

راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد

در مراقبتهای بهداشتی اولیه

کتاب کارشناس سلامت روان

اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۱۳۹۶

شناسنامه

عنوان راهنما	راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد 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، سیدوحید شریعت، مریم مهربانی، نازنین حضرتی، فهمیه فتحعلی لواسانی، حمید طاهری نخست، سمیه یزدانی، ستاره محسنی‌فر، سیدرامین رادفر
زیر نظر	دکتر احمد حاجبی
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	پاییز ۱۳۹۶
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



زیر نظر:

دکتر احمد حاجبی

نویسندگان:

ربابه نوری، علیرضا نوروزی، سیدوحید شریعت، مریم مهرابی، نازنین حضرتی، فهمیه فتحعلی لواسانی، حمید طاهری نخست، سمیه یزدانی، ستاره محسنی فر، سیدرامین رادفر

همکاران:

علی اسدی، مژگان تابان، رضا دواساز ایرانی، دکتر محمدرضا رهبر، دکتر امیرشعبانی، دکتر حمیدرضا فتحی، دکتر سیدابراهیم قدوسی، دکتر سیدعباس متولیان

پیش گفتار

فهرست مطالب

۱	تعریف واژه‌ها و اصطلاحات
۱۳	فصل یکم- کلیات اعتیاد
۲۱	فصل دوم- آشنایی با چارچوب برنامه
۳۸	فصل سوم- آشنایی با انواع مواد
۶۵	فصل چهارم- مهارت‌های پایه مشاوره
۷۹	فصل پنجم- پیشگیری از مصرف مواد
۱۱۶	فصل ششم- شناسایی، مراقبت و پیگیری
۱۸۲	فصل هفتم- کاهش آسیب
۲۰۸	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 مشکل-آفرین مصرف مواد منجر به نقص یا زجر قابل توجه بالینی، تعریف می‌شود که با تغییرات رفتاری و فیزیولوژیک همچون نقص در کنترل مصرف، اُفت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر و وابستگی فیزیولوژیک در طول یک دوره ۱۲ ماهه مشخص می‌گردد. در چهارمین ویرایش طبقه‌بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ اختلالات مصرف مواد از دو طبقه **سوء مصرف**^۳ و **وابستگی مواد**^۴ تشکیل شده بود، اما در DSM-5 فقط یک تشخیص اختلال مصرف مواد برای هر یک از کلاس‌های ده‌گانه مواد (به جز کافئین) در نظر گرفته شده است. ملاک‌های اختلال مصرف مواد در DSM-5 از ادغام ملاک‌های DSM-IV-TR برای تشخیص های سوء مصرف و وابستگی تشکیل شده با این تفاوت که ملاک «مشکلات قانونی مکرر» برای سوء مصرف مواد حذف و یک ملاک جدید، یعنی «وجود وسوسه یا میل شدید برای مصرف مواد» افزوده شده است.

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

در طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، ویرایش دهم^۵ **اختلالات مصرف مواد** همچون ویرایش قبلی طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی انجمن روان‌پزشکان آمریکا، دو سطح درگیری با مصرف مواد شامل **مصرف آسیب‌رسان**^۶ و **سندرم وابستگی**^۱ پیش‌بینی شده

¹ DSM-5

² DSM-IV-TR

³ substance abuse

⁴ dependence

⁵ ICD-10

⁶ harmful use

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.

اختلالات اعتیادی

در DSM-5 اختلال قماربازی به عنوان یک اعتیاد رفتاری^۲ 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^۳ 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 اُفت کارکردهای ذهنی و سلامت جسمی فرد را به دنبال دارد. در اعتیاد فرد به صورت فزاینده‌ای به سایر امور مهم زندگی بی‌توجه شده و دچار اُفت کارکرد در حوزه‌های فردی، 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^۴، لوكوس سرولتوس^۵ و هسته آکومبئس^۶ دارند.

¹ dependence syndrome

² behavioral addiction

³ substance-related and addictive disorders

⁴ ventral tegmental area

⁵ locus ceruleus

⁶ nucleus accumbens

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.

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 انکار¹ 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 کردن² احتراز نموده و با استفاده از آموزش‌های روان‌شناختی³ 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.

¹ denial

² confrontation

³ psychoeducation

بازتوانی

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

بازگیری سریع

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

بازگیری فوق‌سریع

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

بازگیری طبی

بازگیری طبی^۳ یا به اختصار بازگیری، فرآیندی است که در طول آن با تجویز دارو، علائم ناشی از ترک ماده یا مواد روان‌گردان کنترل می‌شود. بازگیری اولین مرحله درمان بوده و به تنهایی برای درمان اعتیاد کافی نیست. تعریف واژه «سم‌زدایی» را نیز ملاحظه فرمایید.

بنزودیازپین‌ها

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

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

¹ RD: Rapid detoxification

² URD or UROD: Ultra rapid detoxification

³ medically assisted withdrawal

عدم مصرف مواد را پرهیز یا پاک‌ی از مواد می‌گویند.

تحمل

وضعیتی که در آن با تداوم مصرف مواد، حساسیت فرد به مواد به تدریج کم می‌شود و فرد ناچار است برای دستیابی مجدد به تأثیرات ناشی از دوزهای کم‌تر، مقدار بیشتری مواد مصرف کند. تحمل یکی از علائم سندرم وابستگی یا اختلال مصرف مواد است. تحمل رفتاری^۱ به توانایی فرد برای انجام تکالیف علی‌رغم اثرات ماده گفته می‌شود.

تحمل متقابل

به توانایی یک ماده برای جایگزینی با یک ماده دیگر و ایجاد علائم فیزیولوژیک و روان‌شناختی مشابه، تحمل متقابل اطلاق می‌شود. برای مثال دیازپام و فنوباریتال تحمل متقاطع نشان می‌دهند. وابستگی متقاطع^۲ نیز نامیده می‌شود.

تشخیص دوگانه

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

حشیش

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

دخانیات

در آیین نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات مصوب هیأت وزیران در سال ۱۳۸۶ دخانیات یا محصولات دخانی به صورت هر ماده یا فرآورده‌ای تعریف می‌شود که تمام یا بخشی از ماده خام 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، انقبیه) و سیستم‌های انتقال‌دهنده نیکوتین (سیگار یا قلیان الکترونیک) را دربرمی‌گیرد.

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 پایش 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 دیس‌مورفی‌های مشخص در صورت در کودکان مواجهه‌یافته با الکل در طول دوران بارداری رخ می‌دهد، سندرم الکل جنینی^۲ می‌گویند. طیفی از ناهنجاری‌های جسمی و تکامل عصبی به اثرات الکل بر روی جنین نسبت داده شده است. میزانی از مصرف الکل که باعث ایجاد اختلالات طیف الکل جنینی^۳ 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^۴ گویند.

سندرم وابستگی

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

¹ neuroadaptation

² FAS: Fatal alcohol syndrome

³ Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)

⁴ 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 طولانی‌مدت چندین بار عود می‌کنند.

کاهش آسیب

به مجموعه سیاست‌ها یا برنامه‌هایی گفته می‌شود که در جهت کاهش عواقب منفی بهداشتی، اجتماعی، اقتصادی مصرف مواد طرح‌ریزی شده باشند، هرچند فرد مصرف‌کننده به مصرف مواد ادامه دهد. گروه‌های هدف در برنامه‌های کاهش آسیب مواد غالباً از

¹ detoxification

² abstinence

³ discontinuation

⁴ lapse

⁵ relapse

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.

مصرف چندگانه مواد

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

مصرف مخاطره‌آمیز

¹ ecgonine

² polysubstance use

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

مصرف نابجا

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

معتادان گمنام یا ان‌ای

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

مواد

منظور از مواد^۴ به کار رفته در این سند، کلیه طبقات و کلاس‌های مواد در نظر گرفته‌شده در فصل اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادی است که برای آن در DSM-5 یک اختلال مصرف پیش‌بینی شده است. در DSM-5 ده کلاس مختلف مواد در نظر گرفته‌شده است که برای تمام آنها به جز کافئین یک اختلال مصرف تعریف می‌شود. کلاس‌های ده‌گانه مواد شامل تنباکو، کافئین، حشیش، مواد افیونی، مواد محرک، الکل، داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور، مواد توهم‌زا، مواد استنشاقی و سایر مواد می‌شوند.

مواد

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

¹ hazardous use

² misuse

³ NA: Narcotic anonymous

⁴ substances

⁵ substances

مواد مخدر یا روان‌گردان‌های صنعتی غیردارویی

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

به طور کلی می‌توان گفت کلیه موادی که در DSM-5 برای آنها یک اختلال مصرف تعریف شده است به جز تنباکو، 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.

نظام مراقبت‌های اولیه سلامت

نظام مراقبت‌های اولیه سلامت^۳ زیرمجموعه‌ای از نظام سلامت است که مجموعه گسترده‌ای از خدمات آموزش سلامت، پیشگیری اولیه، غربال‌گری، ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری‌ها را از طریق جایگاه‌های سرپایی به افرادی که به صورت خودارجاع به مرکز ارایه خدمات مراجعه نموده‌اند ارایه می‌نماید. تمرکز اصلی خدمات در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ارایه خدمات آموزش و

¹ enabling

² enabler

³ Primary Health Care (PHC)

ارتقای سلامت و پیشگیری اولیه است، اما در کنار آن تشخیص و درمان بیماری‌های رایج که نیاز به درمان‌های تخصصی ندارند نیز در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ارایه می‌گردد.

وابستگی

وابستگی به عنوان یک تشخیص در DSM-IV-TR و ICD-10 پیش‌بینی شده است. اصطلاح **وابستگی** در بحث درباره اختلالات مصرف مواد به چند صورت استفاده شده است. در **وابستگی رفتاری** فعالیت‌های موادجویانه و شواهد الگوی مصرف بیمارگونه مورد تأکید است. **وابستگی جسمی** به اثرات جسمی (فیزیولوژیک) مصرف مواد اطلاق می‌شود. **وابستگی روان‌شناختی** به نوعی **خوگیری**^۱ 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**^۲ اعتیاد محسوب می‌شود. سندرم وابستگی را ببینید.

وسوسه

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

هم‌وابستگی

اصطلاح **هم‌وابستگی**^۳ به گروهی از الگوهای رفتاری اعضای خانواده اطلاق می‌شود که تحت‌تأثیر مصرف مواد یا اعتیاد یک عضو دیگر از اعضای خانواده شکل می‌گیرد یا بر روی آن اثر می‌گذارد. میدان دادن یکی از ویژگی‌های مورد توافق هم‌وابستگی است. سایر خصوصیات هم‌وابستگی شامل عدم‌تمایل به پذیرش اعتیاد به عنوان یک بیماری است. در این ارتباط، اعضای خانواده همچنان به گونه‌ای رفتار می‌کنند که گویی رفتار مصرف مواد داوطلبانه و اختیاری است و مصرف‌کننده مواد عامدانه به مواد بیش از آنها اهمیت می‌دهد. این موضوع منجر به ایجاد احساس خشم، رنجش و شکست در آنها می‌شود. علاوه بر احساسات منفی، اعضای خانواده ممکن است به دلیل مشکل مصرف مواد در فرزند یا عضو خانواده خود دچار احساس افسردگی و گناه شوند.

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

¹ habituation

² hallmark

³ codependence

ویروس نقص ایمنی انسانی یا اچ‌آی‌وی

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

فصل یکم:

کلیات اعتیاد

عناوین فصل

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

۱ نفر از هر ۲۰ نفر جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله یا ۲۵۰ میلیون نفر در جهان مواد غیرقانونی (به جز الکل) مصرف می‌کنند و از این میان ۲۹ میلیون نفر به اختلالات مصرف مواد غیرقانونی (به جز الکل) مبتلا هستند. اعتیاد به مواد یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی قرن حاضر و از مهمترین دغدغه‌های فکری و یکی از ناگوارترین آسیب‌های اجتماعی در حال حاضر است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب‌های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد می‌گردد، بلکه آسیب‌های اجتماعی نظیر افزایش طلاق، بزهکاری و بیکاری را نیز دربردارد.

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

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

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

برخی یافته‌های دیگر این مطالعه به شرح زیر بود:

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

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

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



پیمایش ملی خانوار سوء مصرف مواد مخدر در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ ساله در سال ۱۳۹۴ با حجم نمونه ۶۰ هزار نفری توسط سازمان بهزیستی کشور و ستاد مبارزه با مواد مخدر اجرا شد. بر اساس نتایج این مطالعه تعداد معتادان ۲۸۰۲۸۰۰ نفر برآورد گردید. الگوی مصرف مواد در این مطالعه به شرح زیر بود:

- تریاک و مشتقات آن: ۶۶/۸ درصد
- حشیش، گُل، ماری جوانا: ۱۱/۹ درصد
- هروئین و کراک هروئین: ۱۰/۶ درصد
- شیشه: ۸/۱٪

شیوع وابستگی و مصرف آسیب‌رسان الکل بر اساس دهمین ویرایش طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها^۱ ۲/۳٪ و ۱/۸٪ جمعیت عمومی بالای ۱۵ سال جهان است. در کشور ما در مطالعه پیمایش ملی سلامت روان در سال ۹۰-۱۳۸۹، شیوع سوءمصرف 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 گزارش گردید.

برای اطلاعات بیشتر درباره همه‌گیری‌شناسی اختلالات مصرف مواد در کشور راهنمای غربال‌گری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد را ببینید.

بار قابل‌انتساب به مصرف مواد

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

بر اساس گزارش سازمان پزشکی قانونی کشور روزانه ۸ نفر در اثر اعتیاد به مواد غیرقانونی (شامل الکل) جان خود را از دست می‌دهند. در شهر تهران، در مطالعه‌ای کیفی در معتادان تزریقی، تقریباً همه افراد، شاهد موارد متعددی از مسمومیت ناشی از مصرف مواد در اطرافیان‌شان بوده‌اند و حدود نیمی از افراد، خود سابقه مسمومیت را داشته‌اند که اکثراً دو یا سه بار بوده است.

مصرف تزریقی مواد یکی از معضلات عمده بهداشتی کشور و مسبب شیوع برخی از بیماری‌های عفونی است. عفونت اچ‌آی‌وی به عنوان یک پدیده جهانی، تهدیدی برای سلامت انسان و ثبات اجتماعی، اقتصادی و سیاسی جوامع محسوب می‌شود. شایع‌ترین راه انتقال عفونت‌های منتقله از راه خون شامل اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی از طریق اعتیاد تزریقی است، به طوری که بیش از ۶۵٪ کلیه موارد شناسایی شده عفونت اچ‌آی‌وی کسانی هستند که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند. یک مطالعه مروری سیستماتیک نشان داد که در دهه گذشته، میانگین شیوع عفونت اچ‌آی‌وی در مصرف‌کنندگان تزریقی مواد از ۱۱ تا ۱۵ درصد و در مصرف‌کنندگان غیرتزریقی از ۱ تا ۴ درصد بوده است. هپاتیت C احتمالاً شایع‌ترین عارضه عفونی مصرف تزریقی مواد در سطح جهان است. در یک فراتحلیل شیوع هپاتیت C در کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند، ۵۰ درصد برآورد شد.

علاوه بر موارد بالا مصرف مواد خطر ابتلا به مجموعه‌ای از بیماری‌های غیرواگیر و جراحات و سوانح را افزایش می‌دهد. برای

¹ ICD-10

² DSM-IV-TR

³ burden of disease

⁴ Disability-Adjusted Life Year (DALY)

⁵ "healthy" life

آشنایی بیشتر با عوارض اختصاصی ناشی از انواع مواد مختلف فصل سوم و راهنمای غربالگری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد را ببینید.

اعتیاد به عنوان یک بیماری با ناتوانی و اُفت کارکرد برای افراد، خانواده‌ها و جمعیت‌ها همراه است. علاوه بر این آن گونه که بحث شد اعتیاد به عنوان یک عامل خطر می‌تواند خطر ابتلا به بیماری‌های واگیر، بیماری‌های غیرواگیر و سوانح و جراحات را به صورت قابل ملاحظه‌ای افزایش دهد. در مقایسه با سایر بیماری‌ها اعتیاد با میزان‌های بالایی مرگ و ناتوانی در افراد مبتلا همراه است. به طوری که در کشور ما پس از حوادث ترافیکی، بلایای طبیعی، بیماری‌های ایسکمیک قلبی و افسردگی در جایگاه پنجم طبقه‌بندی بار بیماری‌ها در مطالعه بار بیماری‌ها وزارت بهداشت در سال ۱۳۸۲ به خود اختصاص می‌دهد. در مردان اعتیاد پس از حوادث و بلایا بالاترین مقدار بار بیماری‌ها را دارد و به طور کلی ۶/۷٪ از بار بیماری‌ها را در مردان تشکیل می‌دهد.

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

یک روند جهانی در افزایش بار بیماری‌های قابل‌انتساب 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 قابل‌انتساب به عوامل خطر مرتبط با بهداشت ضعیف، بیماری‌های عفونی و سوءتغذیه کاهش یافته و در مقابل بار بیماری قابل‌انتساب به مصرف سیگار، الکل و مواد افزایش پیدا می‌کند. این روند جهانی ضرورت توجه بیش از پیش به مداخلات اختلالات مصرف مواد را در کشورهای در حال توسعه از جمله کشور ما، ایران را گوشزد می‌نماید.

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

سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد

اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی^۱ است که در شکل‌گیری آن زمینه‌های پیش‌اعتیادی چندی نقش دارند. به بیان دیگر برای شروع و ادامه مصرف مواد زمینه‌های رشد ناسالم و آسیب‌پذیری‌های ویژه‌ای لازم است که بنیان آن در درون نظام خانواده و سپس در اجتماع ریخته می‌شود. در زمینه وابستگی به مواد عوامل گوناگون روان‌شناختی، اجتماعی، خانوادگی و زیست‌شناختی درگیر هستند، اما هیچ یک از آنها به تنهایی نمی‌توانند پیش‌بینی‌کننده ابتلای فرد به وابستگی به مواد باشند.

