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 غیرحرفه‌ای که بالقوه ممکن است شاهد بیش‌مصرفی باشند، تسهیل شده است. **نالترکسون** به صورت خوراکی و آمپول تزریقی طولانی‌اثر در درمان وابستگی به مواد افیونی و الکل مورد تأیید قرار گرفته است.

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

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 تگمیتال شکمی اعمال می‌شود. فعال شدن سیستم دوپامینی در این منطقه منجر به فعال شدن سیستم دوپامینی در سیستم لیمبیک و قشر مغز می‌شود.

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

مواد افیونی ممکن است به صورت خوراکی، مشامی یا تزریقی مصرف شود. اثرات سرخوشی‌آور ناشی از مصرف مواد افیونی خصوصاً در مصرف تزریقی قابل ملاحظه 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^۲ نشان می‌دهد. مصرف مواد افیونی می‌تواند در افراد فاقد تحمل

¹ enkephalins

² nodding off

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)، بیوست و آفت 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 آپئوئیدی در افراد وابسته به مواد افیونی نیز می‌تواند منجر به القای علائم و نشانه‌های شدید محرومیت از مواد افیونی شود. مصرف طولانی مدت مواد افیونی منجر به کاهش تعداد و حساسیت گیرنده‌های آپئوئیدی می‌شود که تا حدی در ایجاد تحمل فیزیولوژیک نقش دارد. مصرف طولانی مدت این گروه از مواد با افزایش حساسیت نورون‌های دوپامینرژیک، کلی‌نرژیک و سروتونرژیک همراه است. اثر مواد افیونی بر روی نورون‌های نورآدرنرژیک احتمالاً عامل اصلی محرومیت ناشی از قطع این مواد است. مصرف کوتاه مدت مواد افیونی فعالیت نورآدرنرژیک در **لوکوس سرلئوس**^۲ را کاهش می‌دهد، اما در مصرف طولانی مدت فعالیت این نورون‌ها به صورت جبرانی برای حفظ هموستاز مغز افزایش پیدا می‌کند. محرومیت مواد افیونی در نتیجه بیش‌فعالی برگشتی سیستم^۳ نورآدرنرژیک متعاقب قطع مصرف مواد افیونی ایجاد می‌شود. این موضوع چرایی اثربخشی **کلونیدین** یک داروی **α2**-آدرنرژیک در درمان محرومیت مواد افیونی را توضیح می‌دهد.

عوارض مصرف مواد افیونی

مصرف مواد افیونی و داروهای آپئوئیدی تجویزی می‌تواند منجر به وابستگی به مواد افیونی شود. وابستگی به مواد افیونی علاوه بر ایجاد آفت کارکرد پیش‌رونده در حوزه‌های شغلی، اجتماعی، خانوادگی، مالی و قانونی با خطر افزایش یافته برای بروز مجموعه‌ای از بیماری‌های طبی و روان‌پزشکی همراه است.

در مطالعات کوهورت و همچنین در مطالعات اپیدمیولوژیک در سال ۲۰۱۹، روی مصرف کنندگان مواد، حدود دو سوم افراد حداقل یک اختلال روان‌پزشکی همراه دارند. تصویر بالینی در بین افراد دارای اختلال مصرف مواد، اختلالات شخصیتی همراه، افسردگی و سندرم اضطراب و درصد کمی، سایکوز ناشی از مصرف مواد یا سایکوز اولیه است. بر اساس گزارش مطالعات مروری، اختلالات عاطفی / خلقی و اختلالات اضطرابی در ۴۰-۲۰٪ از افراد دارای اختلال مصرف مواد [۱۵-۱۵] دیده می‌شود. با این حال، از آنجا که خلق و خوی / افسردگی و اضطراب با افزایش خطر ابتلا به خودکشی همراه هستند و خودکشی را به میزان ۵ تا ۱۵٪ در مصرف کنندگان مواد مخدر [۱، ۲، ۲۲] و ۳-۳۵٪ در مصرف کنندگان هروئین به طور خاص [۱۲] افزایش می‌دهند، این اختلالات همیشه باید مورد توجه قرار گیرند.

¹ opioid-naive

² locus ceruleus

³ rebound hyperactivity

مرگ پیش از موعد ناشی از بیش مصرفی مواد افیونی شدیدترین عارضه جسمی ناشی از مصرف مواد افیونی است. مرگ ناشی از بیش مصرفی در نتیجه ایست تنفسی ناشی از اثر تضعیف تنفسی مواد رخ می‌دهد. علائم بیش مصرفی 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 بیش مصرفی مواد افیونی است، در مراحل پیش‌رفته بیش مصرفی و متعاقب هیپوکسی شدید مردمک متسع می‌شود. مصرف هم‌زمان مواد افیونی با سایر داروهای تضعیف دستگانه اعصاب مرکزی همچون بنزودیازپین‌ها اثر هم‌افزا داشته و خطر بروز بیش مصرفی 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.

براساس داده‌های گزارش شده توسط مقامات ایرانی در گزارش جهانی ایدز ۲۰۱۳، تعداد ایرانیانی که مبتلا به HIV هستند ۷۱,۰۰۰ نفر (دامنه: ۵۳۰۰۰-۱۰۰۰۰۰) تخمین زده می‌شود که تقریباً ۳۸٪ آنها ویروس را از طریق روش‌های تزریق غیر ایمن مواد به دست آورده‌اند. نزدیک به ۱۵٪ از مصرف‌کنندگان مواد مخدر تزریقی و ۳-۵٪ افرادی که از طریق راه‌های غیر تزریقی مواد مخدر استفاده می‌کنند، دارای HIV مثبت هستند و بنابراین منبع مهم جدی عفونت HIV برای شرکای جنسی و زناشویی خود خواهند بود. هر چند مصرف تدخینی تریاک در مقایسه با مصرف هروئین و مصرف تزریقی به لحاظ شدت تخریب روان پزشکی و ابتلاء به عفونت‌های منتقله از راه خون کم‌خطرتر 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 سکنه‌های مغزی** مورد توجه محققان کشور قرار گرفته است. این مطالعات نشان می‌دهد مصرف مواد افیونی با خطر افزایش‌یافته برای بیماری کرونری قلب و سکنه‌های 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-گنادهای 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 اُفت 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.

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

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

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 مونوآمین‌اکسیدازها می‌تواند منجر به ناپایداری سیستم عصبی اتونوم، تشنج، کوما و مرگ شود.

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

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 فنیل‌اتیل‌آمین مرکزی هستند. آمفتامین و مت‌آمفتامین اولین بار در اواخر قرن نوزدهم میلادی به صورت صناعی با استفاده از افدرین موجود در گیاه **افدراسینیکا** در کشور ژاپن ساخته شد. این گروه مواد همچنین شامل متیل‌فنیدیت (ریتالین) می‌شود که ساختار متفاوت اما اثرات مشابهی دارد.

¹ erythroxylum coca

علاوه بر ترکیبات شبه‌آمفتامینی صنعتی، مواد محرک شبه‌آمفتامینی با منشاء گیاهی نیز شناسایی شده است که شامل کاتینون^۱ موجود در برگ‌های تازه گیاه **کاتا ادولیس**^۲ یا **خات**^۳ می‌شود. این گیاه بومی شرق آفریقا بوده و مصرف جویدنی آن از قرن‌ها پیش در شرق آفریقا (اتیوپی، کنیا، سومالی) و غرب آسیا (یمن و عربستان سعودی) رایج است.

سایر مواد محرک شبه‌آمفتامینی شامل افدرین، پسدوآفدرین و فنیل‌پروپانولامین^۴ 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** 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 آنسفالیت، 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 صنعتی 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.

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

² catha edulis

³ khat

⁴ phenylpropanolamine (PPA)

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-متیلن‌دی‌اُکسی‌مت‌آمفتامین^۱ یک ماده با خواص محرک است که با نام خیابانی قرص اِکس 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-متیلن‌دی‌اُکسی‌مت‌آمفتامین (قرص اِکس) در دهه ۱۹۸۰ میلادی در بازار غیرقانونی رایج شد. در آن زمان مواد این دسته برای سیستم‌های قانونی شناخته‌شده نبود و نام مواد طراح^۲ بر آنها گذاشته شد، با این تصور که این مواد عمده‌اً برای دوز زدن قانون تولید شده است، هر چند این موضوع به لحاظ تاریخی صحیح نبوده و تولید و مجوز اختراع این مواد به سال‌های قبل برمی‌گردد. مصرف اکستیزی در ایران در سال‌های اواخر دهه ۱۳۷۰ و در اوایل دهه ۱۳۸۰ شمسی رایج شد، اما با گسترش همه‌گیری مت‌آمفتامین مصرف آن در کشور رو به کاهش گذاشت.

به قرص اکس و گروهی از مواد همچون ال‌اس‌دی، گاما‌هیدرو بوتیرات^۳، کتامین، مت‌آمفتامین و قرص فلونیتراپام مواد بزمی^۴ 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^۵ صنعتی کردند. ماده‌ای که خواص آن مشابه کاتینون بوده و با نام‌های خیابانی مختلف مثل کت^۶، میومیو و کرانک به فروش می‌رسید. گسترش آن تا حدی به دلیل سهولت تولید غیرقانونی آن از افدرین یا پسودوافدرین بود. مصرف این ماده در کشور ما رایج نیست. در سال‌های اخیر مصرف فن‌اتیلن^۷، یک ماده محرک شبه‌آمفتامینی با نام خیابانی کپتاگون^۸ در میان جنگجویان داعش در کشورهای عراق و سوریه دیده شده است و برخی جنایات و رفتارهای غیرانسانی این گروه به مصرف این ماده منتسب می‌گردد.

¹ 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA)

² designer drug

³ γ-hydroxybutyrate (GHB)

⁴ club drugs

⁵ methcathinone

⁶ CAT

⁷ fenetylline or phenethylamine (amphetamineethyltheophylline)

⁸ captagon

به عنوان یک کلاس کلی از مواد، آمفتامین‌ها در گروه مواد نیروبخش^۱، سمپاتومیمتیک، محرک و محرک روانی^۲ 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 تدخینی محرک‌های شبه‌آمفتامینی نیز رایج است و آن طور که گفته شد رایج‌ترین شیوه مصرف مت‌آمفتامین در کشور ما است.

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

مصرف آمفتامین‌های کلاسیک نظیر مت‌آمفتامین، دکستروآمفتامین و متیل‌فنیدیت، اثرات خود را از طریق رهایش کاتکول‌آمین‌ها (دوپامین و نوراپی‌نفرین) خصوصاً دوپامین از پایانه‌های پیش‌سیناپسی اعمال می‌شوند. این موضوع از طریق تحریک مدار پاداش باعث تجربه احساس سرخوشی می‌شود. آمفتامین‌های طراح^۳ همچون اکستیزی منجر به رهایش کاتکول‌آمین‌ها (دوپامین و نوراپی‌نفرین) و سرتونین می‌شود. تحریک سیستم سروتونینی مسیر عصبی - شیمیایی اصلی اثرگذاری مواد توهم‌زا است. در نتیجه، محرک‌های طراح ترکیبی از اثرات آمفتامین‌های کلاسیک و مواد توهم‌زا ایجاد می‌کنند.

۳،۴-متیلن‌دی‌اکسی مت‌آمفتامین با نام خیابانی اکستیزی یا قرص اکس، ۳،۴-متیلن‌دی‌اکسی آمفتامین^۴، ۲،۵-دی‌متوکسی-۴-بروموآمفتامین^۵ و پارامتوکسی آمفتامین^۶ مجموعه موادی هستند که اثرات مشابه آمفتامین و ال‌اس‌دی (لیسرژیک اسید دی‌اتیل‌آمید)^۷ 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:

¹ analeptic

² psychostimulant

³ designer

⁴ MDA: 3,4-methylenedioxyamphetamine

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

⁶ PMA: Paramethoxyamphetamine

⁷ LSD: Lysergic acid diethylamide

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

عوارض مصرف مواد محرک

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 علاجی 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 مواد محرک عبارتند از: سکته قلبی، فشار خون حاد، سکته مغزی و ایسکمی روده‌ای. طیفی از علائم نورولوژیک از انقباض و سفتی عضلات تا تشنج، اغما و مرگ با مصرف دوزهای بالای آمفتامین‌ها مرتبط است.

مصرف مواد محرک با افزایش رفتارهای پرخطر جنسی شامل رابطه جنسی بدون محافظت و تعدد شرکای جنسی همراه است. مطالعات بین‌المللی نشان داده است کسانی که مواد محرک آمفتامینی مصرف می‌کنند ۲-۳ برابر بیشتر در معرض ابتلا به عفونت‌های منتقله از راه جنسی شامل کلامیدیا، سیفلیس، گنوره‌آ و اچ‌آی‌وی هستند. مصرف مواد محرک با عدم استفاده مداوم کاندوم، مصرف پیش از رابطه جنسی و ارتباط جنسی در ازای پول یا مواد ارتباط دارد. مصرف مواد محرک در افراد مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی منجر به 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.

¹ meth mouth

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

مصرف محرک های آمفتامینی در بارداری منجر به کاهش وزن تولد، کاهش قد و دور سر، زایمان زودرس و تأخیر رشدی بعد از تولد می شود. خطر تأخیر رشد داخل رحمی با مواد محرک در مقایسه با مواد افیونی، سیگار و حشیش بالاتر است. مصرف محرک های آمفتامینی احتمال تأخیر رشد داخل رحمی را ۳-۳/۵ برابر بالا می برد (۱۵٪ در مقایسه با ۵٪ در زنان غیرمصرف کننده)، در حالی که سیگار کشیدن خطر افزایش یافته ۲ برابر دارد. کاهش خون رسانی رحم و جفت به دلیل انقباض عروقی ناشی از مصرف مت آمفتامین 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 پرده ها را بالا می برد. مشکلات دیگر همچون سقط خودبه خودی، زایمان زودرس، ناهنجاری های مادرزادی، نقایص رفتاری و رشدی در نوزاد و مشکلات شیر خوردن با شیوع بیشتری دیده می شود، البته در این گونه موارد تمام مشکل قابل انتساب به مصرف مواد محرک نیست بلکه عوامل دیگر همچون سیگار کشیدن، سوء تغذیه، عدم دریافت مراقبت بارداری کافی، عفونت ها، سبک زندگی نامناسب و فقر نیز دخیل هستند.

قطع مصرف مت آمفتامین در طول بارداری می تواند 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 مت آمفتامین استفاده کرده بودند به صورت معنی داری از کودکان متولد شده از زنانی که فقط در سه ماهه اول و دوم آن را مصرف کرده بودند، پایین تر بود.

به جز اعتیاد سایر عوارض روان پزشکی ناشی از مصرف مواد محرک شامل افسردگی، اضطراب، حملات هول (پانیک)، خودکشی و پسیکوز می شود. یکی از برجسته ترین پیامدهای روان پزشکی مصرف مت آمفتامین القای جنون یا پسیکوز در فرد است که می تواند از نظر بالینی آن قدر شدید باشد که نتوان آن را از اسکیزوفرنی پارانوئید افتراق داد. شایع ترین هذیان در پسیکوز القاء شده توسط مت آمفتامین هذیان های گزند و آسیب هستند و توهم های شنوایی و بینایی در درجات بعدی قرار می گیرند. اقلیتی از بیماران علائم منفی را تجربه می کنند. هذیان بی وفایی نسبت به همسر یا شریک زندگی در مصرف کنندگان مواد محرک شایع بوده و می تواند 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 مت آمفتامین 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 می شود. در گروه دیگری از بیماران متعاقب مصرف مزمن مواد محرک علائم جنون بدون تغییر حالت هوشیاری و جهت یابی دیده می شود که به آن پسیکوز القاء شده از اثر مواد محرک می گویند.

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

با مصرف مواد محرک مصرف‌کنندگان دچار رفتارهای اجبار گونه^۲ و تکراری^۳ چون بازرسی اشیاء و وسایل، شمارش اجسام، جمع کردن وسایل بی ارزش یا فاقد ارزش برای بیمار^۴، حرکات تکراری در اندام‌ها، تکرار ژست‌های خاص و تکیه کلام‌های به خصوص، دست زدن اجباری به برخی وسایل یا مردم، کندن موها^۵ 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^۶ 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^۷ 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 ۳-۸ خطرات مصرف مواد محرک به ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر آورده شده است.

1 reverse tolerance

2 compulsive

3 repetitive

4 hoarding

5 trichotillomania

6 somatic delusions

7 irritable

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

بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن، دهیدراتاسیون، کاهش مقاومت به عفونت	
دشواری در تمرکز و به خاطر آوردن چیزها	
نوسانات خلقی، اضطراب، افسردگی، بی‌قراری، شیدایی (مانیا)، هول (پانیک)، بدبینی (پارانویا)	
تیک، رفتارهای تکراری و اجباری	
مسمومیت، قفل شدگی فک، اسپاسم عضلانی، آریتمی قلبی	
عفونت‌های منتقله از راه جنسی نظیر 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 **تحميل 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 (معمولاً ۴ هفته) باشد.

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

قبل از معرفی بنزودیازپین‌ها، 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 بازبیتورات‌ها 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 نورون می‌شود که بر روی نورون اثر مهاری دارد.

سازوکار ایجاد تحمل نسبت به اثر بنزودیازپین‌ها به خوبی شناخته شده است. با مصرف طولانی مدت 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 بیش‌مصرفی

¹ Z drugs

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

³ downregulation

(آوردوز)، تصادفات و جراحات عمدی و غیرعمدی شود. برون‌ریزی هیجانی، مهارگسیختگی، حملات خشم، پرخاش‌گری و نزاع ممکن است رخ دهد. مصرف هم‌زمان الکل و سایر مواد 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.

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 **بیش مصرفی** ناشی از بنزودیازپین‌ها در مقایسه با باربیتورات‌ها پایین‌تر است. گرچه، در صورت مصرف آن‌ها با سایر مواد مثل الکل، استامینوفن یا مواد افیونی، خطر بیش مصرفی 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.

بیش مصرفی 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 تضعف دستگاه اعصاب مرکزی اثر هم‌افزا بر روی سرکوب تنفسی دارد. در صورت مصرف هم‌زمان با سایر مواد دوزهای معمول بنزودیازپین‌ها می‌توانند **کشنده** باشند.

در **جدول ۳-۹** خطرات مصرف داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور به ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر آورده شده است.

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

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

فصل چهارم:

مهارت‌های پایه مشاوره

عناوین فصل

- برقراری ارتباط با گروه‌های هدف
- نکاتی برای برقراری ارتباط مناسب
- ارتباط درمانی (راپو)

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود:

- اصول برقراری یک ارتباط مؤثر برای ارائه خدمات را بشناسید.
- با نحوه برقراری هدف با گروه‌های هدف برنامه آشنا شوید.

برقراری ارتباط با گروه‌های هدف

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. کارشناسان سلامت روان ارایه‌دهنده خدمات اختلالات مصرف مواد، باید با مجموعه‌ای از مهارت‌های پایه در زمینه ارایه مداخلات آموزشی و روان‌شناختی به این گروه از خدمت‌گیرندگان آشنا باشد.

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

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

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.

نکاتی برای برقراری ارتباط مناسب

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 کارشناسان سلامت روان ارتباط مناسبی با مراجعان و خدمات‌گیرندگان 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 بگذارد.
- 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 با شرکت‌کنندگان باید با زبانی نرم و مهربان صحبت کنید.

- هر جلسه را با صحبت در رابطه با جمع بندی مطالب جلسه گذشته آغاز کنید.
- مراجع و خانواده را تشویق نمایید تا درباره آنچه که فکر می کنند 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 می شود مراجع بداند که شما به سخنان وی گوش داده‌اید و فرصت داشته باشد مسائلی را که شما به درستی متوجه نشده‌اید را اصلاح کند.
- در صورتی که از نظر فرهنگی پذیرفته شده است، کارشناسان سلامت روان 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.

ارتباط درمانی (راپو)

یکی دیگر از مهارت‌های پایه در ارایه مشاوره‌های تغییر رفتار توانایی کارشناسان سلامت روان در برقراری ارتباط درمانی^۱ (راپورت^۲) است. یکی از یافته‌های جالب در مداخلات روان‌شناختی اعتیاد آن است که انواع روان‌درمانی‌ها از نظر میزان اثربخشی بسیار نزدیک هستند. این پرسش مطرح می‌گردد که علت این موضوع چیست؟

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

با در نظر گرفتن این موارد، قطع مصرف مواد به عنوان عامل اتصال عاطفی و متصل شدن به یک انسان دیگر (درمان‌گر یا ارایه‌دهنده مراقبت) اساس بسیاری از مداخلات تغییر رفتار است. در واقع، در ابتدا مراجع از مواد دل می‌کند و به ارایه‌دهنده مراقبت دلبستگی

¹ therapeutic alliance

² rapport

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 موفقیت‌شناسایی 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:

- داوطلبانه بودن
- رازداری
- همدلی
- پذیرش
- غیرقضاوتی بودن
- احترام
- مراجع‌محوری
- رویکرد انگیزشی
- اولویت‌بندی اهداف
- تأکید بر مشارکت فعال
- مراقبت ساختارمند

¹ attachment oriented therapy

- رفتار حرفه‌ای

- 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 کارشناسان مراقب سلامت خانواده یا بهورزان هیچ گاه نباید استفاده از روش‌های سم‌زدایی اجباری کوتاه‌مدت به صورت اقامتی یا بستری را به خانواده‌ها توصیه نمایند، زیرا نتایج موفقی به دنبال نداشته و می‌تواند با عوارضی نظیر افزایش خطر بیش‌مصرفی پس از ترخیص همراه باشد.

در صورتی که خانواده‌ای یکی از اعضای مصرف‌کننده خود را با استفاده از فشار بیرونی برای ارزیابی نزد کارشناس سلامت روان آورده باشند، متناسب با سطح همکاری و تمایل فرد غربال‌گری و ارایه آموزش، مداخله انگیزشی مختصر و سایر مراقبت توصیه می‌گردد. برای این مراجعان، داشتن یک تجربه مثبت با کارشناس سلامت روان مرکز می‌تواند احتمال مراجعه مجدد داوطلبانه آنها را در آینده افزایش دهد.

یکی از چالش‌های خانواده‌ها در حوزه اختلالات مصرف مواد افرادی هستند که مواد مصرف می‌کنند، اما به صورت داوطلبانه برای دریافت خدمات بهداشتی، درمانی مراجعه نمی‌کنند. 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. کارشناسان سلامت روان محرم مراجعان خود هستند و نباید اطلاعاتی که در طول جلسه درمانی به دست می‌آورند، بدون کسب اجازه از فرد با اشخاص دیگر همچون خانواده فرد در میان بگذارند. بر این اساس، درمان‌گر مجاز نیست، مصرف مواد مراجع را بدون آگاهی و رضایت او با دیگران به اشتراک بگذارد. همان طور که پیشتر ذکر شد به منظور حفظ رازداری برگزاری جلسات مصاحبه به صورت انفرادی و در محیط خصوصی ضرورت دارد. اصل رازداری **استثنائاتی** نیز دارد. این موارد عبارتند از:

- قصد آسیب به خود یا خودکشی

- قصد آسیب به دیگران

○ آزار کودکان

○ پسیکوز یا دلیریوم که ممکن است مخاطرات جدی متوجه سلامت فرد یا دیگران باشد.

در این گونه موارد کارشناس سلامت روان یا سایر 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 کارشناس سلامت روان و سایر کارکنان تیم سلامت می‌توانند برخی اطلاعات کلی را به منظور تسهیل تداوم مراقبت‌ها پس از اخذ رضایت از خود فرد (خصوصاً در نوجوانان ۱۲ تا ۱۸ سال) با والد یا مراقب او در میان بگذارند.

• همدلی

همدلی به معنای فهم مراجع است. اجزای همدلی عبارتند از گوش دادن با دقت، احترام و نشان دادن درک احساسات و تجارب فرد. لازم به توضیح است که همدلی به معنای تأیید یا توجیه رفتار بیمار نیست، بلکه شامل تلاش صادقانه 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 ارایه 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 سلامت به کارشناس سلامت روان و رفتار بگوید: «شما هرگز نمی‌توانید مرا درک کنید، زیرا هرگز تجربه نشنگی 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 نشنگی 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، روان-شناختی و رفتاری است که افراد غیرمعتاد نیز آن را تجربه کرده‌اند و می‌توانند آن را در افراد معتاد ببینند و با درد و رنج ناشی از آن همدلی کنند.»

○ «افرادی که معتاد هستند صرفاً با تجربه زندگی یک فرد معتاد آشنا هستند، اما درمان‌گران حرفه‌ای در طول سال‌های فعالیت خود صدها فرد مبتلا به اختلالات مصرف مواد اعم از مرد و زن، با سنین و جایگاه‌های اجتماعی مختلف را دیده‌اند. این موضوع باعث می‌شود یک درمان‌گر حرفه‌ای بیش از یک فرد خاص با ابعاد مختلف مشکلات و رنج‌های بیماران معتاد آشنا بوده و بتواند با آن همدلی نماید.»

• بی‌طرفی

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

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

برای برقرری ارتباط موفق با مراجع باید بتوانید در عین حال که نگرانی خود را در ارتباط با وضعیت سلامتی وی بیان می‌کنید، آنها را همان طور که هستند بپذیرید. البته، ممکن است برای تان سخت باشد که ببینید مراجع انتخاب‌های 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 انتخاب‌هایی که در اختیار آنها می‌گذارید گوش دهند. این کار اغلب زمینه مثبتی را مهیا می‌کند که مراجع را به سمت انتخاب‌های سالم‌تر تشویق می‌کند.

• غیرقضاوتی بودن

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

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

غیرقضاوتی بودن به معنای نداشتن قضاوت شخصی و یا تأیید رفتارهای مشکل‌آفرین مراجع نیست، بلکه به معنای آن است که ارایه‌دهندگان مراقبت قضاوت‌های شخصی‌شان را در کار حرفه‌ای خود دخالت نمی‌دهند. در واقع، باید مراقب باشید تا قضاوت-های 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

¹ enabling

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 انتخاب های خود نیز تأکید می‌شود.

• مراجع محوری

رویکرد مراجع محور¹ به معنای در اولویت قرار دادن نیازهای مراجع در برابر اهداف برنامه است. در این رویکرد به نگرانی‌ها و علائق فرد اهمیت داده می‌شود. در مراجع محوری تلاش می‌شود متناسب با نیازهای درک شده مراجع مراقبت‌ها ارائه شود و در عین حال تلاش شود از طریق برقراری ارتباط مؤثر به مراجع کمک شود تا 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 ارائه 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 ارائه گردد. در واقع، حتی اگر مصرف‌کننده به هر دلیلی نمی‌خواهد یا قادر نیست الگوی مصرف مواد خود را تغییر دهد، ولی بازهم حق دریافت مراقبت بهداشتی را دارد.

در این رویکرد ارائه‌دهندگان مراقبت سلامت به جای آن که یک هدف از پیش تعیین شده به عنوان اولویت مداخله تعیین کرده باشند، تلاش می‌کنند از منظر مراجع به مشکلات نگرینسته و اولویت مداخله را بر اساس نیاز و ترجیحات او تعیین نمایند. این سبک برخورد پیش‌نیاز نظام سلامت در ارائه مراقبت رفتاری محسوب می‌شود.

ممکن است این تصور در نزد برخی از ما به عنوان ارائه‌دهندگان 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.

¹ client-centered

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

برای حفظ یک رویکرد انگیزشی آشنایی با مفهوم انگیزه و نقش سبک ارایه‌دهنده مراقبت در ارتقای آن اهمیت بالایی دارد. در راهنمای مداخله مختصر در مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد و همچنین در راهنمای مداخله شناختی- رفتاری کوتاه‌به نقش و جایگاه اتخاذ یک سبک انگیزشی در ارایه 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 مشکل

¹ hierarchical

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 درد دل 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 روان‌درمانی اعتیاد محتوای جلسات، اهداف جلسات، مقدار جلسات و ساختار جلسه مشخص می‌شود.

در صورتی که جلسه بدون ساختار و انضباط زمانی می‌تواند خسته‌کننده باشد و مداخله را از یک درمان حرفه‌ای دور شده و به سمت درد و دل بگلتد.

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

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

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

یکی از نکاتی که در رفتار حرفه‌ای باید مورد توجه قرار گیرد آنست که نگاه نظام سلامت به اعتیاد به صورت یک بیماری مغزی مزمن و عودکننده است که همچون سایر بیماری‌های مزمن سیر بهبودی در یک خط مستقیم روی نمی‌دهد بلکه با فروکش و عود همراه است. در این رویکرد در صورتی که بیمار در دستیابی به هدف درمانی موفق نباشد، از برنامه مراقبت اخراج نمی‌شود، بلکه جامعیت مراقبت‌ها افزایش داده شده و یا فرد برای دریافت درمان‌های اختصاصی یا تخصصی به سطوح بالاتر ارجاع می‌شود.

تحت شرایط خاص در صورتی که فرد قوانین و مقررات مرکز خدمات جامع سلامت را نقض نماید، کارشناس سلامت روان و پزشک مرکز می‌توانند، ارایه مراقبت مستقیم به فرد در داخل مرکز را خاتمه داده و فرد را برای دریافت خدمات به سطوح بالاتر ارجاع دهند.

این شرایط عبارتند از:

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

¹ self-disclosure

○ ارتکاب جرم مثل سرقت، اخازی، ایجاد مزاحمت ناموسی، فحاشی و 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.

یکی از چالش‌های کار با کسانی که مواد مصرف مواد می‌کنند، پایین بودن آمادگی و انگیزه آنها برای تغییر رفتار است. این موضوع ارایه خدمات و مراقبت‌ها به این گروه جمعیتی را با مشکل مواجهه می‌کند. برای آشنایی بیشتر با ماهیت انگیزه، نحوه شکل‌گیری آن و نحوه برخورد با کسانی که آمادگی و انگیزه کافی برای تغییر رفتار ندارند، راهنمای مداخله مختصر برای مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد را ببینید.

• پذیرش

برای برقراری ارتباط موفق با مراجع باید بتوانید در عین حال که نگرانی خود را در ارتباط با وضعیت سلامتی وی بیان می‌کنید، آنها را همان طور که هستند بپذیرید. البته، ممکن است برای تان سخت باشد که ببینید مراجع انتخاب‌های 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 انتخاب‌هایی که در اختیار آنها می‌گذارید گوش دهند. این کار اغلب زمینه مثبتی را مهیا می‌کند که مراجع را به سمت انتخاب‌های سالم‌تر تشویق می‌کند.

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.
- اصول و مبانی فرزندپروری در کودکان و نوجوانان را شرح دهید.
- اصول و مبانی آموزش مهارت‌های زندگی در مدرسه را شرح دهید.
- مداخلات مهم تحصیلی در مدرسه را توصیف کنید.

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

هدف اقدامات پیشگیری اولیه آن است که از طریق کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ

احتمال شروع مصرف مواد را در گروه هدف کاهش دهد.

مداخلات پیشگیری اولیه بر اساس مخاطبان هدف برنامه خود به سه گروه کلی طبقه‌بندی می‌شوند:

- **پیشگیری همگانی¹** - هدف مداخلات همگانی، جمعیت سالمی هستند که دچار بیماری نشده‌اند. جمعیت مورد نظر در مداخلات پیشگیرانه همگانی می‌تواند کل جامعه دانش‌آموزان، مادران باردار یا افراد شاغل باشد. مانند طرح آموزش مهارت‌های زندگی به کلیه دانش‌آموزان مدارس یا آموزش فرزندپروری به کلیه والدین.
- **پیشگیری انتخابی²** - هدف مداخلات انتخابی، همه افرادی است که میزان احتمال خطر شروع مصرف مواد و یا ابتلا به بیماری 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 همسالان به فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد، یا کودکانی که در پرورشگاه‌ها زندگی می‌کنند، یکی از مداخلات پیشگیرانه انتخابی محسوب می‌شوند.
- **پیشگیری موردی³** - مداخلات پیشگیرانه موردی به افراد پُرخطری می‌پردازد که نشانه‌ها و علائمی از یک اختلال یا بیماری را نشان می‌دهند. غربال‌گری یا مداخله مختصر با دانش‌آموزی که به تازگی و تقنی مواد مصرف می‌کند، نمونه‌ای

¹ universal

² selective

³ indicative

از این نوع مداخله می‌باشد. متن حاضر، در زمینه پیشگیری همگانی و انتخابی تهیه و تدوین شده است و به پیشگیری موردی در فصل‌های مرتبط با درمان پرداخته شده است.