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)

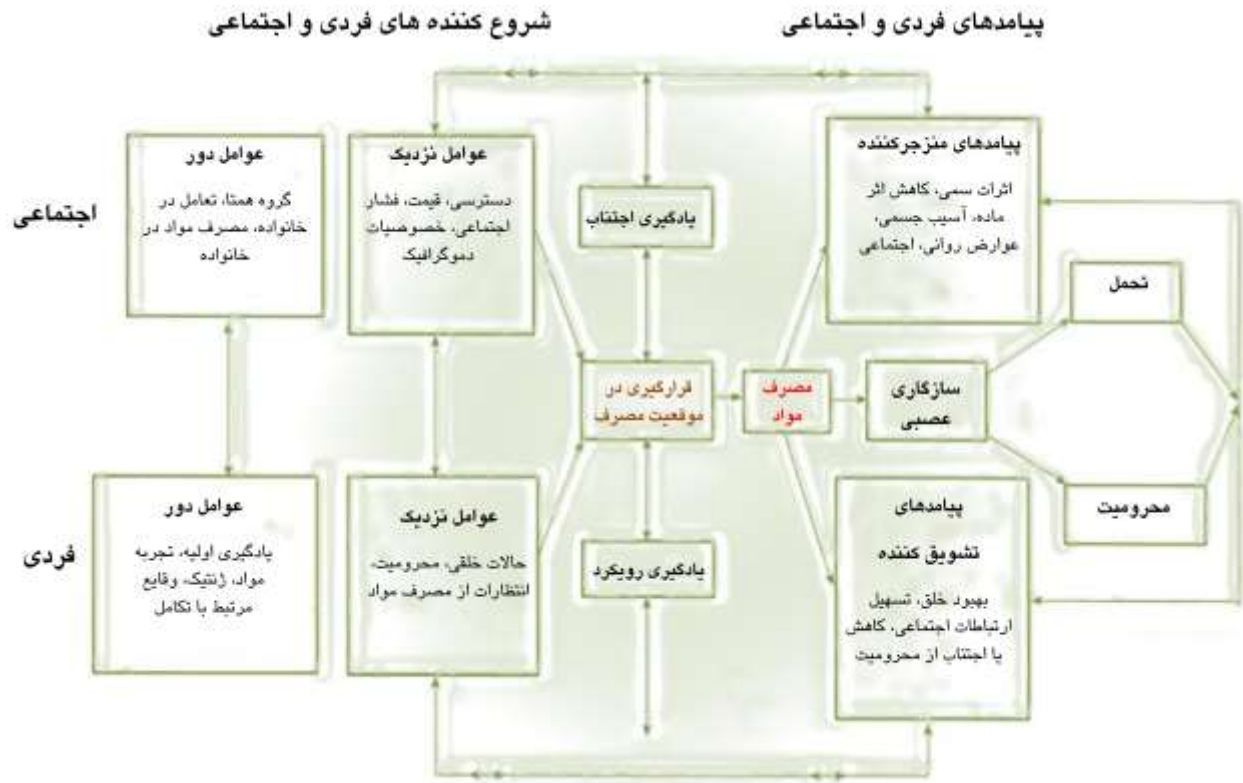
هر گونه مصرف دخانیات، الکل و سایر مواد غیرقانونی یا مصرف نابجای داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف (چه داروهای تجویز شده توسط پزشک و چه داروهایی که به صورت غیرمجاز تهیه شده باشند) می‌تواند شروع ابتلاء فرد به اختلالات مصرف مواد باشد، اما نقطه دقیق تبدیل مصرف مواد به اختلال مصرف روشن نیست. کسانی که مواد مصرف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

اعتیاد یک بیماری مغزی است، یعنی فرآیندی که رفتار اختیاری مصرف مواد را به مصرف اجباری تبدیل می‌کند، ریشه در تغییرات در کارکرد و ساختار مغز دارد. 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 ۱-۲ نحوه تعامل عوامل گوناگون در ایجاد وابستگی به مواد را نشان می‌دهد. عنصر مرکزی در این مدل خود رفتار مصرف مواد است. تصمیم به مصرف مواد تحت تأثیر وضعیت روانی، اجتماعی فعلی و 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.

¹ bio- psycho-socio-spiritual

شکل ۱-۲- عوامل دخیل در شکل‌گیری اختلال مصرف مواد



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 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.

آن گونه که در شکل ۱-۲ دیده می‌شود مجموعه‌ای از عوامل در سطح فرد، گروه هم‌تا، خانواده و محیط در شروع و تداوم مصرف انواع مواد دخیل هستند. عوامل شناسایی شده به تفکیک سطح عبارتند از:

- فرد
 - ژنتیک
 - شروع مصرف مواد در سن پایین

¹ salience

² sensitization

- نگرش و انتظارات مثبت نسبت به مواد
- خطر درک شده پایین
- عوامل سرشتی نظیر تکانش‌گری و مخاطره‌جویی
- گروه همتا
 - هنجار اجتماعی غلط درک شده
 - مصرف مواد در گروه همتا
 - فشار همتایان
- خانواده
 - تجارب اولیه زندگی
 - اختلافات خانوادگی
 - دلبستگی پایین به خانواده
 - نظارت ضعیف والدین
 - نگرش مطلوب والدین به مصرف مواد
 - مصرف مواد در والدین
- مدرسه
 - اُفت تحصیلی
 - نداشتن تعهد به مدرسه
- اجتماع
 - دسترسی به مواد و قیمت آن
 - دلبستگی پایین به اجتماع
 - نابسامانی شدید اجتماع
 - جابجایی و مهاجرت
 - محرومیت اقتصادی شدید

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

فصل دوم

آشنایی با چارچوب برنامه

عناوین فصل

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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود:

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

نگاه همه‌جانبه به سلامتی

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

سلامت از یک سو میزان توانایی فرد در به فعل رسانیدن توانایی‌های بالقوه، برآورده ساختن نیازهای خود تحقق خواست‌ها و... و از سوی دیگر توانایی وی برای تأثیر گذاشتن و تطابق و تأثر پذیرفتن از محیط اطراف است. به این ترتیب سلامت به جای آن که هدفی برای زندگی محسوب شود، سرمایه‌ای برای زندگی روزمره تلقی می‌شود. این رویکرد به سلامتی بر جنبه‌های اثباتی و اجتماعی سلامت تأکید می‌کند. تلاش‌های زیادی برای ارائه یک تعریف مورد اتفاق از سلامت صورت گرفته است. در این میان مفاهیمی که بیش از سایرین در این تعاریف تکرار شده‌اند، عبارتند از:

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

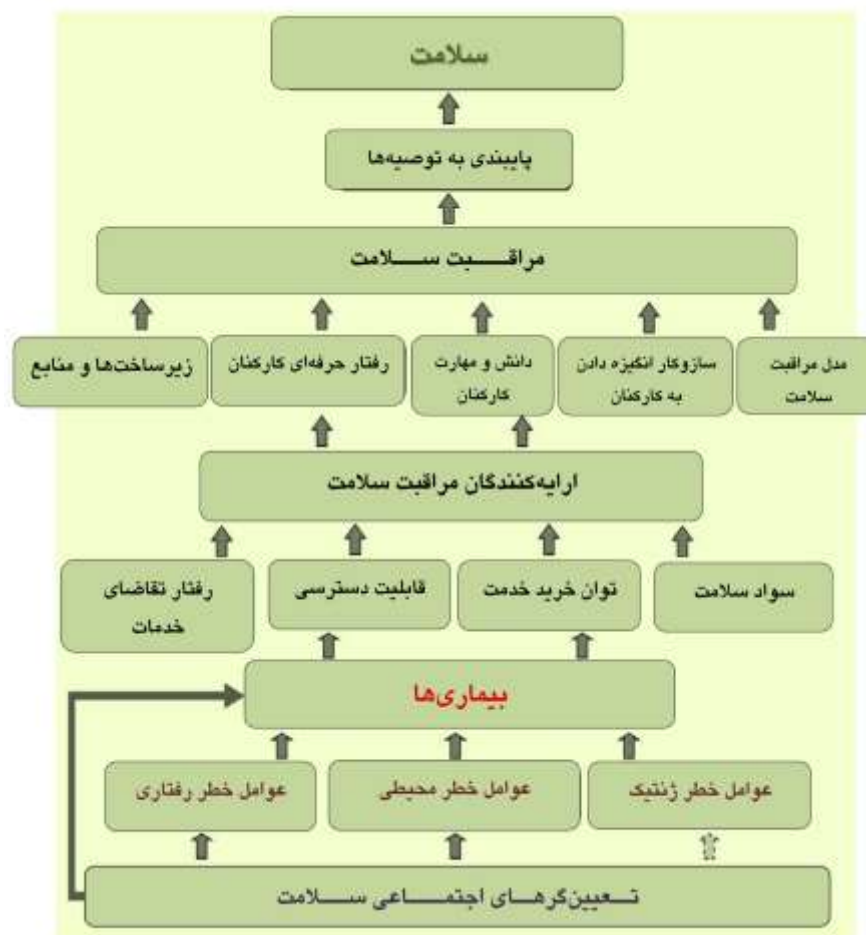
با توجه به آن چه گفته شد آشنایی با عوامل مؤثر بر وضعیت سلامت در حوزه اختلالات مصرف مواد اهمیت بالایی دارد. در فصل یکم به نقش عوامل خطر و محافظ دخیل در سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد اشاره شد و در فصل پنجم به آن به

صورت مفصل‌تر پرداخته خواهد شد. در این فصل به نقش حوزه سلامت برای بهبود و ارتقای سلامت گروه‌های هدف در حوزه اختلالات مصرف مواد پرداخته می‌شود.

عوامل مؤثر بر سلامت

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

شکل ۱-۲- عوامل اثرگذار بر سلامتی



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

- عوامل به وجود آورنده اختلالات مصرف مواد (برای توضیحات بیشتر فصل یکم را ببینید)

- نحوه پاسخ بخش سلامت به آن

مراقبت‌های بهداشتی اولیه

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

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

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

مراقبت‌های سلامت یا بهداشتی اولیه^۳ زیرمجموعه‌ای از نظام مراقبت‌های سلامت است که طیف گسترده‌ای از خدمات آموزش سلامت، پیشگیری اولیه، غربال‌گری، ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری‌ها را از طریق جایگاه‌های مبتنی بر اجتماع به افرادی که به صورت خودارجاع به مرکز ارائه خدمات مراجعه نموده‌اند ارائه می‌نماید. تمرکز اصلی خدمات در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ارائه خدمات آموزش و ارتقای سلامت و پیشگیری اولیه است، اما در کنار آن تشخیص و درمان بیماری‌های رایج که نیاز به درمان‌های تخصصی ندارند نیز در نظام مراقبت‌های اولیه سلامت ارائه می‌گردد. یکی از جنبه‌های مهم در مراقبت‌های اولیه، تأکید آن بر جلب همکاری افراد و گروه‌های اجتماعی جهت ارتقاء سلامت فردی و اجتماعی است.

¹ health system

² health care system

³ Primary Health Care (PHC)

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

اجزاء مراقبت‌های بهداشتی اولیه

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

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

۲- تأمین غذای کافی و بهبود تغذیه صحیح

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

۴- بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده

۵- ایمن‌سازی علیه بیماری‌های عفونی خصوصاً بیماری‌های دوران کودکی

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

۷- درمان مناسب بیماری‌ها و صدمات رایج

۸- پیش‌بینی و فراهم کردن داروهای ضروری.

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

- مشارکت و درگیری جامعه در حل مشکلات بهداشتی خود
- تفکر پرداختن به بحث‌های مختلف توسعه و رفاه اجتماعی که باعث می‌شود مجموعه‌ای از خدمات از پایین به بالا بر مبنای نیاز جامعه سازمان یابد.
- توسعه فن‌آوری مناسب بهداشتی برای رسیدن به هدف‌های مراقبت‌های اولیه بهداشتی.
- تاکید بیشتر مراقبت‌های اولیه بهداشتی بر پیشگیری نسبت به درمان.

در کشور ما از سال ۱۳۶۹، ارائه خدمات بهداشت روان به عنوان **نهمین جزء** و دو جزء دیگر شامل بهداشت دهان و دندان و

بهداشت حرفه‌ای نیز به اجزاء پیش‌گفته اضافه شده‌اند. شواهد داخلی و تجارب بین‌المللی نشان داده است که بهترین راه برای ارائه مراقبت‌های بهداشتی به عموم مردم خصوصاً جمعیت‌های ساکن در مناطق محروم روستایی و حاشیه شهرها، توسعه‌ی خدمات کارآمد مراقبت‌های بهداشتی اولیه است که از سوی نظام ارجاع مناسبی حمایت شود.

ضرورت ادغام

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

برخی ویژگی‌های منحصربه‌فرد مراقبت‌های اولیه عبارتند از:

- ارتباط نزدیک با جمعیت تحت پوشش و تداوم^۱ در ارائه خدمات
- امکان مراجعه بدون محدودیت و از طریق خودارجاعی^۲
- ارائه خدمات به صورت جامع^۳ و گسترده از طریق ارائه طیف کامل خدمات، از آموزش و پیشگیری، تا تشخیص و درمان و بازتوانی
- هماهنگی^۴ در ارائه خدمات در سطح مراقبت اولیه و سطوح بالاتر
- جامعه‌نگر بودن^۵
- خانواده‌محور بودن^۶
- احترام به فرهنگ مراجعان^۷

به منظور تأمین پاسخ کافی و متناسب به یک مشکل سلامتی، مراقبت‌های اولیه قلب یک نظام ارائه 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

¹ continuity

² self-referral

³ comprehensiveness

⁴ coordinated

⁵ community-based

⁶ family-centeredness

⁷ culturally competent

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 ارائه می‌گردد، قابلیت پذیرش آن برای مخاطبان افزایش می‌یابد. این موضوع یکی دیگر از دلایل اهمیت ارائه 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

براساس اسناد سازمان جهانی بهداشت، هدف از ادغام خدمات اختلالات مصرف مواد در نظام مراقبت‌های بهداشتی اولیه، این است که جمعیت عمومی، افراد در معرض خطر و یا بیماران مبتلا به اختلالات مصرف از طریق مراقبت‌های بهداشتی اولیه به عنوان خط اول ارایه مراقبت‌ها، دسترسی عادلانه، 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، غربال- گری، مداخلات زودرس، ارجاع به درمان، کاهش آسیب، مراقبت و پیگیری
- افزایش پوشش خدمات اختلالات مصرف مواد
- ارائه خدمات استاندارد و باکیفیت در زمینه اختلالات مصرف مواد
- ارجاع، آموزش و حمایت از بیماران و خانواده‌ها برای دریافت خدمات درمان در سطوح بالاتر
- تقویت ساختار، ظرفیت‌سازی و حمایت مستمر از ارایه خدمات و پایش و نظارت آنها

¹ self-care

سطوح پیشگیری

اقدامات پیشگیرانه عبارتند از، کلیه تلاش‌هایی که به منظور پیشگیری از بروز اختلالات مصرف مواد، درمان و کاهش آسیب‌ها و عواقب ناشی از آن صورت می‌گیرد. در نظام سلامت سه سطح برای پیشگیری در نظر گرفته می‌شود. در ادامه سطوح پیشگیری توضیح داده شده است:

- **پیشگیری اولیه:** کلیه مداخلات بهداشتی به منظور پیشگیری از شروع مصرف مواد در کسانی که مصرف مواد را شروع نکرده‌اند و ممانعت از پیشرفت مصرف مواد به اختلال مصرف در کسانی که مصرف مواد را شروع کرده‌اند، پیشگیری اولیه گفته می‌شود. مداخلات پیشگیری اولیه از اختلالات مصرف مواد شامل مراقبت‌های دوران بارداری، بهبود برنامه‌های آموزشی مدارس، آموزش مهارت‌های فرزندپروری، مهارت‌های زندگی و مشارکت مادران در برنامه‌های بهداشتی می‌شوند.

- **پیشگیری ثانویه:** به کلیه مداخلات بهداشتی به منظور کاهش و قطع مصرف مواد در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد پیشگیری ثانویه گفته می‌شود. مداخلات درمان اعتیاد ذیل پیشگیری ثانویه تعریف می‌شوند.

- **پیشگیری ثالثیه:** کمک به بازتوانی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد به منظور دستیابی به حداکثر کارکرد شناختی، شغلی و اجتماعی پیشگیری ثالثیه گفته می‌شود.

علاوه بر سطوح پیشگیری ذکر شده در بالا، **پیشگیری اولیه** خود به سه سطح همگانی، انتخابی و موردی طبقه‌بندی می‌شود. مطالب بیشتر در این خصوص در **فصل پنجم** ارائه شده است.

سطح‌بندی مراقبت‌ها

به منظور تأمین پاسخ مؤثر و مقرون به صرفه به اختلالات مصرف مواد یک نظام سطح‌بندی شده 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 جایگاه^۱، مرکز^۲ یا مؤسسه ارائه مراقبت پیش‌بینی شده است. کارشناسان سلامت روان شاغل در مراکز سلامت جامعه برای ارائه آموزش، توصیه و ارجاع متناسب باید با جایگاه‌ها یا مراکز مختلف ارائه‌کننده خدمات مرتبط ذیل هر سطح ارائه مراقبت و نوع وابستگی آنها آشنا باشند. منظور از نوع وابستگی سازمان یا نهاد صادرکننده مجوز و حمایت‌کننده از هر مرکز است. در ادامه جایگاه‌ها 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 مسؤل ارائه مراقبت‌های اختلالات مصرف مواد شامل آموزش‌های پیشگیرانه، فرزندپروری، مهارت‌های زندگی، غربال‌گری اولیه و تکمیلی، مداخله مختصر و ارجاع ارائه می‌شود. جایگاه‌های ارائه مراقبت در سطح یک عبارتند از:

- خانه بهداشت در روستای اصلی و قمر

¹ setting

² center

- پایگاه بهداشتی در شهرها

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

- مرکز سلامت جامعه

خدمات سطح اول با ارایه مراقبت‌های بیشتر در سطح مرکز سلامت جامعه تکمیل می‌شود. در مرکز سلامت جامعه پزشک خانواده و کارشناس بهداشت روان خدمات سلامت حوزه روانی، اجتماعی و اعتیاد را ارایه می‌نمایند.

سطح دو- کاهش آسیب، درمان و بازتوانی سرپایی

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

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

این سطح شامل خدمات کاهش آسیب ارایه‌شده در مراکز کاهش آسیب ثابت¹ یا سیار² و گروه‌های نیازمندیابی³ می‌شود. در حال حاضر حداقل خدمات الزامی در یک مرکز کاهش آسیب ثابت شامل موارد زیر می‌شود:

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

¹ fixed-site

² mobile centers

³ outreach teams

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

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

برخی مراکز کاهش آسیب سازمان بهزیستی کشور واجد **سرپناه^۱** هستند. سرپناه‌های وابسته به سازمان بهزیستی کشور یا شهرداری‌ها محیط‌هایی هستند که امکان اسکان، استحمام، خواب و دریافت وعده غذایی شام و صبحانه را در فاصله زمانی ۷ شب تا ۷ صبح فراهم می‌کنند. در حاشیه برخی شهرهای بزرگ خصوصاً تهران به منظور تسهیل ارائه خدمات بهداشتی در کنار خدمات حمایتی، برخی دانشگاه‌های علوم پزشکی اقدام به راه‌اندازی مراکز کاهش آسیب در داخل فضای **مددسراها** یا **گرم‌خانه‌های شهرداری** کرده‌اند. این اقدام به صورت بالقوه امکان ارائه خدمات جامع‌تری را برای مراجعان فراهم نموده است.

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

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

● مرکز سرپایی درمان اعتیاد

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

¹ shelter

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

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

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

سطح سه- درمان و بازتوانی اقامتی و بستری

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

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

سطح سه شامل دو زیرسطح کلی است:

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

سه-آ- درمان و باز توانی اقامتی

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

• مرکز اقامتی با مدل طبی

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

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

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

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

• مرکز اقامتی پرهیزمدار (گروه‌های همتا)

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

دوره بازگیری از مواد در این مراکز بدون حمایت طبی ارائه می‌گردد. مراکز اقامتی پرهیزمدار صرفاً امکان دستیابی به پرهیز کوتاه-مدت برای بیماران فراهم می‌کنند و خدمات آنها پس از ترخیص برای بیماران در محیط واقعی زندگی ادامه پیدا نمی‌کند. بدین ترتیب بازگیری کوتاه‌مدت در این مراکز با خطر افزایش یافته بیش‌مصرفی مواد پس از ترخیص همراه است.

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

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

• اجتماع درمان مدار

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

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

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

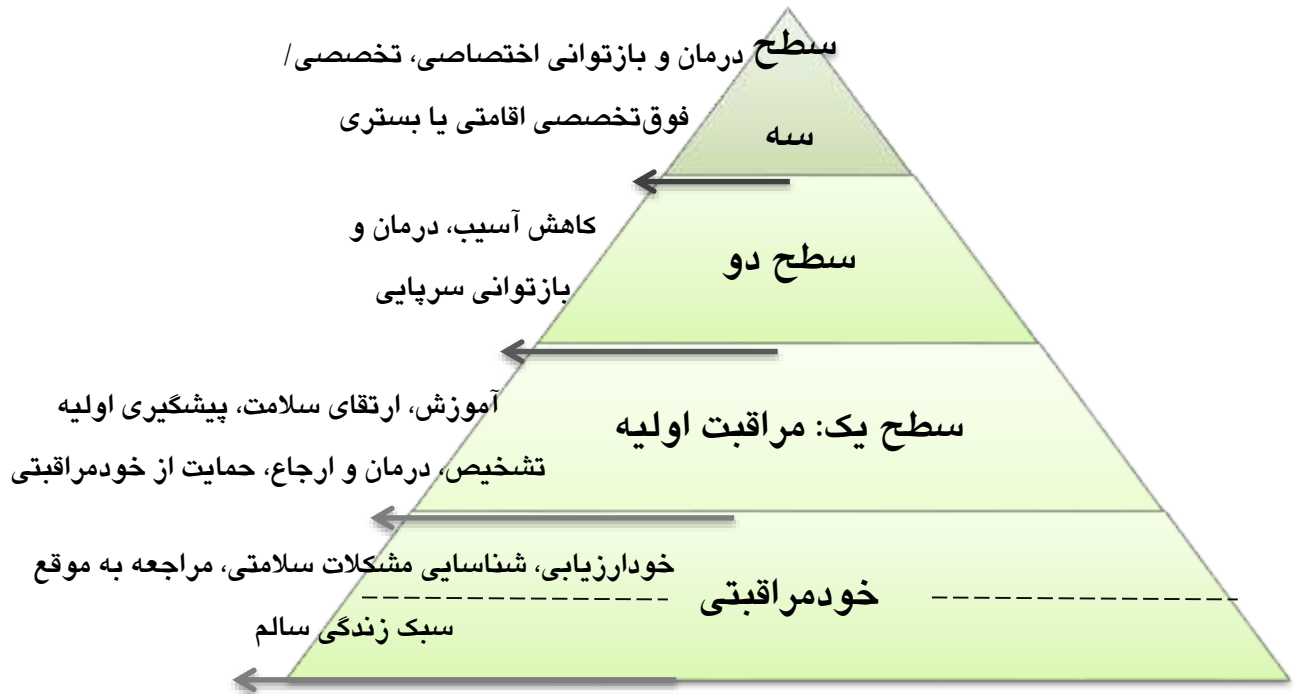
سطح ۳-ب:

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

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

¹ TC: Therapeutic community

شکل ۲-۲- سطوح مراقبت‌های اختلالات مرتبط با مواد



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

نظام سطح‌بندی شده مراقبت‌های اختلالات مصرف مواد باید دارای پیوندهای و مسیرهای ارجاع روشن و تعریف‌شده با نظام سلامت (جسمی و روان‌پزشکی) و نظام حمایت‌های اجتماعی (بیمه، حرفه‌آموزی، اشتغال، اسکان پایدار و...) باشد.

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

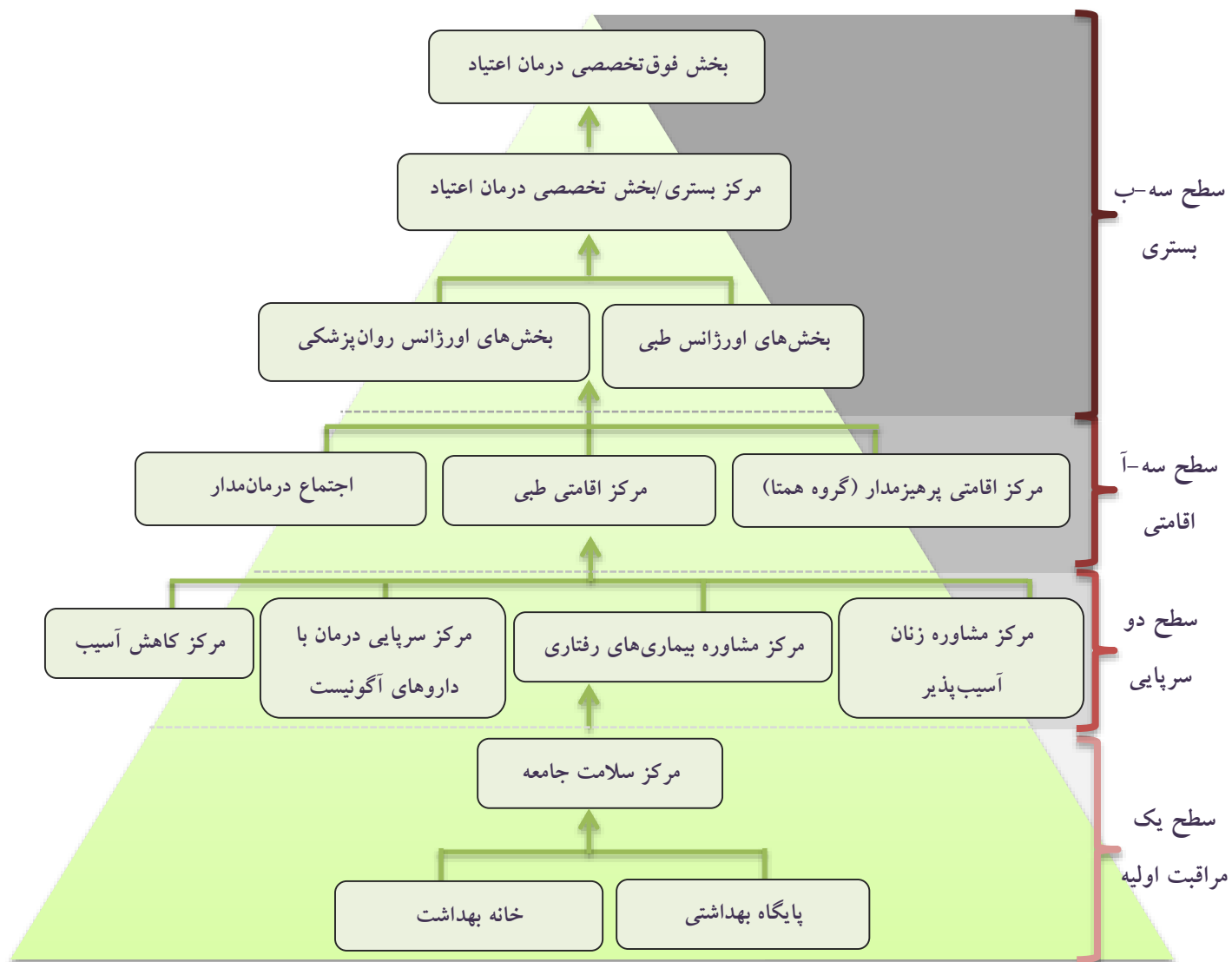
این نظام باید راهی دو سویه برای تبادل اطلاعات و بازگرداندن بیماران به افرادی باشد که آنها را ارجاع کرده‌اند تا بتوان پیگیری لازم را انجام داد. این کار باعث تضمین تداوم مراقبت‌ها شده و به مشتریان درونی سیستم، احساس آرامش می‌بخشد.

¹ half-way houses

² stable housing

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

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



فصل سوم:

آشنایی با انواع مواد

عناوین فصل

- عوارض کلی ناشی از مصرف مواد
- مواد 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 روان-شناختی 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، اُکسی‌کدون
۵	محرک‌ها	آمفتامین‌ها (مت‌آمفتامین یا شیشه)، کوکائین
۶	داروهای آرام‌بخش، ضداضطراب و خواب‌آورها	انواع بنزودیازپین‌ها (لورازپام، دیازپام، آلپرازولام یا زاناکس و ...) و باربیتورات‌ها
۷	توهم زها	ال‌اس‌دی، فن‌سیکلیدین، قرص اِکس، اکستیزی
۸	مواد استنشاقی	چسب، تینر، گاز فندک، بنزین
۹	کافئین	چای، قهوه، نوشیدنی‌های انرژی‌زا، نوشابه‌های کافئین‌دار
۱۰	سایر مواد	پان، پان پراگ، گوتکا

در زبان فارسی معادل هر دو واژه **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 سوءمصرف + 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 ارائه شده است.

عوارض جسمی

اختلال مصرف مواد بر حسب نوع ماده، با عوارض جسمی متعددی همراه است. برای مثال مصرف **مواد افیونی** حالت تحمل و در صورت عدم مصرف محرومیت، ناتوانی جنسی، یبوست، بیماری‌های گوارشی و... می‌شود. منظور از تحمل آن است که با گذشت زمان، فرد مجبور است بر مقدار ماده مصرفی خود بیافزاید تا به همان اثرات قبلی مواد دست یابد. منظور از محرومیت آن است که اگر ماده، به فرد نرسد، فرد دچار عوارض و ناراحتی‌های خاصی می‌شود. اگر اعتیاد از نوع تزریقی باشد فرد ممکن است به بیماری‌های عفونی مانند عفونت اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی دچار شود. مصرف **مواد محرک** نظیر مت‌آمفتامین (شیشه) با عوارض جسمی شدیدی مانند سکنه مغزی، سکنه 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

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 تنباکو و مشتقات آن (به جز داروهای مورد تأیید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی) می‌شود. رایج‌ترین شکل مصرف محصولات تنباکو به صورت کشیدنی (تدخینی) است، اما مصرف محصولات تنباکوی 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 تنباکوی کشیدنی (سیگار، قلیان، پیپ، سیگار برگ)
- فرآورده‌های تنباکوی غیرکشیدنی (ناس، تنباکوی بدون دود، تنباکوی جویدنی، انفیه تنباکو)
- سیگار/قلیان الکترونیک (سیستم‌های انتقال نیکوتین الکترونیک یا **اندز¹**)

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

¹ ENDS: Electronic nicotine delivery systems

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.

عوارض مصرف

مصرف کشیدنی تنباکو تقریباً به تمام دستگاه‌های بدن آسیب رسانده و یکی از اصلی‌ترین عوامل اصلی مرگ قابل پیشگیری در جهان است. تنباکو حاوی ۶۰۰ ماده شیمیایی است که هنگام سوختن بیش از ۷۰۰۰ ماده شیمیایی مختلف تولید می‌کند که حداقل ۶۹ عدد از آنها سرطان‌زا هستند و بسیاری از آنها سمی بوده و به بافت‌های بدن آسیب می‌رساند.

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 می‌کنند، سطوح افزایش‌یافته مونواکسید کربن **بالای ۱۰ واحد** در میلیون هوای بازدمی خود دارند که باعث افزایش تولید هموگلوبین به صورت واکنشی و غلظت خون می‌شود. از اندازه‌گیری مونواکسیدکربن در هوای بازدمی افراد سیگاری به صورت موفقیت‌آمیزی برای انگیزه دادن به افراد سیگار و پایش درمان آنها استفاده شده است.

عوارض ناشی از مصرف کشیدنی (تدخینی) تنباکو عبارتند:

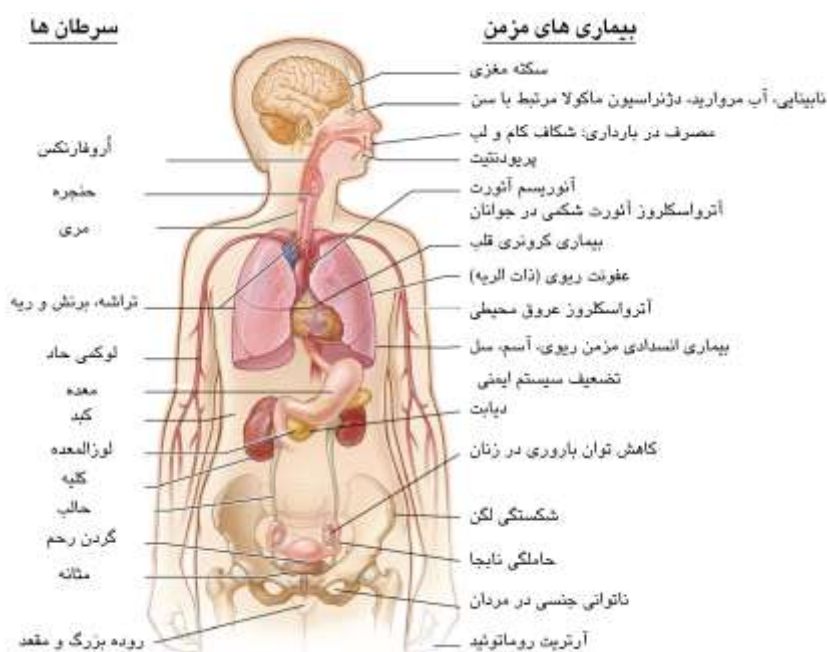
- سیگار کشیدن از طریق ایجاد التهاب در جداره عروق باعث ضخیم‌تر شدن شریان‌ها و نازک‌تر شدن مجرای عبور خون می‌شود. این موضوع باعث بالا رفتن **فشار خون** می‌شود.
- آسیب جدار عروق در اثر مواد سمی حاصل از کشیدن سیگار همچنین منجر به تشدید فرآیند ایجاد پلاک‌های آترواسکلروزی در جدار شریان‌ها می‌گردد. پلاک‌های آترواسکلروزی و فشار خون بالا خطر لخته شدن خون را افزایش می‌دهند. لخته‌ها خون می‌توانند باعث بروز **سکته قلبی و مغزی** شوند. مصرف سیگار خطر سکته قلبی و مغزی را ۴-۲ برابر افزایش می‌دهد.

¹ chewing

² smokeless

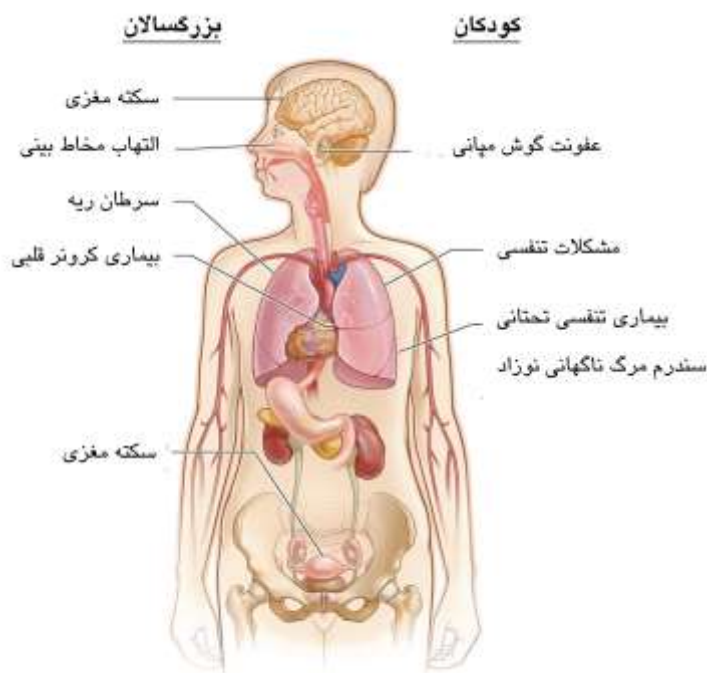
- کشیدن تنباکو باعث آسیب به راه‌های تنفسی و کیسه‌های هوایی در ریه می‌شود. بیماری‌های ریوی ناشی از مصرف کشیدنی محصولات تنباکو شامل بیماری انسدادی مزمن ریوی می‌شود که شامل آمفیزم و برونشیت مزمن است. افراد سیگاری ۱۳-۱۲ برابر بیش از افراد غیرسیگاری ممکن است در اثر بیماری انسدادی مزمن ریه فوت کنند.
- کشیدن تنباکو خطر ابتلا به انواع سرطان‌ها شامل سرطان ریه، برونش حنجره، گلو، زبان، لوزه‌ها، کام نرم، خون، مری، معده، روده بزرگ و مقعد، کبد، کلیه و حالب، مثانه و لوزالمعده را افزایش می‌دهد. عامل اکثر موارد ابتلا به سرطان ریه و حنجره سیگار است. در زنان مصرف سیگار خطر گردن سرطان رحم و پستان را به صورت قابل توجهی بالا می‌برد. سیگار کشیدن خطر سرطان ریه را در مردان ۲۵ برابر و در زنان ۲۷/۵ برابر می‌کند.
- مصرف سیگار در بارداری با خطر افزایش یافته برای زایمان زودرس، تولد نوزاد مرده، وزن کم تولد و بارداری نابجا همراه است و تولد نوزادان مبتلا به فشار خون ریوی پایدار و شکاف کام و لب همراه است. حتی مقادیر اندک سیگار کشیدن و تنفس در هوای آلوده در دود سیگار در مادر باردار، غلظت مونواکسید کربن را در خون جنین به سطوح سمی و خطرناک می‌رساند. این موضوع اهمیت مضاعف دوری مادر از مصرف گاهگاهی سیگار و مواجهه با دود 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 ۳-۱ عوارض مصرف کشیدنی تنباکو بر روی سیستم‌های مختلف بدن را نشان می‌دهد.