پیشگیری اولیه از مصرف مواد :

راهبردهای کلان پیشگیری از مصرف مواد شامل دو بخش است، یک: جلوگیری از ورود و عرضه مواد به داخل کشور (کاهش عرضه) دو: پیشگیری از گرایش به مصرف مواد (کاهش تقاضا).

با وجود تلاش‌های فراوانی که در دهه‌های اخیر، توسط سازمان‌های بین‌المللی و ملی در کشورهای مختلف در زمینه کاهش عرضه مواد در ابعاد گوناگون انجام شده، به نظر می‌رسد که به طور کلی پیشگیری از اعتیاد از طریق کاهش عرضه با توفیق چندانی همراه نبوده است.

چنانکه بر اساس گزارشات سازمان ملل متحد (۲۰۱۱)، سالانه مقامات امنیتی، نظامی و انتظامی کشورها تنها موفق به کشف و ضبط ۲۰ تا ۳۰ درصد مواد مخدر تولید شده در سطح جهان شده‌اند. این گفته بدان معنا است که سوداگران مرگ ۷۰ تا ۸۰ درصد از محصولات تولیدی خود را همچنان به دست مصرف‌کنندگان می‌رسانند. لذا تأکید می‌گردد، باید به سیاست‌های کاهش تقاضا و پیشگیری اولیه توجه بیشتری گردد.

از سوی دیگر، تحقیقات متعدد نشان داده‌اند که مصرف زودهنگام هرگونه ماده‌ای می‌تواند برای مصرف‌های بعدی و ظهور رفتارهای ضد اجتماعی در آینده یک عامل خطر جدی به حساب آید، حال آنکه پیشگیری اولیه به جوامع فرصت می‌دهد که مشکلات مربوط به مواد را پیش از آنکه آغاز شوند، متوقف سازند و رفتارهای سالم را مورد حمایت قرار دهند.

از زمانی که مصرف مواد به عنوان رفتاری چندعاملی شناخته شده است، این موضوع به عنوان ضرورتی اجتناب‌ناپذیر به نظر رسیده است که راهبردهای پیشگیرانه متعدد و متنوعی نیز برحسب هر یک از وضعیت‌ها، خاستگاه‌ها و خط سیرهایی که رفتار اعتیادی در آن نمود و بروز می‌نماید، مورد توجه و کاربرد قرار گیرد.

برحسب نوع و سطوح مداخله و عوامل خطرآفرین، مؤثرترین راهبردهای مداخله‌ای در چهار حیطه قرار می‌گیرند. این حیطه‌ها

عبارتند از:

۱ - فرد

۲ - خانواده

۳ - گروه همسال

۴ - جامعه که شامل حیطه‌های فرعی‌تر مدرسه، محیط کار و محله است.

نتایج تحقیقات اخیر نشان داده‌اند، زمانی که برنامه‌های پیشگیری بیش از یک حوزه را در یک برنامه‌ی جامع تحت پوشش قرار می‌دهند، مداخلات کارآمدی بیشتری خواهند داشت.

عمده‌ترین اهداف پیشگیری اولیه از مصرف مواد کدامند؟

طبق مباحث نظری و ادبیات پیشگیری از مصرف مواد، مهم‌ترین اهداف پیشگیری اولیه از مصرف مواد عبارتند از:

۱ - شناخت علل مصرف مواد و تدوین یک برنامه مداخله‌ای برای رفع آن

۲ - کاهش عوامل مخاطره‌آمیز و پرخطر

۳- آگاه‌سازی افراد جامعه، خصوصاً افراد در معرض خطر از خطرات و مضرات مصرف مواد

۴ - افزایش مقاومت فرد در مقابل وسوسه‌های مواد از طریق آموزش مهارت‌های زندگی نظیر مهارت خودآگاهی، حل مسئله و

کنترل هیجانات منفی، تفکر نقاد، امتناع ورزی و ارتباط اجتماعی

۵ - تقویت فعالیت‌های جایگزین مصرف مواد، به منظور ارضای نیازهای روانی - اجتماعی افراد مانند تقویت برنامه‌های تفریحی

و ورزشی برای رفع نیازهای هیجان طلبی و لذت جویی

۶ - مشاوره و مداخله حین بحران و حوادث تنش‌زای زندگی از جمله مشکلات دوران انتقالی زندگی مانند زمان بلوغ، فشارهای

عاطفی، اقتصادی، طلاق والدین و مهاجرت

۷ - ارتقاء سطح آگاهی فرهنگی، تقویت باورهای معنوی و اعتقادات مذهبی و اخلاقی در جامعه

۸ - وضع، اصلاح و تقویت قوانین و مقررات کارآمد و مؤثر در مبارزه با مواد

۹ - درمان وابستگی به مواد با هدف جلوگیری از اشاعه و سرایت مصرف مواد و پیامدهای آن در اطرافیان و جامعه

چگونه باید برای پیشگیری از مصرف مواد برنامه ریزی کنیم؟

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

الف - مداخلات پیشگیری باید بر چه کسانی تمرکز یابند؟

◀ افراد و گروه‌هایی که به روشنی تعریف شده باشند.

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

◀ مداخلات پیشگیری از مصرف مواد زمانی مؤثر و کارآمد واقع می‌شوند که بیشترین تمرکز خود را بر افراد جوان جامعه (از کودکی تا جوانی) قرار دهند

◀ خطرناکترین دوره برای آسیب پذیری جوانان در برابر مصرف مواد مراحل انتقالی بزرگ و تغییر مقاطع تحصیلی (ورود به راهنمایی، دبیرستان، دانشگاه و گاه یک محیط کار پرخطر) است.

◀ یک مداخله پیشگیرانه باید علاوه بر جمعیت هدف (به عنوان مثال نوجوان) گروه همسال، خانواده بویژه والدین و سایر بزرگسالان تأثیرگذار مانند معلم و مربی ورزش را نیز مخاطب قرار دهد تا کارآمدی آن افزایش می‌یابد.

ب - مداخلات پیشگیرانه باید بر چه موضوعاتی تمرکز نمایند؟

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

غفلت قرار گرفته باشند.

۲- عوامل خطر ساز و عوامل محافظت کننده: مداخلات پیشگیری زمانی کارآمدتر خواهند بود که در هر سطحی که اجرا می‌گردند (همگانی Universal، انتخابی Selective و یا موردی indicative) بر مهمترین عوامل خطر و عوامل محافظت کننده جمعیت هدف تمرکز یابند. تحقیقات نشان داده‌اند که عوامل خطر و محافظت کننده در حوزه‌های مختلف فرد، خانواده، مدرسه و اجتماع ویژگی تعاملی و تجمعی دارند. یعنی هر چه تعداد آنها در جمعیت هدف بیشتر باشد، آسیب‌زایی یا حفاظت‌کنندگی آنها بیشتر می‌گردد. لذا توجه به این عوامل می‌تواند، در افزایش کارآمدی مداخلات پیشگیرانه مؤثر واقع شود.

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

۴- اطلاعات در ست درباره پیامدهای مصرف مواد: مداخلات پیشگیرانه می‌توانند با ارائه اطلاعات صحیح، مناسب، علمی، دارای تناسب فرهنگی و سنی با نیازها و انگیزه‌های آنان از مصرف مواد و داروها پیشگیری نمایند. این اطلاعات به اشکال گوناگون (تیزر، پوستر، کلاس‌های بحث آموزشی و سخنرانی) و به گروه‌های مختلف (خانواده، محله، گروه همسالان و ...) ارائه می‌گردد.

۵- نگرش‌ها و هنجارهای ضد مواد: گاه دادن اطلاعات به تنهایی برای پیشگیری از سوء مصرف ماد کافی نیست، بلکه باید سعی در تغییر نگرش، ارزش‌ها و هنجارهای فرد، خانواده‌ها، گروه همسالان و جامعه نمود، تا به افزایش کارآمدی برنامه‌های پیشگیری

منتهی گردد. این مسئله به ویژه در آغاز شیوع یک ماده جدید و تغییر الگوی مصرف از یک ماده مخدر به ماده محرک و الکل به عنوان یکی از مهم ترین مداخلات پیشگیرانه مورد تأکید است.

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

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

۱ - به اندازه کافی مقدماتی و پیشگیرانه باشند.

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

۲ - به اندازه کافی پایایی داشته باشند:

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

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

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

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

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

۱ - تعاملی (Interactive)

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

۲ - چند وجهی (multimodal)

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

۳ - توأم با خط‌مشی‌های اجتماعی

با استفاده از انواعی از خط‌مشی‌های اجتماعی ضد مواد مثل وضع قوانین، مصوبات، هنجارهای رسمی و غیررسمی و اجرای سختگیرانه آنها که کل جامعه را در بر می‌گیرد، می‌توان از مصرف مواد پیشگیری نمود. تحقیقات نشان داده که مداخلات

پیشگیرانه‌ای که بر فرد یا گروه‌های در معرض خطر تأکید دارند به تنهایی نمی‌توانند در این زمینه مؤثر باشند. بلکه زمانی کارآمدی آنها افزایش می‌یابد که با این قبیل خط‌مشی‌های اجتماعی توأم گردند و از سوی جامعه نیز مورد حمایت قرار گیرند.

استانداردهای بین‌المللی اقدامات پیشگیرانه^۱

دفتر جرم و مواد سازمان ملل متحد^۲ (UNODC)، در سال ۲۰۱۳ در یک اقدام ارزشمند مبتکرانه با جمع‌آوری و تحلیل میزان اثربخشی آخرین مطالعات علمی بین‌المللی معتبر در حوزه پیشگیری از مصرف مواد به تدوین مستنداستانداردهای بین‌المللی اقدامات پیشگیرانه در حوزه اختلالات مصرف مواد الکل پرداخت. این اثر در سال ۲۰۱۸ نیز مجدداً بر اساس آخرین یافته‌های علمی بروزرسانی و ویرایش شده است. در جدول ۵-۱ فهرست مداخلات پیشگیرانه همگانی و انتخابی استخراج شده از نسخه اول و در ادامه مهمترین مداخلات بر اساس گروه‌های هدف سنی و محیطی ارایه شده است.

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

نوجوانی	کودکی	اوایل کودکی	بارداری و قبل از تولد	محیط
همگانی و انتخابی: آموزش مهارت‌های فرزندپروری ****	همگانی و انتخابی: آموزش مهارت‌های فرزندپروری ****		انتخابی: مراقبت‌های قبل از تولد و بارداری *** انتخابی: زنان باردار مصرف‌کننده مواد *	باز آباد

^۱International Standards of Primary Prevention

<p>همگانی و انتخابی: آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی و تأثیر اجتماعی ***</p>	<p>همگانی: آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی *** همگانی: مدیریت کلاس *** انتخابی: سیاست نگهداری دانش آموزان در مدرسه **</p>	<p>انتخابی: آموزش اولیه کودکان ***</p>		<p>مدرسه</p>
---	--	--	--	--------------

الف- برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر خانواده

۱- برنامه پیشگیری در دوران نوزادی و اولیه کودکی (۲-۵ سال)

شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اختلال در مسیر تکامل رشدی بویژه در دوران نوزادی و اولیه کودکی خطر بروز رفتارهای مخرب بسیار بالا می‌برد، مگر اینکه مداخلات مثبتی انجام می‌گیرد.

نخستین تعاملات کودک در خانواده و پیش از رفتن به دبستان آغاز می‌شود. رشد مهارت‌های زبانی خاص سن و دیگر کارکردهای رفتاری و ادراکی مانند خود کنترلی، میل به تعامل و مهارت‌های اجتماعی، بیش از هر جا در خانه و با حمایت خانواده امکانپذیر است.

به تأکید سند استانداردهای پیشگیری (UNODC,2013) اولویت تدوین این برنامه برای خانواده‌های مناطق حاشیه نشین و دارای پایگاه اقتصادی- اجتماعی پایین جهت دستیابی به تکامل رشدی و شایستگی روانی اجتماعی متناسب با سن این کودکان است.

برنامه‌های اثر بخش در دوران اولیه کودکی دارای ویژگی‌های ذیل هستند:

◀ باعث بهبود مهارت‌های ادراکی، اجتماعی و زبانی کودکان می‌شوند.

◀ جلسات آموزشی والدین به طور متوالی برگزار می‌شوند.

◀ توسط مربیان آموزش دیده ارائه گردد.

◀ به خانواده‌ها در حل دیگر مسائل اجتماعی-اقتصادی کمک می‌کنند.

۲- آموزش مهارت‌های فرزندپروری:

برنامه پیشگیری مبتنی بر خانواده به عنوان یکی از مهم‌ترین مداخلات اثر بخش دوره اولیه نوجوانی باید با ارتقا کارکردهای مؤثر خانواده به تقویت روابط خانوادگی و مهارت‌های فرزندپروری مثبت والدین بیانجامد.

مهمترین اهداف آموزش مهارت‌های فرزندپروری

- ایجاد فضای امن عاطفی
- وضع مقررات برای رفتار قابل قبول
- پایش اوقات فراغت فرزندان و الگوی دوستیابی فرزندان
- کمک به آن‌ها در کسب مهارت اخذ تصمیم‌های منطقی
- ارائه الگوهای رفتاری برای فرزندان در برابر مصرف مواد و دیگر رفتارهای پر خطر

- ویژگی‌های یک برنامه فرزندپروری اثربخش

- سازماندهی به گونه‌ای است که حضور در کلاس‌ها برای والدین راحت و خوشایند باشد.
- جلسات متعدد باشد (حدود ۱۰ جلسه یا بیشتر).
- شامل فعالیت‌هایی مستقل برای والدین، فرزندان و مشترک برای تمام خانواده باشد.
- ارائه آن توسط افراد آموزش دیده باشد.

ب- برنامه‌های پیشگیرانه در محیط مدرسه

۱- برنامه بهبود محیط کلاس درس:

این برنامه که در دوره ابتدایی اجرا می‌شود، دارای شواهد اثربخشی فراوانی در مصونیت این کودکان از انواع آسیب‌ها در دوران نوجوانی است (UNODC, 2011).

یک برنامه اثربخش بهبود کلاس درس باید ویژگی‌های ذیل را داشته باشد:

- ◀ تقویت توانایی معلمین در مدیریت و نظم دادن به کلاس
- ◀ حمایت از کودکان در ایفای نقش اجتماعی خود به عنوان دانش آموز
- ◀ دارای راهبردهایی برای برخورد با رفتارهای نامطلوب هستند.
- ◀ دارای راهبردهایی برای تایید رفتارهای مطلوب هستند.
- ◀ معلمین به انتظارات بازخورد می دهند.
- ◀ شامل مشارکت فعال دانش آموزان هست.
- ◀ کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و ایدئائی زود هنگام را موجب می شود.

۲- آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی به دانش آموزان

حمایت از رشد مهارت‌های اجتماعی در کلاس درس می‌تواند باعث پیشگیری از مصرف مواد قانونی و غیر قانونی در طول دوره کودکی میانه و نوجوانی شود. بر اساس شواهد آموزش مهارت‌های تاب آوری ارائه شده به کودکان ۱۰ ساله یا کمتر می‌تواند باعث کاهش رفتارهای ناهنجار شود.

این برنامه جهت اثربخشی باید به ویژگی‌های ذیل را داشته باشد:

- این آموزش‌ها باید بر عوامل محافظتی چون تعهد به مدرسه، بهبود عملکرد تحصیلی، عزت نفس، سلامت روان و مهارت تاب آوری تاثیرگذار باشد.
- باعث بهبود مهارت‌های فردی و اجتماعی متعدد می‌شود.
- به شکل مجموعه‌ای از جلسات ساختارمند ارائه شده و اغلب در طی چندین سال، جلسات مکمل نیز به آنها اضافه می‌شود.
- توسط آموزش دهندگان یا تسهیلگران آموزش دیده ارائه می‌شوند.
- جلسات عمدتاً به صورت تعاملی برگزار می‌شوند.

۳- سیاست‌گذاری در مدرسه

- سیاست‌های مقابله با غیبت دانش‌آموزان از مدرسه
- شمول همگانی برنامه‌ها در مدرسه برای دانش‌آموزان، معلمان، کارکنان، والدین
- کاهش میزان و قابلیت دسترسی به سیگار، الکل، و مواد دیگر
- برخورد با رفتارهای پرخطر، نه با تنبیه بلکه با اقدامات مثبت همچون ارائه یا ارجاع برای مشاوره، درمان و سایر خدمات مراقبت بهداشتی یا روانشناختی و اجتماعی
- ثبات و سرعت در اعمال سیاست‌ها شامل اقدامات تشویقی برای تبعیت از مقررات و سیاست‌ها
- افزایش فعالیتهای جذاب و علاقمندی دانش‌آموز به مدرسه و کارکنان آن

ج- برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر اجتماع

برنامه‌های اجتماع محور جزو اثربخش‌ترین برنامه‌ها است. اولین قدم‌ها در برنامه ریزی یک برنامه جامعه محور پیشگیری از مصرف مواد شامل موارد ذیل است:

- ابتدا مواد مصرفی اختصاصی آن جامعه و عوامل خطر و محافظ، دیگر مشکلات کودکان و نوجوانان را در یک جامعه شناسایی می‌شود.
- مشارکت اجتماع محلی و حمایت طلبی از ذینفعان جلب می‌شود.
- بر مبنای استراتژی‌های برنامه‌های پیشگیرانه مبتنی بر پژوهش، برنامه‌ها و اهداف کوتاه مدت تدوین می‌شود.
- اهداف بلندمدت را بر اساس برنامه‌ها و منابع موجود در آینده طرح ریزی می‌شود.
- پایش و ارزشیابی در طول برنامه و همراه با پیشرفت برنامه وجود داشته باشد.
- حمایت از اعمال سیاست‌های مربوط به محدودیت دسترسی به سیگار، مواد و الکل

- با مشارکت خانواده‌ها و مدارس
- همکاری مراجع علمی در اجرا، پایش و ارزشیابی برنامه‌های مبتنی بر شواهد
- ارائه آموزش‌ها و منابع کافی به جامعه
- پایداری ابتکارات اجنماع محور در میان مدت (برای مثال، بیش از یک سال)

آشنایی با مهمترین عوامل خطر و محافظ گرایش به مصرف مواد

همانطور که قبلا گفته شد، هدف از پیشگیری اولیه از اختلالات مصرف مواد آن است که کسانی که در حال حاضر مواد مصرف نمی‌کنند، در آینده نیز با مصرف مواد درگیر نشوند. آخرین مطالعات علمی و تحلیل‌ها از راهبردهای پیشگیرانه دولت‌ها در دهه‌های اخیر نشان می‌دهد صرفا دادن اطلاعات درباره‌ی عوارض مصرف مواد، بزرگنمایی پیامدهای آن و ایجاد رعب و ترس از عوارض مصرف مواد، تاثیر قابل ملاحظه‌ای در کاهش گرایش افراد به مصرف مواد نداشته است. در واقع، آنچه که مانع جدی گرایش نوجوانان و جوانان به مصرف مواد می‌شود جامعه‌پذیری درست آنها و بهبود فرایند رشد و تکامل جسمی، روانی و اجتماعی آن‌ها در جامعه است.

لذا طبق آنچه که در سبب شناسی اعتیاد خواندیم، مطالعات اخیر از برنامه‌ها و مداخلات پیشگیرانه‌ای حمایت می‌کنند که از طریق کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ عمل می‌کنند. بر این اساس جهت ارائه خدمات پیشگیرانه اختلالات مصرف مواد در ابتدا لازم است عوامل محافظ و خطر به درستی شناخته شوند.

منظور از عوامل خطر، ویژگی‌هایی در فرد، خانواده، مدرسه، و محیط اجتماع است که احتمال مصرف مواد را افزایش می‌دهند. به این ترتیب، عوامل خطر متعددی وجود دارد که در جدول ۵-۲ به تفکیک به آنها اشاره شده است.

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 کاهش دهند و از فرد در مقابل خطرات محافظت کنند.

بنابراین در برنامه‌های پیشگیرانه مهم 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 برنامه های 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 از جمله سن و جنس طراحی شوند.

جدول ۵-۲- عوامل خطر و محافظ برای مصرف مواد و اعتیاد

موقعیت	عوامل خطر	عوامل محافظ
فردی	عزت نفس ضعیف، ابتلای به بیماری های روان پزشکی مانند افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه ^۱ ، اختلال نقص توجه و بیش فعالی ^۲ مهارت های ضعیف مقابله ای، مهارت های ضعیف اجتماعی، ویژگی های شخصیتی خطر ساز مانند هیجان طلبی طغیان، سرکشی یا انزوا	توانمندی های غنی روانی، اجتماعی: عزت نفس بالا، مهارت های اجتماعی قوی، مهارت مقابله با استرس ها
خانوادگی	دلبستگی ضعیف بین والدین و فرزندان، والدین مصرف کننده، 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 پرخاش گرانه 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 مصرف کننده مواد، هنجارهای مثبت نسبت به مواد، زندگی در محله آلوده و فقیر، دسترسی به مواد	پیوندهای مثبت با نهادهای اجتماعی مانند مدرسه و نهادهای مذهبی، داشتن نگرش های متعارف نسبت به مصرف مواد

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 می شود که خطرات مصرف

¹ PTSD: Post-traumatic stress disorder

² ADHD: Attention deficit and hyperactivity

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 می شود.

- **باور غلط شماره #۱:** مصرف مواد را هر موقع که بخواهی می توانی کنار بگذاری.

واقعیت: همه کسانی که معتاد شدند، همین باور را داشتند. ولی وقتی فرد مواد را تجربه کرد، دچار ولع می شود. یعنی میل دارد که باز مواد را مصرف کند. علاوه بر این، بعضی از مواد مانند تریاک، وابستگی جسمی می دهند یعنی بعد از مدتی مصرف، اگر ماده به آنها نرسد، دچار مشکلاتی می شوند. همچنین، موادی مانند تریاک، تحمل ایجاد می کنند. 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، می توانی 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 به خصوص پدیده ولع یا وسوسه. از آن جایی که همه مواد، مدار پاداش در مغز را تحریک می کنند، هنگامی که فرد مواد را تجربه کرد، میل مکرر دارد که دوباره آن را تجربه نموده و دچار وسوسه می شود. به همین دلیل، نیز توصیه می شود 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 می شود. اگر چه این اتفاق بعد از گذشت مدتی از مصرف رخ می دهد، ولی باید گفت حشیش ماده خطرناکی است چون توهم‌زاست و همچنین می تواند منجر به جنون و روان‌پریشی شود.

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

واقعیت: بسیاری از مواد گیاهی نیز می توانند 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 می کنند.

واقعیت: اکثریت جوانان و نوجوانان مواد مصرف نمی کنند. عده کمی مواد مصرف می کنند.

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

واقعیت: بر روی قرص ها و داروها آزمایش های زیادی انجام شده که بی ضرر بودن آنها را اثبات کرده اند. از سوی دیگر، تأثیر مواد بر بیماری ها و سلامت انسان سال ها است که مطالعه شده است و هر چه ارزش درمانی داشته است، توسط کمپانی های داروسازی به صورت دارو به شکل های مختلف بیرون آمده است. اکثر قرص ها و داروها اثرات اعتیاد آوری ندارند ولی مواد این قابلیت را دارند. بنابراین، باید گفت مصرف قرص ها 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 لحظه هایش استفاده کند.

واقعیت: اگر چه شادی و خوشحالی تجارب مهم و مثبتی در زندگی انسان هستند که کیفیت زندگی وی را تعیین می کنند ولی کسب شادی و خوشحالی به هر شکلی، سالم نیست و می تواند پیامدهای سنگین و مخربی به دنبال داشته باشد. مصرف مواد هر چند باعث تجربه موقت احساس سرخوشی می شود 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 می شود.

واقعیت: واقعیت آن است که حشیش نه منجر به خلاقیت می شود نه تجارب عرفانی. اکثر افراد خلاق و عارف اصلاً مواد و به خصوص حشیش مصرف نمی کنند. مصرف حشیش می تواند منجر به پسیکوز (جنون) شود. جنون، پدیده ای متفاوت از عرفان و خلاقیت است.

• باور غلط شماره #۱۰: برای ادامه زندگی و فراموشی غم ها چیزی بهتر از مواد نیست، به خصوص غم از دست دادن آدم ها.

واقعیت: همه انسان ها، دیر یا زود با مشکلات و شکست هایی روبه رو می شوند و به خصوص در این میان غم از دست دادن آدم ها (سوگ) را نیز تجربه می کنند. ولی، راه های سالم زیادی برای مقابله با غم و رنج سوگ وجود دارد که هم کمک می کند که افراد با مشکلات زندگی شان سازگار شوند و هم این که دچار مشکلات جدی تر نمی شوند از جمله اعتیاد یا مصرف مواد.

• باور غلط شماره #۱۱: مصرف تریاک باعث کاهش قند خون می شود.

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 بالاتری نسبت به افراد سالم دارند. علاوه بر این آن گونه که در فصل سوم دیدیم مصرف تریاک خطر برخی بیماری‌های جسمی جدید نظیر سرطان حنجره، مری و معده را در تمام مصرف‌کنندگان و خطر سرطان ریه را در سیگاری‌ها به صورت قابل ملاحظه‌ای بالا می‌برد.

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

واقعیت: هر چند الکل اثرات ادرارآور دارد اما به هیچ وجه تو صیه به مصرف آن در افرادی که سنگ کلیه دارند صحیح نیست. علاوه بر این مطالعات جدید نشان داده مصرف الکل حتی در مقادیر بسیار کم خطر بیماری‌های قلبی، عروقی در هر دو جنس و خطر سرطان پستان در زنان را افزایش می‌دهد و هیچ گونه نقش محافظتی در برابر ابتلاء به بیماری‌های قلبی، عروقی ندارد. به طور کلی باید توجه داشت همه مواد روان‌گردان اثرات سمی بر روی مغز داشته و علاوه بر این تأثیرات سمی بر روی اعضا و دستگاه‌های مختلف بدن دارند. برای اطلاعات بیشتر در این خصوص به فصل سوم مراجعه فرمایید.

شناسایی گروه‌های هدف اقدامات پیشگیرانه

نخستین بخش از فعالیت‌ها در زمینه ارائه خدمات پیشگیری از مصرف مواد شناسایی گروه هدف 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 اول- - - - - سویت‌بندی 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)

مهمترین مداخلات پیشگیرانه همگانی

همان طور که قبلاً گفته شد، یکی از اهداف بسته خدمتی حاضر ارایه مداخلات پیشگیری همگانی به گروه‌های هدف است. 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 مانند برنامه آموزش مهارت‌های زندگی از اهمیت بالایی برخوردارند. همچنین، یکی از مداخلات پیشگیرانه همگانی، یک برنامه مبتنی بر خانواده یعنی برنامه فرزندپروری است. آموزش عموم و اطلاع‌رسانی در زمینه مصرف مواد و اعتیاد نیز از ارزش بالایی برخوردار است. در این قسمت، به طور مختصر، تعدادی از مداخلات پیشگیری همگانی معرفی می‌گردند.

- آموزش مهارت‌های 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 یکی از بهترین و قوی‌ترین عوامل محافظ در زمینه پیشگیری از مصرف مواد و بسیاری از رفتارهای مخاطره‌آمیز، روابط خانوادگی است: چنانچه والدین بتوانند رابطه 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 دوستان شان نظارت داشته باشند، به فرزندان شان کمک کنند تا تصمیم‌گیری‌های بهتری داشته باشند، و مدل مناسبی برای آنان باشند.

تحقیقات نشان دادند نقش فعال‌تر والدین در زندگی فرزندان با مزایای زیادی رابطه دارد. والدین می‌توانند به صورت‌های مختلف نقش فعال‌تری در زندگی فرزندان داشته باشند از جمله صحبت با آنها در مورد مواد، نظارت بر فعالیت‌های آنان، شناخت دوستان فرزندان، فهمیدن مشکلات و نگرانی‌های شان، اعمال قوانین و مقررات باثبات، و مشارکت در یادگیری و تحصیل فرزندان.

اهمیت رابطه کودک-والد در طی دوره نوجوانی و بعد از آن همچنان ادامه می‌یابد. در قسمت‌های بعد، به طور جداگانه به مبحث فرزندپروری در دوره‌های مختلف زندگی از بدو تولد تا نوجوانی پرداخته شده است.

• فرزند پروری در دوران نوزادی و اوایل کودکی

یکی از اهداف کلیدی در دوران نوزادی و اوایل کودکی، ایجاد دلبستگی ایمن، مهارت های زبانی متناسب با سن و کارکردهای اجرایی شناختی مانند خودتنظیمی و نگرش ها و مهارت های مثبت اجتماعی است. در بستر یک خانواده و جامعه مثبت و حمایت گر، چنین توانایی هایی پرورش می یابد.

قبل از رفتن به مدرسه، بیشترین تعامل کودکان با والدین شان است. چنان چه این تعاملات، پرورنده نباشند، صدمه جدی به کودک وارد می شود. در این رابطه، روش های فرزندپروری نامناسب، زندگی در یک خانواده آشفته، زندگی با والدین مصرف کننده مواد یا مبتلا به بیماری های روانی می توانند صدمه زنده باشند.

• دلبستگی

یکی از پدیده های مهمی که از زمان تولد آغاز می شود و تا ۲ سالگی به اوج خود می رسد و اثر تعیین کننده ای بر سلامت روان و رفتار انسان دارد، پدیده **دلبستگی** است. دلبستگی طبیعی در دوران نوزادی لازمه ی رشد سالم افراد است. دلبستگی زمانی ایجاد می شود که نوزاد رابطه ای گرم صمیمی و مداوم با مادرش داشته باشد، رابطه ای که موجب رضایت و خوشنودی هر دو طرف گردد. نوزادان تمایل دارند به یک نفر دلبسته شوند، اما ممکن است با چند نفر نظیر پدر یا نامادری هم این رابطه را برقرار سازند.

دلبستگی به تدریج شکل می گیرد و موجب می شود که نوزاد تمایل داشته باشد در کنار کسی به سر برد که او را قوی تر، داناتر و قادر به رفع اضطراب یا رنج و عذاب خود می داند. به این ترتیب دلبستگی احساس ایمنی برای نوزاد ایجاد می کند. این فرآیند با تعامل مادر و نوزاد تسهیل می شود و آنچه مهم تر است مدت زمانی است که این دو با هم تعامل می کنند نه مقدار فعالیتی که باهم انجام می دهند.

دلبستگی را می توان جو هیجانی حاکم بر روابط کودک با مراقب تعریف کرد.

این که کودک مراقب خود را که معمولاً مادر است می جوید

و به او می چسبید، مؤید وجود دلبستگی میان آنهاست.

نوزادان معمولاً تا پایان ماه اول عمر خود شروع به نشان دادن چنین رفتاری می کنند و این رفتار برای تسریع نزدیکی به فرد مطلوب طراحی شده است.

اعتقاد بر این است که بسیاری از مشکلات رفتاری، هیجانی، ذهنی انسان‌ها ناشی از فقدانهای اوایل زندگی‌شان است. به همین دلیل، ضروری است، والدین به خصوص مادر از کودک زیر دو سال جدا نشود. تعدادی از مهارت‌هایی که والدین می‌توانند آموزش دهند در کادر زیر ارائه شده است.

۱- شناخت نقاط قوت، توانمندی‌ها و شایستگی‌های کودک

۲- آموزش توانایی‌های اجتماعی و هیجانی از جمله:

- شناخت نشانه‌های اجتماعی غیرکلامی (ژست‌ها و زبان بدن)
- مکالمات روزمره اجتماعی (سلام و احوال‌پرسی، شروع مکالمات، سؤال کردن و...)
- شوخ‌طبعی و نحوه‌ی واکنش مناسب در موقعیت‌های خنده‌دار (تشخیص دادن زمان و موقعیت مناسب برای شوخی کردن با دیگران و شناخت واکنش مناسب در مقابل موقعیت‌های خنده‌دار)
- تشخیص حرف‌ها و مسائل محرمانه و شخصی (تشخیص این که چه چیزهایی را می‌توان با دیگران در میان گذاشت و چه چیزهایی را نه)
- نحوه‌ی ابراز واکنش مثبت در مقابل دیگران (انتقاد کردن از دیگران بدون این که ناراحتی ایجاد شود و پذیرفتن انتقادات دیگران بدون ناراحتی)
- شناخت احساسات خود و دیگران و ابراز واکنش مناسب هیجانی
- پیش‌بینی مشکلات و روش حل مسأله (مدیریت استرس)

۳- تقویت اعتماد به نفس قوی تا بتواند در بین همسالان خودش موقعیت اجتماعی پایدار و مثبتی برای خود ایجاد کند.

۴- پرهیز از ایجاد حس رقابت در کودک.

۵- تلاش برای ایجاد موقعیت‌های جمعی و نحوه‌ی آموزش مشارکتی. این کار نه تنها موقعیت خیلی خوبی برای تقویت روحیه‌ی اجتماعی و رشد مهارت‌های بین‌فردی کودک خود فراهم می‌کند، بلکه فرصت مناسبی برای بهبود مهارت‌های یادگیری نیز محسوب می‌شود.

• **فرزندپروری در دوره نوجوانی**

آموزش مهارت‌های فرزندپروری به والدین نوجوانان علاوه بر بهبود کارکردهای ارتباطی و خانوادگی می‌تواند در بهبود فرآیند اجتماعی شدن سالم و پیشگیری از رفتارهای پرخطر نظیر مصرف مواد مؤثر باشد. نه تنها مهم است که والدین رابطه غنی، گرم و صمیمانه با فرزندان داشته باشند بلکه هم‌زمان، بسیار مهم است که والدین بتوانند برای فرزندان خود رفتارها، انتظارات و محدودیت‌هایی مشخص کنند و بر رفتار آنان نظارت داشته باشند که تا چه حد انتظارات والدین را انجام می‌دهند و به محدودیت‌های خانواده احترام می‌گذارند و در صورتی که از این انتظارات و محدودیت‌ها سرپیچی کردند چگونه با آنان برخورد شود تا بتوانند با خانواده خود همراه شوند. انواع نظارت و روش‌های آن در جدول ۳-۵ ارائه شده است.

جدول ۳-۵- انواع نظارت و رفتارهای مختلف مربوط به آنها

شرح	انواع نظارت
والدین یا یکی از آنها از نزدیک رفتارهای فرزند را مشاهده و ارزیابی کند و یا به صورت فعالانه به بررسی رفتارهای فرزند بپردازد. مانند تماس گرفتن با والدین دوستان فرزند و سوال کردن از آنان، تلفن کردن به خانه، زمانی که در منزل نیستند، سرزدن به مدرسه و سؤال کردن از معلمان و معاونین مدرسه راجع به رفتارهای فرزند در مدرسه، رفتن به محلی که قرار است فرزند در آن مکان باشد، مشاهده کردن رفتارهای فرزند مثلاً هنگامی که فرزند همراه دوستانش در یک رستوران یا پارک است، مشاهده و آشنا شدن با دوستان فرزند، مشاهده و آشنا شدن با والدین دوستان فرزند و	فعال
تعیین قواعد و قوانین و انتظاراتی است که والدین از فرزندان خود دارند. تعیین قواعد و قوانین در مورد رفت و آمد فرزندان، تعیین انتظارات خانوادگی از رفتارهای وی در خارج از خانواده، تعیین محدودیت‌هایی در زمینه رفت و آمد به مکان‌های خاص، تعیین ملاک‌های انتخاب دوستان و ویژگی‌های دوستان، تعیین پیامدهای رعایت یا عدم رعایت انتظارات، قوانین و قواعد خانوادگی و	منفعل

آموزش مهارت‌های فرزندپروری در **مداخلات انتخابی** نیز مؤثر بوده است به خصوص با کودکان و نوجوانانی که آسیب‌پذیر بوده یا رفتارهای پرخطر متعددی دارند. مداخلات مبتنی بر خانواده در ایجاد تغییرات معنی‌دار و پایدار در زمینه کارکردهای خانواده از جمله مهارت‌های فرزندپروری و رفتار کودک و افزایش سازگاری رفتاری کودکان زیر سه سال بسیار مؤثر بوده است.

استانداردهایی که با پیامدهای مثبت پیشگیرانه فرزندپروری ارتباط دارند عبارتند از:

- افزایش پیوندهای خانوادگی، از جمله دلبستگی بین والدین و فرزندان
- حمایت از والدین در اتخاذ نقش فعال‌تر در زندگی فرزندان، مانند نظارت بر روابط فرزندان با دوستان‌شان یا درگیر شدن بیشتر والدین با تحصیل و آموزش فرزندان
- حمایت از والدین در اعمال روش انضباطی مثبت و متناسب با سطح رشدی فرزندان
- حمایت از والدین در این زمینه که چگونه یک مدل مناسب برای فرزندان خود باشند.

ویژگی‌هایی که با پیامدهای منفی پیشگیرانه فرزندپروری ارتباط داشته‌اند یا اثری نداشتند عبارتند از:

- به زیر سؤال بردن اقتدار والدین
- استفاده از روش سخنرانی به تنهایی هنگام آموزش‌ها
- اطلاع‌رسانی در مورد مواد به والدین که آنها این اطلاعات را به فرزندان خود منتقل کنند
- تمرکز به تنهایی بر کودک
- مداخلاتی که توسط افرادی انجام شد که آموزش کافی ندیده بودند.

- آموزش مهارت‌های زندگی

• آموزش مهارت‌های زندگی در مقطع ابتدایی

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 ارائه می‌شود (مداخلات همگانی). 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 عمومی نیز می‌شود، از جمله سلامت اجتماعی

و هیجانی و توجه به نگرش‌ها و هنجارهای اجتماعی. معمولاً در این برنامه‌ها، محتوایی در مورد مواد وجود ندارد، چون بسیاری از کودکان در این سن هنوز مواد را شروع نکرده‌اند.

• آموزش مهارت‌های زندگی در نوجوانی

نوجوانی دوره‌ای از زندگی است که از طریق گسترش روابط با افراد و مؤسساتی فراتر از آن چه در کودکی تجربه شد، فرد، در معرض عقاید و رفتارهای جدید قرار می‌گیرد و نیز زمان آزمودن نقش‌ها و مسئولیت‌های بزرگسالی است. مربیان آموزش دیده با استفاده از فعالیت‌های تعاملی به دانش آموزان کمک می‌کنند تا انواع مهارت‌های فردی و اجتماعی را آموخته و تمرین کنند. تأکید این برنامه‌ها بر پرورش توانایی «نه گفتن» به همسالان و مواد است که به نوجوانان کمک می‌کنند تا در برابر فشارهای اجتماعی برای مصرف مواد مقاومت کنند. سایر موضوعات مهم عبارتند از: گفتگوی مناسب سن در مورد هنجارهای اجتماعی، نگرش‌ها و انتظارات مثبت و منفی نوجوانان از مصرف مواد و عواقب آن، تغییر باورهای رایج در مورد مصرف مواد، و آموزش بلوغ. آموزش بلوغ به نوجوانان و والدین آنان نیز از آموزش‌های مورد نیاز در دوره نوجوانی در مدرسه است.

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 دانش آموزان 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 همسالان وجود دارد، در تقابل باشد.

• آموزش مهارت‌های زندگی در مدرسه

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، برنامه پیشگیرانه مبتنی بر مدرسه است که به دانش آموزان کمک می‌کند مهارت‌های اساسی و لازم برای پرداختن با موقعیت‌های سخت زندگی را بیاموزند و استفاده کنند. انواع مهارت‌های زندگی و اجزای آن در جدول ۵-۴ ارائه شده است.

استانداردهای اجرای این برنامه که با پیامدهای مثبت پیشگیرانه همراه بوده، عبارتند از:

- ارتقای دامنه‌ای از مهارت‌های اجتماعی و شخصی
- آموزش برنامه در طی جلسات ساختاریافته و استفاده از جلسات تقویتی در طی چند سال
- آموزش توسط معلمان یا تسهیل‌گران آموزش دیده

- استفاده از جلساتی که به صورت تعاملی برگزار می‌شود.

جدول ۵-۴- انواع مهارت‌های زندگی و انواع آنها

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 مصرف‌کننده 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 هم‌سالان، 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 پیشنهادهای ناسالم دوستان از جمله مصرف مواد
-----------------	--------------------------------------	---

- تأثیرگذاری بر ادراک خطر در مورد مواد با تأکید بر پیامدهای فوری مواد
 - از بین بردن باورهای اشتباه در زمینه هنجار بودن مصرف مواد و انتظاراتی که از مواد وجود دارد.
- ویژگی‌هایی که با پیامدهای منفی پیشگیرانه ارتباط داشته یا بدون تأثیر بودند، عبارتند از:
- شواهد نشان می‌دهند که چنانچه ویژگی‌های زیر وجود داشته باشد، یا جلسات تأثیر ندارند یا تأثیر منفی دارند:
- عدم استفاده از روش‌های تعاملی، چنانچه به عنوان روش اصلی آموزش، عمدتاً از سخنرانی استفاده شود.
 - اطلاع‌رسانی در مورد یک ماده خاص به خصوص اگر بر اساس القای ترس باشد.
 - تمرکز تنها بر عزت نفس یا آموزش‌های هیجانی.
- در مورد نوجوانان، موارد زیر با نبود تأثیر یا تأثیر منفی همراه بوده است:
- فقط توجه به تصمیم‌گیری‌های اخلاقی و ارزش‌ها
 - استفاده از معتادان سابق به عنوان شاهد و گواه
 - استفاده از نیروهای انتظامی به عنوان آموزش‌دهنده

مداخلات تحصیلی مهم

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

- **برنامه‌های بهبود محیط کلاسی**

برنامه‌های بهبود محیط کلاس درس، مهارت‌هایی را برای بهبود مدیریت کلاس به معلمان می‌آموزد و از دانش‌آموزان حمایت می‌کند که بتوانند از طریق کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و مخرب دانش‌آموز بهتری باشند.

در این برنامه‌ها، معلمان می‌آموزند که از طریق روش‌های غیردرسی و تمرین‌های روزانه، به دانش‌آموزان کمک کنند تا رفتارهای مثبت اجتماعی را آموخته و از رفتارهای منفی و نامناسب خود را کاهش دهند.

معلم به علت تماس زیاد با دانش‌آموز در شناخت و پیشرفت تحصیلی وی از همه عوامل مدرسه نقش فعال‌تری بر عهده دارد. به همین دلیل ضرورت دارد، معلمان اطلاعات مناسبی در زمینه راهنمایی تحصیلی دانش‌آموزان داشته باشند.

اهم وظایف معلم در راهنمایی تحصیلی عبارتند از:

- توجه به تفاوت‌های فردی دانش‌آموزان در ارائه درس و تعیین تکلیف با توجه به میزان هوش، استعداد و پایه تحصیلی آنان.
- کشف مشکلات دانش‌آموزان و ارجاع آنان به مشاور و کمک در رفع مشکلات.
- دادن اطلاعات لازم به دانش‌آموزان در زمینه مطالعه مفید و مؤثر و ایجاد عادات صحیح مطالعه در آنان.
- مطالعه در مورد دانش‌آموزانی که متناسب با هوش و استعداد خود پیشرفت ندارند و ارجاع آنان به مشاور راهنمایی.
- دادن اطلاعات لازم به دانش‌آموزان در مورد واحدهای درسی، رشته‌های تحصیلی و آیین‌نامه‌های آموزشی و امتحان.
- ربط دادن دروس با رشته‌های تحصیلی مقاطع تحصیلی بعد و دادن اطلاعات لازم در این زمینه.
- جمع‌آوری اطلاعات لازم در مورد هر دانش‌آموز با استفاده از مشاهده و سایر فنون شناخت، و انتقال آن به مشاور راهنمایی به منظور تنظیم پرونده تحصیلی و ارائه خدمات راهنمایی.
- شرکت در شورای راهنمایی و طرح مسائل تحصیلی دانش‌آموزان به منظور انجام بررسی‌های لازم.
- چون معلم مسئول آموزش برنامه‌های تحصیلی است، بیش از هر یک از کارکنان مدرسه برای پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان تلاش می‌کند و چنانچه در شناخت و ارجاع موارد خاص و سایر مشکلات تحصیلی از خدمات مشاور استفاده کند، در حصول به اهداف آموزشی و راهنمایی سهم به‌سزایی خواهد داشت.

• راه کارهای پیشنهادی به معلمان

پشتیبانی و مشارکت معلم در هر نوع برنامه مربوط به دانش آموزان حیاتی است. برنامه پیشگیری از اُفت تحصیلی نیز از این قاعده مستثنا نیست. معلم می‌تواند با همکاری سایر عوامل، مدرسه نقش تسهیل‌گری بسیار مهمی را به عهده گیرد. موفقیت برنامه‌های تحصیلی منوط به همکاری مستقیم معلم است. بدین منظور راهکارهای اجرایی ذیل جهت استفاده‌ی معلمان محترم پیشنهاد می‌گردد:

- تهیه‌ی هدف‌های کلی هر درس (طرح درس) و ارایه به دانش‌آموزان قبل از حضور در کلاس و تدریس، جهت آمادگی دانش‌آموزان

- تشکیل کار گروهی علمی کلاسی متشکل از دانش‌آموزان مستعد و ضعیف و نظارت بر فعالیت آنان

- آشنایی با فنون مختلف تدریس

- استفاده از اصول روان‌شناسی و مشاوره قبل از شروع تدریس جهت ایجاد انگیزه در دانش‌آموزان

- استفاده از وسایل کمک آموزشی جهت ملموس و عینی کردن مطالب درسی

- نقد و بررسی و دریافت پیشنهادهای دانش‌آموزان در رابطه با نحوه تدریس

- نوآوری در امر تدریس با مشارکت دانش‌آموزان و استفاده از روش‌های فعال تدریس

- پرهیز از ارایه‌ی تکالیف زیاد

- تشویق دانش‌آموزانی که پیشرفت تحصیلی داشته‌اند

- ارزشیابی مستمر فردی و گروهی در کلاس درس

استانداردهای اجرای این برنامه که با پیامدهای مثبت پیشگیرانه همراه بودند، عبارتند از:

- شروع برنامه از سال‌های اول دبستان

- استفاده از تکنیک‌هایی که به رفتار نامناسب واکنش نشان دهند.

- استفاده از تکنیک‌هایی که رفتارهای مثبت را پاداش دهند.

- بازخورد دادن به انتظاراتی که از دانش‌آموزان وجود دارد.

- درگیر شدن فعال دانش آموزان.

شرح خدمات پیشگیرانه همگانی

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

اقدامات:

- ارزیابی / شناسایی اختلالات روان پزشکی شایع

آموزش:

- مهارت‌های فرزند پروری با تأکید بر دل‌بستگی
- آموزش عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد در دوران بارداری
- ارائه پمفلت و بروشور

روش برقراری ارتباط:

- زنان در سنین باروری مراجعه کننده به مراکز بهداشتی، درمانی
- خانم‌های باردار مراجعه کننده 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 مراجعه کننده جهت واکسیناسیون و همچنین هنگام حضور مادران در مرکز بهداشتی، درمانی.

گروه هدف: کودکان بین ۲ تا ۵ سال

اقدامات:

- ارزیابی / شناسایی اختلالات روان‌پزشکی شایع در دوران کودکی

آموزش:

- مهارت های فرزند پروری
- آموزش مهارت های زندگی به والدین و کودک جهت افزایش توانایی های روانی اجتماعی
- پیشگیری از خشونت و آزار کودکان
- افزایش نقش فعال تر والدین در زندگی فرزندان
- افزایش نظم و انضباط مناسب سن کودکان
- ارائه پمفلت و بروشور فرزند پروری به والدین

روش برقراری ارتباط:

- مادران کودکان و خردسالان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی/درمانی
- مربیان مهدهای کودک
- والدین دارای فرزند خردسال یا پیش دبستانی
- برگزاری جلسات در مهدهای کودک

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

اقدامات:

- ارزیابی / شناسایی اختلالات روان‌پزشکی شایع در دوران کودکی و نوجوانی
- ارجاع به روان‌پزشک
- شناسایی و ارجاع دانش‌آموزان مشکل‌دار
- آموزش در مورد مصرف مواد، عوامل خطر و محافظت، علایم مصرف مواد در دوران کودکی و نوجوان

آموزش:

- علایم اختلالات رفتاری و روان‌پزشکی (اختلالات خلقی و افسردگی، نقص توجه و بیش‌فعالی، سلوک)
- آموزش مهارت‌های زندگی
- آموزش مهارت‌های فرزند‌پروری با تمرکز بر بهبود پیوند خانوادگی، برقراری نظم و انضباط، مراقبت و نظارت، الگوی رفتاری مناسب، انتقال ارزش‌های معنوی و هنجارهای اجتماعی، حمایت از رشد تحصیلی مطلوب، پایش فعالیت‌ها و روابط با دوستان، تغییرات بلوغ
- آموزش مهارت‌های مدیریت کلاس به معلمان خصوصاً در پایه‌های اول و دوم مقطع ابتدایی
- آموزش مدیران مدارس
- ارائه پمفلت و بروشور فرزند‌پروری به والدین

روش برقراری ارتباط:

- دانش‌آموزان مدارس ابتدایی و دبیرستان در داخل مدرسه
- والدین دانش‌آموزان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی/درمانی
- برگزاری جلسات در مراکز مربوط به آموزش و پرورش (آموزش خانواده در مدارس) و همچنین مدارس
- برگزاری جلسات در داخل مراکز بهداشت/درمانی برای والدین مراجعه‌کننده

- برگزاری جلسات برای معلمان، مشاوران و کارکنان مدرسه

منابع و متون آموزشی لازم:

- فرزندپروری
- مهارت‌های زندگی
- کتابچه «آشنایی با مشکلات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان: راهنمای خانواده‌ها و مدارس»

گروه هدف: جوانان / میانسالان / سالمندان

یکی از عوامل خطر مهم مصرف مواد، ابتلای به بیماری‌های روانی است. از جمله اختلالاتی که با مصرف مواد ارتباط دارند عبارتند از: اختلالات افسردگی، اختلال شخصیت ضداجتماعی، اختلالات اضطرابی و اختلال استرس پس از سانحه. به همین دلیل، تشخیص صحیح بیماری و ارجاع به مراکز درمان تخصصی می‌تواند اقدام پیشگیرانه مؤثری باشد.

اقدامات:

- ارزیابی / شناسایی اختلالات روان‌پزشکی شایع
- درمان یا ارجاع به مراکز تخصصی
- غربالگری اولیه و تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد

آموزش:

- اختلالات روان‌پزشکی شایع
- مهارت‌های زندگی
- عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد
- ارائه پمفلت و بروشور

روش برقراری ارتباط:

- مراجعان به مراکز بهداشتی/درمانی

پیشگیری انتخابی

مداخلات پیشگیرانه انتخابی، مربوط به گروه‌هایی از جامعه است که احتمال خطر این گروه بیشتر از بقیه است و به منظور پیشگیری از ابتلای به اختلالات مصرف مواد، نیاز به مداخلات ویژه‌ای دارند. مخاطبان مداخلات پیشگیرانه انتخابی، در حال حاضر مصرف موادی را شروع نکرده اند ولی احتمال شروع مصرف مواد در آنها بالا ارزیابی می‌شود. 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 برنامه صحبت شد.

در بسیاری از اوقات، اختلالات روانی شایع در دوران کودکی، مانع فرزندپروری صحیح والدین می‌شوند. والدین کودکان مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی، دچار استیصال و درماندگی می‌شوند و گاه از روش‌های ناسالمی برای اصلاح رفتارهای منفی فرزندان استفاده می‌کنند که منجر به کودک‌آزاری می‌شود. این در حالی است که اختلالات روانی دوران کودکی و همچنین کودک‌آزاری خود، از عوامل خطر اعتیاد و مصرف مواد هستند. در این قسمت ابتدا به طور خلاصه به اختلالات شایع روانی دوران کودکی و کودک‌آزاری پرداخته می‌شود.

اختلالات روان‌پزشکی شایع در دوران کودکی

تعدادی از اختلالات روان‌پزشکی از دوران کودکی شکل می‌گیرند. عدم تشخیص و درمان این اختلالات منجر به مشکلات متعددی می‌شود که می‌توانند زمینه مصرف مواد را شروع کنند. بعضی از اختلالات روانی که منجر به رفتارهای پرخطر می‌شوند و در دوران کودکی شایع‌اند، عبارت‌اند از: اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلالات یادگیری، اختلال اضطراب جدایی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای و اختلال سلوک. این اختلالات در سال‌های اول ورود به مهد کودک و به خصوص مدرسه قابل شناسایی و تشخیص هستند.

برخلاف نگرانی برخی والدین درباره استفاده از داروهای سایکواستیمولانت نظیر متیل‌فنیدیت در درمان اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی در کودکان نه تنها خطر اعتیاد را افزایش نمی‌دهد، بلکه می‌تواند در برابر ابتلا به اختلالات مصرف مواد 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.

جدول ۵-۵- اختلالات شایع در دوران کودکی و نوجوانی

اختلال	ویژگی‌های مهم
اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی	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، بی‌رحمی نسبت به حیوانات، پرخاش‌گری، دزدی و فریب‌کاری

مداخلات مربوط به زنان باردار مصرف‌کننده مواد

براساس داده‌های سازمان جهانی بهداشت حدود ۱۰-۵٪ زنان در دوران بارداری سیگار، الکل یا مواد مصرف می‌کنند. میزان مصرف مواد غیرقانونی در زنان باردار در کشور ما ۰/۵٪ تخمین زده می‌شود. به دلیل الگوی زندگی زن باردار مصرف‌کننده مواد، به خود و خانواده‌اش آسیب برساند. کلیه کارکنان ارائه‌دهنده مراقبت‌های دوران بارداری نقش مهمی در شناسایی و مداخله به منظور کاهش یا قطع مصرف مواد حین بارداری دارند، زیرا خانم‌های باردار از کارکنان مراقبت سلامت به عنوان بهترین منبع اطلاعات خود نام می‌برند و بیشتر تمایل دارند به توصیه‌های ایشان عمل کنند. برخی از مادران که به پرهیز از مصرف مواد دست پیدا کرده‌اند، اغلب اظهار می‌دارند که در دوران بارداری نیاز به کمک داشته‌اند، ولی نمی‌دانستید چگونه و از چه کسی در این زمینه کمک بخواهند. بسیاری از زنان باردار حتی اگر هیچ وقت مصرف مواد خود را فاش نکنند با دریافت توصیه‌ها و آموزش‌های کارکنان مراقبت سلامت مصرف مواد را در دوران بارداری کم می‌کنند.

جدول ۵-۶- عوارض مصرف مواد مختلف در بارداری^۱

نوع ماده	عوارض بارداری	عوارض نوزادی	عوارض طولانی مدت
نیکوتین	سقط خودبخودی زایمان زودرس پارگی زودرس پرده‌ها جفت سرراهی کندگی جفت تأخیر رشد داخل رحمی وزن کم تولد	افزایش مرگ و میر نوزادی سندرم مرگ ناگهانی نوزاد	آسم کودکی مشکلات رفتاری اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی
حشیش	اثرات غیریکدست	اثرات عصبی، رفتاری: کاهش توانایی آرام‌سازی خود، افزایش لرزش خفیف و واکنش از جا پریدن، افزایش فعالیت دست به دهان، تغییر الگوی خواب	به هم ریختن خواب شبانه، مشکلات رفتاری، بی‌توجهی، تکانش‌گری و بیش‌فعالی، بزه‌کاری و مشکلات 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، اعضاء	مشکلات رفتاری

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

	عوارض عصبی، رفتاری: کاهش برانگیختگی، افزایش استرس و کیفیت حرکتی پایین (رابطه دوز - پاسخ)		
تأخیر زبان	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)	سقط خودبخودی پارگی زودرس غشاها زایمان زودرس تأخیر رشد داخل رحمی کنده شدن جفت	کوکائین
	ناهنجاری‌های مادرزادی: نقایص قلبی عروقی، کلیه مدولای اسفنجی		توهم‌زها

مصرف مواد افیونی (تریاک و مشتقات آن) حین بارداری باعث کاهش وزن تولد، نارسی و مرگ نوزاد می‌شود. این عوامل به نوبه خود منجر به ایجاد طیف وسیعی از مشکلات در دوره بارداری و برای نوزاد می‌شوند که شامل سندرم دیسترس تنفسی، خونریزی داخل جمجمه‌ای، تأخیر رشد داخل رحمی، آسفیکسی نوزادی، آپیراسیون مکنونیوم، جدا شدن زودرس جفت و سایر مشکلات می‌شود.

عوامل مختلفی بر دلایل شروع مصرف مواد در زنان اثر می‌گذارند و برخی از این عوامل در زنان از مردان شایع‌تر 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 زمینه‌ای از جمله اختلالات خلقی و اضطرابی
 - سابقه تروما همچون سوءرفتار جنسی در کودکی یا در روابط بین‌فردی فعلی
 - فشار اجتماعی بر زنان برای داشتن اندام متناسب، بیش از مردان است. لذا موادی مثل مت‌آمفتامین (شیشه) یا سایر مواد محرک برای کاهش وزن مورد استفاده قرار می‌گیرند.
- شواهد علمی قوی وجود دارد که مصرف دخانیات، الکل و مواد در دوران بارداری به رشد و تکامل جنین صدمه می‌زند. در جدول ۶-۵ عوارض بارداری، نوزادی و پیامدهای طولانی‌مدت ناشی از مصرف مواد مختلف در بارداری آورده شده است.
- این تأثیرات همراه با محیط نامناسب زندگی پس از تولد، آنها را مستعد مشکلات رفتاری در آینده می‌کند. زمانی که این کودکان به سنین دو تا سه سالگی می‌رسند، مشکلات رفتاری آنان همچون قشقرق، عدم اطاعت و پیروی، رفتارهای مخرب و مانند آن بارز می‌شوند. در صورتی که به این مشکلات توجه نشود، این صفات شخصیتی منجر به مشکلات جدی در آینده می‌شوند.
- با توجه به خطرناک بودن مصرف مواد در دوران بارداری برای جنین و مادر، ضروری است خانم‌های باردار مصرف‌کننده مواد یا مبتلا به اختلالات مصرف‌مواد، سریع شناسایی شده و تحت درمان قرار بگیرند. درمان خانم بارداری که مصرف‌کننده مواد باید به صورت استاندارد و در مراکز مجاز اختصاصی یا تخصصی درمان اعتیاد انجام پذیرد.
- نتایج مطالعات نشان می‌دهند ویژگی‌های مداخلاتی که در زمینه خانم‌های باردار مصرف‌کننده مواد یا مبتلا به اختلالات مصرف‌مواد انجام شده، نشان می‌دهند آن چه با پیامدهای مثبت پیشگیرانه ارتباط داشته عبارتند از:
- آموزش‌ها توسط کارشناسان آموزش‌دیده ارائه شده باشد.
 - ویژگی‌های مرتب و دقیق تا دو سالگی کودک انجام شده باشد، اوایل دو هفته یک بار و بعد ماهی یک بار
 - برنامه حاوی آموزش مهارت‌های اساسی فرزندپروری باشد.
 - در مورد موضوعات مختلف اجتماعی، اقتصادی (مسایل قانونی، حقوقی، اقتصادی، بهداشت، مسکن و غیره) از مادر حمایت کند.

افسردگی در دوران بارداری

افسردگی در دوران بارداری شایع است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استرس‌های روزمره زندگی، به خصوص در دوران بارداری و تولد، می‌تواند بر شیوه تفکر و رفتارهای بیشتر مادران تأثیرگذار باشد. بنابراین تطابق با بسیاری از وظایف در دوران بارداری و ارتباط با کودک می‌تواند مشکل باشد. این مشکلات مرتبط با تفکر، رفتارها و تطابق گاهی به عنوان افسردگی دوران بارداری تشخیص داده می‌شود. در این گونه موارد، زن خلق افسرده، فقدان علاقه و لذت و کاهش سطح انرژی که منجر به کاهش میزان فعالیت‌ها می‌شود را تجربه می‌کند. به منظور تشخیص ابتلا به افسردگی، زن باید این علائم را در بیشتر اوقات برای مدت بیش از دو هفته تجربه کند. در نتیجه علائم افسردگی، آنها برای انجام کارهای روزمره، کارهای منزل و فعالیت‌های اجتماعی مشکل پیدا می‌کنند.

وجود افسردگی در دوران بارداری و شیردهی نیازمند توجه فوری است. زیرا، علاوه بر مشکلات پیش‌گفته، این بیماری می‌تواند بر سلامت نوزاد نیز تأثیر بگذارد. به هر حال فشار عاطفی مادر باردار در طولانی‌مدت، خواه ناشی از مشکلات زناشویی باشد یا عقاید منفی در مورد بچه‌دار شدن یا حوادث ناگوار زندگی، نتایج مداومی برای سلامت کودک و مادر به‌دنبال خواهد داشت.

نوزادان مادران غمگین و یا مضطرب احتمال دارد پیش از موعد و یا با وزن کم به دنیا بیایند، بیش‌فعال، تحریک‌پذیر یا ناآرام باشند و مشکلاتی مانند سوءتغذیه و اسهال و نیاز شدید به در آغوش گرفته شدن داشته باشند. مداخلات روانی، اجتماعی بسیار اثربخش هستند. شواهد نشان می‌دهند با ارائه کمک‌ها و حمایت‌های مناسب، بیشتر مادران می‌توانند بر افسردگی خود غلبه کنند. کارکنان مراقبت‌های اولیه می‌توانند با کمک به مادران برای تغییر روش‌های ناسالم زندگی و افکار و رفتارهای ناسالم، منجر به بهبود خلق و عملکرد مادر شوند و از مشکلات بعدی که در نوزاد رخ می‌دهد پیشگیری نمایند.

اضطراب مادر در دوره بارداری می‌تواند موجب زایمانی سخت و مشکل یا زودرس شود. از سوی دیگر، صدمه‌ها و ضربه‌های هنگام تولد و همچنین تولد زودرس، احتمال ابتلا نوزادان به اختلال‌های جسمی و روانی را افزایش می‌دهد.

کودک آزاری

از آنجا که کودک آزاری یکی از عوامل خطر اعتیاد است، انواع مختلف کودک آزاری در جدول ۵-۷ توصیف شده است.

جدول ۵-۷- انواع کودک آزاری یا بدرفتاری با کودکان و رفتارهای مرتبط با آنها

شرح	انواع
صدمات غیرتصادفی جسمی به کودک است که می تواند دامنه وسیعی داشته باشد از خراش کوچک تا شکستگی شدید یا مرگ در نتیجه کتک، لگد، هل دادن، تکان دادن، زدن (با دست، چوب، یا هر شی دیگری)، سوزاندن، پرت کردن	کودک آزاری جسمی
هر نوع عمل جنسی توسط والد، مراقب با کودک که عمدی و برای ایجاد ارضای جنسی باشد مانند دست زدن به آلت کودک، دخول، زنا با محارم ^۱ ، تجاوز ^۲ یا هر نوع رفتار جنسی دیگر. سوءرفتار جنسی شامل استثمار یا بهره‌کشی‌های بدون تماس مستقیم هم می‌شود. مثلاً اجبار، فریب، تهدید یا تحت فشار قرار دادن کودک برای مشارکت در رفتارهایی برای ارضاء جنسی با دیگران بدون تماس مستقیم بدن	کودک آزاری جنسی
هر گونه عمل یا گفتاری که باعث صدمه روان‌شناختی جدی به کودک و نوجوان شود یا احتمال چنین صدمه‌ای وجود داشته باشد. در این جا اعمال جنسی یا جسمی مد نظر نیست. مثال‌هایی از سوءرفتار روان‌شناختی عبارت‌اند از: تمسخر، سرزنش، توهین، تهدید به رها کردن یا صدمه زدن به کودک و نوجوان یا این که فرد دیگری به کودک و نوجوان یا آن چه برای او مهم است، صدمه خواهد زد، محدود و محصور کردن کودک یا نوجوان (بستن دست‌ها یا پاها به هم یا بستن کودک به وسایل یا شی دیگری، یا محدود کردن کودک در یک فضای محدود)، به صورت فاحش و مشخص قربانی کردن کودک یا نوجوان، اجبار کودک به اعمال رنج در خودش، یا انطباط شدید و افراطی (مانند تنبیه به مدت خیلی طولانی یا به تعداد زیاد، حتی اگر به حد سوءرفتار جسمی نرسد) چه بدنی چه غیربدنی.	کودک آزاری هیجانی
هر گونه عدم‌رسیدگی یا بی‌توجهی فاحش والدین یا مراقب، به نحوی که کودک یا نوجوان از نیازهای اساسی متناسب با سن کودک و نوجوان خود محروم شود مانند رها کردن، فقدان نظارت مناسب، عدم تأمین نیازهای هیجانی و روان‌شناختی ضروری، و عدم تأمین امکانات آموزشی، مراقبت‌های بهداشتی، امکانات پرورشی، پناهگاه و یا پوشاک مناسب.	غفلت ^۳ یا مسامحه

¹ incest

² rape

³ neglect

مداخلات تحصیلی: سیاست نگهداری دانش آموز در محیط مدرسه

یکی از سیاست های مهم تحصیلی که به پیشگیری انتخابی مربوط می شود، نگهداری دانش آموزان در محیط مدرسه است. نگهداری دانش آموز در محیط مدرسه و پرهیز از اخراج وی، کاهش افت تحصیلی و افزایش مهارت های تحصیلی دانش آموزان یکی از موضوعات کلیدی در پیشگیری از اعتیاد در کودکان و نوجوانان است. محیط مدرسه، محیطی ایمن و محافظ برای دانش آموزان محسوب می شود و هرچه بر کیفیت تحصیلات دانش آموزان بیفزاید نقش محافظ از اعتیاد دارد. پیشگیری از افت تحصیلی، شناسایی دانش آموزان دچار افت تحصیلی، نگهداری دانش آموزان در مدرسه، پیشگیری از ترک تحصیل، پیوند مثبت با مدرسه، آموزش مهارت های تحصیلی از سیاست های پیشگیرانه مهم به حساب می آیند.