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 ۲-۳ عوارض مواجهه با دود دستِ دوم سیگار را نشان می‌دهد.

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



مصرف تنباکوی بدون دود یا تنباکوی جویدنی در محصولاتی نظیر ناس نیز با مجموعه‌ای از آسیب‌های جسمی برای مصرف‌کنندگان همراه است، هر چند آسیب‌های سلامتی ناشی از آن در مقایسه با مصرف کشیدنی تنباکو کمتر است.

مهم‌ترین عوارض شناخته شده ناشی از مصرف تنباکوی جویدنی عبارتند از:

- فیروز مخاطی و سرطان مخاط دهان
- ۱/۵ برابر افزایش خطر سکته قلبی و سکته مغزی
- مصرف محصولات جویدنی در کودکان و نوجوانان نظیر ناس و یا محصولات جویدنی غیرمرتبط با تنباکو نظیر پان، پان پراگ و گوتکا در کودکان و نوجوانان به صورت بالقوه می‌تواند نقش ماده دروازه‌ای داشته و علاوه بر عوارض جسمی زمینه را برای پیشرفت مصرف به سمت تنباکوی کشیدنی و مواد غیرقانونی فراهم سازد.

پان، پان پراگ و گوتکا محصولات گیاهی جویدنی هستند که مصرف آنها در جنوب شرقی آسیا رایج است. این مواد با بسته‌بندی-ها 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 کم‌خطرتر از سوی تولیدکنندگان تنباکو به بازار معرفی شده است. سیگار الکترونیک واجد یک کارتریج محتوای مایعی است که اصطلاحاً به آن مایع الکترونیک¹ 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:

- 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.

¹ e-liquid

در مجموع باید گفته سیگارهای الکترونیک نسبت به تنباکوی کشیدنی کم خطرتر است اما کاملاً ایمن نبوده و یک کالای سلامت قابل توصیه از سوی ارائه‌دهندگان سلامت نیست، بلکه به جای آن باید مداخلات استاندارد ترک سیگار برای افراد مبتلا به وابستگی به نیکوتین توصیه گردد. در جدول ۳-۲ خطرات مصرف انواع تنباکو و دخانیات به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر ارائه شده است.

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

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

حشیش

حشیش شایع‌ترین ماده غیرقانونی مورد مصرف در جهان است. در کشور ما معمولاً اولین تجربه مصرف مواد با مصرف انواع تنباکو در نوجوانی شروع و با مصرف حشیش یا الکل ادامه پیدا می‌کند. محصولات حشیش از گیاهی به همین نام تهیه می‌شود. دلتا-۹-تتراهیدروکانابینول^۱ 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.

^۱ Δ9-THC

عوارض مصرف

عوارض ناشی از مصرف حشیش عبارتند از:

- افزایش خطر ابتلا به پسیکوز خصوصاً در صورت مصرف در نوجوانی و کسانی که سابقه خانوادگی اختلالات پسیکوتیک دارند بالاتر است.
- عوارض مشابه سیگار کشیدن: مصرف‌کنندگان قهّار 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.
- افزایش خطر تصادفات رانندگی
- سندرم بی‌انگیزگی¹ که با کاهش پیگیری و استمرار فعالیت‌ها معطوف به هدف مشخص می‌شود.
- در برخی مطالعات اثر حشیش بر روی آتروفی مغزی، کاهش آستانه تشنج، آسیب کروموزومی، نقایص مادرزادی، ضعف سیستم ایمنی، کاهش تستوسترون در مردان و به هم خوردن دوره‌های قاعدگی در زنان نشان داده شده است.
- مصرف حشیش می‌تواند شدت و عوارض وضعیت‌های بیماری فعلی مثل فشار خون بالا، بیماری قلبی، بیماری‌های تنفسی و سرطان‌های خاص را افزایش دهد.

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

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

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

¹ amotivational syndrome

الکل

وابستگی به الکل یا 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.

پیمانه استاندارد

به منظور ارزیابی کسانی که الکل مصرف می‌کنند، تعیین کمیت الکل مصرفی فرد اهمیت بالایی دارد. به دلیل تنوع محصولات تخمیری و تقطیری الکل، توصیه می‌شود مقدار الکل خالص مصرفی فرد با واحد **پیمانه**^۱ گزارش شود. پیمانه یا واحد استاندارد^۲ مصرف الکل تنوع بالایی در کشورهای مختلف نشان می‌دهد. در این راهنما برای مقاصد آموزشی بر اساس منابع سازمان جهانی بهداشت یک پیمانه استاندارد معادل ۱۰ گرم (۱۲/۷ میلی‌لیتر) الکل خالص در نظر گرفته شده است. **شکل ۳-۳** مقدار یک پیمانه استاندارد از مشروبات الکلی مختلف را نشان می‌دهد.

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



۳۷۵ میلی‌لیتر آبجو با قدرت متوسط ۳/۵٪

۱۰۰ میلی‌لیتر شراب ۱۳/۵٪

۳۰ میلی‌لیتر عرق یا ویسکی ۴۰٪

حجم/درصد الکل

یک پیمانه استاندارد الکل سطح خونی الکل را ۲۰-۱۵ میلی‌گرم بر دسی‌لیتر یا ۰/۰۲٪ تا ۰/۰۱۵ درصد بالا می‌برد. 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. سرعت متابولیسم کبدی الکل ۱۵ میلی‌گرم در دسی‌لیتر در ساعت (در دامنه ۱۰ تا ۳۴ میلی‌گرم/دسی‌لیتر) است. در افرادی که سابقه مصرف بیش از حد الکل دارند، افزایش سطوح آنزیم‌های مورد نیاز برای متابولیسم الکل منجر به افزایش سرعت متابولیسم می‌شود.

¹ drink

² standard unit

الکل اثرات مضعف مشابه داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور بر روی دستگاه اعصاب مرکزی دارد. الکل با بنزودیازپین‌ها و باربیتورات‌ها تحمل متقاطع^۱ و وابستگی متقاطع نشان می‌دهد. اثرات سطوح مختلف الکل بر روی مغز در جدول ۳-۴ نشان داده شده است. البته لازم به توضیح است افرادی که سابقه طولانی مدت مصرف الکل دارند، می‌توانند میزان‌های بسیار بالاتری از الکل را تحمل نمایند.

جدول ۳-۴- اثرات سطوح خونی الکل بر کارکردها

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

عوارض مصرف

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

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

- **حجم الکل مصرفی:** هر چقدر حجم الکل مصرفی در یک جمعیت بالاتر باشد شیوع سیروز الکلی و سرطان‌های مرتبط با مصرف الکل بالاتر خواهد بود.

¹ cross-tolerance

² numbness

³ black out

- **الگو الکل مصرفی:** الگوی الکل مصرفی با شاخص **مصرف سنگین دوره‌ای¹** اندازه‌گیری می‌شود. مصرف سنگین دوره-ای به مصرف الکل در حد مسمومیت یا مستی (**۶ پیمانه** استاندارد الکل یا بیشتر در یک نوبت مصرف) به صورت حداقل ماهانه در سال گذشته گفته می‌شود. این شاخص به صورت قابل انتظاری پیش‌بینی‌کننده سوانح و جراحات عمدی و غیرعمدی ناشی از مصرف الکل است. علاوه بر این شواهد جدید نشان می‌دهد مصرف سنگین دوره‌ای الکل خطر بیماری‌های قلبی، عروقی را به صورت قابل ملاحظه‌ای افزایش می‌دهد.

- **کیفیت الکل مصرفی:** 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.

عوارض سلامتی ناشی از مصرف الکل عبارتند از:

- مصرف مقادیر بالای الکل حتی برای یک هفته می‌تواند منجر به تجمع چربی و پروتئین در کبد و ایجاد **کبد چرب** شود.
- مصرف الکل بسته به فرد در میان مدت و طولانی‌مدت می‌تواند باعث **سیروز کبدی** شود.
- مصرف الکل با **عوارض گوارشی** جدی همچون التهاب مری و معده و زخم معده همراه است. یکی از عوارض مصرف سنگین الکل **واریس مری** است. پارگی واریس مری یک اورژانس پزشکی بوده و می‌تواند منجر به مرگ فرد شود.
- مصرف الکل یک عامل خطر برای التهاب لوزالمعده و سرطان آن است.
- مصرف الکل باعث نارسایی روده برای جذب برخی ویتامین‌ها و مواد مغذی دیگر می‌شود.
- **فشار خون بالا، افزایش کلسترول و تری‌گلیسیرید** و افزایش خطر **سکته قلبی** از عوارض مصرف الکل است. در گذشته چنین تصور می‌شد که بین خطر بیماری‌های قلبی و مصرف الکل یک رابطه به شکل **حرف J** وجود دارد. به این معنا که مصرف مقادیر اندک الکل، خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی عروقی را کاهش داده و با افزایش میزان مصرف الکل از یک حد مشخص خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی افزایش می‌یابد. مطالعات جدیدتر وجود چنین ارتباطی را رد کرده است. این مطالعات نشان می‌دهد رابطه بین خطر ابتلا به بیماری‌های قلبی و مصرف الکل یک رابطه خطی است، به طوری که کسانی که از مصرف الکل پرهیز می‌کنند پایین‌ترین سطح خطر را نشان می‌دهند و با افزایش مصرف الکل خطر بیماری‌های قلبی نیز افزایش می‌یابد.

- الکل خطر **انواع سرطان‌ها** شامل سرطان سر و گردن، مری، معده، کبد، کولون و ریه را افزایش می‌دهد.

- مسمومیت حاد الکل می‌تواند منجر به **هیپوگلیسمی** و متعاقب آن مرگ شود.

- مصرف الکل خطرات **تصادفات رانندگی و سوانح و جراحات عمدی و غیرعمدی** را افزایش می‌دهد. در کشورهایی که مصرف الکل قانونی است معمولاً سطحی از غلظت خونی الکل مجاز برای رانندگی مشخص شده و رانندگی در

¹ HED: Heavy episodic drinking

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 دسی-لیتر قرار دارد.

- افسردگی، اختلالات شناختی و حافظه از دیگر عوارض جدی ناشی از مصرف الکل است.
- 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.

با توجه به مطالب مرور شده در این بخش می‌توان گفت مصرف الکل با خطر افزایش یافته برای ابتلا به بیماری‌های غیرواگیر، بیماری‌های واگیر و سوانح و جراحات عمدی و غیرعمدی همراه است. در جدول ۳-۵ خطرات مصرف الکل به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر ارائه شده است.

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

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

مواد افیونی

ایرانیان همچون مردمان سایر تمدن‌های باستانی از هزاران سال پیش با خواص ضد درد و آرام‌بخشی تریاک آشنا بوده‌اند. 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 تریاک را گزارش می‌کند. در قرن پنجم هجری ابوریحان بیرونی پدیده **تحمل** نسبت به مصرف افیون (تریاک) و **دوز کشنده** آن در افراد فاقد تحمل نسبت به مواد افیونی را در آخرین کتاب خود **الصیدنه فی طب** (داروشناسی پزشکی) توصیف کرده است.

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 با هستند که با آن یک اختلال مصرف دیده می‌شود. رایج‌ترین شکل مصرف مواد افیونی غیرقانونی در کشور **تریاک** و در رتبه دوم **هروئین** است.

علاوه بر مواد افیونی غیرقانونی، مصرف غیرپزشکی **داروهای آپئوئیدی تجویزی** نظیر ترامادول، داروهای واجد کُدئین، 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.

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.

مواد افیونی ممکن است به صورت خوراکی، مشامی یا تزریقی مصرف شود. اثرات سرخوشی آور ناشی از مصرف مواد افیونی خصوصاً در مصرف تزریقی قابل‌ملاحظه بوده و این موضوع باعث می‌شود این مواد بسیار اعتیادآور باشند. متعاقب مصرف احساس گرما، سنگینی اندام‌ها، خشکی دهان، خارش (خصوصاً در بینی) و برافروختگی صورت تجربه می‌شود. متعاقب سرخوشی اولیه یک دوره آرام‌بخشی به وجود می‌آید که خود را به صورت چرت زدن^۱ نشان می‌دهد. مصرف مواد افیونی می‌تواند در افراد فاقد تحمل نسبت به مواد افیونی^۲ حالت تهوع، استفراغ و کج خلقی به وجود آورد. اثرات جسمی مواد افیونی شامل سرکوب تنفسی، تنگی مردمک، انقباض عضلات صاف (شامل مجاری صفراوی و حالب)، یبوست و اُفت فشار خون است. سرکوب تنفسی ناشی از مصرف مواد افیونی در سطح ساقه مغز رخ می‌دهد.

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 کوتاه‌مدت مواد افیونی فعالیت نورآدرنرژیک در لوکوس سرلئوس^۳ را کاهش می‌دهد، اما در مصرف طولانی مدت فعالیت این نورون‌ها به صورت جبرانی برای حفظ هموستاز مغز افزایش پیدا می‌کند. محرومیت مواد افیونی در نتیجه بیش‌فعالی برگشتی^۴ سیستم نورآدرنرژیک متعاقب قطع مصرف مواد افیونی ایجاد می‌شود.

¹ nodding off

² opioid-naive

³ locus ceruleus

⁴ rebound hyperactivity

عوارض ناشی از مصرف مواد افیونی عبارتند از:

- **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. **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. مصرف تزریقی مواد با خطر افزایش‌یافته برای **مرگ ناشی از بیش مصرفی** همراه است.
- 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 حدود ۹۰٪ افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی از یک **اختلال روان‌پزشکی همبود** رنج می‌برند. شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی همبود در وابستگی به مواد افیونی **اختلال افسردگی اساسی** و در مرحله بعد اختلال مصرف مواد محرک است. بر اساس مطالعات بین‌المللی ۱۵٪ افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی حداقل یک بار در طول عمر خود اقدام به **خودکشی** می‌کنند.
- یکی از جدی‌ترین عوارض جسمی ناشی از مصرف مواد افیونی ابتلا به عفونت‌های منتقله از راه خون **اچ‌آی‌وی** و **هپاتیت سی** متعاقب مصرف تزریقی مواد با استفاده از سرنگ ویا سایر وسایل تزریق غیراستریل است. در کشور ما بیش از ۶۵٪ موارد شناسایی شده عفونت اچ‌آی‌وی از راه تزریق به این بیماری مبتلا شده‌اند.
- هر چند مصرف مصرف تریاک در مقایسه با مصرف هروئین تخریب روان‌پزشکی کمتری به دنبال دارد، اما مطالعات اخیر نشان داده است **تریاک** یک عامل خطر مستقل برای ابتلاء به **سرطان های 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 انجام شده در کشور چنین رابطه‌ای اثبات نشده است. بلکه کسانی که تریاک مصرف می‌کردند در مقایسه با گروه کنترل سالم **کلسترول** و **تری‌گلیسیرید** بالاتری داشتند.
- مصرف طولانی مدت مواد افیونی خصوصاً مواد افیونی کوتاه‌اثر همچون **هروئین** با مهار محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - گنادها منجر به **آمنوره ثانویه** در زنان و **کاهش میل و توانایی جنسی** در مردان می‌شود. برخی افراد از **تریاک** و سایر ترکیبات افیونی نظیر **ترامادول** به صورت خودسرانه برای خوددرمانی انزال زودرس در مردان استفاده می‌شود. در کوتاه مدت استفاده از مواد افیونی در ایجاد تأخیر در انزال مؤثر است، اما این موضوع مردان را در معرض خطر وابستگی به این ترکیبات قرار می‌دهد. علاوه بر این مصرف طول‌کشیده مواد افیونی با کاهش سطح تستوسترون خون و آفت قابل-ملاحظه میل و کارکرد جنسی همراه است.
- مصرف **ترامادول** علاوه بر عوارض معمول مواد افیونی در دوزهای بالا باعث بروز **پرش‌های عضلانی** و **تشنج** می‌شود.
- مصرف مواد افیونی در **بارداری** با خطر بالا برای زایمان زودرس، جفت سرراهی، کنده شدن جفت، خون‌ریزی بعد از زایمان و وزن کم موقع تولد همراه است. مجموعه‌ای از مشکلات جسمی در زنان باردار وابسته به مواد افیونی شامل کم‌خونی، فشار خون بارداری، دیابت بارداری و انواع عفونت‌ها با شیوع بالاتری دیده می‌شود. پیامدهای بارداری و نوزادی ضعیف‌تر در زنان بارداری که مواد افیونی مصرف می‌کنند به دلیل اثرات مستقیم مواد، بیماری‌های همراه نظیر سوء‌تغذیه، سیگار کشیدن و عفونت‌ها و عدم دریافت مراقبت‌های بارداری کافی است.
- مصرف مواد افیونی با ایجاد **یبوست مزمن** در مصرف‌کنندگان آن خطر هموروئید و فیشر ناحیه مقعدی را افزایش می‌دهند.

جدول ۳-۶- خطرات همراه با مصرف مواد افیونی به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

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

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

در جدول ۳-۶ خطرات مصرف مواد افیونی به ترتیب از شدت کمتر یا شدت بیشتر آورده شده است.

مواد محرک

هر چند به صورت سنتی مواد افیونی اصلی‌ترین گروه مود غیرقانونی مشکل‌آفرین در ایران بوده‌اند، اما در سال‌های اخیر با یک همه‌گیری مصرف مواد محرک شبه‌آمفتامینی در کشور مواجه بوده‌ایم.

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. 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 مت‌آمفتامین، آمفتامین و دکستروآمفتامین می‌شود که دارای یک حلقه فنیل‌اتیل-آمینی مرکزی هستند. آمفتامین و مت‌آمفتامین اولین بار در اواخر قرن نوزدهم میلادی به صورت صناعی با استفاده از افرین موجود در گیاه **اِفراسینیکا** 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 صناعی، 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.

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 ماده صناعی است که در سال‌های اخیر در داخل کشور در آزمایشگاه‌های غیرقانونی تولید می‌شود. این موضوع کاهش قیمت و افزایش دسترسی به این ماده را به دنبال داشته است.