راهکارهای پیشنهادی به مشاور مدرسه

آن چه که مسلم است افت تحصیلی زائیده عوامل فردی، اجتماعی و خانوادگی است. اگر در بررسی علل افت تحصیلی، مشکلات و ناسازگاری دانش آموزان را در نظر بگیریم، موفقیت چندان حاصل نمی شود. مشاور مدرسه نقش بسیار حساسی در آسیب شناسی و ارائه خدمات تحصیلی، اجتماعی و عاطفی دانش آموزان دارد. با ارائه خدمات مشورتی در زمینه برنامه ریزی تحصیلی، مدیریت زمان، ایجاد انگیزه، مهارت های یادگیری به دانش آموزان، معلمان والدین می توانند در پیشگیری یا کاهش افت تحصیلی تأثیرگذار باشند. بدین منظور راهکارهای زیر جهت استفاده مشاوران پیشنهاد می گردد:

- آسیب شناسی مشکلات تحصیلی دانش آموزان از طریق نظرخواهی از مدیر، معاون، دبیران، پرونده مشاوره ای والدین، اقدام پژوهی و انجام مشاوره ای فردی و گروهی.
- شناسایی دانش آموزان مبتلا به اختلالات روانی.
- شناسایی دانش آموزان دارای مشکلات خانوادگی مانند والدین مصرف کننده مواد، والدین مبتلا به بیماری های روانی، والدینی که دارای اختلافات شدید خانوادگی هستند و مانند آن.
- شناسایی دانش آموزان مصرف کننده مواد (سیگار، قلیان و غیره).
- برگزاری کارگاه های تخصصی مهارت های تحصیلی ویژه دانش آموزان و معلمان.
- تعامل با معلمان جهت ارائه خدمات مشورتی به آنان.
- همکاری با مدیر در تدوین برنامه ای درسی مدرسه.
- تعامل با معاونان و مربیان مدرسه جهت حل مشکلات رفتاری دانش آموزان.
- برگزاری جلسات راهنمایی برای والدین و ارائه خدمات تخصصی به آنان.

- انجام مشاوره فردی و گروهی با دانش‌آموزان دارای مشکلات تحصیلی، خانوادگی و....
- ارجاع دانش‌آموزان دارای مشکلات خاص (ابتلای به اختلالات روانی، مشکلات خانوادگی و غیره) به مراکز مشاوره و افراد ذی‌صلاح.
- برگزاری جلسات مشترک با دانش‌آموزان و والدین و بررسی پیشرفت تحصیلی آنان.
- بحث و تبادل نظر و استفاده از تجارب سایر مشاوران، در زمینه کنترل و کاهش مشکلات تحصیلی در جلسات ماهانه مشاوران.

ویژگی‌هایی که با پیامدهای مثبت پیشگیرانه ارتباط داشته‌اند عبارتند از:

- حمایت از عملکرد تحصیلی طبیعی و پیشگیری از قطع و ترک تحصیل
- حمایت از فضای مثبت انسانی در مدرسه و تعهد به مشارکت مدرسه و دانش‌آموز
- حمایت از سیاست‌هایی که در اثر مشارکت والدین، کارکنان مدرسه، دانش‌آموزان و معلمان ایجاد شده است
- سیاست‌هایی که دقیقاً نوع مواد مورد مداخله، محل و موقعیت‌های مربوط به آن را مشخص کرده‌اند.
- برنامه برای همه گروه‌ها تدوین شده باشد از جمله دانش‌آموز، معلمان و غیره
- باید دسترسی به سیگار، قلیان، تنباکو یا سایر مواد را کاهش بدهد یا حذف کند.
- به جای تنبیه از سیستم ارجاع به مشاوره، درمان، کارکنان بهداشتی و سایر خدمات روانی، اجتماعی استفاده کند.
- تأکید بر تشویق سریع و مناسب دانش‌آموز در صورت همکاری و پیروی از برنامه داشته باشد.

ویژگی‌هایی که با پیامدهای منفی پیشگیرانه داشته یا بدون تأثیر بوده‌اند عبارتند از:

- استفاده از تست اعتیاد به صورت تصادفی.

شرح خدمات پیشگیرانه انتخابی

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

اقدامات:

- غربالگری
- شناسایی
- ارزیابی/شناسایی اختلالات روان‌پزشکی شایع
- ارجاع به پزشک
- ارجاع جهت خدمات حمایتی و اجتماعی
- درمان‌های روان‌شناختی فردی برای افراد ارجاع شده از طرف پزشک
- درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر خانواده برای افراد ارجاع شده از طرف پزشک
- ارجاع به مراکز تخصصی روان‌درمانی، ارائه پمفلت و بروشور
- پیگیری

آموزش:

- مهارت‌های فرزندپروری
- مهارت‌های زندگی
- عوارض مصرف مواد و الکل بر سلامت جنین

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 ماهگی به هنگام واکسیناسیون‌ها و همچنین هنگام حضور مادران در مرکز بهداشتی/ درمانی
- زنان در سنین باروری مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی/درمانی

گروه هدف: دانش آموزان دارای اُفت تحصیلی

اقدامات:

- غربال‌گری
- شناسایی
- ارزیابی/شناسایی اختلالات روان‌پزشکی شایع
- درمان‌های روان‌شناختی فردی برای افراد ارجاع شده از طرف پزشک
- درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر خانواده برای افراد ارجاع شده از طرف پزشک
- ارجاع به مراکز تخصصی روان‌درمانی
- ارجاع به پزشک
- ارجاع جهت خدمات حمایتی و اجتماعی
- ارائه پمفلت و بروشور
- پیگیری

آموزش:

- مهارت‌های فرزندپروری
- مهارت‌های زندگی

روش برقراری ارتباط:

- مراجعه دانش آموز به مراکز بهداشتی/درمانی
- والدین دانش آموزان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی/درمانی
- دانش آموزان و والدین ارجاع شده از سوی پزشک یا مدارس یا سایر نهادها
- معلمان، مدیران و سایر کارکنان مدارس
- مشاوران مدارس

گروه هدف: سایر افراد در معرض خطر

منظور از سایر افراد در معرض خطر در این گروه افراد واجد وضعیت اقتصادی، اجتماعی پایین، خانواده (شامل همسر و فرزندان) افراد مصرف کننده، افراد خشونت دیده، افراد مبتلا به اختلالات روان پزشکی همبود و.... هستند.

منابع و متون آموزشی لازم:

- راهنمای تشخیص و مراقبت اختلالات روان پزشکی
- آموزش فرزندپروری
- آموزش مهارت های زندگی

اقدامات:

- غربالگری
- شناسایی
- ارزیابی / شناسایی اختلالات روان پزشکی شایع
- درمان های روان شناختی فردی برای افراد ارجاع شده از طرف پزشک
- درمان های روان شناختی مبتنی بر خانواده برای افراد ارجاع شده از طرف پزشک
- ارجاع به مراکز تخصصی روان درمانی

- ارجاع به پزشک
- ارجاع جهت خدمات حمایتی و اجتماعی
- ارائه پمفلت و بروشور
- پیگیری

آموزش:

- مهارت‌های فرزندپروری
- مهارت‌های زندگی

روش برقراری ارتباط:

- مراجعان به مراکز بهداشتی/درمانی
- افراد ارجاع‌شده از سوی پزشک یا مدارس یا سایر نهادها

فصل ششم:

شناسایی، مراقبت و پیگیری

عناوین فصل

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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

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

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

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

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

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

در ادامه این فصل نحوه شناسایی موارد از طریق هر یک از مسیرهای بالا و نقش کارشناس سلامت روان در ارایه مراقبت‌ها توصیف می‌شود.

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

¹ screening

² brief intervention

شناسایی و مراقبت اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه با مجموعه‌ای از چالش‌ها مواجهه است. کارشناسان سلامت روان باید این مشکلات و چالش‌ها را شناسایی نموده و برای رفع آنها برنامه‌ریزی نمایند. این چالش‌ها عبارتند از:

- **آنگ اجتماعی:** مصرف دخانیات، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف، 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 سوءمصرف را با سهولت بیشتری با کارکنان مراقبت سلامت در میان بگذارند.
- **مهارت‌های پایه مشاوره:** برای دستیابی به پاسخ‌های صحیح در غربال‌گری رعایت مهارت‌های پایه مشاوره نظیر احترام، پذیرش، رازداری، غیرقضاوتی بودن، همدلی و... اهمیت اساسی دارد. با گذشت زمان، برقراری ارتباط مؤثر و ایجاد اعتماد به نظام مراقبت‌ها مراجعان با سهولت بیشتری مشکلات خود را با کارکنان مراقبت سلامت در میان خواهند گذاشت. برای توضیحات بیشتر فصل چهارم را ببینید.
- **حریم شخصی:** اجرای غربال‌گری در یک محیط کاملاً خصوصی بدون حضور اعضای خانواده، همراهان و سایر کارکنان مراقبت سلامت احتمال پاسخ‌دهی باز و صادقانه را افزایش می‌دهد. کارشناسان روان موظفند نکات مربوط به رعایت حریم شخصی را به کارشناسان مراقب سلامت/بهورزان آموزش دهند و باید حتی‌الامکان در چیدمان مبلمان اداری و وضعیت صندلی مراجع نسبت به کارشناس مراقب یا بهورز این اصل را رعایت کنند. همچنین در هنگام غربال‌گری، حتی امکان، امکان مشاهده‌ی صفحه‌ی مانیتور در هنگام انجام غربال‌گری بطور همزمان برای ارایه‌کننده خدمت (کارشناس مراقب/بهورز یا کارشناس روان) و مراجع فراهم باشد. بدیهی است، اجرای این اصل و نکات پیشگفت در هنگام اجرای غربال‌گری و ارایه مداخلات روانشناختی برای کارشناس سلامت روان کاملاً الزامی است.
- **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. همواره این امکان وجود دارد که مراجع بدلیلی مایل به خوداظهاری نباشد و تحت تاثیر این تعامل و ارتباط درست در مراجعات بعدی خود و یا اطرافیانش را برای دریافت خدمات معرفی نماید. لذا حفظ حرمت و حریم شخصی مراجع حتی در صورت عدم همکاری در انجام غربال‌گری لازم است و ارایه پیام فوق اهمیت بسیاری دارد.

تغییر دیدگاه کارکنان مراقبت سلامت و مراجعان درباره اختلالات مصرف مواد

از یک ضعف شخصیتی غیرقابل تغییر به یک مشکل سلامت رفتاری قابل اصلاح،

در موفقیت برنامه غربال‌گری اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه نقش کلیدی دارد.

در این فصل ابتدا به نحوه برخورد با اورژانس‌های مرتبط با مصرف مواد می‌پردازیم. سپس غربال‌گری اختلالات مصرف انواع مواد، مراقبت‌های مرتبط با آن و ملاحظات مراقبت‌های مرتبط با مواد مختلف مورد بحث قرار می‌گیرد. در ادامه، شناسایی اختلالات مصرف مواد در افراد زیر ۱۵ سال و در نهایت، نحوه برخورد با کسانی که به دلیل مشکل مصرف مواد در یک عضو خانواده خود مراجعه نموده‌اند تشریح می‌گردد.

شناسایی فرصت طلبانه مصرف کنندگان مواد، الکل و دخانیات

توسط پزشک

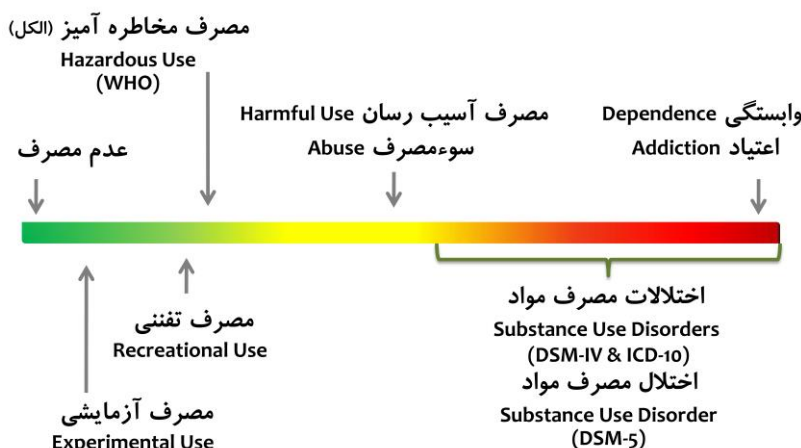
می‌تواند منجر به شناسایی زودرس افراد مصرف کننده و وابسته به مواد و آرایه مداخله انگیزشی مختصر برای ترغیب آنها برای شروع مداخلات درمانی اختصاصی و تخصصی شود.

غربال‌گری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد

- ضرورت غربال‌گری در مراقبت‌های بهداشتی اولیه

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

شکل ۶-۱- پیوستار مصرف مواد



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

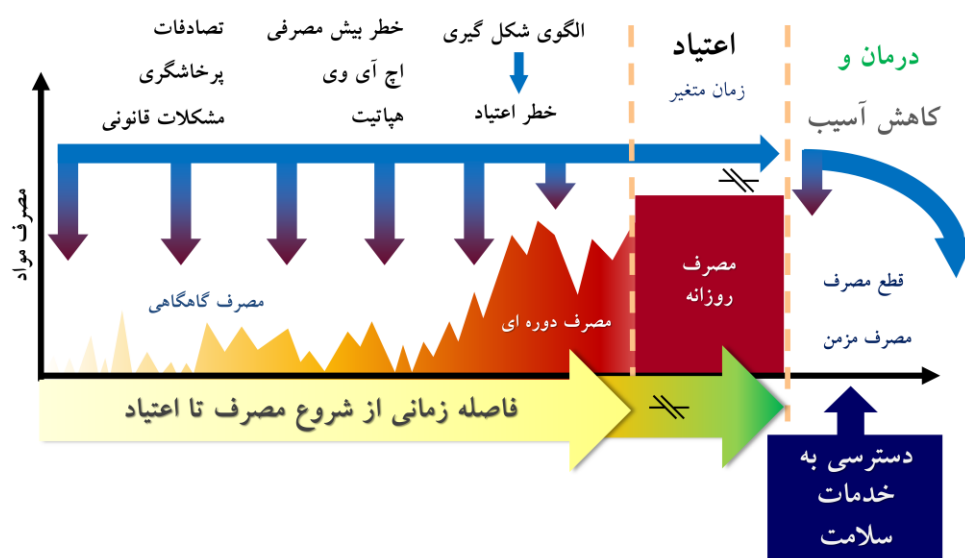
هدف از غربال‌گری شناسایی مشکلات یا عوامل خطر سلامت در مراحل اولیه، پیش از آن‌که آن‌ها بیماری جدی یا سایر مشکلات را ایجاد کنند بوده و بخشی از فعالیت‌های پیشگیرانه در جایگاه‌های مراقبت سلامت است.

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 ارائه‌دهنده مراقبت اولیه مراجعه نمایند. مطالعات نشان داده‌اند شناسایی مصرف آسب‌رسان و مخاطره‌آمیز مواد و ارائه مداخلات انگیزشی مختصر می‌تواند از

پیشرفت و وضعیت فرد به سمت وابستگی پیشگیری نماید. بنابراین جایگاه‌های مراقبت سلامت فرصت منحصر به فردی برای شناسایی مصرف‌کنندگان موادی که مصرف آنها هنوز به حد وابستگی نرسیده محسوب می‌گردد. برنامه غربالگری و مداخله مختصر پیوند یافته 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.

علاوه بر این غربالگری می‌تواند منجر به شناسایی زودرس افراد وابسته به مواد و ارایه مداخله انگیزشی مختصر برای ترغیب آنها برای شروع مداخلات درمانی اختصاصی و تخصصی باشد. در شکل ۲-۶ سیر طبیعی و عوارض مصرف مواد نشان داده شده است.

شکل ۲-۶- سیر و عوارض مصرف مواد



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

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

○ درک بهتر از مشکلات سلامت جسمی، روانی و اجتماعی فرد به دست آورند.

○ به فرد بازخورد ارایه کنند به این معنا که

¹ indicative primary prevention

- رفتارهای مثبت را تشویق نمایند.

- برای رفتارهای پرخطر آموزش و توصیه ارائه کنند.

- فرد را برای غربالگری تکمیلی ارجاع دهند.

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

غربالگری اولیه و تکمیلی

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

- غربالگری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز

- غربالگری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد توسط کارشناس سلامت روان

• غربالگری اولیه:

پرسشنامه غربالگری اولیه درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات که توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز تکمیل می شود از پنج بخش به شرح زیر تشکیل شده است:

- بخش اول- سوالات سابقه مصرف انواع مواد در طول عمر و سه ماه گذشته
- بخش دوم- سوالات بیشتر درباره دفعات و مقدار مصرف انواع دخانیات در ماه گذشته (برای مصرف کنندگان دخانیات در سه ماه گذشته)
- بخش سوم- سؤال مواجهه با دود دست دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته (خود فرد)
- بخش چهارم - سوالات مواجهه فرزندان با دود دست دوم و سوم دخانیات در ماه گذشته (ویژه والدین دارای فرزند زیر ۱۸ سال)
- بخش پنجم - سؤال درباره وجود فرد درگیر با مصرف الکل و مواد در خانواده (پرسش از خود فرد)

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

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

غربالگری اولیه اولین بار در هنگام تشکیل پرونده سلامت فرد و سپس در دوره‌های زمانی مراقبت معمول گروه های سنی یا طبق دستورالعمل بروز رسانی پرونده ی سلامت فرد انجام می شود.

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

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

○ در **مراقبت معمول**^۱ گروه‌های هدف برنامه در فراخوان برای تکمیل پرونده الکترونیک سلامت دعوت شده و **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 **فرصت طلبانه**^۲ که می‌تواند توسط هر یک از اعضای تیم سلامت شامل کارشناس مراقب سلامت/بهورز، ماما، کاردان بهداشت دهان و دندان، کارشناس سلامت روان، دندان‌پزشک یا پزشک انجام شود. سایر کارکنان تیم سلامت در مراکز جامع سلامت باید پس از مشاهده افراد واجد علائم و نشانه‌های مرتبط با مصرف مواد، الکل و دخانیات آنها را برای دریافت مراقبت‌های مورد نیاز به کارشناس روان ارجاع نمایند.

¹ routine care

² opportunistic

• غربالگری تکمیلی

- در مراقبت های بهداشتی اولیه، برای شناسایی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، از آزمون غربالگری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد (ASSIST) و آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل - نسخه مصرف طراحی شده توسط سازمان جهانی بهداشت استفاده می شود.
- پرسش نامه ASSIST سه سطح خطر درگیری با مصرف انواع مواد را در مراجعان شناسایی نموده و پرسش نامه AUDIT-C مصرف مخاطره آمیز یا سطوح پرخطرتر درگیری با مصرف الکل را شناسایی می کند. در غربالگری تکمیلی تنها برای کسانی که در سه ماه گذشته مصرف الکل داشته اند، به منظور تعیین دقیقتر نوع مراقبت مورد نیاز، استفاده از آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل - نسخه مصرف یا پرسشنامه AUDIT-C پیش بینی شده است.

در اجرای غربالگری اولیه و تکمیلی منبع فقط خود فرد پاسخگو است و اظهارات عضو دیگری از خانواده و یا دوستان نمی تواند به عنوان مرجع تکمیل غربالگری ها قرار گیرد. در چنین مواقعی کارشناس مراقب سلامت/ بهورز و یا کارشناس روان می توانند، پیشنهاد خدمت آموزش به خانواده دارای عضو مصرف کننده مواد به مراجع ارایه نمایند.

- آزمون ASSIST از ۸ پرسش تشکیل شده است که به تفکیک برای گروه های مختلف مواد پرسیده می شود. با استفاده از اطلاعات به دست آمده از اجرای غربالگری تکمیلی شاخص های 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 گروه های مواد (نمره پاسخ فرد به پرسش های ۲ تا ۷)
 - تزریق در طول عمر/سه ماهه اخیر (پرسش ۸)
- در غربالگری تکمیلی برای کسانی که در سه ماه گذشته مصرف الکل داشته اند AUDIT-C نیز برای دوره زمانی سه ماه گذشته تکمیل می گردد. با استفاده از اطلاعات این ارزیابی شاخص های زیر قابل احصاء است:
 - فرکانس مصرف الکل (پرسش ۱)
 - مقدار مصرف در یک روز معمول مصرف (پرسش ۲)
 - فرکانس مصرف ۶ پیمانانه یا بیشتر الکل در یک نوبت مصرف (پرسش ۳)

- همانطور که در فصل قبل تاکید شد، غربال‌گری اولیه و تکمیلی باید در یک اتاق خصوصی، بدون حضور اعضای خانواده، همراهان یا سایر مراجعان انجام شود.
- رعایت اصول مشاوره پایه و اطمینان‌دهی درباره رازداری منجر به افزایش پاسخ‌دهی صادقانه در غربال‌گری می‌شود.
- ارایه توضیحات شفاف درباره هدف غربال‌گری و محتوای سوالات آن برای جلب همکاری بهتر و دقیق‌تر مراجعان ضروری است.
- در صورتی که فرد طی فرآیند مراقبت‌های معمول توسط کارشناس مراقب سلامت، جهت دریافت غربال‌گری تکمیلی ارجاع شده باشد، کارشناس سلامت روان باید اطلاعاتی که فرد در غربال‌گری اولیه داده مشاهده و مرور نماید.

غربال‌گری در بارداری

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

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

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

با توجه به عوارض بالای مرتبط با مصرف مواد در بارداری، شناسایی مصرف مواد دخانی، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف، الکل و سایر مواد اهمیت بالایی دارد. به این منظور اجرای غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد به صورت ادغام‌یافته در مراقبت‌های معمول بارداری برای کارشناس مراقب سلامت/بهورز در نظر گرفته شده است. غربال‌گری اولیه در اولین

مراقبت بارداری و سپس هر سه ماه یک بار باید انجام شود. بدین ترتیب، غربال‌گری اولیه باید در هر سه ماهه بارداری یک بار اجرا شود.

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

• شناسایی و ارجاع مادر باردار مشکوک به اختلالات مصرف مواد

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

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

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

○ مراجعه نامنظم برای مراقبت بارداری

○ وزن نگرفتن و یا عدم تطابق سن بارداری و ارتفاع رحم

○ عفونت‌های منتقله از راه جنسی

○ سوء تغذیه

○ کبودی و آثار جراحات ناشی از خشونت

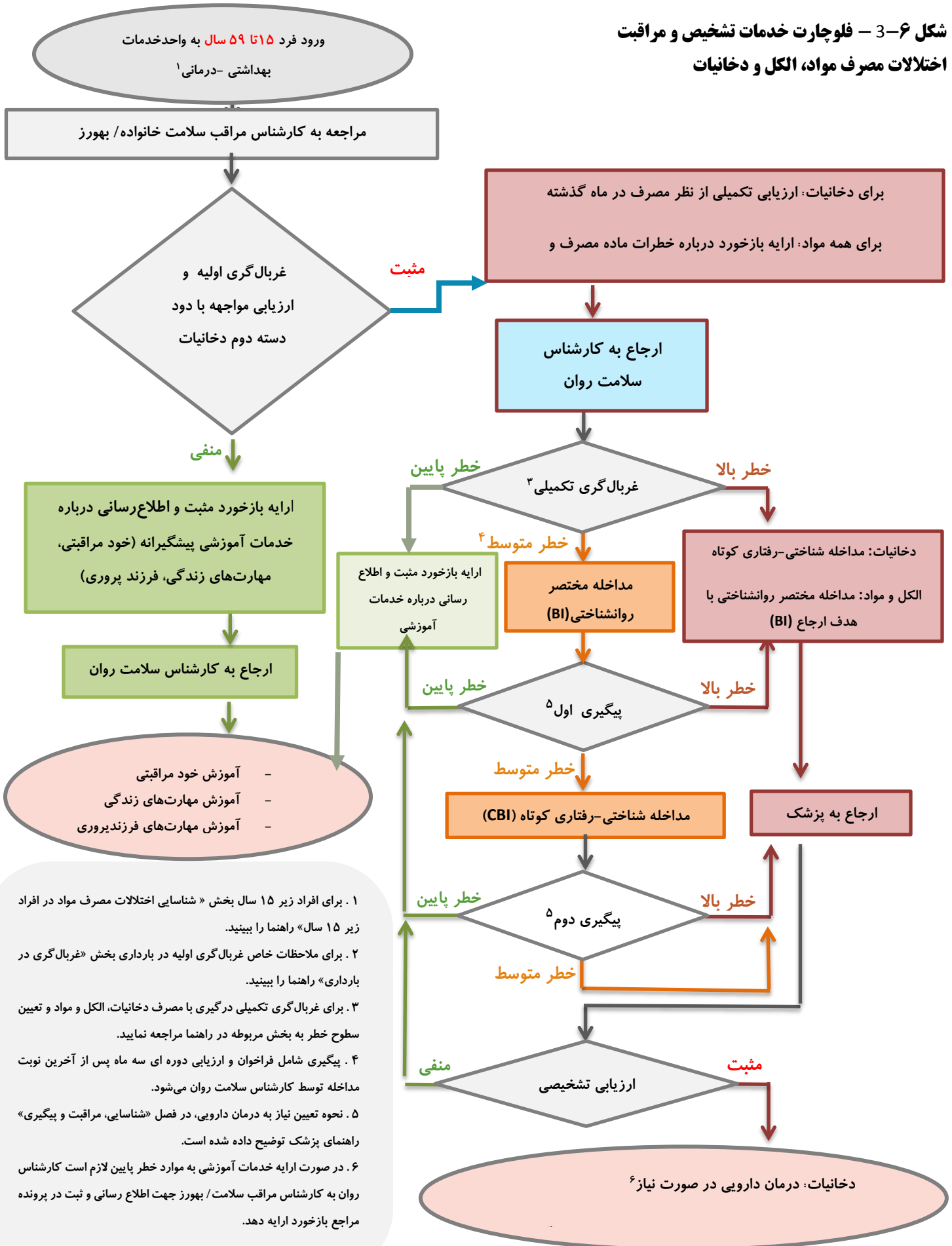
○ اسکارهای ناشی از تزریق مواد بر روی بدن

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

کارشناس سلامت روان برای ارایه مراقبت‌های لازم شامل آموزش، مداخله مختصر و ارجاع برای زنان باردار لازم است با موارد زیر آشنایی داشته باشند:

- عوارض مصرف مواد در بارداری: برای مرور عوارض مصرف مواد در بارداری فصل سوم و پنجم را ببینید.
- مراقبت‌های بارداری: به این منظور مطالعه راهنماهای اداره مادران در خصوص مراقبت‌های بارداری کمک‌کننده است.
- ملاحظات خاص درمان اختلالات مصرف مواد در بارداری: برای آشنایی با ملاحظات خاص درمان اختلالات مصرف مواد در بارداری راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه: کتاب پزشک را ملاحظه کنید.
- موانع دسترسی به مراقبت برای زنان باردار مبتلا به اختلالات مصرف مواد: مصرف مواد در بارداری با آنگ اجتماعی مضاعف همراه است. این موضوع باعث می‌شود زنان باردار درگیر اختلالات مصرف مواد احساس گناه و شرم شدید برای مراجعه جهت دریافت مراقبت و پیگیری آن دارند. نگرانی درباره هزینه‌ها و پیامدهای قانونی از دیگر موانع دسترسی به مراقبت‌های مورد نیاز برای زنان باردار معتاد است.
- برای آگاهی بیشتر از نحوه اجرای غربالگری تکمیلی و مداخلات، در شکل ۶-۳ - فلوجارت خدمات تشخیص و مراقبت از اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد و راهنمای ارایه خدمات تشخیص و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات در نظام مراقبت‌های اولیه و پس از آن محتوای پرسشنامه‌های غربالگری اولیه و تکمیلی و نحوه امتیاز دهی برای تعیین سطوح خطر درگیری مراجع با مصرف ارایه می‌گردد.

شکل ۶-۳ - فلوجارت خدمات تشخیص و مراقبت
اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات



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

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

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

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

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

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

اما در مواردی که نتیجه غربالگری اولیه مثبت می‌شود، کارشناس مراقب سلامت/بهورز پس از ارائه آموزش درباره خطرات مصرف مواد، متناسب با ماده مصرفی که با استفاده از کارت بازخورد انجام می‌گردد، با ارایه توصیه کوتاهی درباره پرهیز از مصرف ماده یا مواد مورد نظر، مراجع را جهت **غربالگری تکمیلی** به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌دهد. **کارشناس مراقب سلامت/بهورز** باید مراجعان **غربالگری اولیه مثبت** را با مراقبت‌های کارشناس سلامت روان و پزشک آشنا نموده و آنها را برای دریافت این مراقبت‌ها تشویق نماید. اولین گام پس از ارجاع فرد غربالگری اولیه مثبت به کارشناس سلامت روان انجام **غربالگری تکمیلی**

است. بر حسب نتیجه حاصل از غربالگری تکمیلی نوع مراقبت مورد نیاز فرد تعیین می‌شود. همچنین در صورتی که فردی خارج از مسیر ارجاع به کارشناس روان مراجعه نماید، لازم است ابتدا تکمیل شرح حال روانشناختی در دستور کار قرار گیرد.

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

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

۱- کارشناس سلامت روان کلیه موارد ارزیابی شده با سطح خطر پایین را ضمن اطلاع‌رسانی و تشویق جهت آموزش‌های

گروهی به کارشناس مراقب سلامت/ بهورز ارجاع می‌دهد تا اسامی افراد متقاضی در فهرست مربوطه ثبت شود.

۲- در مواردی که مراجع در سطح خطر متوسط مصرف مواد ارزیابی می‌شود، دو جلسه هفتگی مداخله مختصر (BI)^۱ با

رویکرد قطع مصرف توسط کارشناس سلامت روان به مدت ۲۰-۱۵ دقیقه ارائه می‌گردد. پس از گذشت سه ماه، بعد از دریافت آخرین جلسه مداخله، کارشناس سلامت روان مراجع را برای دریافت ادامه مراقبت دعوت نموده و نسبت به انجام ارزیابی دوره ای اول (منطبق با پرسشنامه ASIST) اقدام می‌نماید. مداخلات بعدی بیمار بر اساس نتیجه آن صورت می‌پذیرد.

در مواردی که در ارزیابی دوره ای اول، فرد در سطح خطر پایین قرار گیرد، فرآیند خدمت با اطلاع‌رسانی و تشویق مراجعان،

و دریافت آموزش‌های گروهی توانمندسازی خاتمه می‌یابد. اما در صورتی که مراجع همچنان در سطح خطر متوسط باشد، مداخله شناختی-رفتاری کوتاه (CBI)^۲ توسط کارشناس سلامت روان ارائه می‌گردد. مداخله شناختی-رفتاری کوتاه شامل ۴ جلسه مداخله فردی است که بصورت هفتگی و به مدت ۴۵-۳۰ دقیقه ارائه می‌شود. اما در صورتی که فرد در ارزیابی دوره ای دوم در سطح خطر بالا ارزیابی شود، به پزشک ارجاع می‌گردد.

همچنین افرادی که به دلیل خطر متوسط مداخله شناختی-رفتاری مختصر دریافت کرده اند، لازم است که سه ماه بعد از

دریافت آخرین جلسه مداخله، بار دیگر بیمار توسط کارشناس سلامت روان فراخوانده و ارزیابی دوره ای دوم (منطبق با پرسشنامه ASIST) برای آن ها انجام شود. در مواردی که نتیجه ارزیابی در این مرحله، خطر پایین را نشان دهد، فرآیند خدمت با

¹ brief intervention

² Cognitive Behavioral Intervention

اطلاع رسانی و تشویق مراجعان، و دریافت آموزش‌های گروهی توانمندسازی خاتمه می‌یابد. اما در صورتی که فرد در ارزیابی این مرحله مجدداً در سطح خطر متوسط یا سطح خطر بالا ارزیابی شود، مستقیماً به پزشک ارجاع می‌گردد.

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

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

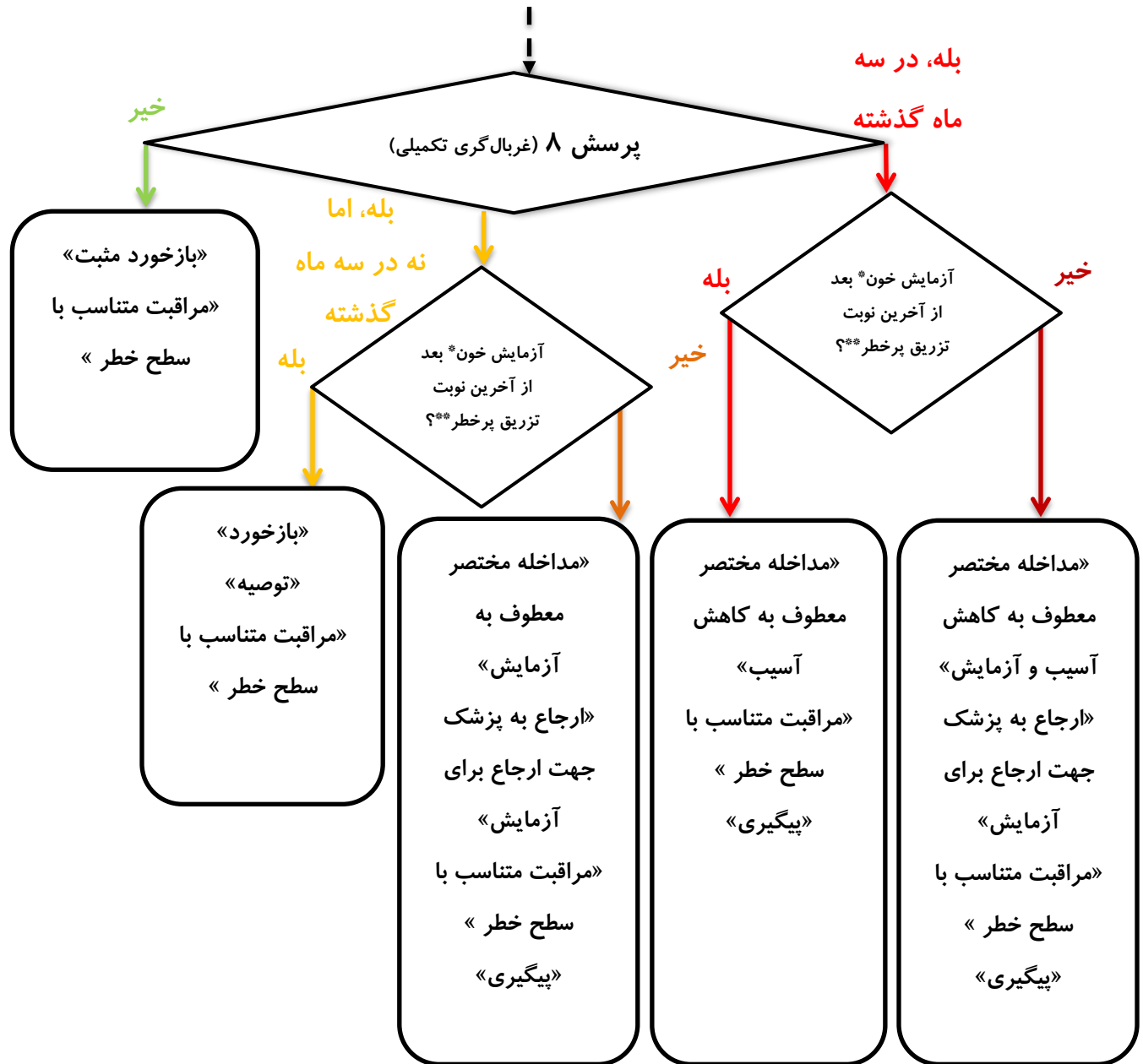
لازم به توضیح است غربالگری تکمیلی توسط کارشناس سلامت روان و ارزیابی تشخیصی توسط پزشک باید به صورت ادغام‌یافته با ارزیابی‌های حوزه سلامت روان و اجتماعی انجام پذیرد. در صورت شناسایی موارد مثبت در ارزیابی‌های حوزه‌های مذکور، اقدام لازم متناسب با فلوجارت خدمات سلامت روان و اجتماعی نیز باید در نظر گرفته شود.

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

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

همچنین لازم به ذکر است، پس از غربالگری تکمیلی برای موارد دارای سابقه ی تزریق مواد طبق فلوجارت ۶-۴ مراقبت ها ارایه می گردد. همچنین عدم انجام آزمایش اچ آی وی در سه ماهه اخیر، باید فرد برای انجام آزمایش اچ آی وی به مراکز مشاوره بیماری های رفتاری ارجاع گردد.

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



* منظور انجام آزمایش خون آزمایش از نظر اچ آی وی و هپاتیت سی آن است که فرد آزمایش انجام داده و از نتیجه آن مطلع شده است. در صورتی که فرد اظهار کند آزمایش انجام داده اما از نتیجه آن را دریافت نکرده، نمی داند 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.

پرسشنامه غربالگری اولیه

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

پرسش ۱-۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟			بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ-گویی
۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)					
۲- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره) (فقط مصرف غیر پزشکی)					
۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره) (فقط مصرف غیر پزشکی)					
۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)					
پرسش ۱-۲- مواد دیگر چطور؟			بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ-گویی
۵- مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)					
۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)					
۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)					
۸- سایر؛ مشخص کنید: ...					

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

بخش دوم غربالگری اولیه، سؤالات بیشتر درباره دفعات و مقدار مصرف انواع دخانیات در ماه گذشته است که در صورت پاسخ مثبت فرد به مصرف دخانیات در سه ماهه گذشته، سؤالات تکمیلی درباره سن شروع مصرف، نوع و مقدار ماده دخانی مصرفی در ماه گذشته سؤالات جدول زیر پرسیده می‌شود. لازم به ذکر است در صورت پاسخ منفی به مصرف ماده دخانی در ماه گذشته نیازی به طرح سوال پنجم نمی باشد.

پرسش ۵- بطور معمول در یک روز مقدار مصرف شما چقدر است؟		پرسش ۴- در ماه گذشته، چند وقت یک بار هر یک از این مواد دخانی را مصرف کرده‌اید؟				پرسش ۳- سن اولین بار مصرف؟	نوع فراورده دخانی
بار	نخ	تقریباً روزانه یا روزانه	هفتگی	۱ تا ۳ بار	هرگز		
							سیگار
							قلیان
							پیپ/چپق
							ناس/تنباکوی جویدنی

صرف نظر از پاسخ فرد به سؤال ۲، در صورت پاسخ مثبت به سؤال اول (سابقه مصرف در طول عمر) و یا سؤال دوم (مصرف در سه ماهه اخیر)، سؤال ششم در مورد سابقه درمان پرسیده شود.

سؤال ۶- آیا در حال حاضر به علت ابتلا به اختلال مصرف مواد تحت درمان هستید؟ (۱۵ تا ۵۹ سال)

سپس، صرف نظر از پاسخ مراجعان به سؤال‌های ۱ تا ۵، پرسش ۶ درباره سابقه درمان و پرسش ۷ درباره مواجهه با دود دسته دوم از تمام مراجعان پرسیده می‌شود.

پرسش ۷- آیا در ماه گذشته کسی در حضور شما در منزل، محل کار یا اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟

خیر بله

پرسشنامه غربالگری تکمیلی درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات

مقدمه (لطفاً برای مراجع بخوانید)

از این که پذیرفتید در این مصاحبه کوتاه درباره مصرف انواع تنباکو، مواد و الکل شرکت کنید از شما متشکرم. «در این بخش می‌خواهم چند سؤال درباره تجربه شما از مصرف سیگار، الکل و مواد در طول عمر و سه ماه گذشته بپرسم. این ارزیابی برای تمام مراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد وضعیت سلامتی انجام می‌شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است. این مواد را می‌توان به صورت تدخینی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد. (کارت پاسخ را به مراجع بدهید). برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای ضد درد یا ریتالین). در این مصاحبه داروهایی که شما مطابق تجویز پزشک مصرف می‌کنید ثبت نمی‌کنیم، اما اگر شما این داروها را به دلایلی غیر از تجویز پزشک، یا با دفعات و مقادیر بیشتر از میزان نسخه شده مصرف می‌کنید، لطفاً به ما اطلاع دهید. به شما اطمینان می‌دهیم اطلاعاتی که در این مورد به ما می‌دهید، کاملاً محرمانه خواهد بود. پاسخ‌گویی باز و صادقانه به این پرسش‌ها در ارائه خدمات مورد نیاز به ما کمک می‌کند، اما در صورت عدم تمایل می‌توانید به پرسش‌ها پاسخ ندهید.»

توجه: پیش از پرسیدن سؤالات، کارت پاسخ غربالگری تکمیلی را به مراجع بدهید.

پرسش ۱

(توجه: اگر طبق دستورالعمل ارزیابی تکمیلی نوبت های پیگیری دوم و سوم را تکمیل می کنید، پاسخ به این سؤال را با پاسخ داده شده به پرسش یک در نوبت اول چک کنید.)

بله	خیر	در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده اید؟ (فقط مصرف غیر پزشکی)
۳	۰	۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۳	۰	۲- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
۳	۰	۳- داروهای آرام بخش یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۳	۰	۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
۳	۰	۵- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
۳	۰	۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
۳	۰	۷- محرک های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۳	۰	۸- سایر - مشخص کنید: ...

اگر پاسخ به تمام موارد «خیر» بود، مصاحبه را متوقف کنید.

اگر تمام پاسخ ها منفی بود، بیش تر پرس و جو کنید:

اگر پاسخ به هر یک از موارد «بله» بود، پرسش ۲ را درباره هر ماده ای که تاکنون مصرف شده بپرسید.

- «حتی در جوانی هم مصرف نکردید؟» (برای سن زیر ۲۹ سال)
- «حتی در یک جمع دوستانه یا مهمانی؟»

پرسش ۲

هرگز	یک یا دو بار	ماهانه	هفتگی	هر روز یا تقریباً هر روز	در سه ماه گذشته، موادی را که اشاره کردید (ماده اول، ماده دوم، غیره) چند وقت یک بار مصرف کرده اید؟
۰	۲	۳	۴	۶	۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۰	۲	۳	۴	۶	۲- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
۰	۲	۳	۴	۶	۳- داروهای آرام بخش یا خواب آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۰	۲	۳	۴	۶	۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
۰	۲	۳	۴	۶	۵- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
۰	۲	۳	۴	۶	۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
۰	۲	۳	۴	۶	۷- محرک های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)

۸- سایر- مشخص کنید: ...

۶	۴	۳	۲	۰
---	---	---	---	---

اگر پاسخ به تمام موارد «هرگز» بود به پرسش ۶ بروید.
اگر هر یک از مواد پرسش ۲ در سه ماه گذشته مصرف شده باشند، برای هر یک از مواد استفاده شده پرسش‌های ۳، ۴ و ۵ را بپرسید.

پرسش ۳

هرگز	یک یا دو بار	ماهانه	هفتگی	هر روز یا تقریباً هر روز	در سه ماه گذشته، چند وقت یک بار میل یا وسوسه شدید برای مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) داشته‌اید؟
۰	۳	۴	۵	۶	۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۰	۳	۴	۵	۶	۲- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
۰	۳	۴	۵	۶	۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۰	۳	۴	۵	۶	۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
۰	۳	۴	۵	۶	۵- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
۰	۳	۴	۵	۶	۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
۰	۳	۴	۵	۶	۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۰	۳	۴	۵	۶	۸- سایر- مشخص کنید: ...

پرسش ۴

هرگز	یک یا دو بار	ماهانه	هفتگی	هر روز یا تقریباً هر روز	در سه ماه گذشته، مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) توسط شما چند وقت یک بار منجر به مشکلات سلامتی، اجتماعی، قانونی یا مالی شده است؟
۰	۴	۵	۶	۷	۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۰	۴	۵	۶	۷	۲- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
۰	۴	۵	۶	۷	۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۰	۴	۵	۶	۷	۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
۰	۴	۵	۶	۷	۵- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
۰	۴	۵	۶	۷	۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
۰	۴	۵	۶	۷	۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۰	۴	۵	۶	۷	۸- سایر- مشخص کنید: ...

پرسش ۵

هرگز	یک یا دو بار	ماهانه	هفتگی	هر روز یا تقریباً هر روز	در سه ماه گذشته، چند وقت یک بار به خاطر مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) نتوانسته‌اید وظایفی را که به صورت معمول از شما انتظار می‌رود انجام دهید؟
					۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۰	۵	۶	۷	۸	۲- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
۰	۵	۶	۷	۸	۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۰	۵	۶	۷	۸	۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
۰	۵	۶	۷	۸	۵- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
۰	۵	۶	۷	۸	۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
۰	۵	۶	۷	۸	۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۰	۵	۶	۷	۸	۸- سایر - مشخص کنید: ...

پرسش ۶ و ۷ را برای تمام موادی که تاکنون مصرف شده‌اند، بپرسید (موارد تایید شده در پرسش ۱)

پرسش ۶

بله، اما نه در ۳ ماه گذشته	بله، در ۳ ماه گذشته	نه، هرگز	آیا تاکنون کسی از اعضاء خانواده، بستگان، دوستان یا اشخاص دیگر نسبت به مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) شما ابراز نگرانی کرده است؟
۳	۶	۰	۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۳	۶	۰	۲- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
۳	۶	۰	۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۳	۶	۰	۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
۳	۶	۰	۵- مواد آفیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
۳	۶	۰	۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
۳	۶	۰	۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۳	۶	۰	۸- سایر - مشخص کنید: ...

پرسش ۷

بله، اما نه در ۳ ماه گذشته	بله، در ۳ ماه گذشته	نه، هرگز	آیا تاکنون سعی یا اقدام ناموفق در کنترل، کاهش یا قطع مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) داشته‌اید؟
۳	۶	۰	۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۳	۶	۰	۲- داروهای مسکن آپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
۳	۶	۰	۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۳	۶	۰	۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
۳	۶	۰	۵- مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
۳	۶	۰	۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
۳	۶	۰	۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، إکس، ریتالین، غیره)
۳	۶	۰	۸- سایر - مشخص کنید: ...

پرسش ۸

بله، اما نه در ۳ ماه گذشته	بله، در ۳ ماه گذشته	نه، هرگز	
۱	۲	۰	آیا تاکنون مواد را به صورت تزریقی مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیر پزشکی)

- طرح پرسش ۸ برای موارد مصرف در سه ماهه اخیر آیتم‌های شماره ۴ تا ۸ می باشد.

سؤالات ارزیابی مصرف الکل

برای کسانی که مصرف الکل در سه ماه گذشته داشته‌اند، دفعات و مقدار مصرف را با استفاده از سؤالات زیر ارزیابی کنید. سؤالات را همان طور که نوشته شده بخوانید. پاسخ‌ها را به دقت در محل تعیین شده درج کنید.

مصاحبه را چنین شروع کنید: «می‌خواهم از شما چند سؤال دیگر درباره مصرف مشروبات الکلی در طول سه ماه گذشته بپرسم.» با استفاده از کارت پاسخ یک پیمانانه الکل از مشروبات الکلی مختلف را با استفاده از چند مثال محلی مثل آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، ودکا، ویسکی... توضیح دهید.

آبجو (۰.۴٪): یک لیوان بزرگ (۳۲۰ میلی لیتر) شراب (۰.۱۲٪): یک لیوان کوچک (۱۰۰ میلی لیتر)
 مشروبات قوی (۰.۴۰٪): یک استکان کوچک (۳۲ میلی لیتر) الکل طبی (۰.۹۰٪): یک قاشق سرخالی (۱۴ میلی لیتر)

۱- چند وقت یک بار مشروبات الکلی مصرف می‌کنید؟				
ماهی یک بار یا کمتر (۱)	دو تا چهار بار در ماه (۲)	دو تا سه بار در هفته (۳)	چهار بار یا بیش‌تر در هفته (۴)	
۲- در یک روز معمول مصرف الکل، به طور معمول چند پیمانه مصرف می‌کنید؟				
۱ یا ۲ (۰)	۳ یا ۴ (۱)	۵ یا ۶ (۲)	۷ تا ۹ (۳)	۱۰ یا بیش‌تر (۴)
۳- چند وقت یک بار، در یک نوبت ۶ پیمانه یا بیش‌تر مشروبات الکلی مصرف می‌کنید؟				
هرگز (۰)	کم‌تر از یک بار در ماه (۱)	ماهانه (۲)	هفتگی (۳)	روزانه یا تقریباً روزانه (۴)

چگونه سطح خطر اختصاصی برای هر ماده خاص محاسبه می‌شود؟

برای هر ماده امتیاز دریافت‌شده برای پرسش‌های ۲ تا ۷ را با هم جمع کنید. امتیازهای حاصل از پرسش‌های ۱ و ۸ را در این جا وارد نکنید. برای مثال امتیاز حشیش از مجموع امتیازهای ردیف ج سوالات ۲ تا ۷ به صورت زیر قابل محاسبه است:

$$ج۲+ج۳+ج۴+ج۵+ج۶+ج۷$$

توجه کنید که پرسش ۵ برای دخانیات کدگذاری نمی‌شود، و به این صورت محاسبه می‌شود: ۲الف+۳الف+۴الف+۶الف+۷الف

نمره کل کسب شده در سوالات الکل (AUDIT-C) و نمره سؤال ۳ سوالات الکل، به تنهایی در تعیین سطح خطر نقش دارد.

متناسب با سطح درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات نوع طبقه بندی و اقدامات به شرح زیر مشخص می‌گردد:

توضیحات	امتیاز	طبقه بندی	
نوع ماده و یا مواد مصرفی بر اساس گروه بندی مواد در پرسشنامه ذکر گردد	نمره در دامنه ۰-۳	خطر پایین درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات	خطر پایین
	نمره کمتر از ۱۰ در سوالات ۲-۷	خطر پایین با احتمال افزایش مصرف الکل	
	نمره کمتر از ۱۰ در سوالات ۲-۷ و نمره کمتر از ۳ در AUDIT-C و نمره صفر در سوال سوم AUDIT-C	دخانیات و مواد الکل	خطر متوسط
	نمره در دامنه ۴-۲۶	مواد، الکل و دخانیات	خطر بالا
	نمره ۱۱ تا ۲۷ برای الکل در ASSIST و/یا نمره ۳ یا بیشتر در AUDIT-C یا ۱ یا بیشتر در سوال سوم AUDIT-C		
	نمره ۲۷ یا بیشتر در صورت پاسخ مثبت به تزریق مواد در سه ماه گذشته		

*توجه: در تعیین سطح خطر الکل، اگر امتیازات ASSIST و AUDIT-C برای قرار گرفتن در یک تقسیم بندی هم خوانی نداشته باشد، ملاک تعیین سطح خطر، بالاترین امتیاز کسب شده در سوالات ASSIST یا AUDIT-C است. بطور مثال نتایج یک فرد در ASSIST در سطح خطر متوسط و در دیگری سطح خطر بالا باشد سطح خطر بالا طبقه بندی نهایی ارزیابی تکمیلی فرد محسوب می شود.

نکته مهم: پرسشنامه ارزیابی دوره ای درگیری با مصرف مواد، الکل و دخانیات

این پرسشنامه دقیقا منطبق با پرسشنامه غربالگری تکمیلی است، اما مقدمه آن با توجه به فرایند مداخله تغییر می نماید. همچنین در سوال اول بدون پرسش از مراجع درباره مصرف در طول عمر، ۳ امتیاز آن برای همه افراد در نظر گرفته می شود.

مداخله مختصر روان‌شناختی

مداخله مختصر یک مداخله روان‌شناختی مبتنی بر اصول مصاحبه انگیزشی^۱ است که در زمان کوتاه (۲۰-۱۵ دقیقه) در قالب تعداد جلسات محدود (۲ جلسه) به منظور کمک به تغییر رفتار مثبت در کسانی که مواد مصرف می‌کنند، ارایه می‌شود. شواهد قوی اثربخشی اجرای مداخلات مختصر در جایگاه‌های مراقبت بهداشتی اولیه برای نوجوانان، جوانان و بزرگسالانی که سیگار یا الکل مصرف می‌کنند، نشان می‌دهد. شواهد جدیدتر اثربخشی این مداخله را برای سایر مواد نیز تأیید کرده است. مداخلات مختصر کم هزینه هستند و در تمام سطوح درگیری با مصرف مواد و مشکلات مرتبط با آن مؤثر است. از مصاحبه انگیزشی و مداخله مختصر همچنین به صورت موفقیت‌آمیزی برای تغییر سایر رفتارهای مرتبط با سلامتی همچون افزایش فعالیت بدنی، کاهش وزن، پابندی به مراقبت‌ها و... استفاده شده است. بنابراین می‌توان گفت، مداخله مختصر یک روش ارایه مشاوره جهت ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها در مراجعه‌کنندگان به مراقبت اولیه محسوب می‌شود.

آشنایی با تکنیک‌های مداخله مختصر یک سبک از مشاوره را به کارشناسان سلامت روان می‌آموزد که می‌تواند به صورت مؤثری به منظور تغییر رفتارهای پرخطر و پابندی مراجعان به مراقبت‌ها مورد استفاده قرار گیرد.

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 مداخله مختصر می‌تواند متفاوت باشد. این اهداف عبارتند از:

- مداخله مختصر ارجاع به پزشک به منظور ارجاع به درمان
- مداخله مختصر معطوف به کاهش و قطع مصرف مواد
- مداخله مختصر معطوف به کاهش آسیب (کاهش خطرات ناشی از مصرف تزریقی، رفتارهای پرخطر جنسی و بیش‌مصرفی مواد)
- مداخله مختصر ارجاع به پزشک به منظور انجام آزمایش 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

¹ motivational interviewing (MI)

آسیب‌رسان یا مخاطره‌آمیز انواع مواد است. هدف از مداخله کمک به بیماران است تا درک نمایند که مصرف مواد آنها را در معرض خطر قرار می‌دهد و آنها را تشویق نماید تا تغییر رفتار متناسب برای آن انجام دهند. مداخلات مختصر باید شخصی شده و به نحوی حمایت‌کننده و به دور از قضاوت‌گری عرضه شود.

ارایه مداخله مختصر فرصت مناسبی برای ارایه‌دهندگان مراقبت فراهم می‌کند تا میزان آمادگی برای اقدام به تغییر رفتار یا مراجعه درمانی را به صورت عمیق‌تر مورد ارزیابی قرار دهند. در صورتی مراجع در معرض خطر متوسط آمادگی و انگیزه پایینی برای توافق بر سر تغییر رفتار مصرف مواد یا مراجع در معرض خطر بالا آمادگی و انگیزه پایینی برای مراجعه درمانی نشان دهد، تغییر تمرکز و هدف مداخله به سمت مشاوره انگیزشی با رویکرد کاهش آسیب و/یا تمرکز بر مشکلات از منظر مراجعه‌کننده ضرورت خواهد داشت.

برای آگاهی بیشتر از نحوه اجرای مداخله مختصر پیوندیافته با غربال‌گری تکمیلی راهنمای مداخله مختصر برای مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد را ببینید.

مداخله شناختی-رفتاری کوتاه

مداخله شناختی-رفتاری کوتاه^۱ یک مداخله روان‌شناختی بر اساس اصول مصاحبه انگیزشی و پیشگیری از عود^۲ است که در قالب ۴ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای ارائه می‌گردد.

گروه هدف مداخله شناختی-رفتاری کوتاه در مراقبت‌های بهداشتی اولیه عبارت است از:

- کسانی که مصرف دخانیات (تنباکو) در آنها در دامنه وابستگی قرار داشته و به صورت هم‌زمان برای هیچ ماده یا کلاس دیگری از مواد سطح درگیری در دامنه وابستگی قرار ندارد.
- کسانی که برای یک یا چند کلاس مواد در دامنه مصرف مخاطره‌آمیز یا آسیب‌رسان قرار داشته و برای هیچ ماده‌ای (به جز مواد دخانی) در دامنه خطر بالا قرار ندارند، ابتدا مداخله مختصر دریافت نموده و پیگیری می‌شوند. در صورتی که در پیگیری سه ماهه هنوز فرد مصرف مخاطره‌آمیز یا آسیب‌رسان ماده هدف را داشته باشد، مداخله شناختی-رفتاری کوتاه برای فرد ارائه می‌گردد.

هدف اصلی مداخله شناختی-رفتاری کوتاه نگهداری مراجعان در مراقبت و کمک به آنها برای کاهش یا قطع مصرف مواد و آسیب‌های مرتبط با آن است. به مراجع کمک می‌نمائیم تا اهداف اختصاصی خود در درمان را شناسایی کند.

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

هدف از این مداخله صرفاً قطع مصرف مواد نبوده، بلکه کمک به فرد برای دستیابی به بهبودی فراگیر در حوزه‌های کارکردی مختلف است، به این دلیل در خاتمه برنامه درمانی ممکن است نیاز باشد برخی بیماران به برنامه‌های جامع‌تر ارجاع شوند. برنامه مداخله شناختی، رفتاری کوتاه بسیار ساختارمند بوده و محتوای جلسات باید منطبق بر راهنما ارائه شود. جلسه اول با غربال‌گری تکمیلی مجدد شروع می‌شود. ترتیب ارائه جلسات این مراقبت به شرح زیر است:

- جلسه ۱: مصاحبه انگیزشی
- جلسه ۲: مقابله با وسوسه و لغزش
- جلسه ۳: کنترل افکار درباره مصرف مواد و فعالیت‌های لذت‌بخش

¹ brief cognitive, behavioral therapy: brief CBT

² relapse prevention

• **جلسه ۴:** مهارت‌های رد مصرف مواد و آماده شدن برای موقعیت‌های پرخطر آتی

جلسات هفتگی بوده و زمان آنها باید در یک روز ثابت از هفته باشد. هر چند برگزاری جلسات به صورت **هفتگی** مطلوب است اما مواردی پیش می‌آید که مراجعان نمی‌توانند مراجعه کنند یا وقت جلسه خود را فراموش می‌کنند. در این مورد، باید تلاش کرد یک جلسه دیگر در همان هفته برای بیمار در نظر گرفته شود تا فاصله بین جلسات بر روی انگیزه و تعهد بیمار برای درمان اثر منفی نگذارد. اگر این مقدور نبود جلسه بعد باید در زمان پیش‌بینی شده هفته بعد برگزار گردد.

در ادامه این فصل نحوه انتخاب نوع مداخله با توجه به وضعیت فرد از نظر مصرف دخانیات و سایر کلاس‌های مواد مورد بحث قرار گرفته است. برای اطلاعات بیشتر درباره نحوه اجرای این مراقبت، راهنمای مداخله شناختی- رفتاری کوتاه برای اختلالات مصرف مواد را ببینید.

شناسایی اختلالات مصرف مواد در افراد زیر ۱۵ سال

بیشتر دیدیم که غربالگری اولیه و تکمیلی برای شناسایی سطح درگیری با مصرف انواع مواد در افراد ۱۵ ساله یا بیشتر کاربرد دارد.

هر چند شیوع مصرف انواع مواد در افراد زیر ۱۵ ساله پایین است با این وجود در این گروه جمعیتی در صورتی که خود فرد متقاضی دریافت کمک شود یا توسط خانواده، مدرسه یا سایر سازمان‌های 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:

مراقبت مشابه برای کارشناس مراقب سلامت/بهورز برای ثبت و ارجاع افراد زیر ۱۵ سال مشکوک به اختلالات مصرف مواد پیش‌بینی شده است. در این موارد فرد پس از شناسایی و ثبت به کارشناس سلامت روان و سپس به پزشک و نهایتاً به مرکز فوق تخصصی درمان ارجاع می‌گردد.

راهنمای پیگیری خدمات و مراقبت ها

با توجه به اینکه انجام پیگیری های مرتبط با موارد شناسایی شده و تحت درمان غیردارویی و دارویی مصرف مواد، الکل و دخانیات در تکمیل مراقبت های مراجعین این حوزه و ماندگاری در درمان بیماران بسیار تاثیرگذار است، انجام منظم و ساختاریافته این پیگیری ها به شرح ذیل مورد انتظار می باشد.

از سوی دیگر بنا به ملاحظات خاصی که در نحوه ی ارتباط گیری با مراجع کنندگان این نوع خدمت وجود دارد، درگروه سنی بالای ۱۵ سال تاکید بر پیگیری از خود بیمار است. همچنین لازم است در کلیه موارد فراخوان و پیگیری، برای رعایت اصل حرمت و راز داری بیمار، لازم است به زمان تماس و شرایط افراد توجه گردد و در صورت اظهار عدم تمایل فرد، تنها تشویق او برای دریافت مراقبت تکمیلی و درخواست تعیین زمانی دیگر برای تماس و یا فراخوان مدنظر قرار گیرد. براین اساس برای هر نوع پیگیری یک الگوی مکالمه تنظیم شده است.

موارد پیگیری کارشناس مراقب سلامت/ بهورز

۱- برای مواردی که در حین غربالگری اولیه شناسایی شده که از قبل تحت درمان بوده اند و موارد تشخیصی جدید که توسط پزشک به مرکز درمان تخصصی ارجاع شده اند، جهت آگاهی از روند دریافت خدمات درمانی لازم است از بیمار در طول یک سال، ۵ نوبت، ۱ هفته، ۱ ماه، ۳ ماه، ۶ ماه و ۱۲ ماه بعد پیگیری انجام و نتایج آن ثبت شود.

نحوه ارتباط گیری و متن مکالمه:

سلام، روزتون بخیر. من (نام و نام خانوادگی).....کارشناس مراقب سلامت/ بهورز مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه بهداشتی ... هستم. طبق نتیجه ارزیابی اولیه، شما در حال دریافت خدمات درمان برای مصرف (ماده مصرفی).....هستید.

حالا می خواستم بپرسم،

آیا شما در سه ماه گذشته، بطور منظم در حال دریافت خدمات درمانی بوده اید؟ آیا از وضعیت جسمه، و روانه، خود رضایت دارید؟

اقدامات در صورت پاسخ مثبت:

- بازخورد مثبت تشویقی با ارایه پیام: این روند خیلی خوب است. پایبندی شما به برنامه درمانی تان می تواند روز به روز به بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی و عملکرد مثبت شما در خانواده و روابط اجتماعی تان کمک کند.
- بازخورد حمایتی با ارایه پیام: در صورت نیاز به خدمات روانشناختی و درمانی دیگر، این مرکز آماده کمک به شماست و سه ماه دیگر با شما تماس خواهیم داشت.

اقدامات در صورت پاسخ منفی:

- بازخورد در مورد عوارض مصرف و عواقب عدم پایبندی به برنامه درمانی
- در صورت عدم پایبندی به برنامه درمانی و یا اظهار عدم رضایت از وضعیت سلامت جسمی و روانی فراخوان فرد به مرکز جهت انجام ارزیابی و مداخله روانشناختی

پیگیری ها بعدی بر اساس فواصل زمانی تعریف شده مشابه نوبت اول، پیگیری های نوبت دوم، سوم و چهارم انجام و ثبت شود.

۲. برای موارد مثبت غربالگری اولیه که به کارشناس سلامت روان مراجعه نکرده اند، ۳ نوبت پیگیری با فواصل ۱ هفته بعد، ۲ هفته بعد، ۱ ماه بعد از زمان انجام غربالگری اولیه انجام شود.

سلام، روزتون بخیر. من (نام و نام خانوادگی).....کارشناس مراقب سلامت/ بهورز، مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه بهداشتی (عنوان واحد) ... هستم. بعد از ارزیابی اولیه شما درباره مصرف (اشاره به نوع ماده مصرفی) حالا شما می توانید با مراجعه به این مرکز از خدمات ما استفاده کنید و در صورتی که مایل باشید، روان شناس مرکز می تواند کمک کند تا با استفاده از خدماتی که رایگان هم هست، وضعیت سلامتی تان را بهبود بدهید.