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

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

۳،۴-متیلن‌دی‌آکسی‌مت‌آمفتامین^۴ یک ماده با خواص محرک است که با نام خیابانی **قرص اکس** یا **اکستیزی** به صورت خوراکی در بازار غیرقانونی مواد کشور ما در دسترس قرار دارد. به دلیل خواص سرتونریژیک این ماده خواص توهم‌زایی قوی دارد و در طبقه‌بندی **DSM** در گروه **مواد توهم‌زا طبقه‌بندی می‌شود**. ۳،۴-متیلن‌دی‌آکسی‌مت‌آمفتامین (**قرص اکس**) در دهه ۱۹۸۰ میلادی در بازار غیرقانونی رایج شد. در آن زمان مواد این دسته برای سیستم‌های قانونی شناخته‌شده نبود و نام **مواد طراح**^۵ بر آنها گذاشته شد، با این تصور که این مواد عمداً برای دوز زدن قانون تولید شده است، هر چند این موضوع به لحاظ تاریخی صحیح نبوده و تولید و مجوز اختراع این مواد به سال‌های قبل برمی‌گردد. مصرف اکستیزی در ایران در سال‌های اواخر دهه ۱۳۷۰ و در اوایل دهه ۱۳۸۰ شمسی رایج شد، اما با گسترش همه‌گیری مت‌آمفتامین مصرف آن در کشور رو به کاهش گذاشت.

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

² catha edulis

³ khat

⁴ 3,4-methylenedioxyamphetamine (MDMA)

⁵ designer drug

به قرص اکس و گروهی از مواد همچون ال‌اس‌دی، گاما‌هیدرو بوتیرات^۱، کتامین، مت‌آمفتامین و قرص فلونیتراپام مواد بزمی^۲ 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^۳ صنعتی کردند. ماده‌ای که خواص آن مشابه کاتینون بوده و با نام‌های خیابانی مختلف مثل کت^۴، 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^۵، یک ماده محرک شبه‌آمفتامینی با نام خیابانی کپتاگون^۶ در میان جنگجویان داعش در جنگ‌های جاری در کشورهای عراق و سوریه دیده شده است و برخی جنایات و رفتارهای غیرانسانی این گروه به مصرف این ماده منتسب می‌گردد.

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.

علاوه بر دستیابی به سرخوشی، مواد محرک آمفتامینی به دلایل دیگری نیز مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند. این دلایل عبارتند از:

- تقویت قوای شناختی در دانش‌آموزان و دانش‌جویان
- کاهش وزن به خصوص در زنان جوان
- بهبود کارکرد شغلی برای افراد شاغل
- بیدار ماندن طولانی در رانندگان جاده‌ای
- افزایش لذت رابطه جنسی

^۱ γ -hydroxybutyrate (GHB)

^۲ club drugs

^۳ methcathinone

^۴ CAT

^۵ fenetylline or phenethylamine (amphetaminoethyltheophylline)

^۶ captagon

- افزایش انرژی و پیروزی در مسابقات برای ورزش کاران
- افزایش بی‌پروایی و کاهش خستگی در سربازان در جنگ

عوارض مصرف

عوارض مصرف محرک‌های شبه‌آمفتامینی عبارتند از:

- عوارض تهدیدکننده حیات ناشی از مصرف مواد محرک شامل 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 رخ می‌دهد.
- 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 ۳-۲ برابر بیشتر در معرض ابتلا به عفونت‌های منتقله از راه جنسی شامل کلامیدیا، سیفلیس، گنوره‌آ و اچ‌آی‌وی هستند.
- مصرف مواد محرک در افراد مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی منجر به پایین‌تری پایین‌تر به رژیم درمان ضدویروسی و در نتیجه افزایش مقاومت و بار ویروسی می‌شود.
- مطالعات اخیر بر روی مصرف تدخینی مواد محرک نشان داده است که استفاده مشترک از پایپ یک عامل خطر برای انتقال هپاتیت سی و احتمالاً عفونت اچ‌آی‌وی محسوب می‌شود. عفونت هپاتیت سی در مایع بزاقی، ترشحات بینی و پایپ‌های مورد استفاده افراد هپاتیت سی وجود دارد. پایپ‌های مورد استفاده در تدخین مواد محرک شیشه‌ای بوده و در حین مصرف این مواد شدیداً داغ می‌شوند. لبه‌های محل تماس پایپ با دهان ممکن است دارای لبه‌های تیز و برنده باشد. زخم‌های دهانی و سوختگی لب‌ها می‌تواند در اثر استفاده از این پایپ‌ها به وجود آید و قطره‌های خون کوچک باقی مانده بر روی لوله این پایپ‌ها، احتمالاً عفونت هپاتیت سی را به افراد دیگر واجد زخم‌های دهانی مشابه منتقل می‌نماید.
- مصرف 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.

- تشدید پوسیدگی دندان‌ها و بیماری‌های التهابی لثه‌ها از دیگر عوارض جسمی ناشی از مصرف مواد محرک است که به آن اصطلاحاً **دهان مت‌آمفتامینی**^۱ گفته می‌شود.
- در کوتاه‌مدت مواد محرک برای تقویت کارکرد و لذت رابطه جنسی استفاده می‌شود، اما مصرف طولانی مدت دوزهای بالای آن در مردان منجر به **ناتوانی جنسی** می‌شود.
- مصرف محرک‌های آمفتامینی در **بارداری** منجر به کاهش وزن تولد، کاهش قد و دور سر، زایمان زودرس و تأخیر رشدی بعد از تولد می‌شود. خطر تأخیر رشد داخل رحمی با مواد محرک در مقایسه با مواد افیونی، سیگار و حشیش بالاتر است. مصرف محرک‌های آمفتامینی احتمال **تأخیر رشد داخل رحمی** را $3-3/5$ برابر بالا می‌برد (۱۵٪ در مقایسه با ۵٪ در زنان غیرمصرف‌کننده)، در حالی که سیگار کشیدن خطر افزایش یافته ۲ برابر دارد. کاهش خون‌رسانی رحم و جفت به دلیل انقباض عروقی ناشی از مصرف مت‌آمفتامین و در نتیجه کاهش انتقال اکسیژن و مواد مغذی به جنین به عنوان سازوکار تأخیر رشد داخل رحمی ناشی از مصرف مواد محرک مطرح شده است. مصرف مواد محرک در زنان باردار معمولاً با کیفیت پایین زندگی، مصرف مواد در همسر و مشکلات قانونی ارتباط دارد.
- مصرف مواد محرک همچنین **خطر پارگی جفت و پارگی زودرس پرده‌ها** را بالا می‌برد. مشکلات دیگر همچون سقط خودبه‌خودی، زایمان زودرس، ناهنجاری‌های مادرزادی، نقایص رفتاری و رشدی در نوزاد و مشکلات شیرخوردن با شیوع بیشتری دیده می‌شود، البته در این گونه موارد تمام مشکل قابل انتساب به مصرف مواد محرک نیست بلکه عوامل دیگر همچون سیگار کشیدن، سوءتغذیه، عدم دریافت مراقبت بارداری کافی، عفونت‌ها، سبک زندگی نامناسب و فقر نیز دخیل هستند.
- **عوارض روان‌پزشکی** مرتبط با مصرف مواد محرک قابل ملاحظه است. مصرف مواد محرک همچون سایر مواد اعتیادآور می‌تواند منجر به ایجاد یک سندرم مشخص **وابستگی** یا **اعتیاد** شود که با اجبار به مصرف و تداوم مصرف علی‌رغم مواجهه با پیامدهای منفی مصرف مشخص می‌گردد. تفاوت‌های موجود بین سندرم وابستگی یا اعتیاد به مواد محرک و مواد افیونی منجر به بروز یک سوءتفاهم تاریخی درباره مواد محرک شده است و آن این است که: «مواد محرک اعتیادآور نیستند!» این موضوع حتی در مقاله سال ۱۸۸۴ زیگموند فروید مؤسس مکتب روان‌تحلیلی درباره کوکائین راه یافته است. در این مقاله^۲ 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^۳ 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

¹ meth mouth

² Über Coca

³ coquero

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 اعتیاد آور بودن این گروه مواد بی‌اطلاع بوده‌اند.

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

- با مصرف مواد محرک مصرف‌کنندگان دچار رفتارهای اجبارگونه¹ و تکراری² چون بازرسی اشیاء و وسایل، شمارش اجسام، جمع کردن وسایل بی ارزش یا فاقد ارزش برای بیمار³، حرکات تکراری در اندام‌ها، تکرار ژست‌های خاص و تکیه کلام‌های به خصوص، دست زدن اجباری به برخی وسایل یا مردم، کندن موها⁴ 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 بدنی⁵ 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 هم-زمان 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 مت‌آمفتامین 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 علایم بسیار شایع مصرف مواد محرک است. بیماران تحریک‌پذیر⁶ 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

¹ compulsive

² repetitive

³ hoarding

⁴ trichotillomania

⁵ somatic delusions

⁶ irritable

است. حملات هدفمند و یا کور خشم، شکستن وسایل منزل، ضرب و جرح اطرافیان، نزاع‌های خیابانی و خودزنی در جریان عصبانیت شایع است. متأسفانه عده‌ای نیز به آسیب جدی به دیگران، خشونت خانگی، کودک‌آزاری و قتل مبادرت می‌نمایند.

در جدول ۳-۷ خطرات مصرف مواد محرک به ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر آورده شده است.

جدول ۳-۷- خطرات مصرف مواد محرک به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر

بی‌خوابی، بی‌اشتهایی و کاهش وزن، دهیدراتاسیون، کاهش مقاومت به عفونت	
دشواری در تمرکز و به خاطر آوردن چیزها	
نوسانات خلقی، اضطراب، افسردگی، بی‌قراری، شیدایی (مانیا)، هول (پانیک)، بدبینی (پارنویا)	
تیک، رفتارهای تکراری و اجباری	
مسمومیت، قفل شدگی فک، اسپاسم عضلانی، آریتمی قلبی	
عفونت‌های منتقله از راه جنسی نظیر گنوره آ (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 و خواب‌آور در درمان اختلالات روان‌پزشکی و تشنج و به عنوان شل‌کننده عضلانی، داروی بی‌هوشی و داروهای کمکی بی‌هوشی کاربرد دارند. الکل با تمام مواد این گروه **تحمل متقاطع** نشان می‌دهد. مصرف غیرپزشکی این داروهای می‌تواند منجر به وابستگی جسمی و روان‌شناختی شود.

داروهای این دسته شامل سه دسته اصلی هستند:

- بنزودیازپین‌ها
- باربیتورات‌ها
- داروهای شبه‌باربیتورات

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. بنزودیازپین‌ها 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**، زالپلون و زویپیکلون اثرات بالینی مشابه بنزودیازپین‌ها دارند. در گذشته تصور می‌شد این داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف نبوده و اعتیادآور نیستند. تجربه چند ساله در تجویز زولپیدم و سایر داروهای این دسته نشان می‌دهد که این موضوع صحت نداشته و سوءمصرف و وابستگی با این داروها نیز می‌تواند رخ دهد.

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

عوارض ناشی از مصرف داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور عبارتند از:

- 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 (اوردوز)**، تصادفات و جراحات عمدی و غیرعمدی شود. برون‌ریزی هیجانی، مهارگسیختگی، حملات خشم، پرخاش‌گری و نزاع ممکن است رخ دهد. مصرف هم‌زمان الکل و سایر مواد مضعف دستگاه اعصاب مرکزی خطر بروز عوارض را تشدید می‌کند.
- الگوی مصرف غیرپزشکی مستمر بنزودیازپین‌ها در افراد میانسال و سالمند دیده می‌شود که معمولاً 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.
- مصرف داروهای خواب‌آور در سالمندان خطر **افتادن** و شکستگی لگن را افزایش می‌دهد.
- 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 مرگ ناشی از بیش مصرفی متعاقب مصرف بنزودیازپین‌ها به‌تنهایی پایین است، حتی اگر با دوزهای بسیار بالا مصرف شوند. گرچه، در صورت مصرف آن‌ها با سایر مواد مثل مواد افیونی، 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 تضعیف دستگاہ اعصاب مرکزی اثر هم‌افزا بر روی سرکوب تنفسی دارد. در صورت مصرف هم‌زمان با سایر مواد دوزهای معمول بنزودیازپین‌ها می‌توانند کشنده باشند.

در جدول ۳-۸ خطرات مصرف داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور به‌ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر آورده شده است.

جدول ۳-۸- خطرات مصرف داروهای آرام‌بخش‌ها و خواب‌آور به‌ترتیب 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	
علایم 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 روان-شناختی 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 ارائه شده، 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 خدمات گیرندگان برقرار کنند. در زمینه خدمات و مراقبت‌های حوزه مصرف مواد و اعتیاد، برقراری ارتباط مؤثر ارزش و اهمیت بیشتری دارد. زیرا، مردم معمولاً برای بیان چنین مشکلاتی احساس امنیت و راحتی نمی‌کنند.

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

- درباره‌ی زمان مناسب برای برگزاری جلسه مراجع، با وی هماهنگی و مشورت کنید.
- جلسه با سلام و احوال‌پرسی معمول آغاز می‌شود.
- به مراجع یادآور شوید که کلیه مسایل مطرح شده به صورت محرمانه خواهد ماند.
- در جلسات فردی مراجع را در یک محیط خصوصی ببینید. برای مثال در صورت نیاز به مصاحبه با یک دانش‌آموز که به همراه مادر خود مراجعه نموده است از مادر درخواست کنید که ابتدا از اتاق خارج شود و پس از خاتمه جلسه مطالب مورد نیاز درباره جلسه را با حفظ ملاحظات رازداری در این زمینه با خانواده در میان بگذارید.
- در جلسات گروهی به شرکت‌کنندگان درباره قوانین جلسه و حفظ محرمانگی آموزش دهید.
- بر نحوه چیدمان صندلی‌ها نظارت کنید. همه صندلی‌ها باید هم‌سطح چیده شوند و شرکت‌کنندگان باید با زبانی نرم و مهربان صحبت کنند.
- هر جلسه را با صحبت در رابطه با مطالب جلسه گذشته آغاز کنید.
- مراجع و خانواده را تشویق نمایید تا درباره آنچه که فکر می‌کنند به راحتی صحبت کنند. از سوالات باز استفاده کنید به عنوان مثال: «چه احساس داری؟ از آخرین باری که همدیگر را ملاقات کردیم چه احساساتی داشته‌ای؟»

- بعد از گوش دادن به سخنان مراجع آنچه از مشکلات وی دریافتید را به صورت خلاصه بیان کنید. این باعث می‌شود مراجع بداند که شما به سخنان وی گوش داده‌اید و فرصت داشته باشد مسائلی را که شما به درستی متوجه نشده‌اید را اصلاح کند.
- در صورتی که از نظر فرهنگی پذیرفته شده‌است، 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 پرسند.

ارتباط درمانی (راپو)

یکی دیگر از مهارت‌های پایه در ارایه مشاوره‌های تغییر رفتار توانایی کارشناسان سلامت روان در برقراری ارتباط درمانی^۱ (راپو^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 منزوی‌کننده است. معتادان در اتصال عاطفی به اعضای خانواده و دوستان دچار مشکل هستند و از نظر عاطفی بیش از هر چیز به مواد وابسته هستند. آنها برای کاهش تنش و رفع استرس به جای انسان‌های دیگر به مواد رو می‌آورند. علاوه بر این معتادان تاب‌آوری عاطفی اندکی دارند و اگر در روابط عاطفی دچار احساس ناکامی و طرد شوند، روابط دوستانه خود را قطع می‌کنند.

با در نظر گرفتن این موارد، قطع مصرف مواد به عنوان عامل اتصال عاطفی و متصل شدن به یک انسان دیگر (درمان‌گر یا ارایه‌دهنده مراقبت) اساس بسیاری از مداخلات تغییر رفتار است. در واقع، در ابتدا مراجع از مواد دل می‌کند و به ارایه‌دهنده مراقبت دلبستگی پیدا می‌کند و در مرحله بعد تدریجاً به انسان‌های دیگر متصل شده و از درمان‌گر جدا می‌شود. اساس رویکرد روان‌درمانی معطوف به دلبستگی^۳ ایجاد یک پیوند عاطفی قوی است، بین مراجع و درمان‌گر در چارچوب مرزهای حرفه‌ای است.

در بسیاری مطالعات روان‌درمانی اعتیاد، شکل‌گیری **اتصال درمانی** مهم‌ترین عامل موفقیت شناسایی شده است. گاه برخی مراجعان به صورت مستقیم یا غیرمستقیم، نسبت به درمان‌گر یا جلسات ارایه خدمات، ابراز علاقه و دلبستگی می‌کنند. ممکن است

¹ therapeutic alliance

² rapport

³ attachment oriented therapy

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
- مراقبت‌ساختارمند
- 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 روش های سم زدایی اجباری کوتاه مدت به صورت اقامتی یا بستری را به خانواده ها توصیه نمایند، زیرا نتایج موفقی به دنبال نداشته و می تواند با عوارضی نظیر افزایش خطر بیش مصرفی پس از ترخیص همراه باشد.

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

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

• رازداری

یکی از عوامل مؤثر در ایجاد یک رابطه درمانی صحیح و مؤثر رعایت رازداری است. کارشناسان سلامت روان محرم مراجعان خود هستند و نباید اطلاعاتی که در طول جلسه درمانی به دست می آورند، بدون کسب اجازه از فرد با اشخاص دیگر همچون خانواده فرد در میان بگذارند. بر این اساس، درمان گر 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 استثنای 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 ارایه‌دهنده مراقبت برای دیدن جهان پیرامون از منظر مراجع و فهمیدن واکنش هیجانی و درک مراجع از آن است.

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

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

• بی‌طرفی

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

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

¹ enabling

• 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.

• 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 قضاوت‌های تان وارد ارتباط با مراجع نشود و او را با این قضاوت‌ها تنبیه نکنید.

• احترام

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

• مراجع محوری

رویکرد مراجع محور^۱ به معنای در اولویت قرار دادن نیازهای مراجع در برابر اهداف برنامه است. در این رویکرد به نگرانی‌ها و علائق فرد اهمیت داده می‌شود. در مراجع محوری تلاش می‌شود متناسب با نیازهای درک‌شده 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 بازم حق دریافت مراقبت بهداشتی را دارد.

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

• 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:

¹ client-centered

- بازخورد شخصی شده¹ درباره خطرات مصرف مواد
- پرهیز از مقابله²
- احترام به خودمختاری³ فرد
- تأکید به مسئولیت شخصی⁴ برای تغییر
- نشان دادن همدلی⁵
- القای امید⁶
- تقویت خودکارآمدی⁷

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

• الویت‌بندی اهداف

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

یکی از اصول مهم ارایه خدمات در حوزه اعتیاد این است که مصرف‌کنندگان 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 می‌شود. این بهبودهای کوچک می‌تواند راه را برای کاهش بعدی مصرف مواد و بهبود سبک زندگی باز کند.