خدمات ما در روزهای تا ساعات..... تا صبح / بعد ظهر ارایه می شود. لطفا بفرمایید شما کی می توانید مراجعه کنید؟

موارد پیگیری کارشناس روان

۱. برای موارد ارزیابی شده با سطح خطر متوسط مصرف دخانیات الکل و مواد، جهت دریافت جلسه دوم مداخله مختصر روانشناختی، پس از گذشت یک هفته فراخوان بیمار و در صورت عدم مراجعه، ۳ بار پیگیری با فواصل ۳ روز، ۱ هفته و ۱ ماه انجام شود.

نحوه ارتباط گیری و متن مکالمه:

سلام، روزتون بخیر. من (نام و نام خانوادگی)..... روانشناس مرکز خدمات جامع سلامت / پایگاه بهداشتی (عنوان واحد) ... هستم. با توجه به مراقبت قبلی تون برای کنترل مصرف (اشاره به نوع ماده مصرفی) حالا شما می توانید با مراجعه به مرکز، ادامه مراقبت تان (جلسه....) را بطور رایگان دریافت کنید و وضعیت سلامتی تون را بهبود بدهید. این مراقبت در روزهای وساعت..... تا صبح / بعد ظهر ارایه می شود. لطفا بفرمایید شما کی می توانید مراجعه کنید؟

۲. برای موارد ارزیابی شده با سطح خطر متوسط مصرف دخانیات الکل و مواد پس از پایان مداخلات روانشناختی و ختم خدمت، لازم است جهت آگاهی از پرهیز بیمار از مصرف مجدد، در طول یک سال، ۴ بار پیگیری در فواصل هر ۳ ماه (پس از اولین مراجعه) انجام و نتایج آن ثبت شود.

نحوه ارتباط گیری و متن مکالمه:

سلام، روزتون بخیر. من (نام و نام خانوادگی)..... کارشناس سلامت روان مرکز خدمات جامع سلامت ... هستم. همانطور که قبلا صحبت کرده بودیم، پس از پایان جلسات روانشناختی برای ترک مصرف (ماده مصرفی)..... در فواصل سه ماهه تا یکسال پیگیری وضعیت بهبود جسمی و سلامت روانی شما انجام خواهد شد.

حالا می خواستم بپرسم،

آیا شما در سه ماه گذشته، مصرف داشته اید؟ آیا از وضعیت جسمی و روانی خود رضایت دارید؟

اقدامات در صورت پاسخ مثبت:

- بازخورد مثبت تشویقی با ارایه پیام: این روند خیلی خوب است. پایبندی شما به برنامه درمانی تان می تواند روز به روز به بهبود وضعیت سلامت جسمی و روانی و عملکرد مثبت شما در خانواده و روابط اجتماعی تان کمک کند.
- بازخورد حمایتی با ارایه پیام: در صورت نیاز به خدمات روانشناختی و درمانی دیگر، این مرکز آماده کمک به شماست و سه ماه دیگر با شما تماس خواهیم داشت.

اقدامات در صورت پاسخ منفی:

- ✚ بازخورد در مورد عوارض مصرف و عواقب عدم پایبندی به برنامه درمانی
- ✚ در صورت عدم پایبندی به برنامه درمانی و یا اظهار عدم رضایت از وضعیت سلامت جسمی و روانی فراخوان فرد به مرکز جهت انجام ارزیابی و مداخله روانشناختی

پیگیری ها بعدی بر اساس فواصل زمانی تعریف شده مشابه نوبت اول، پیگیری های نوبت دوم، سوم و چهارم انجام و ثبت شود.

۳. پس از معرفی مراجع به کارشناس سلامت روان برای شرکت در کلاس های گروهی، در صورت عدم مراجعه ۱ بار پیگیری و فراخوان انجام شود.

متن مکالمه و نحوه ارتباط گیری:

سلام، روزتون بخیر. من (نام و نام خانوادگی).....روانشناس مرکز خدمات جامع سلامت/ پایگاه بهداشتی (عنوان واحد) ... هستم. شما در آخرین مراقبتی که دریافت کردید، برای شرکت در برنامه آموزشی (نام آموزش) اظهار تمایل کردید. اما این کلاس برگزار شد و متأسفانه شما حضور نداشتید. شرکت کنندگان قبلی از این برنامه استقبال خوبی کردند و قصد داریم دوره دیگه ای را برگزار کنیم. شما هم می توانید در کلاس آموزشی رایگان ما در روزتاریخ ... ساعت شرکت کنید. دوست دارید، برای شرکت در این کلاس اسمتان را بنویسم؟

۴. برای موارد ارزیابی شده با سطح خطر متوسط مصرف مواد، الکل و دخانیات در پیگیری های بعدی مورد نیاز برای ارزیابی مجدد، فراخوان پس از گذشت ۳ ماه و در صورت عدم مراجعه ۳ بار پیگیری با فواصل ۳ روز، ۱ هفته و ۱ ماه انجام شود. (مشابه الگوی ارتباطی بند ۱)

۵. برای موارد ارزیابی شده با سطح خطر بالای دخانیات، ۴ بار فراخوان با فواصل هفتگی برای دریافت هر ۴ جلسه مداخلات شناختی رفتاری کوتاه و در صورت عدم مراجعه ۳ بار پیگیری با فواصل ۳ روز، ۱ هفته و ۱ ماه انجام شود. (مشابه الگوی ارتباطی در بند ۱)

شک به مصرف مواد در اعضای خانواده

یکی از موقعیت‌های شایعی که ارایه‌دهندگان مراقبت ممکن است با آن مواجهه شوند، مراجعه خانواده و ابراز نگرانی آنها درباره احتمال مصرف دخانیات، الکل یا مواد در یکی از اعضای خانواده آنها است.

این حالت یکی از موارد بسیار مهم در حوزه مشاوره اختلالات مصرف مواد است و به جرأت می‌توان گفت که بخش 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.

پیش از آن که درباره نحوه ارایه آموزش و مشاوره به این خانواده‌ها توضیح بیشتری ارایه کنیم باید بدانیم که در ارایه تمام مداخلات رفتاری در حوزه اختلالات مصرف مواد داشتن یک رویکرد فراگیر و مبتنی بر مشکلات در مقایسه با یک رویکرد بسته و محدود به مواد مؤثرتر واقع می‌گردد. در جدول ۶-۴ تفاوت‌های رویکرد با محوریت مصرف مواد در مقایسه با رویکرد با محوریت مشکلات نشان داده شده است.

جدول ۶-۴- مقایسه رویکرد با محوریت مصرف مواد با رویکرد با محوریت مشکلات در اعتیاد

رویکرد با محوریت مشکلات	رویکرد با محوریت مصرف مواد
چند و چون دقیق مصرف چندان مهم نیست، مهم عوارضی است که برای فرد ایجاد کرده است.	در ارزیابی کشف و بررسی دقیق چند و چون مصرف مواد مدّ نظر است.
فرد از مجموعه‌ای از مشکلات رنج می‌برد که مصرف مواد یکی از آنها است.	تمام مشکلات بیمار ناشی از مصرف مواد است.
مصرف مواد به این دلیل مهم است که می‌تواند عامل شروع یا تشدید مشکلات زندگی باشد.	مصرف مواد به خودی خود یک مشکل است که باید رفع شود.
قطع مصرف مواد یکی از اهداف مراقبت است. هدف اصلی رفع مشکلات بیمار است.	قطع مصرف مواد یگانه هدف یا هدف اصلی مراقبت است.
بیماران از این رویکرد بیشتر استقبال می‌کنند، زیرا مشکلات آنها را به صورت فراگیر می‌بینند.	مقاومت بیشتر بیماران نتیجه اتخاذ این رویکرد است.
رویکرد عمل‌گرایانه و مبتنی بر همدلی	رویکرد اخلاق‌گرایانه و مبتنی بر قضاوت‌گری

بر اساس آن چه گفته شد در صورت مراجعه خانواده و ابراز نگرانی درباره احتمال مصرف مواد در اعضای خانواده مراحل زیر توصیه می‌گردند:

- از حوزه نگرانی خانواده شروع کنید (برای مثال پیدا کردن فندک یا ماده‌ای شبیه حشیش یا تریاک در جیب فرزند خانواده)
- درباره موارد مصرف مواد سؤال کنید (چه دیده‌اند؟ کجا؟ چه مدت؟ ...)
- چه حالت غیرعادی اختصاصی دیده‌اند (مستی، نشنگی، پرخاش‌گری، فراموشی، منگی، کندی، پرحرفی، کاهش مهارها و ...)
- چه تغییرات عمومی در فرد مشاهده کرده‌اند؟ (آفت کارکرد، عصبانیت، افسردگی، زودرنجی، تحریک‌پذیری، تغییر در عادات فیزیولوژیک نظیر بی‌خوابی یا بی‌اشتهایی، کاهش اتصال عاطفی به خانواده، مشکلات تحصیلی، مشکلات شغلی، مشکلات ارتباطی، مشکلات مالی، تغییرات شخصیتی و ...)

خانواده‌ها معمولاً به احتمال مصرف مواد در یکی از عزیزان خود واکنش هیجانی بسیار شدید نشان می‌دهند، لذا در اجرای مراحل بالا گوش دادن بازتابی و نشان دادن همدلی به خانواده اهمیت اساسی دارد.

در فرآیند این مشاوره خانواده ممکن است برخی مشکلات اورژانسی نظیر اقدام به خودکشی اخیر، پرخاش‌گری شدید، کودک‌آزاری و... را با شما مطرح نمایند. باید توجه داشت گزارش خانواده به معنای تشخیص قطعی وجود موارد فوق نبوده بلکه مطرح‌کننده احتمال بالا برای وقوع آنها است، لذا مداخله ارایه‌دهندگان مراقبت سلامت باید بر آموزش خانواده برای نحوه کمک گرفتن از خدمات اورژانس طبی یا اجتماعی به منظور مداخله فوری در موقعیت‌های اورژانسی متمرکز باشد.

در صورت عدم گزارش موارد بالقوه اورژانس، کارکنان مراقب سلامت باید به خانواده اطمینان خاطر دهند که اختلالات مصرف مواد به‌تنهایی جنبه اورژانسی نداشته و ضمن نشان دادن هم‌دلی با اعضای خانواده به آنها درباره اصل رازداری آموزش دهد. از این اجرای گام‌های توصیف‌شده در بالا، ممکن است مجموعه‌ای از مشکلات فراگیر در کارکردهای فرد یافته شود که به صورت غیرمستقیم به اعضای خانواده فرد این پیام را منتقل می‌کند که مشکل اصلی مواد نبوده بلکه تغییرات فراگیر در کارکردهای فیزیولوژیک، شناختی، روان‌شناختی و رفتاری در بیمار است.

کارشناسان سلامت روان باید به خانواده‌ها آموزش دهند تا چگونه نگرانی خود را درباره موضوعات قابل‌پذیرش برای عزیزانشان نظیر تغییرات در کارکردهای حوزه‌های مختلف را با عضو خانواده خود در میان گذاشته و او را برای مراجعه به مراکز سلامت جامعه به منظور ارزیابی جامع از نظر ابعاد مختلف سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تشویق نمایند.

پیام اصلی در اینجا آن است که در صورتی که خانواده‌ها نگرانی خود را معطوف به مشکلات فراگیر زندگی عزیزان خود نمایند، با موفقیت بیشتری می‌توانند با او رابطه برقرار نموده و او را برای مراجعه قانع نمایند.

در صورتی که علی‌رغم ارایه این مشاوره فرد برای دریافت مراقبت‌ها مراجعه ننماید، ارجاع به سطح دو برای دریافت مشاوره‌های تخصصی توصیه می‌گردد.

تقاضای کمک برای عضو خانواده مبتلا به اختلالات مصرف مواد

برخی از افراد درگیر مصرف مواد به صورت داوطلبانه 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.

در برخورد با این مراجعان **کارشناس سلامت روان** 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 خدمات جامع سلامت قانع کند، برای عضو خانواده پس از مراجعه **غربالگری تکمیلی** اجرا و بر اساس نتایج حاصل از آن مراقبت متناسب ارایه می‌گردد.
- در صورتی که مراجع گزارش نماید که عضو خانواده از مراجعه داوطلبانه امتناع می‌ورزد، در آن صورت تقاضای مراجع ثبت و برای دریافت خدمات مورد نیاز در سطح ۲ به **پزشک** ارجاع می‌گردد. لازم به توضیح است در این حالت موضوع مصرف مواد در پرونده خود فرد مراجعه‌کننده درج می‌گردد و در پرونده عضو خانواده (مشکوک به اختلالات مصرف مواد) ارزیابی یا مراقبتی ثبت نمی‌شود.

مراقبت مشابه برای **کارشناس مراقب سلامت/بهورز** برای ثبت و ارجاع تقاضای کمک برای عضو مشکوک به اختلالات مصرف مواد پیش‌بینی شده است. در این موارد درخواست فرد پس از ثبت به **کارشناس سلامت روان** ارجاع می‌گردد.

نقش کارشناس سلامت روان در برخورد با این گروه از مراجعان عبارت است از:

- رعایت اصول مشاوره پایه برای برقراری ارتباط مؤثر
- آموزش درباره مداخلات مؤثر برای ترغیب یک عضو خانواده طفره‌رونده به درمان
- ارجاع به پزشک

در ادامه مداخلات روان‌شناختی مؤثر برای ترغیب یک عضو خانواده مبتلا به اختلالات مصرف مواد که از مراجعه داوطلبانه امتناع می‌کند، معرفی شده‌اند.

نحوه برخورد با یک فرد مصرف‌کننده مواد در خانواده که از مراجعه امتناع می‌کند

یکی از موقعیت‌های چالش‌برانگیز برای خانواده مراجعه‌کننده و درخواست کمک برای نحوه برخورد با یک عضو خانواده مصرف‌کننده مواد است که از مراجعه درمانی امتناع می‌کند.

در این گونه معمولاً مادر یا همسر یک فرد مذکر جوان یا میانسال در مراجعه به کارشناس سلامت روان ابراز می‌کند، پسر یا شوهر فرد مراجعه‌کننده مدت‌هاست از مشکل مصرف مواد رنج می‌برد اما آمادگی و تمایل برای مراجعه درمانی نشان نمی‌دهد.

چندین روش مشاوره برای کمک حرفه‌ای با اعضای خانواده در چنین مواردی طراحی شده است که برخی از آنها در کشور ما نیز با موفقیت مورد استفاده قرار گرفته‌اند. محل مناسب برای ارایه این مداخلات در **سطح دو** بوده بنابراین در مراقبت اولیه در صورت مواجهه با این موقعیت خانواده‌ها باید به سطوح بالاتر ارایه خدمات ارجاع گردند. در ادامه سه رویکرد رایج مورد استفاده در این زمینه به اختصار معرفی شده‌اند:

• مداخله جانسونی^۱

مداخله جانسونی قدیمی‌ترین و رایج‌ترین روش برای قانع کردن یک عضو خانواده طفره‌رونده برای مراجعه درمانی است. این روش توسط ورنون جانسون^۲ در دهه ۱۹۸۰ میلادی ابداع شد. در این روش تعدادی از افرادی که برای بیمار اهمیت قائل هستند شامل اعضای خانواده، دوستان و همکاران بیمار دور هم جمع می‌شوند. آنها در جلسات خود تغییرات و مشکلات رفتاری بیمار را از دید هر یک از شرکت‌کنندگان در جلسه به صورت عینی فهرست می‌کنند. این جلسات به صورت محرمانه و بدون اطلاع بیمار تشکیل می‌شود. سپس اعضای جلسه برای نحوه ابراز نگرانی خود به فرد بیمار به صورت گروهی تمرین می‌کنند.

در قدم بعدی، یک جلسه در منزل بیمار برگزار می‌شود که در آن تمام اعضای گروه او را با مشکلات ناشی از اعتیادش مواجه نموده و از او می‌خواهند همین امروز یک برنامه درمانی معمولاً اقامتی یا بستری را شروع نمایند. هر یک از اعضای جلسه همچنین یک اولتیماتوم برای فرد مشخص می‌کنند و می‌گویند اگر او ورود به درمان اعتیاد را نپذیرد آنها در مقابل چه خواهند کرد.

مداخلات جانسونی بر اساس مجموعه‌ای از فرضیات شکل گرفتند که شامل موارد زیر می‌شوند:

- خانواده‌ها قدرتمند هستند و می‌توانند بر تغییر رفتار عضو بیمار خود مؤثر باشند.
- خانواده معتادان معمولاً بدون آن که خود بدانند، به عضو بیمار خود برای تداوم مصرف مواد میدان می‌دهند.^۳

¹ Johnson's intervention

² Vernon E. Johnson

³ enabling

- اعتیاد به صورت پیش‌رونده‌ای باعث بروز آفت کارکرد در فرد شده و باعث ناراحتی، رنج و عذاب برای خانواده می‌شود.
- غافل‌گیری بخش مهمی از مداخله موفق است زیرا انکار و دلیل‌تراشی در معتادان شایع است.
- اعضای جلسه مداخله باید بر روی مجموعه‌ای از پیامدهای جدی در صورت امتناع فرد از ورود به درمان توافق نمایند.
- درمان بستری روش ترجیحی برای مداخله است و از قبل باید برای بیمار هماهنگ شده باشد.

مطالعات درباره اثربخشی مداخله جانسونی محدود است، با این حال در صورتی که اعضای خانواده، دوستان و همکاران فرد بتوانند آن را به صورت صحیح اجرا نمایند، نتایج خوبی به دنبال خواهد شد. در مداخله جانسونی روان‌شناس مرکز درمانی در سطح دو به خانواده درباره نحوه اجرای مداخله و اعمال فشار نظام‌مند بر فرد برای تغییر رفتار، آموزش می‌دهد.

• مدل ارایز^۱

در دهه ۱۹۹۰ مدل ارایز از قراردعی مداخلات جانسونی در کنار طیفی از مداخلات شکل گرفت. مدل ارایز تحت‌تأثیر نظریه‌های خانواده و سیستم‌ها خصوصاً درمان شبکه اجتماعی و خانواده درمانی شکل گرفت. بر اساس نظریه سیستم‌ها، خانواده هم از مصرف مواد متأثر می‌شود و هم بر سیر آن تأثیر می‌گذارد. پویایی‌ها و سلسله مراتب قدرت در خانواده‌ها، مرزها، ارتباطات، پویایی‌های بین‌نسلی و جنبه محافظتی خانواده، باعث می‌شود خانواده برای تأثیرگذاری بر رفتار بیماران از درمان‌گران قدرتمندتر باشد.

پیش‌بینی پیامدهای سخت ممکن است برای برخی بیماران مؤثر نبوده و طردکننده ادراک شود. اتخاذ یک مدل مداخله منعطف‌تر به شبکه اطرافیان بیمار مجال می‌دهد تا درباره پیامدهای عدم‌مراجعه تصمیم‌گیری نمایند. در مدل ارایز همچنین هر جا ممکن است درمان سرپایی روش درمانی ارجح محسوب می‌گردد، زیرا درمان سرپایی به بیماران در پس‌زمینه دنیای واقعی کمک می‌کند تا به پرهیز دست یابند، در نتیجه نتایج مداخلات درمانی سرپایی قابلیت تعمیم بالاتری در موقعیت‌های زندگی واقعی پیدا می‌کند. اعتیاد یک اختلال منحصر به فرد نبوده بلکه از طیفی از اختلالات تشکیل شده است و مداخله درمانی باید سبب‌شناسی پیچیده و نحوه تغییرات در سیستم‌ها و پیش‌رفت بیماری را در نظر بگیرد.

در مدل ارایز از یک رویکرد تدریجی برای اجرای مداخله استفاده می‌شود. در این روش از نگرانی اعضای خانواده و دوستان فرد استفاده می‌شود تا عضو بیمار خانواده بتواند درمان را شروع نموده و آن را ادامه دهد. برخلاف مداخله جانسونی، در ارایز ترس‌ها، نگرانی‌ها، احساس گناه و رفتارهای کنترل‌کننده اعضای خانواده بیمار مورد توجه قرار می‌گیرد و با در نظر گرفتن میزان انکار و

¹ Albany-Rochester Interventional Sequence for Engagement (ARISE)

دلیل تراشی در میان شبکه اطرافیان بیمار نوع مداخله را تعیین می‌کند. این روش امکان مشارکت اعضای خانواده که مقاومت بیشتر برای کمک به تغییر دارند در فرآیند بهبودی خانوادگی را فراهم می‌کند.

هدف از مداخله ارایز صرفاً کشاندن عضو بیمار خانواده به درمان نیست، بلکه هدف کمک به کل خانواده برای طی کردن سیر بهبودی است.

• کرافت: رویکرد تقویت اجتماع و آموزش خانواده¹

یکی دیگر از رویکردهای مورد استفاده برای کمک به خانواده‌های برای فشار بر عضو بیمار خود برای مراجعه درمان رویکرد تقویت اجتماع و آموزش خانواده یا به اختصار **کرافت** است. کرافت با استفاده از اصول تقویت رفتاری و بر اساس رویکرد تقویت اجتماع شکل گرفته است و به خانواده بیمارانی که از مراجعه درمانی امتناع می‌کنند، آموزش می‌دهد تا چطور با عدم تقویت و تسهیل رفتار مصرف مواد از یک سو و تقویت رفتاری تغییر رفتار از سوی دیگر در عضو بیمار خود انگیزه برای تغییر رفتار به وجود آورند.

کرافت در قالب یک برنامه ساختارمند مباحث زیر را با یکی از اعضای خانواده کار می‌کند:

- آموزش درباره برنامه کرافت و موفقیت آن
- تحلیل عملکرد رفتار مصرف مواد: بررسی شروع‌کننده‌ها، پیشابندها و پیامدهای مصرف به منظور کمک به خانواده برای شناسایی راهبردهای مقابله‌ای مؤثر
- نحوه برخورد با خشونت خانگی احتمالی: آموزش خانواده برای برخورد صحیح با موارد خشونت خانگی یا سایر موقعیت‌های بحرانی و اورژانس‌های جسمی یا روان‌پزشکی
- آموزش برقراری ارتباط: بررسی شیوه ارتباطی فعلی اعضای خانواده به منظور جایگزین کردن آن با شیوه‌های ارتباطی جدید
- آموزش تقویت مثبت: تقویت رفتارهای مثبت بیمار به منظور تسهیل امکان تغییر رفتار
- عدم تشویق رفتار مصرف مواد: حذف هر گونه تقویت مستقیم یا غیرمستقیم رفتاری برای مصرف مواد در عضو بیمار خانواده

¹ community reinforcement and family training (CRAFT)

- آموزش تقویت خود به اعضای خانواده: شناسایی احساس ناامیدی، خشم، اضطراب، افسردگی و عجز در اعضای خانواده و کمک به برطرف کردن آنها

- پیشنهاد درمان به عضو بیمار خانواده: آماده کرده خانواده برای تعیین زمان مناسب برای پیشنهاد مراجعه درمانی و آماده کرده آنها برای رویارویی با پاسخ منفی

در خاتمه این بخش باید گفت مداخلات رفتاری موفق‌تری برای کمک به خانواده‌ها به منظور قانع کردن یک عضو خانواده طفره‌رونده از مراجعه درمانی وجود دارد که در سطوح اختصاصی و تخصصی درمان ارایه می‌شود. در سطح مراقبت اولیه، ارایه‌دهندگان باید درباره این مداخلات آموزش کلی به خانواده‌ها ارایه نموده و آنها را برای دریافت این خدمات ارجاع دهند.

نحوه کمک به یک فرد مبتلای تحت درمان

خانواده بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد که در حال حاضر تحت یک برنامه در سطوح ۲ یا بالاتر هستند برای آن که بتوانند به نحو مؤثری از عزیزان خود حمایت کنند، نیاز به آموزش دارند. این آموزش‌ها می‌تواند بر موضوعات زیر متمرکز باشد: اعتیاد یک بیماری قابل درمان است، با این وجود به عنوان یک بیماری مزمن روند درمان آن طولانی مدت بوده و حداقل یک سال باید به طول انجامد.

تعریف مفهوم «خوب شدن» از نظر بسیاری از افراد و حتی متخصصان متفاوت است: بعضی بهبودی را به معنی عدم مصرف موادمخدر غیرقانونی می‌دانند؛ گروهی آن را به معنی تغییر رفتار بیمار و تبدیل اخلاق و روحیات او به وضعیت دوره قبل از مصرف تلقی می‌کنند؛ بعضی حتی توقع دارند رفتار بیمار آنان از قبل از شروع مصرف هم بهتر باشد، بسیاری از خانواده‌ها نیز با وجود این که رفتار حال حاضر فرد بیمار را نمی‌پسندند، ولی معمولاً تعریف دقیقی از رفتار ایده‌آل در ذهن ندارند.

بهبودی فرآیندی است که از زمانی که فرد مصرف‌کننده این واقعیت را می‌پذیرد که سالم ماندن او با تداوم مصرف و سایر رفتارهای قبلی و ادامه وضع موجود 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 اعتمادبفس است که معمولاً باعث پیچیده‌تر شدن درمان می‌گردند. در واقع بیمار شما بعد از کنار گذاشتن مصرف مواد، باید با عوارض جسمی و روانی اعتیاد هم کنار بیاید و آنها را نیز درمان کند که انجام این مجموعه از درمان‌ها نیازمند زمان است.

آسیب‌های اعتیاد صرفاً بدلیل مصرف مواد نیست، بلکه دوره‌ای که فرد به مصرف مواد اشتغال داشته از یادگیری و رشد روانی و شخصیتی بازمانده است و باید بعد از درمان، این عقب‌افتادگی‌ها را نیز جبران کند. بسیاری از خانواده‌ها در طی درمان به وضوح متوجه می‌شوند که با وجود کنار گذاشتن مصرف مواد، در بسیاری از اوقات، معتاد آنان در برخورد با استرس‌های زندگی حتی در نوع خفیف آن عصبی شده و 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.

تشخیص اختلالات مرتبط با مواد

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 القاء شده توسط مواد (مسمومیت، محرومیت و سایر اختلالات روانی القاء شده با مواد/داروها) تقسیم‌بندی می‌شود.

طبقه‌بندی کلی اختلالات مرتبط با مواد به شرح زیر است:

- اختلال مصرف مواد
- اختلالات القاء شده با مواد
 - مسمومیت
 - محرومیت
 - سایر اختلالات روانی القاء شده با مواد
 - اختلالات سایکوتیک
 - دوقطبی و اختلالات مرتبط
 - اختلالات افسردگی
 - اختلالات اضطرابی
 - وسواس-اجبار و اختلالات مرتبط
 - اختلالات خواب
 - کژکارکردی‌های جنسی
 - دلیریوم و اختلالات عصبی، شناختی

تشخیص اختلالات روان‌پزشکی شامل اختلالات مرتبط با مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه توسط پزشک خانواده انجام می‌پذیرد. در راهنمای حاضر تشخیص اختلالات مرتبط با مواد بر اساس DSM-5 توضیح 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 یا غیرمستقیم 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 و سوسه 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.

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 جدول ۱ آورده شده 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.

• اختلالات مصرف مواد (ICD-10)

در دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها یک طبقه تحت عنوان اختلالات روانی و رفتاری ناشی از مصرف مواد پیش‌بینی شده که با کدهای تشخیصی F10 تا F19 برای ده کلاس مختلف مواد مختلف مشخص می‌شود. گروه‌بندی مواد در این طبقه‌بندی به صورت الکل، مواد افیونی، کانابینوئیدها، داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور، کوکائین، سایر مواد محرک، مواد توهم‌زا، تنباکو، حلال‌های فرّار 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 هیپاتیت ناشی از مصرف تزریقی مواد) یا روان‌پزشکی (برای مثال دوره‌های اختلال افسردگی ثانویه یا مصرف سنگین الکل) باشد.

ملاک‌های تشخیصی مصرف آسیب‌رسان در ICD-10

(الف). باید شواهد روشنی وجود داشته باشد که مصرف ماده مسؤل (یا نقش اساسی) در آسیب جسمی یا روان‌شناختی شامل اختلال قضاوت یا کژکارکردی رفتاری دارد که می‌تواند منجر به ناتوانی شده یا پیامدهای جانبی در روابط بین‌فردی داشته باشد.

(ب). ماهیت آسیب باید کاملاً قابل شناسایی (و اختصاصی) باشد.

(ج). الگوی مصرف باید حداقل باید برای ۱ ماه ادامه داشته یا مکرراً در طول ۱۲ ماه گذشته رخ داده باشد.

(د). اختلال ملاک‌های سایر اختلالات روانی یا رفتاری مرتبط با آن ماده در آن دوره زمانی را (به جز برای مسمومیت حاد) نداشته باشد.

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.

○ سندرم وابستگی

مجموعه‌ای از پدیده‌های فیزیولوژیک، رفتاری و شناختی که در آن مصرف یک ماده یا یک کلاس از مواد برای فرد از سایر موضوعات مهم زندگی اولویت بالاتری پیدا می‌کند. یک خصوصیت توصیفی مرکزی در سندرم وابستگی میل، و سوسه یا ولع (اغلب قوی، گاهی فراتر از قدرت فرد) برای مصرف مواد است.

در افراد مبتلا به سندرم وابستگی، لغزش به مصرف مواد بعد از یک دوره پرهیز منجر به پیدایی مجدد سریع‌تر سایر خصوصیات سندرم وابستگی در مقایسه با افراد غیروابسته می‌گردد.

یک خصوصیت اساسی سندرم وابستگی آن است که یا مصرف ماده یا تمایل به مصرف آن باید وجود داشته باشد. آگاهی ذهنی از اجبار به مصرف مواد به شایع‌ترین شکل هنگام اقدام به کاهش یا قطع مصرف ماده دیده می‌شود. این ملاک تشخیصی می‌تواند مبنای کنار گذاشتن برخی بیماران از تشخیص سندرم وابستگی شود. برای مثال بیماران جراحی که برای تسکین درد مواد افیونی دریافت می‌کنند، در صورت قطع ناگهانی مسکن‌های آپیوئیدی دچار حالت محرومیت می‌شوند، اما ممکن است هیچ میلی برای تداوم مصرف مواد افیونی نداشته باشند.

برای آشنایی با ملاک‌های کلی اختلالات القاء‌شده توسط مواد شامل مسمومیت، محرومیت، سایر اختلالات القاء‌شده توسط مواد راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه: کتاب پزشک را ملاحظه کنید.

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.

آشنایی با مراقبت‌ها به تفکیک مواد

مراقبت‌های ارایه‌شده توسط کارشناس سلامت روان بر حسب سطح درگیری اختصاصی با هر ماده از یک الگوی کلی پیروی می‌کند. با این وجود مراقبت‌ها برای برخی مواد - به طور مشخص دخانیات و الکل - در برخی موارد با الگوی کلی 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.

• دخانیات

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 علایم محرومیت می‌تواند شروع شده و معمولاً در ۲۴ تا ۴۸ ساعت اول به اوج می‌رسد. علایم محرومیت تنباکو می‌تواند برای هفته‌ها یا ماه‌ها ادامه پیدا کند.

علایم شایع و سوسه شدید برای تنباکو، تنش، تحریک‌پذیری، دشواری در تمرکز، خواب‌آلودگی، کاهش ضربان قلب و فشار خون، افزایش اشتها و وزن، کاهش عملکرد حرکتی و افزایش تنش عضلانی است.

ملاک‌های DSM-5 برای محرومیت تنباکو

ملاک‌های کلی محرومیت از مواد و

ملاک ب: ۴ مورد یا بیشتر از موارد زیر که در عرض ۲۴ ساعت بعد از قطع (یا کاهش) مصرف تنباکو رخ دهد:

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

مراقبت مرتبط با مصرف تنباکو بر اساس تاریخچه مصرف اخیر، سطح درگیری با مصرف و شدت وابستگی به دخانیات (تنباکو) تعیین می‌شود.

- در صورتی که فرد مصرف مواد دخانی در سه ماه اخیر نداشته است مراقبت شامل ارایه بازخورد مثبت و آموزش جهت معرفی برنامه‌های 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 برنامه‌های 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 می‌گیرد، مراقبت او بر حسب شدت وابستگی به تنباکو شامل **مداخله شناختی، رفتاری مختصر** یا بدون درمان دارویی خواهد بود.

جدول ۶-۳- تعیین اولویت مراقبت در مصرف آسیب‌رسان و وابستگی به مواد دخانی

مواد دخانی	مواد دیگر	اولویت مداخله
مصرف آسیب‌رسان	مصرف مخاطره‌آمیز یا آسیب‌رسان	مداخله مختصر برای مواد دیگر مداخله مختصر قطع مواد دخانی بعد از قطع مصرف سایر مواد
وابستگی	مصرف مخاطره‌آمیز یا آسیب‌رسان	مداخله مختصر برای مواد دیگر درمان ترک مواد دخانی پس از قطع مصرف سایر مواد
مصرف آسیب‌رسان	وابستگی	ارجاع جهت درمان اختصاصی و تخصصی در سطح ۲ یا ۳ مداخله مختصر ترک مواد دخانی پس از تثبیت روی درمان
وابستگی	وابستگی	ارجاع جهت درمان اختصاصی و تخصصی در سطح ۲ یا ۳ درمان ترک مواد دخانی پس از تثبیت روی درمان در سطح ۱

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 آسیب‌رسان یا وابستگی به مواد دخانی، مصرف آسیب‌رسان 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 دخانیات (تنباکو) هستند لازم است برای ارزیابی جهت نیاز به دریافت درمان دارویی به پزشک ارجاع شوند. مصرف بیش از ۱۰ نخ سیگار در روز یا نمره بالای ۵ در «پرسش‌نامه فاگستروم برای وابستگی به نیکوتین»^۱ نشانه شدت وابستگی متوسط و بالا به دخانیات (تنباکو) و نیاز به درمان دارویی است.

برای کسانی که وابسته به دخانیات (تنباکو) هستند و آمادگی برای ترک دارند یک تاریخ ترک تعیین کنید. قطع ناگهانی از دید بیشتر ارایه‌کنندگان 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. مداخله شناختی- رفتاری کوتاه‌برای 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.

ترکیب درمان دارویی و مداخلات روان‌شناختی از هر یک از این مداخلات به‌تنهایی مؤثرتر بوده و در افراد وابسته به دخانیات (تنباکو) 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. در شکل ۶-۶ فلوجارت ارایه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف مواد، الکل و دخانیات آورده شده است.

درمان انتخابی برای وابستگی به دخانیات (تنباکو) در بارداری و شیردهی مداخلات روان‌شناختی است. در مادران باردار یا شیرده در صورت عدم پاسخ به مداخله غیردارویی استفاده از درمان جایگزین با نیکوتین را می‌توان در نظر گرفت. از دوزهای پایین‌تر درمان جایگزین با نیکوتین باید استفاده کرد. شروع درمان جایگزین نیکوتین باید بعد از قطع مصرف سیگار باشد. در صورت استفاده از چسب پوستی، چسب نباید بیش از ۱۶ ساعت در روز استفاده شود. استفاده از بوپروپیون و وارنیکلین در درمان وابستگی به دخانیات (تنباکو) در بارداری و شیردهی توصیه نمی‌شود.

¹ Fagerström-Test for Nicotine Dependence

• حشیش

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 علائم 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.

مهارت‌های حرکتی با مصرف حشیش مختل شده و این عارضه با برطرف شدن 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.

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.

مراقبت‌های مرتبط با مصرف حشیش از اصول کلی مراقبت‌های اختلالات مصرف مواد (شکل ۶-۶) پیروی می‌کند.

○ در صورتی که پسیکوز القاء‌شده در اثر مصرف حشیش وجود داشته باشد، مراجع باید به صورت فوری به پزشک ارجاع شود.

○ در صورتی که فرد وابسته به حشیش باشد باید برای درمان به پزشک ارجاع گردد. اساس درمان وابستگی به حشیش مداخلات روان‌شناختی فردی، گروهی یا خانواده در سطح ۲ مراقبت است. در برخی بیماران استفاده از یک داروی ضد اضطراب برای تسکین کوتاه‌مدت علائم محرومیت مفید است. در برخی بیماران ممکن است مصرف حشیش به دلیل اختلال افسردگی زمینه‌ای باشد و به درمان اختلال افسردگی زمینه‌ای پاسخ دهد.

○ در صورتی که مصرف حشیش فرد در حد خطر متوسط باشد، مداخله مختصر و پیگیری 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 کارشناس سلامت روان 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 پزشک ارجاع شود.

• 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 ارایه می‌گردد. هدف از ارایه این راهنماها تعیین سطوحی از مصرف الکل است که با «خطر حداقلی»^۶ برای مردان و زنان مصرف‌کننده همراه است.

با توجه به آن که هیچ‌میزانی از مصرف الکل به لحاظ سلامتی به صورت مطلق، بی‌خطر نیست و مصرف الکل به لحاظ شرعی و قانونی در کشور ما غیرمجاز بوده و می‌تواند با پیامدهای اجتماعی و قانونی همراه باشد، در این جا این راهنماها تحت عنوان **راهنمای مصرف ایمن تر الکل به لحاظ طبی** مورد بحث قرار می‌گیرد. در راهنماهای مصرف ایمن تر الکل توصیه‌هایی درباره سطوح کم خطر مصرف برای زنان و مردان، تعریفی برای یک پیمانانه استاندارد و توصیه‌هایی درباره جمعیت‌های خاص در معرض خطر بالاتر آسیب ارایه می‌گردد. در **فصل سوم** دیدیم که در کشور ما یک پیمانانه استاندارد به صورت **۱۰ گرم (۱۲/۷ سی‌سی)** 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.

به مصرف الکل فراتر از راهنماهای مصرف ایمن تر الکل به لحاظ طبی بوده اما بدون تکمیل ملاک‌های مصرف آسیب‌رسان یا وابستگی به الکل، مصرف مخاطره‌آمیز الکل^۱ گفته می‌شود.

برای غربال‌گری تکمیلی الکل از آزمون غربال‌گری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد (ASSIST) و آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل - نسخه مصرف یا AUDIT-C استفاده می‌شود. پرسش‌نامه AUDIT-C دارای ۳ پرسش است که فرکانس مصرف الکل (پرسش ۱)، میزان مصرف الکل در یک روز معمول مصرف (پرسش ۲) و فرکانس مصرف ۶ پیمانه یا بیشتر الکل در یک نوبت (پرسش ۳) را اندازه‌گیری می‌کند.

¹ hazardous drinking

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 اتفاق افتاده 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.

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 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 پزشک ارجاع داده شوند.

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 وجود دارد که بسته به دوز متانول بلعیده شده 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 وضعیت هوشیاری دست‌نخورده در فردی که سابقه مصرف اخیر الکل داشته، قویاً مطرح‌کننده مسمومیت با متانول است.

• خطر پایین

- **عدم مصرف** در سه ماهه اخیر: بازخورد مثبت، ارجاع به خدمات پیشگیری اولیه
- **مصرف اما نه در سطح مخاطره‌آمیز**: بازخورد، توصیه، ارجاع به خدمات پیشگیری اولیه (نمره کمتر از ۳)

در AUDIT-C و نمره کمتر از ۱ در AUDIT-3

• خطر متوسط

- مصرف مخاطره‌آمیز یا آسیب‌رسان: مداخله مختصر متمرکز بر کاهش و قطع مصرف مواد، پیگیری (نمره ۱۱ تا ۲۷ برای الکل در ASSIST و/یا نمره ۳ یا بیشتر در AUDIT-C یا ۱ یا بیشتر در AUDIT-3)

• خطر بالا

- وابستگی: ارجاع به پزشک جهت ارزیابی تشخیصی و ارجاع به مرکز درمانی در سطح ۲ یا ۳ (نمره ۲۷ یا بیشتر در ASSIST)

کسانی که در غربال‌گری تکمیلی با AUDIT در حد **خطر بالا** هستند، باید توسط پزشک از نظر تشخیص وابستگی به الکل بررسی شوند. با توجه به شیوع بالای همبودی‌های جسمی و روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به وابستگی به الکل در صورت تأیید تشخیص وابستگی به الکل، فرد باید از نظر وجود اورژانس‌های جسمی و روان‌پزشکی نظیر خون‌ریزی گوارشی، نارسایی کبدی، قصد جدی خودکشی، مشکلات حافظه و... بررسی شود.

در صورت شناسایی هر مورد اورژانس‌های طبی یا روان‌پزشکی، **ارجاع فوری** باید در نظر گرفته شود. 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.

• مواد افیونی

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 با مجموعه‌ای از تغییرات رفتاری، جسمی و روان‌شناختی خاص متعاقب مصرف اخیر مقادیر بیشتر از میزان تحمل فرد مشخص می‌شود. به طور کلی، تغییر خلق، کندی روانی، حرکتی، خواب‌آلودگی، تکلم جویده جویده و نقص در حافظه و توجه متعاقب مصرف مواد افیونی قویاً مطرح‌کننده مسمومیت با مواد افیونی است.

¹ salience

مرگ ناشی از مسمومیت شدید یا بیش مصرفی 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 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.

مسمومیت شدید یا بیش مصرفی مواد افیونی

مسمومیت شدید یا بیش مصرفی مواد افیونی یک فوریت روان پزشکی مرتبط با مصرف مواد بوده و در صورت مواجهه با آن فرد باید جهت دریافت درمان با نالوکسان، احیای قلبی-ریوی و انتقال فوری به بیمارستان به صورت فوری به پزشک ارجاع شود.

کارشناسان سلامت روان در روال معمول ارایه مراقبت‌های خود با مسمومیت حاد مواد افیونی مواجهه نمی‌شوند. معمولاً خانواده‌ها و اطرافیان افراد مصرف‌کننده مواد افیونی در صورت بروز بیش مصرفی مواد افیونی آنها را به صورت فوری نزد پزشک خانواده یا پزشکان مستقر در درمانگاه‌ها یا بیمارستان‌های شبانه‌روزی می‌برند.

نقش کارشناسان سلامت روان 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: به صورت مشخص توصیه به دریافت درمان‌های نگهدارنده آگونیستی
- آموزش افراد مبتلا و خانواده‌های آنها درباره نحوه برخورد با فرد مشکوک به بیش مصرفی مواد افیونی

در ادامه، اطلاعات ضروری درباره نحوه پیشگیری از وقوع بیش مصرفی مواد افیونی و برخورد صحیح با آن توسط افراد غیرحرفه‌ای شامل افراد مصرف‌کننده مواد افیونی و اطرافیان آنها ارایه شده است.

عوامل خطر مسمومیت شدید یا بیش مصرفی مواد افیونی:

- تزریق: مصرف تزریقی مواد به صورت غیرقابل برگشتی دوز بالایی از مواد را در فاصله کوتاهی به مغز رسانده و خطر بیش مصرفی بیشتری در مقایسه با مصرف تدریجی به دنبال دارد.
- مصرف چندگانه مواد: مصرف هم‌زمان مواد افیونی با داروهای تضعیف دستگانه اعصاب مرکزی نظیر الکل، بنزودیازپین‌ها یا داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای اثر هم‌افزا داشته و خطر بیش مصرفی 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 بیش مصرفی 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 بیش مصرفی هستند.

○ **ناامیدی:** تمام موارد بیش مصرفی تصادفی نیستند. احساس افسردگی، ناامیدی و بی تفاوتی نسبت به زنده ماندن یا مردن می تواند احتمال وقوع بیش مصرفی را افزایش دهد. برای پیشگیری از بیش مصرفی 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 بیش مصرفی افزایش می یابد.

○ **بیماری ریوی (بیماری انسدادی مزمن ریه)، کبدی یا کلیوی زمینه ای**

○ **تاریخچه قبلی بیش مصرفی:** کسانی که در اثر بیش مصرفی مواد افیونی جان خود را از دست می دهند، معمولاً سابقه قبلی بیش مصرفی داشته اند 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 می یابد.

○ **هفته اول درمان نگهدارنده با متادون:** درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست نظیر متادون و بوپرنورفین خطر بیش مصرفی مواد افیونی و مرگ ناشی از آن را در افراد وابسته به مواد افیونی به طور کلی کاهش می دهد، اما در هفته اول درمان نگهدارنده با متادون در صورتی که احتیاط های خاص در القای درمان رعایت نشود، خطر بیش مصرفی با متادون وجود دارد.

نشانه های بیش مصرفی مواد افیونی عبارتند از: خُر خُر شدید، کبودی رنگ پوست (خصوصاً کبود شدن لب ها و ناخن ها)، 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 مردمک ها دیده می شود.

نحوه برخورد با بیش مصرفی مواد افیونی

افراد درگیر با مصرف 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: قراردمی فرد در وضعیت نجات (شکل ۶-۵) 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 ۶-۵- قرار دادن مصدوم در وضعیت نجات و تماس با آمبولانس



در وضعیت نجات فرد بر روی پهلوئی چپ خوابانده شده و با بالا بردن سر و پایین کشیدن چانه اطمینان از باز بودن راه هوایی اطمینان حاصل می‌شود.

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

- کارشناس سلامت روان مرکز خدمات جامع سلامت 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.

محرومیت از مواد افیونی متعاقب قطع یا کاهش ناگهانی مصرف مستمر مواد افیونی ظاهر می‌شود. 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 بوقلمون یخ‌زده^۱ گفته می‌شود. مرگ در اثر محرومیت

¹ cold turkey

از مواد افیونی بسیار نادر است، مگر آن که فرد بیماری جسمی زمینه‌ای شدید همچون بیماری قلبی داشته باشد. **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.

محرومیت از **تریاک** در عرض ۱۰-۱۲ ساعت و محرومیت با هروئین در عرض ۶-۸ ساعت بعد از قطع مصرف شروع می‌شود. اوج شدت محرومیت با مواد افیونی غیرقانونی معمولاً روزهای دوم و سوم بوده و در عرض ۷-۱۰ روز فروکش می‌کند، هر چند برخی علائم ممکن است برای ۶ ماه یا بیشتر طول بکشد. محرومیت ناشی از قطع مصرف **متادون** در عرض ۱-۳ روز بعد از آخرین دوز شروع و به مدت ۱۰-۱۴ روز طول می‌کشد.

هر گونه درمان دارویی برای وابستگی به مواد افیونی باید در پس‌زمینه یک برنامه جامع بهبودی مبتنی بر مداخلات روان‌شناختی و فعال‌سازی رفتاری ارزیابی گردد. **ارایه‌دهندگان مراقبت اولیه** باید در صورت شناسایی افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی آنها را برای درمان به مراکز سرپایی درمان اعتیاد ارجاع دهند.

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 تیت 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 اثبات شده 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 بیش مصرفی مواد افیونی

○ کاهش جرم و جنایت

○ کاهش شیوع و بروز اچ‌آی‌وی

○ کاهش آنگ

○ 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 ارزیابی 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 مدّ 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 باثبات است، روابط اجتماعی با افراد غیرمصرف‌کننده دارد، سرگرمی‌های غیرمرتبط با مواد دارد، شاغل است و مدت قابل قبولی در شغل خود بدون مشکل کار کرده و دارای انگیزه واقعی (نه اهداف تکانشی و یا با فشار اطرافیان) برای کاهش دوز دارو و خاتمه درمان است.

بازگیری یا محرومیت با نظارت طبی^۱ یا بازگیری با کمک طبی^۲ اصطلاح‌های به لحاظ علمی دقیق‌تری است که برای سم‌زدایی^۳ در متون علمی جدید استفاده می‌شود.

برخی بیماران و خانواده‌ها به غلط تصور می‌کنند بازگیری یا سم‌زدایی از مواد افیونی تنها چیزی است که بیمار برای دستیابی به پرهیز طولانی‌مدت از مصرف مواد و دستیابی به بهبودی نیاز دارد.

برخی بیماران و خانواده‌ها به اشتباه تصور می‌کنند بازگیری یا سم‌زدایی از مواد افیونی تنها چیزی است که بیمار برای دستیابی به پرهیز طولانی‌مدت از مصرف مواد و دستیابی به بهبودی نیاز دارد. با این حال تأکید بر این نکته در آموزش بیماران و خانواده‌ها لازم است که سم‌زدایی مطلقاً معادل درمان اعتیاد نبوده، بلکه صرفاً مرحله ابتدایی یا شروع درمان اعتیاد به مواد افیونی محسوب می‌شود. درمان استاندارد متعاقب تکمیل دوره بازگیری ارایه مداخلات روان‌شناختی پیشگیری از عود با یا بدون درمان نگهدارنده با نالترکسون است.

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

¹ medically supervised withdrawal

² medically assisted withdrawal

³ detoxification

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 زیرزبانی و هزینه بالای بوپرنورفین و دوره بارداری است. استفاده از کلونیدین برای بازگیری از مواد افیونی در بارداری مجاز نیست.

پس از خاتمه دوره بازگیری استفاده از درمان نگهدارنده با نالتراکسون می‌تواند همراه با یک برنامه روان‌شناختی پیشگیری از عود احتمال لغزش و عود را کاهش دهد. در مطالعات بین‌المللی درمان نگهدارنده با نالتراکسون در بیماران واجد خانواده حمایت‌کننده که بر مصرف منظم دارو نظارت می‌کنند، نتایج درمان را بهبود بخشیده است. نالتراکسون یک آنتاگونیست گیرنده‌های آپئوئیدی بوده که درمان نگهدارنده با آن باعث مسدود شدن اثر مواد افیونی بر روی مغز می‌شود. در صورتی که فرد در حین درمان نگهدارنده با نالتراکسون 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.

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، خانواده‌درمانی 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.

کارشناسان سلامت روان 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.

¹ deconditioned

² extinction

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 ۲ (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 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.

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. کارشناسان سلامت روان باید مادران باردار وابسته به مواد افیونی را شناسایی نموده و آنها را برای شروع و تداوم درمان در سطوح ۲ و ۳ به پزشک

¹ NSP: Needle and syringe programs

² NEP: Needle exchange programs

ارجاع داده و پیگیری کنند. همکاری نزدیک بین مراقبت‌های بارداری، خدمات درمان اعتیاد و سایر خدمات طبی، روان‌پزشکی و اجتماعی مورد نیاز این گروه از بیماران، برای ارائه خدمات بهینه ضرورت دارد.

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 آپئوئیدی طولانی‌اثر همچون متادون و بوپرنورفین در روزهای دوم و سوم خواهد بود.

نشانه‌های این سندرم شامل گریه جیغ‌مانند و طولانی‌مدت، افزایش ترشحات مخاط بینی، اشک‌ریزش، بیش‌فعالی، افزایش تون عضلانی، کاهش قدرت مکش، شیر نخوردن، تعریق، اسهال و در موارد نادر تشنج می‌شود. به دلیل 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.

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.

در صورتی که ممنوعیت دیگری برای شیردهی وجود نداشته باشد، درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین در شیردهی بلا مانع است. میزان ترشح متادون در شیر ناچیز است. بوپرنورفین با سطوحی مشابه پلاسما در شیر ترشح می‌شود، اما به دلیل زیست‌فراهمی خوراکی پایین آن جذب آن در بدن کودک شیرخوار ناچیز است. بنابراین باید مادران به تحت درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین درباره بی‌خطر بودن درمان با این داروها در شیردهی آموزش داده و آنها را برای تداوم درمان تشویق نمود.

برخی ممنوعیت‌های شیردهی عبارتند از:

- **عفونت 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

وابستگی به مواد محرک می‌تواند منجر به اُفت سریع و شدید کارکردهای خانوادگی، شغلی یا تحصیلی فرد می‌شود. فردی که مواد محرک مصرف می‌کند، به صورت فزاینده‌ای نیاز به دوزهای بالاتر مواد داشته و با تداوم مصرف تقریباً همیشه نشانه‌های درگیری با مصرف مواد محرک نظیر چروکیده شدن بافت‌های بدن و افکار بدبینی ظاهر می‌شود.

مصرف مواد محرک باعث بالا رفتن موقت 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.

یکی از فوریت‌های مرتبط با مصرف مواد محرک، پسیکوز القاء‌شده 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.

شاه‌علامت اختلال پسیکوز القاء‌شده 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 القاء‌شده با مواد محرک مرتبط است.

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

دارو درمانی تأیید شده برای درمان وابستگی به مواد محرک شناسایی نشده است و درمان استاندارد این اختلال **مداخله روان‌شناختی 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

سندرم مسمومیت القاء شده با تمام داروهای این گروه مشابه بوده و با حالاتی مثل از دست دادن تعادل، اختلال تکلم، نیستاگموس، اختلال حافظه، اختلال تعادل راه رفتن و در موارد شدید اتوپور، اغما و مرگ می‌شود. مسمومیت با داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور خطر مرگ ناشی از مسمومیت با مواد افیونی، الکل و سایر مواد تضعف دستگاه اعصاب مرکزی را افزایش می‌دهد.

مسمومیت با بنزودیازپین‌ها می‌تواند منجر به مهارگسیختگی رفتاری، برون‌ریزی هیجانی شدید و پرخاش‌گری در برخی افراد شود. این حالات در صورت مصرف بنزودیازپین‌ها با الکل برجسته‌تر هستند. مسمومیت با بنزودیازپین‌ها سرخوشی کمتری در مقایسه با باربیتورات‌ها ایجاد می‌کند. بدین جهت بنزودیازپین‌ها پتانسیل سوءمصرف پایین‌تری در مقایسه با باربیتورات‌ها دارند.

مسمومیت هم‌زمان با داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور خطر مرگ ناشی از مسمومیت با مواد افیونی، الکل و سایر مواد تضعف دستگاه اعصاب مرکزی را افزایش می‌دهد.

بیمار دچار بیش‌مصرفی داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور باید برای درمان مسمومیت به صورت **فوری** به بیمارستان ارجاع گردد. 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.

در صورت شناسایی فرد وابسته به داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور فرد باید برای ارزیابی بیشتر و درمان به مراکز تخصصی سرپایی درمان اعتیاد ارجاع شود. بازگیری با حمایت طبی از داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور باید در مراکز تخصصی درمان اعتیاد انجام شود.

به دلیل تجربه نسبتاً محدودتر پزشکان عمومی شاغل در مراکز سرپایی درمان اعتیاد در زمینه درمان وابستگی به این گروه از مواد، در صورت شناسایی بیماران وابسته به داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور ارجاع غیرفوری به مراکز تخصصی درمان اعتیاد زیر نظر متخصص روان‌پزشکی یا درمانگاه بیمارستان‌های روان‌پزشکی توصیه می‌گردد.

درمان بیماران وابسته به داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور به صورت سرپایی قابل انجام است، اما در صورت وجود اختلالات همبود جسمی یا روان‌پزشکی نیاز به درمان بستری کوتاه‌مدت و سپس تداوم درمان پس از ترخیص مورد نیاز خواهد بود. وابستگی به دوزهای بالای باربیتورات‌ها به دلیل خطر بالای بروز تشنج و دلیریوم در طول دوره محرومیت یک اندیکاسیون درمان بستری تخصصی محسوب می‌شود.

فصل هفتم:

کاهش آسیب

عناوین فصل

- مقدمه
- تعریف و فلسفه کاهش آسیب
- گروه‌های هدف کاهش آسیب و روش‌های شناسایی آنها
- فرآیند ارائه خدمات 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 شیوه برقراری یک ارتباط مؤثر با مصرف‌کنندگان مواد آشنا شوید.
- با فرآیند ارائه خدمات کاهش آسیب آشنا شوید.
- انواع مداخلات کاهش آسیب برای مصرف‌کنندگان مواد و خانواده آنها را شرح دهید.
- با شرح وظایف کارکنان نظام مراقبت بهداشتی اولیه در زمینه کاهش آسیب آشنا شوید.

آن گونه که در **فصل دوم** دیدم مداخلات مختلفی برای مدیریت مصرف مواد وجود دارد که می‌توان آنها را براساس سطوح پیشگیری به پیشگیری اولیه، ثانویه و ثالثیه تقسیم بندی کرد. این خدمات و مراقبت‌ها در قالب یک نظام 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 در رویکرد متعادل به خدمات اعتیاد، ایجاد توازن بین برنامه‌های پیشگیری اولیه، درمان و کاهش آسیب برای مدیریت مصرف مواد است.

تعریف و فلسفه کاهش آسیب

بنا به تعریف «کاهش آسیب هر برنامه یا سیاستی است 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 فرد مصرف‌کننده مواد، خانواده و اجتماع اثر بگذارد. همچنین این رویکرد به دنبال بهبود کیفیت زندگی مصرف‌کنندگان در حوزه‌های سلامت جسمی و روانی، اشتغال، مسکن و سرپناه نیز هست. کاهش آسیب برای رسیدن به اهداف خود از راهبردهای آموزشی و مشاوره‌ای مختلفی استفاده می‌کند و گروه هدف آن می‌تواند فرد مصرف‌کننده، خانواده وی و یا اجتماع باشد.

چیزی که کاهش آسیب را از برنامه‌های درمانی مبتنی بر ترک و یا زندانی کردن مصرف‌کنندگان متمایز می‌سازد این است که تحمل بیشتری نسبت به مصرف مواد داشته و درصدد **کاهش انگ** مربوط به مصرف مواد است. توجه به فلسفه کاهش آسیب به روشن‌تر شدن این موضوع کمک خواهد کرد. فلسفه کاهش آسیب، **عمل‌گرا** و **مراجع‌محور** است.

فلسفه کاهش آسیب، **عمل‌گراست**. یعنی این واقعیت را می‌پذیرد که مردم همیشه مواد مصرف کرده‌اند و خواهند کرد و انکار آن 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 پرخطر 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 و انسان‌گرایانه 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، درمانی و حمایت‌های اجتماعی دسترسی داشته باشند.

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 اولیه این نیست. تأکید روی تغییری است که برای مراجع سودمند و واقع‌بینانه است.

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.

گروه‌های هدف کاهش آسیب و روش‌های شناسایی آن

تمام مصرف‌کنندگان مواد به ویژه کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند و خانواده‌های آنان - به ویژه همسران- می‌توانند گروه هدف مداخلات کاهش آسیب باشند اگرچه برخی از گروه‌ها ممکن است به لحاظ اوضاع و شرایط خاص زندگیشان، رفتارهای پُرخطر 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
- تن‌فروشان
- مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند.

همان‌طور که پیشتر گفته 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/بهورزان که در قالب مراقبت معمول یا فرصت‌طلبانه صورت می‌گیرد.
- غربال‌گری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد که توسط کارشناسان سلامت روان صورت می‌گیرد.
- غربال‌گری اولیه فرصت‌طلبانه مصرف مواد در افرادی که به دلیل مشکلات جسمی به پزشک مراجعه کرده‌اند.
- غربال‌گری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد به صورت فرصت‌طلبانه در افرادی که برای دریافت خدمات روان‌شناختی و مشاوره‌ای به کارشناس سلامت روان مراجعه کرده‌اند.
- آموزش مراجعین مصرف‌کننده مواد برای ترغیب سایر مصرف‌کنندگان جهت مراجعه به مرکز برای دریافت خدمات کاهش آسیب.

فرآیند ارائه خدمات کاهش آسیب

پیش‌نیاز ارائه خدمات کاهش آسیب برقراری ارتباط مؤثر با گروه‌های هدف است. برای آشنایی با اصول ارتباط صحیح **فصل چهارم** را ببینید. ارائه خدمات کاهش آسیب شامل یک سری مراحل است که این مراحل و کارهایی که باید در هر مرحله انجام شود، در زیر توضیح داده شده است:

• گام اول- قرار دادن مراجع در یک وضعیت راحت و پاسخ‌گویی به نیازهای فوری

ملاقات اولیه خیلی مهم است و تأثیر زیادی در حفظ ارتباط مراجع با مرکز خدمات جامع سلامت دارد. برای این منظور ابتدا خود را معرفی کنید، به وی خوش‌آمد گفته و از این که فرد مراجعه نموده و مشکل خود را با شما در میان گذاشته است تشکر کنید. سپس نام و یک سری اطلاعات عمومی را از او بپرسید. اگر در وی علائم تنش و اضطراب می‌بینید با وی همدلی نموده و بگویید طبیعی است در ابتدای کار احساس ناراحتی کند.

سپس از وی بپرسید کنید 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.

علاوه بر این، 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 بهداشتی و سرپناه باشد. این نیازها باید همزمان با ارائه خدمات کاهش آسیب مورد توجه قرار گیرند تا مصرف‌کننده مواد ارتباط خود را با مرکز حفظ کند. 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. برای تشویق تغییرات رفتاری در جهت مثبت در طول جلسه ارائه مراقبت از یک رویکرد انگیزشی استفاده کنید.

• گام دوم - ارائه اطلاعات در مورد خدمات کاهش آسیب

در این مرحله برنامه‌های کاهش آسیب و خدمات موجود در مرکز را برای مراجع توضیح دهید. ارائه این اطلاعات باید به شیوه محترمانه، غیرقضاوتی و قابل فهم باشد تا مراجع بتواند تصمیم آگاهانه‌ای در مورد 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 معمولاً خدمات مراکز دولتی شامل ترک یا درمان نگهدارنده است و آشنایی با رویکرد کاهش آسیب به افراد کمک می‌کند تا متوجه شوند که هیچ پیش‌شرطی برای ارائه خدمات کاهش آسیب وجود ندارد و آنها می‌توانند از بین انواع برنامه‌ها، 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 الآن و در این زمان چه چیزی برای وی مفید است. همچنین، می‌توانید از او اجازه بگیرید تا تجارب سایر مراجعان را در رابطه با خدمات کاهش آسیب برای وی توضیح دهید. در اغلب موارد وقتی مراجع می‌فهمد کاهش آسیب چیست و شامل چه برنامه‌هایی است فردی که برای مثال فقط برای دریافت سرنگ و سوزن آمده است، با یک مکالمه ساده و اشاره به وضعیت سلامتی بد وی مثل آبسه‌ها یا عفونت‌ها، به دریافت سایر خدمات نیز علاقمند می‌شود. در بیشتر موارد صرف این که کسی هست که به آنها اهمیت می‌دهد و به لحاظ حرفه‌ای نگران سلامتی ایشان است، منجر به افزایش انگیزه وی برای مراجعه مجدد به مرکز و دریافت خدمات کاهش آسیب می‌شود.

• 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 دستیابی به اهداف کاهش آسیب نقش مهمی دارد.

• گام چهارم - توضیح نقش خود به عنوان متخصص و پیشنهاددهنده

وقتی مراجع اهداف خود را بیان کرد، نقش خود را برای مراجع روشن کرده و توضیح دهید که می‌توانید براساس دانش و تجربه‌تان، پیشنهادهای خود را ارائه دهید، تا وی بتواند تصمیم آگاهانه‌تری بگیرد.

• گام پنجم - ارائه پیشنهادات و حمایت از مراجع برای عملی کردن تصمیم خود

پس از این که پیشنهادهای خود را برای کاهش آسیب توضیح دادید و مراجع تصمیم خود را مبنی بر ایجاد تغییرات مثبت گرفت، او را برای این تصمیم‌گیری تشویق کنید و با همکاری وی برنامه‌ای را برای عملی کردن تغییر طراحی کرده و آموزش‌ها، خدمات و ارجاع‌های مناسب را برای او فراهم کنید.

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 چگونه 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 همسان صورت گیرد.

هدف از آموزش مصرف‌کنندگان مواد، ارائه اطلاعات در مورد آسیب‌های ناشی از مصرف مواد و متقاعد ساختن آنها برای تغییر الگوهای پُرخطر 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 تمیز و نو
- ضدعفونی کردن وسایل تزریق
- روش تزریق ایمن‌تر
- استفاده از کاندوم
- پیشگیری از بیش‌مصرفی مواد
- جایگزین کردن مواد و روش‌های مصرف پرخطر به کم‌خطرتر
- اتخاذ یک سبک زندگی سالم

اصول آموزش مصرف‌کنندگان مواد

در آموزش مصرف‌کنندگان مواد باید یک سری اصول رعایت شود تا اثربخشی آموزش‌ها افزایش یابد. این اصول عبارت است از:

- تأکید بر اهداف عملی کوتاه‌مدت مانند پیشگیری از اچ‌آی‌وی/ایدز تا اهداف آرمان‌گرایانه درازمدت مانند ترک مواد
- استفاده از تکنیک‌های آموزشی مناسب برای انتقال اطلاعات
 - پیام‌ها روشن و واضح باشد.
 - از لحاظ فرهنگی قابل پذیرش بوده و تناسب فرهنگی داشته باشد.
 - زبان مورد استفاده، ساده و متناسب با متوسط تحصیلات گروه‌های مصرف‌کننده باشد.
 - تا جای ممکن از تصاویر بیشتر از کلمات استفاده شود.
 - از لحاظ محتوایی و بصری جذاب باشد.