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

- باید نسبت به شناسایی اورژانس‌های طبی یا روان‌پزشکی حساس باشیم.
- متناسب با هر فرد سلسله مراتبی از اهداف سلامت را تعیین کنید.

¹ personalized feedback

² confrontation

³ autonomy

⁴ responsibility

⁵ empathy

⁶ instillation of hope

⁷ self-efficacy

- هدف از مداخله صرفاً دستیابی به پرهیز کامل برای همیشه نیست.
- از اهداف موقت و کوچک استقبال کنید. این اهداف موقت و کوچک می‌تواند شامل کاهش مصرف یا کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد باشند.
- اهداف ولو موقت را به طور دقیق تعریف کنید.
- اهداف مراقبت با مشارکت مراجع تبیین می‌گردد.
- 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، زمان‌مند و ساختاریافته باشد. بسیاری از افراد وقتی به اهداف کوچک دست پیدا می‌کنند، برای تداوم مراقبت‌ها و پیگیری اهداف بزرگ‌تر انگیزه پیدا می‌کنند. بنابراین در خدمات سلامت مرتبط با اختلالات مصرف مواد باید از یک رویکرد سلسله مراتبی^۱ برای تعیین اهداف و اولویت‌های مداخلات استفاده شود. در این رویکرد متناسب با شدت مشکل فرد و میزان آمادگی او برای تغییر رفتار **مراقبت پلکانی**^۲ 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.

¹ hierarchical

² stepped care approach

• مراقبت ساختارمند

مطالعات مختلف نشان می‌دهد مداخلات معطوف به تغییر رفتار زمانی می‌تواند به موفقیت دست یابد که هدفمند¹ و ساختاریافته² باشد. افراد مبتلا به مشکلات رفتاری اغلب در **خودتنظیمی** رفتاری اشکال دارند و ساختارمند بودن مراقبت برای کمک به اصلاح این نقیصه یک اصل محسوب می‌گردد.

افراد غیرحرفه‌ای که بیان خوبی دارند نیز می‌توانند در کوتاه‌مدت اثر مشابه ارائه‌دهندگان خدمات حرفه‌ای داشته باشند، اما در طولانی‌مدت آن چه باعث تمایز میان مشاوره و درددل با افراد غیرحرفه‌ای با مشاوره حرفه‌ای می‌شود، هدفمند، منضبط و ساختارمند بودن یک مشاوره حرفه‌ای است.

راهنماها و دستورالعمل‌ها بسیار متعددی در زمینه روان‌درمانی‌های تغییر رفتار مصرف مواد وجود دارد، اما برای موفقیت در ارائه یک مداخله ساختاریافته و منضبط استفاده از یک راهنمای مشخص و وفاداری به آن اهمیت اساسی دارد. در راهنماهای روان-درمانی اعتیاد محتوای جلسات، اهداف جلسات، مقدار جلسات و ساختار جلسه مشخص می‌شود.

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

در یک مراقبت ساختارمند دستیابی به اهداف تغییر رفتار در طول زمان به دقت مورد پایش و ارزیابی قرار می‌گیرد.

• 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 سلامت جامعه، پذیرش هدیه یا کمک دوستانه از سوی آنها مجاز نخواهد بود.

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

¹ targeted

² structured

در جلسات تمرکز اصلی باید بر روی مشکلات مراجع باشد و کارشناس سلامت روان باید از خودافشاگری¹ 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 سلامت جامعه را نقض نماید، کارشناس سلامت روان و پزشک مرکز می‌توانند، ارایه مراقبت مستقیم به فرد در داخل مرکز را خاتمه داده و فرد را برای دریافت خدمات به سطوح بالاتر ارجاع دهند.

این شرایط عبارتند از:

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

¹ self-disclosure

فصل پنجم:

پیشگیری از مصرف مواد

عناوین فصل

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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

- مفهوم پیش‌گیری و سطوح آن را در ارتباط با اختلالات مصرف مواد توضیح دهید.
- باورهای شایع و اشتباه در مورد مواد و اختلالات مصرف مواد را بدانید.
- مداخلات پیشگیرانه همگانی را بشناسید.
- مداخلات پیشگیرانه انتخابی را بشناسید.
- 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. در حوزه اختلالات مصرف مواد هدف از پیشگیری اولیه آن است که کسانی که مواد مصرف نمی‌کنند، مصرف مواد را شروع نکنند. برنامه‌ها و مداخلات پیشگیری این کار را از طریق کاهش عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ انجام می‌دهند. جهت ارائه خدمات پیشگیرانه اختلالات مصرف مواد در ابتدا لازم است عوامل محافظ و خطر به درستی شناخته شوند.

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، همه جمعیت سالمی است که دچار بیماری نشدند. 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.

¹ universal

² selective

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

نوجوانی	کودکی	اوایل کودکی	بارداری و قبل از تولد	نهاد/مؤسسه
همگانی و انتخابی: آموزش مهارت های فرزندپروری ****	همگانی و انتخابی: آموزش مهارت های فرزندپروری ****		انتخابی: مراقبت های قبل از تولد و بارداری *** انتخابی: زنان باردار مصرف کننده مواد *	خانواده
همگانی و انتخابی: آموزش مهارت های اجتماعی و شخصی و تأثیر اجتماعی ***	همگانی: آموزش مهارت های اجتماعی و شخصی *** همگانی: مدیریت کلاس *** انتخابی: سیاست نگهداری دانش آموزان در مدرسه **	انتخابی: آموزش اولیه کودکان ****		مدرسه

- پیشگیری موردی¹ - مداخلات پیشگیرانه موردی به افراد پُرخطری می پردازد که نشانه ها و علایمی از یک اختلال یا بیماری را نشان می دهند. غربال گری یا مداخله مختصر با دانش آموزی که به تازگی و تفننی مواد مصرف می کند نمونه-

¹ indicative

ای 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.

جدول ۵-۱ فهرست مداخلات پیشگیرانه همگانی و انتخابی که در این بسته خدماتی مطرح می‌شوند، را مطابق با استانداردهای اقدامات پیشگیرانه ارایه کرده است.

با توجه به آن چه گفته شد، در مداخلات پیشگیرانه شناسایی عوامل خطر و محافظ از مصرف مواد و اعتیاد اهمیت ویژه دارد، به همین دلیل در قسمت زیر به این دو مفهوم پرداخته شده است.

آشنایی با عوامل خطر و محافظ

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.

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

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

موقعیت	عوامل خطر	عوامل محافظ
فردی	عزت نفس ضعیف، ابتلای به بیماری‌های روان‌پزشکی مانند افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه ^۱ ، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی ^۲ ، مهارت‌های ضعیف مقابله‌ای، مهارت‌های ضعیف اجتماعی، ویژگی‌های شخصیتی مانند جست‌وجوی محرک، طغیان و سرکشی یا انزوا	توانمندی‌های غنی روانی، اجتماعی: عزت نفس بالا، مهارت‌های اجتماعی قوی، مهارت مقابله با استرس‌ها
خانوادگی	دلبستگی ضعیف بین والدین و فرزندان، والدین مصرف‌کننده، محیط خانوادگی آشفته، مشاجره و اختلاف شدید بین والدین، فرزندپروری ضعیف	پیوند و ارتباط قوی و مثبت بین والدین و فرزندان، نظارت قوی والدین بر فرزندان، وجود قواعد روشن در خانواده، سبک فرزندپروری قاطعانه
مدرسه	رفتارهای خجالتی یا پرخاش‌گرانه در مدرسه، عملکرد ضعیف تحصیلی، افت تحصیلی، رها کردن مدرسه	عملکرد خوب تحصیلی، ارتباط خوب با معلمان و مدرسه
اجتماع/ محیط	ارتباط و معاشرت با دوستان مصرف‌کننده مواد، هنجارهای مثبت نسبت به مواد، زندگی در محله آلوده و فقیر، دسترسی به مواد	پیوندهای مثبت با نهادهای اجتماعی مانند مدرسه و نهادهای مذهبی، داشتن نگرش‌های 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 ارایه شد. باید توجه داشت باورهای زیادی در میان مردم در زمینه مواد و مصرف آن وجود دارد که بسیاری از آنها واقعیت ندارد. در این میان باورهایی در میان نوجوانان وجود دارد که مبنی بر مثبت بودن مواد و اثرات ناشی از آنهاست. چنین باورهایی باعث می‌شود که خطرات مصرف آنها نادیده گرفته شود و فرد شروع به مصرف کند و به آن ادامه دهد. در این جا به تعدادی از مهم‌ترین باورهای اشتباه به خصوص در میان نوجوانان و جوانان پرداخته می‌شود.

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

¹ PTSD: Post-traumatic stress disorder

² ADHD: Attention deficit and hyperactivity

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، می‌توانی از مواد استفاده کنی، ولی معتاد نشوی.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

واقعیت: بر روی قرص‌ها و داروها آزمایش‌های زیادی انجام شده که بی‌ضرر بودن آنها را اثبات کرده‌اند. از سوی دیگر، تأثیر مواد بر بیماری‌ها و سلامت انسان سال‌هاست که مطالعه شده است و هر چه ارزش درمانی داشته است، توسط کمپانی‌های داروسازی به صورت دارو به شکل‌های مختلف بیرون آمده است. اکثر قرص‌ها و داروها اثرات اعتیاد آوری ندارند ولی مواد این قابلیت را دارند. بنابراین، باید گفت مصرف قرص‌ها و داروها تحت نظر پزشک به مراتب بهتر از مصرف مواد است.

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

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

• **باور غلط شماره ۹:** مصرف بعضی مواد مانند حشیش منجر به خلاقیت یا تجارب عرفانی می‌شود.

واقعیت: واقعیت آن است که حشیش نه منجر به خلاقیت می‌شود نه تجارب عرفانی. اکثر افراد خلاق و عارف اصلاً مواد و به خصوص حشیش مصرف نمی‌کنند. مصرف حشیش می‌تواند منجر به پسیکوز (جنون) شود. جنون، پدیده‌ای متفاوت از عرفان و خلاقیت است.

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

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

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

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

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

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

گروه‌های هدف

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

گروه های 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)

پیشگیری 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.

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.

• دوران بارداری، نوزادی و اوایل کودکی

یکی از اهداف کلیدی در دوران نوزادی و اوایل کودکی، ایجاد دلبستگی ایمن، مهارت‌های زبانی متناسب با سن و کارکردهای اجرایی شناختی مانند خودتنظیمی و نگرش‌ها و مهارت‌های مثبت اجتماعی است. در بستر یک خانواده و جامعه مثبت و حمایت‌گر، چنین توانایی‌هایی پرورش می‌یابد.

قبل از رفتن به مدرسه، بیشترین تعامل کودکان با والدین شان است. چنانچه 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 زننده 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 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 انسان ها ناشی از فقدانهای اوایل زندگی شان است. به همین دلیل، ضروری است، والدین به خصوص مادر از کودک زیر دو سال جدا نشود.

تعدادی از مهارت هایی که والدین می توانند 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

انواع نظارت	شرح
فعال	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 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... .
منفعل	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... .

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 اجتماعی و شخصی

- 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 تجربه‌شد، فرد، در معرض عقاید و رفتارهای جدید قرار می‌گیرد و نیز زمان آزمون نقش‌ها و مسئولیت‌های بزرگسالی است. مربیان آموزش‌دیده با استفاده از فعالیت‌های تعاملی به دانش‌آموزان 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 می‌کند 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 دانش‌آموزان نوجوان این امکان را می‌دهد تا بتوانند اطلاعات صحیح و مناسبی در مورد مواد به دست آورند که با باورهای نادرستی که در مورد شیوع مصرف مواد و مطلوبیت آن در میان همسالان وجود دارد، در تقابل باشد.

• آموزش مهارت‌های زندگی

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، برنامه پیشگیرانه مبتنی بر مدرسه است که به دانش‌آموزان کمک می‌کند مهارت‌های اساسی و لازم برای پرداختن 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.

در مورد نوجوانان، علاوه بر موارد بالا، استانداردهای زیر نیز با پیامدهای مثبت مرتبط است:

- ایجاد فرصتی برای آموختن و تمرین مجموعه‌ای از مهارت‌های اجتماعی و فردی به خصوص در زمینه‌های مقابله، تصمیم‌گیری و مهارت‌های امتناع به ویژه در زمینه‌های مرتبط با مصرف مواد

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 مصرف کننده مواد
هم‌دلی	همدلی به معنی آگاهی داشتن از دیدگاه‌های دیگران و واکنش احساسی به آن است.	به ثبات احساسی، انعطاف‌پذیری، توانایی غلبه بر سختی‌ها، ارتباطات اجتماعی، و خشنودی کمک می‌کند.
خودآگاهی	شناخت خود و ابعاد مختلف خود است.	خویش‌شناسی 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 بین‌فردی	توانایی مقابله با مشکلات بین‌فردی	«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 افت تحصیلی نیز از این قاعده مستثنا نیست. معلم می تواند با همکاری سایر عوامل، مدرسه نقش تسهیل گری بسیار مهمی را به عهده گیرد. موفقیت برنامه های تحصیلی منوط به همکاری مستقیم معلم است. بدین منظور راهکارهای اجرایی ذیل جهت استفاده ی معلمان محترم پیشنهاد می - گردد:

- تهیه ی هدف های کلی هر درس (طرح درس) و ارایه به دانش آموزان قبل از حضور در کلاس و تدریس، جهت آمادگی دانش آموزان

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

- آشنایی با فنون مختلف تدریس

- استفاده از اصول روان شناسی و مشاوره قبل از شروع تدریس جهت ایجاد انگیزه در دانش آموزان

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

- نقد و بررسی و دریافت پیشنهادهای دانش آموزان در رابطه با نحوه تدریس

- نوآوری در امر تدریس با مشارکت دانش آموزان و استفاده از روش های فعال تدریس

- پرهیز از ارایه ی تکالیف زیاد

- تشویق دانش آموزانی که پیشرفت تحصیلی داشته اند

- ارزشیابی مستمر فردی و گروهی در کلاس درس

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

- شروع برنامه از سال های اول دبستان

- استفاده از تکنیک هایی که به رفتار نامناسب واکنش نشان دهند.

- استفاده از تکنیک هایی که رفتارهای مثبت را پاداش دهند.

- بازخورد دادن به انتظاراتی که از دانش آموزان 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 مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی
- خانم‌های باردار مراجعه‌کننده 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 مراجعه‌کننده جهت واکسیناسیون و همچنین هنگام حضور مادران در مرکز بهداشتی، درمانی.

منابع و متون آموزشی لازم:

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

گروه هدف: مادران کودکان بین ۲ تا ۵ سال،

اقدامات:

- ارزیابی / شناسایی اختلالات روان‌پزشکی شایع در دوران کودکی

آموزش:

- مهارت های فرزند پروری
- آموزش مهارت های زندگی 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
- مراجعان به مراکز بهداشتی/درمانی
- برگزاری جلسات در مهدهای کودک

منابع و متون آموزشی لازم:

- تشخیص و درمان اختلالات روانی شایع دوران کودکی
- فرزندپروری

گروه هدف: دانش‌آموزان کودک و نوجوانان و مادر/ 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 فرزند پروری با تمرکز بر بهبود پیوندخانوادگی، 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 فرزند پروری 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

منابع و متون آموزشی لازم:

- اختلالات روانی
- مهارت‌های زندگی

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 متیل فنیدیت 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 عوارض عصبی، رفتاری: کاهش	مشکلات رفتاری

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

	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، آسپیراسیون مکونیوم، 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 بین فردی 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 می‌زنند. 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 مصرف مواد، 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 مصرف مواد 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 (مسائل 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.

کودک‌آزاری

کودک‌آزاری یکی از عوامل خطر اعتیاد است. انواع مختلف کودک‌آزاری در جدول ۷-۵ توصیف شده است.

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

شرح	انواع
صدمات غیرتصادفی جسمی به کودک است که می‌تواند 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	کودک‌آزاری جسمی

<p>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</p>	<p>کودک آزاری جنسی</p>
<p>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 مدّ 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 انضباط شدید و افراطی (مانند تنبیه به مدت خیلی طولانی یا به تعداد زیاد، حتی اگر به حد سوءرفتار جسمی نرسد) چه بدنی چه غیربدنی.</p>	<p>کودک آزاری هیجانی</p>
<p>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.</p>	<p>غفلت^۳ یا مسامحه</p>

مداخلات تحصیلی: سیاست نگهداری دانش آموز در محیط مدرسه

یکی از سیاست‌های مهم تحصیلی که به پیشگیری انتخابی مربوط می‌شود، نگهداری دانش آموزان در محیط مدرسه است. نگهداری دانش آموز در محیط مدرسه و پرهیز از اخراج وی، کاهش اُفت تحصیلی و افزایش مهارت‌های تحصیلی دانش‌آموزان یکی از موضوعات کلیدی در پیشگیری از اعتیاد در کودکان و نوجوانان است. محیط مدرسه، محیطی ایمن و محافظ برای دانش‌آموزان محسوب می‌شود و هرچه بر کیفیت تحصیلات دانش‌آموزان بیفزاید نقش محافظ از اعتیاد دارد. پیشگیری از اُفت

¹ incest

² rape

³ neglect

تحصیلی، شناسایی دانش آموزان دچار اُفت تحصیلی، نگهداری دانش آموزان در مدرسه، پیشگیری از ترک تحصیل، پیوند مثبت با مدرسه، آموزش مهارت‌های تحصیلی از سیاست‌های پیشگیرانه مهم به حساب می‌آیند.

اُفت تحصیلی

اُفت ممکن است به مسائل و خصوصیات شخصی افراد بستگی داشته باشد. یعنی آن دسته از عوامل که از درون هر شخصی که خاص و ویژه اوست و ویژگی‌هایی نظیر ویژگی جسمی، شخصیتی، فرهنگی، فکری، ایدئولوژیک و... یک فرد را شامل می‌شود و هر کدام از این مسائل و نقص در کارکرد و عملکرد آنها می‌تواند به عنوان یک منشا اصلی برای عدم انگیزه کافی و در نهایت افت کیفی و کمی در تحصیل و کسب دانش یک فرد شود مسائلی از قبیل:

۱. مسائل جسمی (نقص در اعضاء و دستگاه‌های دخیل در جریان یادگیری و آموزش)
۲. مسائل روانی (شخصیت، تفکر، نگرش، بیماری‌های روانی و...)
۳. ایدئولوژی (جهان‌بینی و نگرش هر فرد که برخاسته از مسائل مختلف و قضاوت‌های درونی وی است)
۴. بیماری‌های جسمی (بینایی، شنوایی، اندام‌های حسی و حرکتی)
۵. بهره‌گیری از عوامل ذاتی و ژنتیکی (هوش، استعداد، رغبت و...)
۶. خانواده (پدر، مادر، خواهران و برادران، اطرافیان و...)
۷. آداب و رسوم و فرهنگ شخصی (نوع فرهنگ، تربیت، نگرش فرهنگی، رسوم جاری و آداب رایج که تا چه حد مترقی و سازنده است یا اینکه خرافی و محدود است)
۸. امکانات و زمینه فعالیت (هزینه‌ها، تغذیه، پوشاک، مسکن و...)
۹. انگیزه و علاقه (تنبیه، تشویق، تأثیرگذاری، تأثیر پذیری)
۱۰. تجربه و آگاهی (دایره آگاهی، تجربه، تفکر و...)

راهکارهای پیشنهادی به مشاور مدرسه

آن چه که مسلم است افت تحصیلی زائیده‌ی عوامل فردی، اجتماعی و خانوادگی است. اگر در بررسی علل افت تحصیلی، مشکلات و ناسازگاری دانش‌آموزان را در نظر نگیریم، موفقیت‌چندانی حاصل نمی‌شود. مشاور مدرسه نقش بسیار حساسی در آسیب‌شناسی و ارائه‌ی خدمات تحصیلی، اجتماعی و عاطفی دانش‌آموزان دارد. با ارائه‌ی خدمات مشورتی در زمینه‌ی برنامه‌ریزی تحصیلی، مدیریت زمان، ایجاد انگیزه، مهارت‌های یادگیری به دانش‌آموزان، معلمان والدین می‌توانند در پیشگیری یا کاهش افت تحصیلی تأثیرگذار باشند. بدین منظور راهکارهای زیر جهت استفاده‌ی مشاوران پیشنهاد می‌گردد:

- آسیب‌شناسی مشکلات تحصیلی دانش‌آموزان از طریق نظرخواهی از مدیر، معاون، دبیران، پرونده‌ی مشاوره‌ای والدین، اقدام‌پژوهی و انجام مشاوره‌ی فردی و گروهی.
- شناسایی دانش‌آموزان مبتلا به اختلالات روانی.
- شناسایی دانش‌آموزان دارای مشکلات خانوادگی مانند والدین مصرف‌کننده مواد، والدین مبتلا به بیماری‌های روانی، والدینی که دارای اختلافات شدید خانوادگی هستند و مانند آن.
- شناسایی دانش‌آموزان مصرف‌کننده مواد (سیگار، قلیان و غیره).
- برگزاری کارگاه‌های تخصصی مهارت‌های تحصیلی ویژه‌ی دانش‌آموزان و معلمان.
- تعامل با معلمان جهت ارائه‌ی خدمات مشورتی به آنان.
- همکاری با مدیر در تدوین برنامه‌ی درسی مدرسه.
- تعامل با معاونان و مربیان مدرسه جهت حل مشکلات رفتاری دانش‌آموزان.
- 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 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

منابع و متون آموزشی لازم:

- راهنمای تشخیص اختلالات شایع روانی
- مراقبت دوران بارداری
- فرزندپروری
- مهارت‌های زندگی

گروه هدف: دانش‌آموزان دارای آفت 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 دانش‌آموز به مراکز بهداشتی/درمانی
- والدین دانش‌آموزان مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی/درمانی
- دانش‌آموزان و والدین ارجاع‌شده از سوی پزشک یا مدارس یا سایر نهادها
- معلمان، مدیران و سایر کارکنان مدارس
- مشاوران مدارس

منابع و متون آموزشی لازم:

- مهارت‌های زندگی
- کتاب «آشنایی با مشکلات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان: راهنمای خانواده‌ها و 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 مصرف‌کننده، افراد خشونت‌دیده، افراد مبتلا به اختلالات روان‌پزشکی همبود و.... هستند.

منابع و متون آموزشی لازم:

- راهنمای تشخیص اختلالات شایع روانی
- فرزندپروری
- مهارت‌های زندگی

اقدامات:

- غربالگری
- شناسایی
- ارزیابی / شناسایی اختلالات روان‌پزشکی شایع
- درمان‌های روان‌شناختی فردی برای افراد ارجاع‌شده از طرف پزشک
- درمان‌های روان‌شناختی مبتنی بر خانواده برای افراد ارجاع‌شده 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:

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

منابع و متون آموزشی لازم:

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

فصل ششم:

شناسایی، مراقبت و پیگیری

عناوین فصل

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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود بتوانید:

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

در فصل پنجم مداخلات پیشگیری اولیه همگانی و انتخابی در مراقبت اولیه معرفی شدند. در این فصل به مداخلات پیشگیری موردی، مداخلات درمانی و ارجاع پرداخته می‌شود. 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 بارداد 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 مراقبت سلامت/بهورز یا کارشناس سلامت روان مراجعه می‌نمایند. برخی از این افراد اظهار می‌کنند عضو خانواده آنها از مراجعه داوطلبانه برای ارزیابی و مراقبت طفره می‌رود.
- کسانی که سابقه مصرف مواد در گذشته داشته و در حال حاضر تحت درمان بوده یا درمان خود را تکمیل نموده‌اند و در هنگام اخذ شرح حال روان‌شناختی به این موضوع اشاره می‌نمایند.

در ادامه این فصل نحوه شناسایی موارد از طریق هر یک از مسیرهای بالا و نقش 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 مراقب سلامت/بهورزان باید حتی‌الامکان این اصل را رعایت کنند، اما اجرا این اصل برای کارشناس سلامت روان الزامیست.
- **ارتقای سواد سلامت:** هدف اولیه در شروع غربال‌گری دستیابی به پاسخ‌های صحیح و دقیق نبوده، بلکه انتقال این پیام به مراجعان است که مصرف مواد پیامدهای منفی جدی بر سلامت آنها داشته و نظام مراقبت‌های بهداشتی نسبت به آن حساس بوده و آمادگی دارد در این ارتباط به ایشان کمک نماید.

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.

اورژانس‌های مرتبط با مصرف مواد

اختلالات مصرف مواد به خودی خود یک فوریت روان‌پزشکی محسوب نمی‌شوند، اما ممکن است با یک یا بیشتر فوریت روان‌پزشکی یا اجتماعی مرتبط با مصرف مواد همراه باشند، بنابراین اولین قدم در برخورد با افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد این است که به این پرسش پاسخ دهیم: آیا مراجع مشکل حاد و فوریتی دارد؟

در تعیین اولویت مداخله شناسایی اورژانس‌های روان‌پزشکی یا اجتماعی مرتبط با اعتیاد اهمیت اساسی دارد. در صورتی وجود هر یک از آنها اولویت مداخله به جای ارایه مشاوره/ارجاع برای کاهش یا قطع مصرف مواد باید ارجاع فوری برای تثبیت روان-پزشکی یا اجتماعی فرد باشد.

اولین قدم در برخورد با افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد پاسخ به این پرسش است که

آیا مراجع مشکل حاد و فوریتی دارد؟

راه‌های شناسایی اورژانس‌های روان‌پزشکی و اجتماعی در کسانی که مواد مصرف می‌کنند عبارتند از:

- مشاهده مراجع
- اخذ شرح حال
- منابع جانبی اطلاعات نظیر شرح حال خانواده و همراهان
- ارزیابی‌های معمول سلامت روان
- ارزیابی‌های معمول سلامت اجتماعی

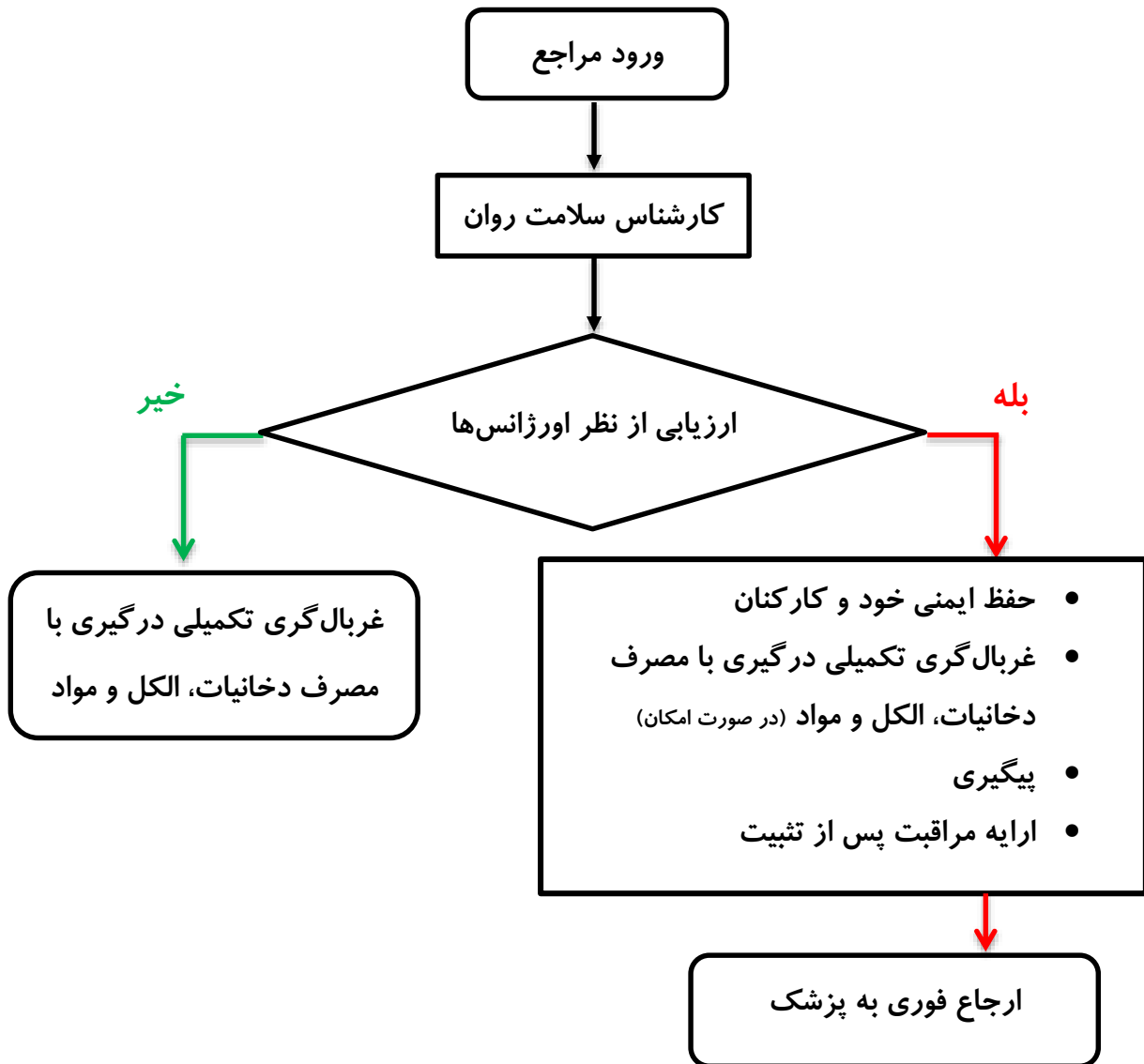
برخی اورژانس‌های روان‌پزشکی و اجتماعی معمول مرتبط با مصرف مواد عبارتند از:

- مسمومیت حاد مواد
- پسیکوز حاد (توهم و هذیان) که ممکن است اولیه یا القاء‌شده در اثر مواد باشد
- سرسام (دلیریوم) که ممکن است اولیه یا القاء‌شده توسط مواد باشد.
- خودزنی یا تمایل جدی به خودکشی
- قصد جدی آسیب به دیگران یا دیگرکشی
- سوءرفتار با کودکان

- قربانی خشونت خانگی
- بی‌خانمانی
- بدسرپرستی

در شکل ۱-۶ فلوجارت نحوه برخورد با اورژانس‌های روان‌پزشکی و اجتماعی مرتبط با مصرف مواد نشان داده شده است.

شکل ۱-۶- فلوجارت نحوه برخورد با اورژانس‌های روان‌پزشکی و اجتماعی (الگوریتم ۱)



بنابراین توجه به این موضوع لازم است که در کسانی که مواد مصرف می‌کنند در صورت وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی یا اجتماعی، اجرای مراقبت‌های پیوندیافته با غربال‌گری شامل مداخله مختصر ضرورت ندارد. در این گونه موارد در صورتی که مراجع هوشیار بوده، توانایی پاسخ به سؤالات را داشته و تحریکاتی نباشد، باید غربال‌گری تکمیلی برای او به عمل آمده و سپس فرد به صورت فوری به پزشک ارجاع شود.

در صورتی که فرد هوشیار نبود، توانایی پاسخ به سؤالات را نداشته یا تحریکاتی باشد طبیعتاً امکان اجرای غربال‌گری تکمیلی نخواهد بود. در چنین موقعیتی بدون اجرای غربال‌گری، مراجع به صورت فوری به پزشک ارجاع می‌گردد. در صورت شناسایی اورژانس اجتماعی اقدام متناسب مطابق راهنماهای اداره سلامت اجتماعی صورت پذیرد.

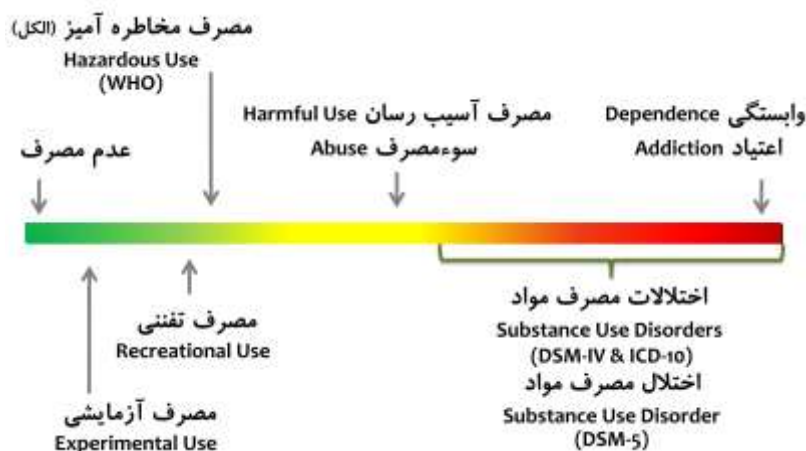
کلیه مراجعان و خانواده‌های آنها باید برای مراجعه مجدد و دریافت مراقبت‌های مورد نیاز پس از تثبیت وضعیت اورژانس تشویق شده و مورد پیگیری قرار بگیرند.

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

شکل ۶-۲- پیوستار مصرف مواد



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

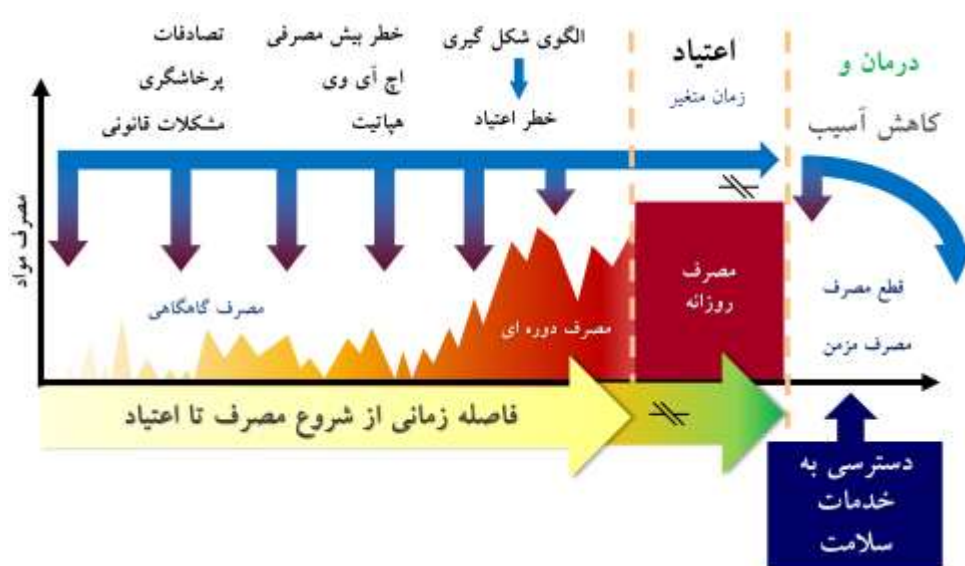
هدف از غربال‌گری شناسایی مشکلات یا عوامل خطر سلامت در مراحل اولیه، پیش از آن که آن‌ها بیماری جدی یا سایر مشکلات را ایجاد کنند بوده و بخشی از فعالیت‌های پیشگیرانه در جایگاه‌های مراقبت سلامت است.

مصرف مواد حتی پیش از تبدیل شدن به وابستگی نیز می‌تواند منجر به بروز پیامدهای جدی همچون مرگ و بیماری شود. افراد در این مرحله به دلیل ابتلاء به عوارض سلامتی ناشی از مصرف مواد ممکن است به جایگاه‌های ارائه‌دهنده مراقبت اولیه مراجعه نمایند. مطالعات نشان داده‌اند شناسایی مصرف آسیب‌رسان و مخاطره‌آمیز مواد و ارائه مداخلات انگیزشی مختصر می‌تواند از پیشرفت وضعیت فرد به سمت وابستگی پیشگیری نماید. بنابراین جایگاه‌های مراقبت سلامت فرصت منحصر به فردی برای

شناسایی مصرف‌کنندگان موادی که مصرف آنها هنوز به حد وابستگی نرسیده محسوب می‌گردد. برنامه غربال‌گری و مداخله مختصر پیوندیافته با آن به منظور شناسایی کسانی که مصرف آسیب‌رسان یا مخاطره‌آمیز مواد دارند و کاهش و قطع مصرف مواد در آنها یک نوع مداخله پیشگیری اولیه موردی^۱ از ابتلا به وابستگی به مواد به حساب می‌آید.

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 ۳-۶ سیر طبیعی و عوارض مصرف مواد نشان داده شده است.

شکل ۳-۶- 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.