- مشارکت دادن مصرف کنندگان فعلی یا قبلی در طراحی، تولید و ارائه مواد آموزشی
- ارائه اطلاعات و آموزش‌ها در محیط‌های مختلف و توسط رسانه‌های مختلف مانند استفاده از پوسترها، خبرنامه‌ها، بروشورها، فیلم‌ها، پمفلت‌ها، کتابچه‌ها و یا درج پیام‌های کاهش آسیب روی سرنگ‌ها برای انتقال اطلاعات در مورد رفتارهای پرخطر و راه‌های پیشگیری

نمونه‌ای از پیام‌های آموزشی یک پوستر در مورد تزریق 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 جامع کاهش آسیب برای مصرف کننده مواد

• یک- اطلاع رسانی، آموزش و برقراری ارتباط^۱

این به معنی آموزش و اطلاع رسانی در رابطه با آسیب های مرتبط با مصرف مواد است. مهم ترین نکته، آموزش و اطلاع رسانی در رابطه با عفونت اچ آی وی است. بعضی از نکاتی که لازم است به مراجعان انتقال داده شود، به صورت خلاصه در ذیل می آید.

بدیهی است که برای اطلاعات جامع باید به کتاب ها و منابع با اطلاعات بیشتر مراجعه کنید. همچنین غیرممکن است که همه این اطلاعات در یک جلسه به مراجع انتقال داده شود، و لازم است چندجلسه با مراجع ترتیب داده شود و این جلسه ها به شکل مشارکتی باشد، یعنی مراجع، اطلاعات خود را به مشارکت بگذارد، و به کمک خود او اطلاعات جدید انتقال یابد یا اطلاعات اشتباه، تصحیح شود.

آموزش های مربوط به عفونت اچ آی وی

راه های انتقال: راه های انتقال عفونت اچ آی وی شامل موارد زیر می شود:

○ انتقال از طریق خون (استفاده از وسایل تزریق مشترک، تزریق خون یا فرآورده های خونی آلوده، تماس های خونی در حین تصادفات یا انجام خدمات پزشکی و...)

○ انتقال از طریق ارتباط جنسی (شامل ارتباط واژنی، مقعدی، یا دهانی)

○ انتقال از مادر اچ آی وی مثبت به جنین (در دوران بارداری) یا نوزاد (در حین زایمان یا با شیردهی)

لازم است که برای مخاطب توضیح دهید که به جز راه های ذکر شده در بالا، هیچ راه دیگری برای انتقال عفونت اچ آی وی وجود ندارد. بنابراین اچ آی وی از راه های زیر **انتقال پیدا نمی کند:**

○ 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

¹ Information, Education & Communication

تفاوت اچ‌آی‌وی و ایدز: عفونت اچ‌آی‌وی^۱ 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 سندرم نقص ایمنی اکتسابی یا ایدز دچار 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^۲ 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 هیچ‌علایمی ظاهر نشود، یا برای یک هفته تا ده روز علایم مشابه سرماخوردگی وجود داشته باشد. سپس فرد وارد یک مرحله بدون علامت (همان‌طور که ذکر شد، ۸ تا ۱۰ سال برای کسی که درمان نشود) می‌گردد. در هفته‌های اول عفونت، حتی آزمایش‌های معمول (الایزا و وسترن بلات) ویروس را در خون نشان نمی‌دهند. این مرحله را دوره پنجره می‌نامند. بنابراین اگر فردی یک هفته قبل رفتار پرخطری داشته، و آزمایش امروز او منفی است، به این معنی نیست که حتما 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 بیماری‌های رفتاری که تحت نظارت معاونت بهداشتی 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 فرد به لحاظ روانی مورد بررسی قرار می‌گیرد. سپس، در صورت کاندید بودن فرد برای آزمایش و رضایت او، 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، اجتماعی مراجع است.

روش‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی

¹ HIV: Human Immunodeficiency Virus

² AIDS: Acquired Immuno-Deficiency Syndrome

پیشگیری از انتقال از راه خون: برای پیشگیری از انتقال عفونت اچ‌آی‌وی از راه خون موارد زیر توصیه می‌شود:

- تزریق سالم‌تر: در بخش برنامه سرنگ و سوزن توضیح داده خواهد شد.
- استفاده از فرآورده‌های خونی سالم: خوشبختانه در حال حاضر در کشور ما، 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 سطوحی مخصوص و دفع بهداشتی زباله‌های عفونی.
- رعایت احتیاط‌های معمول: مثل بستن کمر بند 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:

- بارداری
- هنگام زایمان
- 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 ۵ 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 به صورت 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. به این مداخله **برنامه سرنگ و سوزن^۱** یا **برنامه تعویض سوزن^۲** گفته می‌شود. این برنامه همیشه مخالفانی دارد که معتقدند توزیع سرنگ به معنای تشویق افراد مصرف‌کننده به تزریق است، در حالی که مطالعات زیادی که در این زمینه صورت گرفته، نشان داده‌اند که این برنامه منجر به افزایش احتمال تزریق نشده و میزان تزریق مشترک را کاهش می‌دهد. 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 خطرات مصرف تزریقی مواد است.

بدیهی است که این احتمال وجود دارد که بعضی از مصرف‌کنندگان تزریقی، پس از اطلاع از خطرات تزریق تصمیم بگیرند مواد را به روشی کم‌خطرتر مصرف 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 سکت‌های 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.

¹ NSP: Needle, Syringe Program

² NEP: Needle Exchange Program

- 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 بشویید، و حتی‌المقدور 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 مثلاً با باز و بسته کردن دست برای چند بار یا ریختن آب گرم روی محل تزریق پیدا کنید 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 برای‌تان کافی است، از تزریق بقیه ماده خودداری کنید تا خطر بیش‌مصرفی 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 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 استفاده کنید، مثلاً به صورت چرخشی از ساعد راست، ساعد چپ، پای راست، پای چپ استفاده کنید.

○ از تزریق در مناطق خطرناک شامل گردن، کیسه بیضه و کشاله ران اجتناب کنید. در صورتی که رگ‌ها دست‌ها و پاهای شما خراب شده تغییر طریقه مصرف یا دریافت درمان‌ها نگهدارنده آپوئیدی را جدأ در نظر بگیرید.

ضد عفونی کردن وسایل تزریق:

به طور کلی توصیه می‌شود که از وسایل تزریق استریل و یک‌بار مصرف استفاده شود و از استفاده از سرنگ و سرسوزن استفاده‌شده خودداری شود.

در صورت عدم دسترسی به سرنگ و سوزن استریل، بهتر است حتی‌الامکان از سرنگ قبلی خود فرد پس از ضد عفونی کردن، استفاده شود.

برای ضد عفونی باید سه ظرف آماده شود. در ظرف اول و سوم آب تمیز و سرد، و در ظرف دوم، وایتکس ریخته شود. ابتدا آب خنک 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، تخلیه می‌کنیم و این کار را هم دو بار انجام می‌دهیم. اگر عمل ضد عفونی را با الکل انجام دهیم، باید دو دقیقه الکل را در مرحله دوم در سرنگ تکان دهیم.

• سه - درمان نگهدارنده با داروهای آپوئیدی

یکی از مهم‌ترین و مؤثرترین اقدامات در کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد افیونی درمان نگهدارنده با داروهای آپوئیدی^۱ است که باعث کاهش مصرف مواد غیرقانونی، کاهش رفتارهای پرخطر مانند تزریق مواد، کاهش جرم، ثبات عملکرد اجتماعی و بهبود سلامت جسمی و روانی می‌شود.

این درمان شکل‌های مختلفی دارد که شایع‌ترین آن‌ها درمان نگهدارنده با متادون و درمان نگهدارنده با بوپرنورفین است. درمان نگهدارنده با متادون از اوایل دهه هشتاد شمسی در کشور ما شروع شده است و در حال حاضر مراکز درمانی دولتی و خصوصی زیادی این خدمت را ارائه می‌کنند. درمان نگهدارنده با متادون همچنین یکی از خدمات کاهش آسیب ارائه شده در مراکز کاهش آسیب یا مراکز گذری^۲، مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری و مراکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر است. برای ارائه این درمان، وزارت بهداشت پروتکل خاصی دارد که در حال حاضر ویرایش سوم آن در کشور اجرا می‌شود.

• چهار - مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی

¹ OMT: Opioid maintenance treatment

² DIC: Drop-in Centers

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. مراکز خاصی برای انجام مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی وجود دارند که به آن‌ها مراکز مشاوره رفتاری می‌گویند. این مراکز وابسته به معاونت بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی هستند. علاوه بر آن، در مراکز ویژه زنان آسیب‌پذیر (وابسته به وزارت بهداشت) و برخی از مراکز کاهش آسیب (گذری) و مراکز درمان نگهدارنده با متادون، آزمایش سریع اچ‌آی‌وی انجام می‌شود و در صورت مثبت بودن فرد برای دریافت آزمایش تأییدی به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری یا آزمایشگاه‌های تشخیص طبی ارجاع می‌شود.

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. همان‌طور که پیشتر اشاره شد 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 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 مسئله برای مراجع ترتیب داد.

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. باید برای فرد توضیح داده شود که منفی بودن آزمایش به معنی مصون بودن او در مقابل رفتارهای پرخطر نیست و برای واکنش‌های روانی احتمالی او چاره‌اندیشی کرد. در فردی که جواب آزمایش مثبت است، باید سیستم‌های حمایتی وی بررسی شود، برای اقدام‌های خطرناک احتمالی مانند اقدام به خودکشی ارزیابی شود، به سیستم مراقبت و درمان اچ‌آی‌وی و نیز به سیستم روان‌درمانی و مشاوره طولانی‌مدت ارجاع داده شود.

مهم‌ترین اصل در انجام مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی، تأکید بر محرمانگی و رازداری است. هم‌چنین، به هیچ‌عنوان بدون رضایت مراجع، آزمایش نباید انجام شود.

ارایه مشاوره‌های پیش و پس از آزمایش توسط کارشناسان سلامت روان شاغل در مراکز سلامت جامعه پیش‌بینی نشده است، بلکه آنها باید کلیه افراد مصرف‌کننده مواد و اچ‌آی‌وی پرخطر شناسایی شده را که پس از آخرین نوبت رفتار پرخطر خود آزمایش اچ‌آی‌وی ندادند، برای انجام آزمایش اچ‌آی‌وی به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری ارجاع دهند.

در صورت تناسب می‌توان مراجع را برای انجام آزمایش سریع اچ‌آی‌وی به مراکز کاهش آسیب، مراکز مشاوره زنان آسیب‌پذیر یا مراکز درمان اعتیاد ارجاع نمود. در این صورت باید پیش از ارجاع از وجود کیت آزمایش سریع اچ‌آی‌وی و کارکنان آموزش‌دیده در مرکز مذکور اطمینان حاصل نمود.

• پنج- درمان آنتی‌رتروویرال (ضد رتروویروسی)

این درمان 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 ضد رتروویروسی، لزوم رعایت رژیم درمانی است، یعنی داروها باید منظم و به‌موقع مصرف شود و 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 به‌موقع یا مصرف درست داروهای خود نداشته باشند. از طرفی به نظر می‌رسد انگ و تبعیض علیه مصرف‌کنندگان مواد، یکی از موانع دسترسی آنها به خدمات درمانی است.

• 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 هپاتیت و ایدز.

نشانه‌های بیماری‌های منتقله از راه جنسی می‌تواند به شکل‌های مختلفی مانند ترشحات بدبو، زخم یا زگیل در ناحیه تناسلی، خارش، تورم کشاله ران، دردهای زیر شکمی، تورم بیضه، و مقاربت دردناک باشد. 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.

در صورتی که در فرآیند غربال‌گری، ارزیابی و ارزیابی خدمات کارشناس سلامت روان متوجه وجود شکایت از علایم عفونت‌های منتقله از راه جنسی شود، باید مراجع را برای دریافت ارزیابی و درمان به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت ارجاع نماید.

• هفت- برنامه کاندوم برای مصرف‌کنندگان مواد و شریک‌های جنسی آنها

شایع‌ترین راه انتقال ویروس در جهان، انتقال از طریق جنسی است. در ایران، تا به حال شایع‌ترین راه انتقال استفاده از وسایل تزریق مشترک بوده است. با این وجود در سال‌های اخیر، انتقال از راه جنسی به سرعت رو به افزایش است، ضمن این که یکی از مهم‌ترین گروه‌های در معرض خطر انتقال ویروس، همسران و شریک‌های جنسی افراد مصرف‌کننده مواد هستند. این مسأله، به‌خصوص با افزایش مصرف مواد محرک روند سریع‌تری به خود گرفته است.

عفونت اچ‌آی‌وی از راه‌های مختلف ارتباط جنسی قابل انتقال است. این راه‌ها شامل ارتباط جنسی از راه واژن، مقعد، یا دهان می‌شود. ارتباط جنسی مقعدی که 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، از راه‌های مهم انتقال ویروس است. مخاط مقعد شکننده است و احتمال پارگی و خون‌ریزی در حین رابطه مقعدی و در نتیجه انتقال ویروس زیاد است.

بنابراین یک اقدام بسیار مهم کاهش آسیب این است که خطر انتقال از راه جنسی را به حداقل برسانید. یکی از بهترین روش‌ها برای این منظور، استفاده صحیح و مستمر از کاندوم است. لازم است که کارکنان مراکز بهداشتی قادر به آموزش صحیح استفاده از کاندوم (هم کاندوم مردانه و هم کاندوم زنانه) به مراجعان مرد و زن خود باشند. همچنین باید با استفاده از مولاژ مطمئن شوید که مراجع استفاده صحیح را یاد گرفته است. این آموزش شامل موارد زیر می‌شود:

- ابتدا تاریخ مصرف کاندوم را چک کنید. کاندوم‌های تاریخ مصرف گذشته را استفاده نکنید.
- کاندوم باید در جای خشک و خنک نگهداری شود.
- هنگام باز کردن بسته کاندوم از قیچی و ناخن و اجسام تیز استفاده نکنید. معمولاً محل باز کردن کاندوم مشخص است و به راحتی باز می‌شود.
- در استفاده از کاندوم مردانه، از ابتدای ارتباط جنسی، یعنی زمانی که نعوظ اتفاق افتاده است، باید کاندوم روی آلت تناسلی کشیده شود. ترشحات قبل از انزال نیز ممکن است حاوی ویروس باشند. در سر کاندوم، باید فضایی را آزاد گذاشت تا مایع منی در آن ریخته شود.
- پس از پایان رابطه جنسی، باید کاندوم را به آرامی و با لوله کردن لبه‌های آن خارج کرد، در دستمالی گذاشت و در سطل آشغال انداخت.

○ هرگز دو کاندوم را روی هم نباید استفاده کرد. لیز خوردن آنها روی هم ممکن است عملاً اثر محافظتی آن را کاهش دهد.

○ برای لیز کردن کاندوم نباید از کرم یا واژلین 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 هپاتیت ویروسی

ویروس‌های هپاتیت بی و هپاتیت سی، ویروس‌هایی هستند که کبد را درگیر می‌کنند و در درازمدت می‌توانند منجر به بیماری‌های مزمن و سرطان کبد شوند. هپاتیت بی 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 و از طذیق شیردهی 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 بی انسان است و ویروس می‌تواند مدت‌ها در بدن فرد ناقل باقی بماند. همه افرادی که به هپاتیت بی 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 بی، 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، و بنابراین رعایت اصول تزریق سالم‌تر در پیشگیری از این ویروس نقش حیاتی دارد. همان‌گونه که قبلاً 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 اصول بهداشتی است.

تشخیص بیماری هپاتیت با مراجعه به پزشک و انجام آزمایش‌های خاص این بیماری 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 قابل ملاحظه‌ای به شمار می‌آید.

• نه- پیشگیری، تشخیص و درمان سل

عامل بیماری سل یک میکروب است که به راحتی و از طریق هوا می‌تواند منتقل شود. بنابراین کسانی که با فرد مبتلا به سل در یک مکان زندگی یا کار می‌کنند، در خطر بالای ابتلا به بیماری هستند. عطسه و سرفه می‌تواند هزاران میکروب سل را در هوا پخش کند. همچنین، انداختن آب دهان و خلط توسط فرد مبتلا به سل، می‌تواند منجر به انتقال عفونت شود، چون پس از خشک شدن آن، میکروب در هوا پخش شده و با نفس کشیدن افراد سالم وارد ریه آنها می‌شود.

علائم بیماری سل عبارتند از: سرفه همراه با خلط (بیش از دو هفته)، تنگی نفس، تب، تعریق شبانه، ضعف و 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.

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 اچ‌آی‌وی و سایر بیماری‌های عفونی و انگ اجتماعی مواجه هستند.

به طور کلی، مصرف مواد بحران‌های فزاینده‌ای را در ساختار 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 زیر به مهم‌ترین آنها اشاره شده است:

• 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.

• 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 مراقبت‌های بهداشتی، اعتیاد را کامل و به طور قطعی «علاج» کند و بنابراین ممکن است با برنامه‌های کاهش آسیب مانند دادن سرنگ و سوزن به یک مصرف‌کننده تزریقی که هنوز رفتار تزریق مواد خود را کنار نگذاشته مخالفت کنند و آن را اقدامی برای تشویق او برای ادامه مصرف یا تأییدی برای مصرف تزریقی 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.

• بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی اعضای خانواده

همان‌طور که ذکر شد مصرف مواد روی جنبه‌های متعدد 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.

• آموزش رابطه جنسی ایمن

استفاده از وسایل تزریق مشترک و رابطه جنسی محافظت نشده دو راهی 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 بیماری اچ‌آی‌وی، هپاتیت 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، 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.

• 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، یک الگوی 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 می‌دهند.

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 که در حدود 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 ندارند. مصرف مواد می‌تواند از طریق سازوکارهای مختلفی احتمال بروز خشونت را افزایش داده و شدت 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 فرمایید.

• آموزش فرزندپروری

مصرف مواد والدین بر فرزندان تاثیر می‌گذارد و احتمال بروز اختلالات رفتاری، مشکلات روان‌پزشکی و نیز مصرف مواد را در آنها افزایش می‌دهد. در فصل پنجم دیدیم که غفلت فرد مصرف‌کننده از وظایف والدینی، فقدان ارتباط گرم و حمایت‌کننده بین فرد 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 حمایتی و تخصصی یکی از مهمترین اقداماتی است که باید انجام دهید. بنابراین، براساس شناخت نیازهای مراجع، ارجاع‌های لازم را برای ارجاع به مراکز تخصصی کاهش آسیب و نیز مشاوره قانونی، شغلی و یا خدمات طبی و روان‌پزشکی انجام دهید. شما باید از قبل فهرستی از سازمان‌هایی را که خدمات مورد نظر را انجام می‌دهند داشته باشید تا بتوانید در مواقع ضروری ارجاع‌های لازم را انجام دهید.

یکی از موارد مهم، ارجاع به مراکز درمان نگهدارنده متادون و مراکز کاهش آسیب جهت دریافت خدمات تخصصی کاهش آسیب است. نکته مهم دیگر آن است که وقتی مراجع را برای دریافت کمک و حمایت به سازمان‌های دیگری ارجاع می‌دهید، اطمینان پیدا کنید که به آن سازمان مراجعه می‌کند. شما می‌توانید کارهایی انجام دهید تا مراجع به توصیه شما عمل کند و احتمال مراجعه وی به سازمان‌های مربوطه بیشتر شود. برای مثال می‌توانید:

- خودتان در حضور مراجع با مرکز مورد نظر تماس بگیرید و قراری را هماهنگ کنید.
 - زمان، مکان، مسیر رفتن به محل مورد نظر و نام شخصی را که باید پیش او برود، بنویسید و به او بدهید.
 - کاملاً برای او توضیح دهید از سازمان مورد نظر انتظار چه کمک‌هایی می‌تواند داشته باشد.
- همچنین اگر او برای رفتن به سازمان‌های مورد نظر، مشکلات مختلفی را بیان می‌کند به او کمک کنید تا با تکنیک‌های حل مسئله، 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 امکانات تخصصی وجود ندارد و یا دسترسی مراجع به آن دشوار است و یا به هر دلیلی امکان مراجعه وی به متخصصان پایین است، تا جای ممکن خود شما، پزشک و یا سایر کارکنان مرکز خدمات مورد نیاز را ارائه دهند.

در خاتمه جلسه طبق دستورالعمل پیشگفت ، با همکاری مراجع برنامه‌ای را برای پیگیری تدوین 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 خدمات کارشناس سلامت روان در حوزه کاهش آسیب ارایه شده است.

جدول ۷-۱- شرح خدمت روان‌شناس در کاهش آسیب مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه

منبع - متن آموزشی	شرح خدمت	گروه هدف
<p>متون کاهش آسیب وزارت بهداشت</p> <p>راهنمای مداخله مختصر برای مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد وزارت بهداشت</p> <p>مطالعه بیشتر:</p> <p>متون کاهش آسیب دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل در ایران</p>	<p>➤ ارزیابی اولیه</p> <ul style="list-style-type: none"> • مصاحبه و ارزیابی غیرقضاوت‌گرانه و توأم با احترام - برقراری ارتباط درمانی (راپو) • اجرای غربال‌گری تکمیلی برای موارد ارجاع شده از کارشناس مراقب سلامت و به صورت فرصت‌طلبانه به منظور تعیین سطح خطر و سابقه مصرف تزریقی مواد • ارزیابی از نظر وجود فوریت‌های روان‌پزشکی <p>➤ اطلاع‌رسانی، آموزش و برقراری ارتباط به منظور ارایه بازخورد در رابطه با آسیب‌های مرتبط با مصرف مواد به عنوان بخشی از یک مداخله مختصر معطوف به کاهش آسیب، شامل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آموزش‌های مربوط به اچ‌آی‌وی <ul style="list-style-type: none"> ○ راه‌های انتقال ویروس ○ راه‌های عدم انتقال ویروس ○ تفاوت اچ‌آی‌وی و ایدز ○ مراحل مختلف عفونت ○ اطلاع از وضعیت اچ‌آی‌وی ○ روش‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی (تزریق ایمن‌تر، ارتباط جنسی ایمن، پیشگیری از انتقال مادر به کودک) ○ پیشگیری پس از مواجهه • آموزش‌های مربوط به هیپاتیت • آموزش‌های مربوط به سل 	<p>مصرف‌کنندگان تزریقی (و غیر تزریقی) مواد</p>

منبع - متن آموزشی	شرح خدمت	گروه هدف
	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش‌های مربوط به بیماری‌های منتقله از راه جنسی ➤ برگزاری مداخله مختصر و ارجاع برای آسیب‌های مرتبط با مواد • ارجاع به پزشک مرکز خدمات جامع سلامت به منظور ارجاع برای مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی (ارجاع به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در صورت لزوم) ➤ ارزیابی و مداخله برای مشکلات روان‌پزشکی اورژانسی و ارجاع • ارزیابی از نظر مشکلات روان‌پزشکی اورژانسی • ارجاع به مراکز تخصصی 	
<p>متون کاهش آسیب وزارت بهداشت</p> <p>راهنمای مداخله مختصر برای مصرف مخاطره‌آمیز و آسیب‌رسان مواد وزارت بهداشت</p> <p>متون سلامت اجتماعی وزارت بهداشت</p> <p>مطالعه بیشتر:</p> <p>متون کاهش آسیب دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل در ایران</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ اطلاع‌رسانی، آموزش و برقراری ارتباط به معنی آموزش و اطلاع‌رسانی در رابطه با آسیب‌های مرتبط با مصرف مواد، شامل: <ul style="list-style-type: none"> • آموزش‌های مربوط به اچ‌آی‌وی <ul style="list-style-type: none"> ○ راه‌های انتقال ویروس ○ راه‌های عدم انتقال ویروس ○ تفاوت اچ‌آی‌وی و ایدز ○ مراحل مختلف عفونت ○ اطلاع از وضعیت اچ‌آی‌وی ○ روش‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی (تزریق ایمن‌تر، ارتباط جنسی ایمن، پیشگیری از انتقال مادر به کودک) ○ پیشگیری پس از مواجهه • آموزش‌های مربوط به هپاتیت • آموزش‌های مربوط به سل 	<p>خانواده مصرف-کنندگان مواد</p>

منبع - متن آموزشی	شرح خدمت	گروه هدف
	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش‌های مربوط به بیماری‌های آمیزشی ➤ برگزاری جلسات مشاوره • مشاوره برای همسران باردار و ارجاع به پزشک جهت ارجاع به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری به منظور مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی • مشاوره رابطه جنسی ایمن • ارزیابی و مشاوره برای خشونت خانگی • ارزیابی و مداخله برای مشکلات روان‌پزشکی همسران مصرف‌کننده مواد و یا ارجاع آنان به مراکز تخصصی • مشاوره توانمندسازی برای همسران مصرف‌کننده مواد ➤ آموزش فرزندپروری اختصاصی به همسران مصرف‌کنندگان مواد ➤ آموزش مهارت‌های زندگی به فرزندان مصرف‌کنندگان مواد 	

فهرست منابع

منابع فارسی

۱. پارک، ک. (۱۳۸۲). طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی. ترجمه: رفایی شیر پاک خسرو، تهران: نشر ایلیا، چاپ اول. جلد دوم.
۲. رزاقی عم، رحیمی موقر آ، حسینی م. (۱۳۸۲). گزارش بررسی سریع مصرف مواد تزریقی در شهر تهران در سال ۱۳۸۰. سازمان بهزیستی کشور.
۳. خان احمدی پریسا. (۱۳۹۶). ۲ میلیون و ۸۰۸ هزار نفر معتاد در کشور. روزنامه ایران، شماره ۶۵۲۸، یکشنبه چهارم تیر ماه ۱۳۹۶، صفحه ۴.
۴. <http://www.magiran.com/npview.asp?ID=3582313>
۵. سازمان پزشکی قانونی. (۱۳۹۵). مرگ بیش از ۳۰۰۰ نفر بر اثر سوء مصرف مواد مخدر. وب سایت سازمان پزشکی قانونی، ۱ اردیبهشت ۱۳۹۵.
۶. <http://lmo.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=1&pageid=2316&newsview=24704>
۷. ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۰). شیوع شناسی اعتیاد در ایران. گزارش نتایج اصلی مطالعه در رسانه‌های گروهی.
۸. ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۳). کتاب سال ۱۳۹۳ ستاد مبارزه با مواد مخدر. تهران: ریاست جمهوری، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر برنامه‌ریزی و فن آوری اطلاعات.
۹. ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۴). کتاب سال ۱۳۹۴ ستاد مبارزه با مواد مخدر. تهران: ریاست جمهوری، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر برنامه‌ریزی و فن آوری اطلاعات.
۱۰. ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۲). گزارش فعالیت‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۱. انتشارات دفتر برنامه‌ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر.

۱۱. صرامی، حمید. (۱۳۹۱). شیوع‌شناسی اعتیاد در ایران. سایت ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.
۱۲. مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۵). قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات. مصوب ۱۳۸۵/۶/۱۵.
۱۳. نقوی م، ابوالحسنی ف، پورملک ف، جعفری ن، مرادی لاکه م، عشتری ب، مهدوی ن. (۱۳۷۸). مقاله پژوهشی بار بیماریها و آسیب‌ها در ایران در سال ۱۳۸۲. مجله تخصصی اپیدمیولوژی ایران؛ دوره ۴، شماره ۱، صفحات ۱۹-۱.
۱۴. نوروزی علیرضا، رهنما نازنین، فرحزادی سیدهادی، معین صدیقه‌السادات، عامری فرزانه، حدادی محمدرضا. (۱۳۹۵). استانداردهای مدل‌های درمان اختلال مصرف الکل. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران و اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۱۵. نوروزی علیرضا، حضرتی نازنین، مهربابی مریم، یزدانی سمیه. (۱۳۹۶). آشنایی با مشکلات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان: راهنمای خانواده‌ها و مدارس. ویرایش دوم. اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد، دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۱۶. هیأت دولت. (۱۳۸۶). آیین‌نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات. مصوب ۱۳۸۶/۷/۱.

English References

1. Agree Collaboration (2003) Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 18–23.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, VA.
3. Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi V, Hajebi A, Radgoodarzi R, Mojtabai R. et al. (2016). Epidemiology of illicit drug use disorders in Iran: prevalence, correlates, comorbidity and service utilization

- results from the Iranian Mental Health Survey. *Addiction*. Oct;111(10):1836-47. [doi: 10.1111/add.13453.]
4. Amin-Esmaili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi A, Hajebi A, Mojtabei E, Radgoodarzi R, Hefazi M, Motevalian A. (In review). Alcohol use disorders in Iran: prevalence, symptoms, correlates, and comorbidity. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*.
 5. Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, Cartier T, Hasvold T, Hutchinson A, et al. (2010). The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Family Practic*, 11:81 [DOI: 10.1186/1471-2296-11-81]
 6. Galanter, M. (2006). Innovations: Alcohol & drug abuse, spirituality in alcoholics anonymous: *Psychiatric Services*, 57, 307-309.
 7. Ducharme LJ, Knudsen HK, Roman PM. (2006). Availability of integrated care for co-occurring substance abuse and psychiatric conditions. *Community Ment Health J*. 42(4):363-75. [DOI: 10.1007/s10597-005-9030-7]
 8. Farzadfar F. (2014). National Priorities for Population Health in Iran. Presentation in JPRM Training Meeting. Ministry of Health and Medical Education, April 13, 2014.
 9. GBD 2015 Risk Factors Collaborators. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 8;388(10053):1659-1724. [DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8.]
 10. Mansouri N, Gharaee B, Shariat SV, Bolhari J, Yousefi Nooraie R, Rahimi-Movaghar A, Natges A. (2009). The change in attitude and knowledge of health care personnel and general population following trainings provided during integration of mental health in Primary Health Care in Iran: a systematic review. *International Journal of Mental Health Systems*, 3:1
 11. Park JE, Park AK. (2004). [Park's Textbook of Preventive and Social Medicine Vol 2] (Trans. Shodjai-Tehrani H). 2nd ed. Tehran: Samat Publications. [Persian]
 12. Rahimi-Movaghar A, Razaghi EM, Sahimi-Izadian E, Amin-Esmaili M. (2010). HIV, hepatitis C virus, and hepatitis B virus co-infections among injecting drug users in Tehran, Iran. *Int J Infect Dis* 14(1):e28-33.
 13. Sharifi, V, Amin-Esmaili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: 142 The Iranian Mental Health Survey,

2011. Archives of Iranian Medicine, 18(2), 76–84. 143
14. United Nation Office on Drug and Crime (UNODC). (2016). World Drug Report 2016. Vienna: UNODC Publications.
 15. Watson DE, Krueger H, Mooney D, and Black C. (2005). Planning for renewal: Mapping primary Health care in British Columbia. Center for Health Services and Policy Research. College of Health Disciplines, University of British Columbia, 123- 126.
 16. World Health Organization (WHO). (1978). Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September, 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children’s Fund. Geneva, World Health Organization.
 17. World health organization (WHO). (2008). Building the Case for Change: Primary Care Mental Health & Addiction. Geneva, World Health Organization.
 18. World Health Organization (1992) ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO Publications. Geneva, Switzerland
 19. World Health Organization (WHO). (1994). Lexicon of drug and alcohol terms. WHO Publications. Geneva, Switzerland.
 20. World Health Organization (WHO), UNODC, UNAIDS. (2007). Interventions to Address HIV in Prisons: Drug Dependence Treatments. Evidence for Action Technical Papers, Final Draft. World Health Organization, Geneva.
 21. World Health Organization. (2000). Working with street children: A Training Package on Substance Use, Sexual and Reproductive Health including HIV/AIDS and STDs. WHO.
 22. WHO, UNODC, UNAIDS (2009). Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
 23. World Health Organization (WHO). (2010a). The Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
 24. World Health Organization (WHO). (2010b). The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: a manual for use in primary care. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).

25. World Health Organization (WHO). (2010c). Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
26. World Health Organization (WHO). (2010d). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 1.0. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
27. World Health Organization (2010e). Global strategy to reduce harmful use of alcohol. WHO Publications. Geneva, Switzerland
28. World Health Organization (2013). Global NCD Action plan 2013-2020. WHO Publications. Geneva, Switzerland
29. World Health Organization (WHO). (2014a). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
30. World Health Organization (WHO). (2014b). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
31. World Health Organization (WHO). (2014c). Global status report on alcohol and health 2014. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
32. World Health Organization (WHO). (2015). WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
33. World Health Organization (WHO). (2016a). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).
34. World Health Organization (WHO). (2016b). Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach - Second edition. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).