• اجرای غربال‌گری

در مراقبت‌های بهداشتی اولیه، برای شناسایی افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، از آزمون غربال‌گری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد^۲ و آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل - نسخه مصرف^۳ طراحی شده توسط سازمان جهانی بهداشت

¹ indicative primary prevention

² ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Use Screening Test

³ AUDIT-C: Alcohol Use Disorder Identification Test

استفاده می‌شود. پرسش‌نامه ASSIST سه سطح خطر درگیری با مصرف انواع مواد را در مراجعان شناسایی نموده و پرسش‌نامه AUDIT-C مصرف مخاطره‌آمیز یا سطوح پرخطرتر درگیری با مصرف الکل را شناسایی می‌کند.

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

○ مشارکت کارکنان تیم سلامت در شناسایی موارد:

- غربال‌گری اولیه (سریع) درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد یا به اختصار غربال‌گری اولیه توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز

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

○ در غربال‌گری تکمیلی کسانی که در سه ماه گذشته مصرف الکل داشته‌اند، به منظور تعیین دقیق‌تر نوع مراقبت مورد نیاز استفاده از آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل - نسخه مصرف یا پرسش‌نامه AUDIT-C پیش‌بینی شده است.

○ ارزیابی‌های بیشتر در زمینه مصرف دخانیات

- در غربال‌گری اولیه پرسش‌های بیشتر درباره تعداد روزهای مصرف و مقدار فرآورده دخانی مصرفی در یک روز معمول مصرف در ماه گذشته در کسانی که مصرف مواد دخانی در سه ماه گذشته داشته‌اند، پیش‌بینی شده است. این پرسش‌ها به تیم سلامت برای تعیین نوع مراقبت مورد نیاز فرد کمک می‌کند.

- در غربال‌گری اولیه برای کلیه مراجعان پرسش از مواجهه با دود دست‌دوم دخانیات گنجانده شده است.

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

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

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

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

○ شناسایی موارد به صورت **فرصت طلبانه**^۲ که می‌تواند توسط هر یک از اعضای تیم سلامت شامل کارشناس مراقب سلامت/بهورز، ماما، کاردان بهداشت دهان و دندان، کارشناس سلامت روان، دندان‌پزشک یا پزشک انجام شود.

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

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

- **خودمعرف:** کسانی که به صورت داوطلبانه یا توسط خانواده برای تکمیل غربال‌گری اولیه مراجعه می‌کنند در این گروه قرار می‌گیرند. منبع ارجاع در ارزیابی‌ها و پایش‌های دوره‌ای سلامت برای مدارس نیز باید **خودمعرف** انتخاب شود.
- **مدرسه:** در صورتی که مدرسه دانش‌آموزی را به دلیل مشکلات رفتاری یا شک به مصرف مواد برای ارزیابی و بررسی از نظر اختلالات مصرف مواد معرفی نماید گزینه منبع ارجاع **مدرسه** را انتخاب کنید.
- **محل کار:** مواردی ارجاع شده از محل کار در این گروه قرار می‌گیرند. در صورتی که فرد شاغل در مدرسه بوده و از طرف مدرسه ارجاع شده، منبع ارجاع **محل کار** درج گردد.
- **سایر سازمان‌ها؛ مشخص کنید:** (برای مثال اداره بهزیستی، نیروی انتظامی و ...)

¹ routine care

² opportunistic

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

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

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

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

پیشتر دیدیم که اولین موضوع در برخورد **کارشناس سلامت روان** با یک فرد مصرف‌کننده مواد ردّ فوریت‌های روان‌پزشکی و اجتماعی است. در صورتی که فرد یک اورژانس روان‌پزشکی یا اجتماعی نداشته باشد، قدم بعدی تعیین شدت درگیری با مصرف مواد است.

در این مرحله برحسب شدت درگیری با مصرف مواد، نحوه ادراک مشکل از دیدگاه مراجع و میزان آمادگی و انگیزه فرد برای تغییر رفتار مؤثر **سطح و نوع مراقبت** مورد نیاز تعیین می‌شود.

• غربال‌گری اولیه

غربال‌گری اولیه (سریع) درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد در مراقبت‌های معمول توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز انجام می‌شود.

فواصل اجرای غربال‌گری اولیه در مراقبت معمول به شرح زیر است:

- هنگام تشکیل پرونده و سپس در دوره‌های زمانی ۵ ساله برای به‌روزرسانی پرونده الکترونیک سلامت فرد
 - در بارداری در هر یک از سه‌ماهه‌های بارداری یک بار
- علاوه بر این کلیه کارکنان تیم سلامت شامل کارشناس مراقب سلامت/بهورز، ماما، کاردان بهداشت دهان و دندان، دندان‌پزشک و پزشک باید در صورت شک به مصرف مواد در حین ارایه مراقبت‌های دیگر به صورت فرصت‌طلبانه غربال‌گری اولیه را انجام داده و در صورت مثبت شدن فرد را برای غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع دهند.

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

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

○ به فرد بازخورد ارایه کنند به این معنا که

– رفتارهای مثبت را تشویق نمایند.

– برای رفتارهای پرخطر آموزش و توصیه ارایه کنند.

– فرد را برای غربال‌گری تکمیلی ارجاع دهند.

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

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

پرسش ۲- در صورت پاسخ مثبت به هر یک: در سه ماه اخیر چطور؟			بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ‌گویی
پرسش ۱-۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را <u>تاکنون</u> مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)					
الف- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)					
ب- داروهای مسکن <u>اپیوئیدی</u> (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)					
ج- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)					
د- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)					
پرسش ۲-۱- مواد دیگر چطور؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)					
الف- مواد <u>افیونی غیرقانونی</u> (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)					
ب- <u>حشیش</u> (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)					
ج- <u>محرك‌های آفتامینی</u> (شیشه، اکستازی، إكس، ریتالین، غیره)					
د- سایر- مشخص کنید: ...					

بعد از تکمیل پرسش‌های بالا در صورت پاسخ مثبت به مصرف انواع مواد دخانی در سه ماه اخیر، سؤالات ارایه شده در جدول

۶-۲ پرسیده می‌شود.

جدول ۶-۲- دفعات و مقدار مصرف دخانیات در ماه گذشته

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

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

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

بله خیر

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

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نقش کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان در شناسایی و مراقبت افراد در معرض خطر، مشکوک یا مبتلا به اختلالات مصرف مواد راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه: کتاب کارشناس مراقب سلامت/بهورز را مطالعه فرمایید.

• غربال‌گری تکمیلی

غربال‌گری تکمیلی از آزمون غربال‌گری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد (ASSIST) و آزمون ارزیابی اختلال مصرف الکل - نسخه مصرف (AUDIT-C) استفاده می‌شود. آزمون ASSIST از ۸ پرسش تشکیل شده است که به تفکیک برای گروه‌های مختلف مواد پرسیده می‌شود.

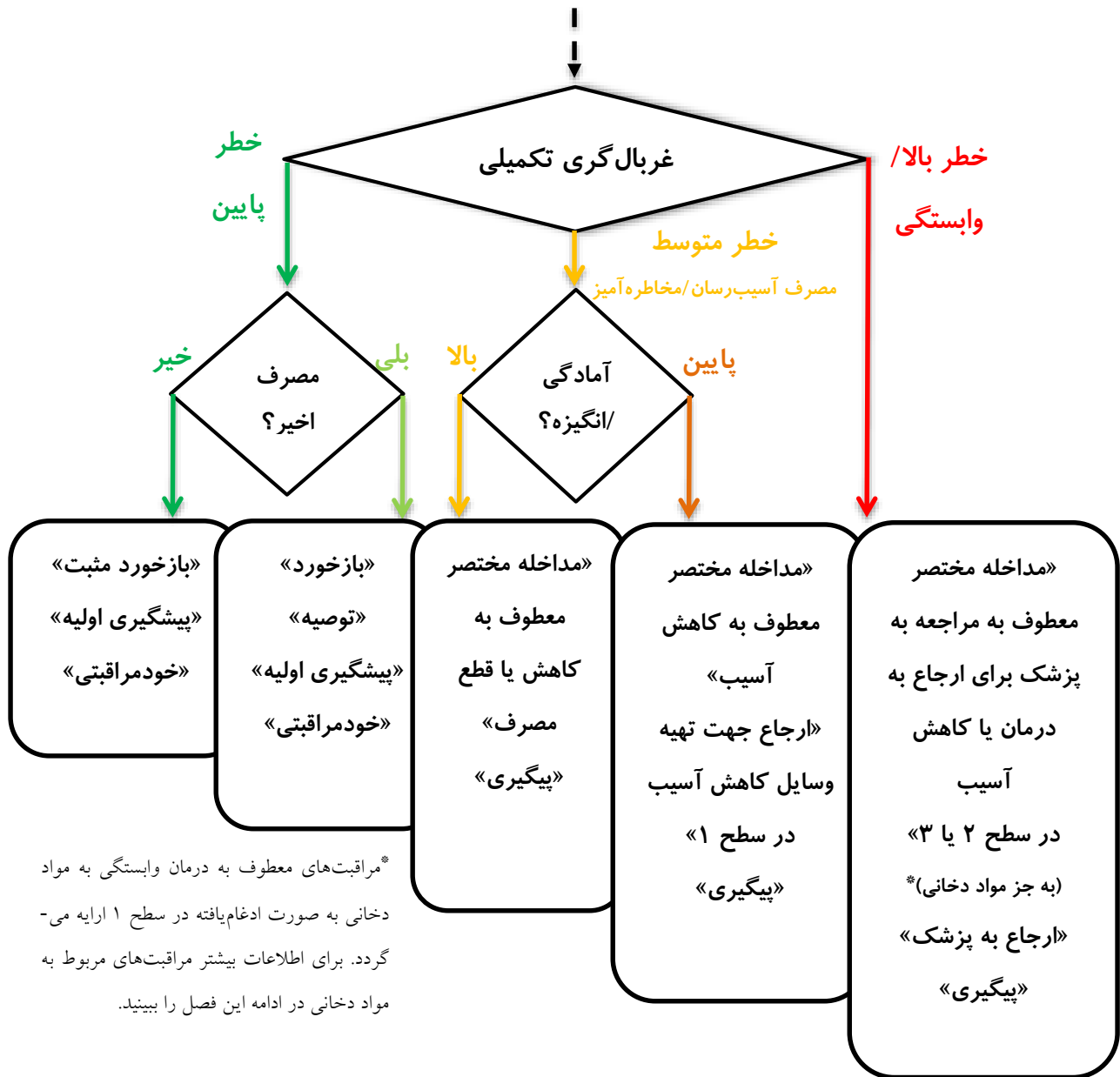
با استفاده از اطلاعات به دست آمده از اجرای غربال‌گری تکمیلی شاخص‌های زیر برای مراجعان قابل محاسبه است:

- مصرف طول عمر انواع مواد (پرسش ۱)
- مصرف سه ماه اخیر انواع مواد (پرسش ۲)
- نمره خطر اختصاصی درگیری با هر یک از گروه‌های مواد (نمره پاسخ فرد به پرسش‌های ۲ تا ۷)
- تزریق در طول عمر/سه ماهه اخیر (پرسش ۸)

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

- فرکانس مصرف الکل (پرسش ۱)
- مقدار مصرف در یک روز معمول مصرف (پرسش ۲)
- فرکانس مصرف ۶ پیمانانه یا بیشتر الکل در یک نوبت مصرف (پرسش ۳)

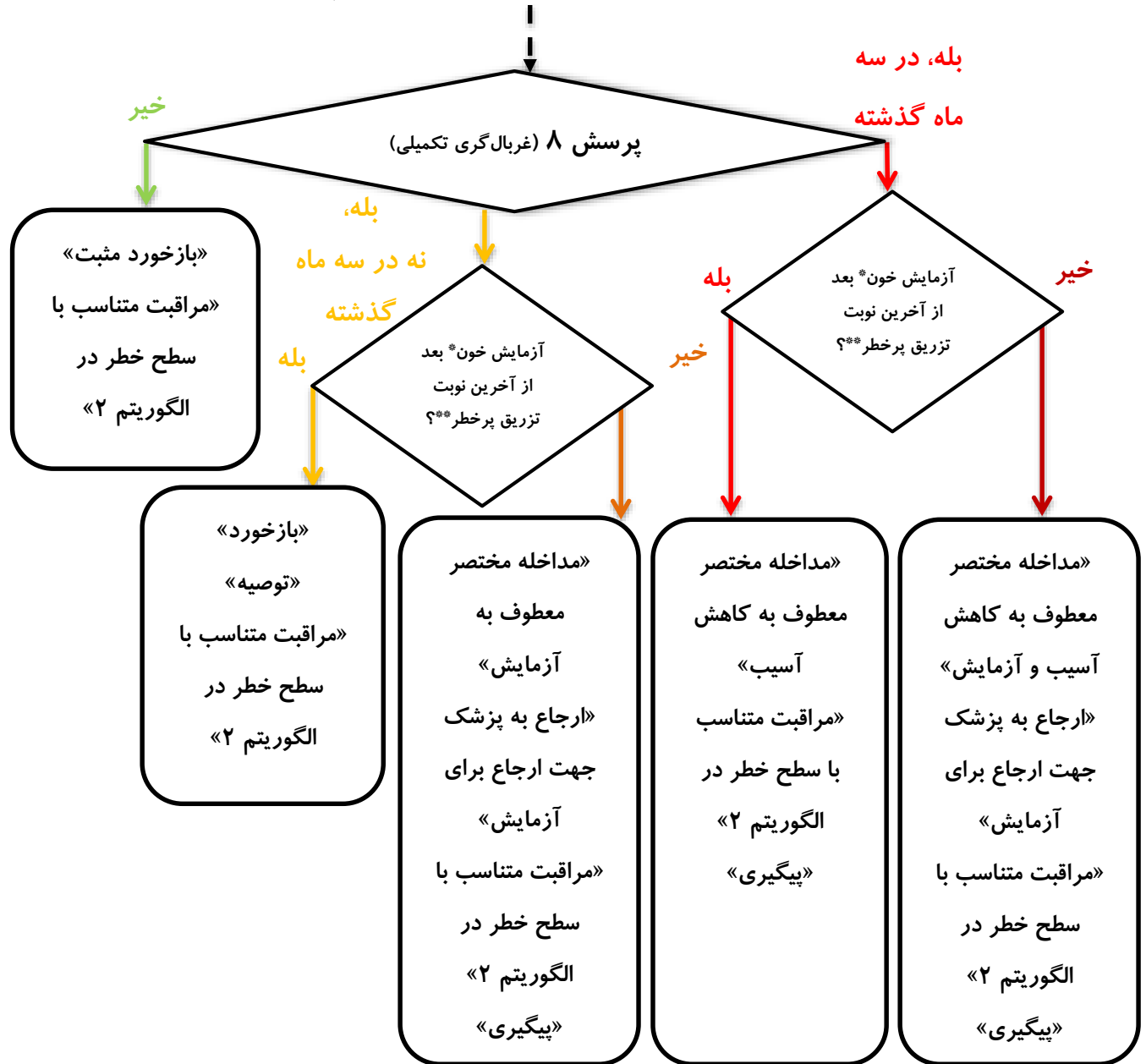
شکل ۶-۴- نحوه تعیین اولویت مداخله متعاقب غربال‌گری تکمیلی (الگوریتم ۲)



در صورتی که فرد طی فرآیند مراقبت‌های معمول توسط کارشناس مراقب سلامت، جهت دریافت غربال‌گری تکمیلی ارجاع شده باشد، کارشناس سلامت روان باید اطلاعاتی که فرد در غربال‌گری اولیه ارائه داده مشاهده و مرور نموده، اما غربال‌گری تکمیلی را از پرسش ۱ (مصرف طول عمر) شروع نماید.

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

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



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

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

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

نتایج حاصل از غربال‌گری تکمیلی، در کنار سطح انگیزه و آمادگی فرد برای تغییر رفتار و زمان آخرین آزمایش خون در افرادی که تزریق پرخطر مواد دارند، تعیین‌کننده نوع مراقبت مورد نیاز مراجع است. در شکل‌های ۶-۴ و ۶-۵ نوع مراقبت توصیه‌شده برای مراجعان متعاقب غربال‌گری تکمیلی نشان داده شده است.

برای آگاهی بیشتر از نحوه اجرای غربال‌گری تکمیلی راهنمای غربال‌گری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد را ببینید.

مداخله مختصر

مداخله مختصر یک روان‌شناختی مبتنی بر اصول مصاحبه انگیزشی^۱ است که در زمان کوتاه (۲۰-۱۵ دقیقه) در قالب تعداد جلسات محدود (۲ جلسه) به منظور کمک به تغییر رفتار مثبت در کسانی که مواد مصرف می‌کنند، ارایه می‌شود.

شواهد قوی اثربخشی اجرای مداخلات مختصر در جایگاه‌های مراقبت بهداشتی اولیه برای نوجوانان، جوانان و بزرگسالانی که سیگار یا الکل مصرف می‌کنند، نشان می‌دهد. شواهد جدیدتر اثربخشی این مداخله را برای سایر مواد نیز تأیید کرده است. مداخلات مختصر کم هزینه هستند و در تمام سطوح درگیری با مصرف مواد و مشکلات مرتبط با آن مؤثر است.

از مصاحبه انگیزشی و مداخله مختصر همچنین به صورت موفقیت‌آمیزی برای تغییر سایر رفتارهای مرتبط با سلامتی همچون افزایش فعالیت بدنی، کاهش وزن، پایبندی به مراقبت‌ها و... استفاده شده است. بنابراین می‌توان گفت، مداخله مختصر یک روش ارایه مشاوره جهت ارتقاء سلامت و پیشگیری از بیماری‌ها در مراجعه‌کنندگان به مراقبت اولیه محسوب می‌شود.

آشنایی 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 پایبندی 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 بیش-مصرفی مواد)
- مداخله مختصر ارجاع به پزشک به منظور انجام آزمایش اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی

مداخلات مختصر در درمان افراد وابسته به مواد موفق نیست، اما می‌تواند به صورت مؤثری در افزایش آمادگی و انگیزه افراد وابسته به مواد برای شروع یک برنامه درمانی ساختاریافته مؤثر واقع گردد. مداخله مختصر ابزار ارزشمندی برای کاهش یا قطع

¹ motivational interviewing (MI)

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

درمان شناختی، رفتاری مختصر

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

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

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

هدف اصلی درمان شناختی، رفتاری مختصر 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 درمان شناختی، رفتاری مختصر می‌تواند شانس ترک دخانیات را در افراد وابسته به آن تا دو برابر افزایش دهد. علاوه بر این، درمان شناختی، رفتاری مختصر یک مداخله تقویت‌شده برای ارائه مراقبت جامع‌تر برای افرادی است که به 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 مختصر 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

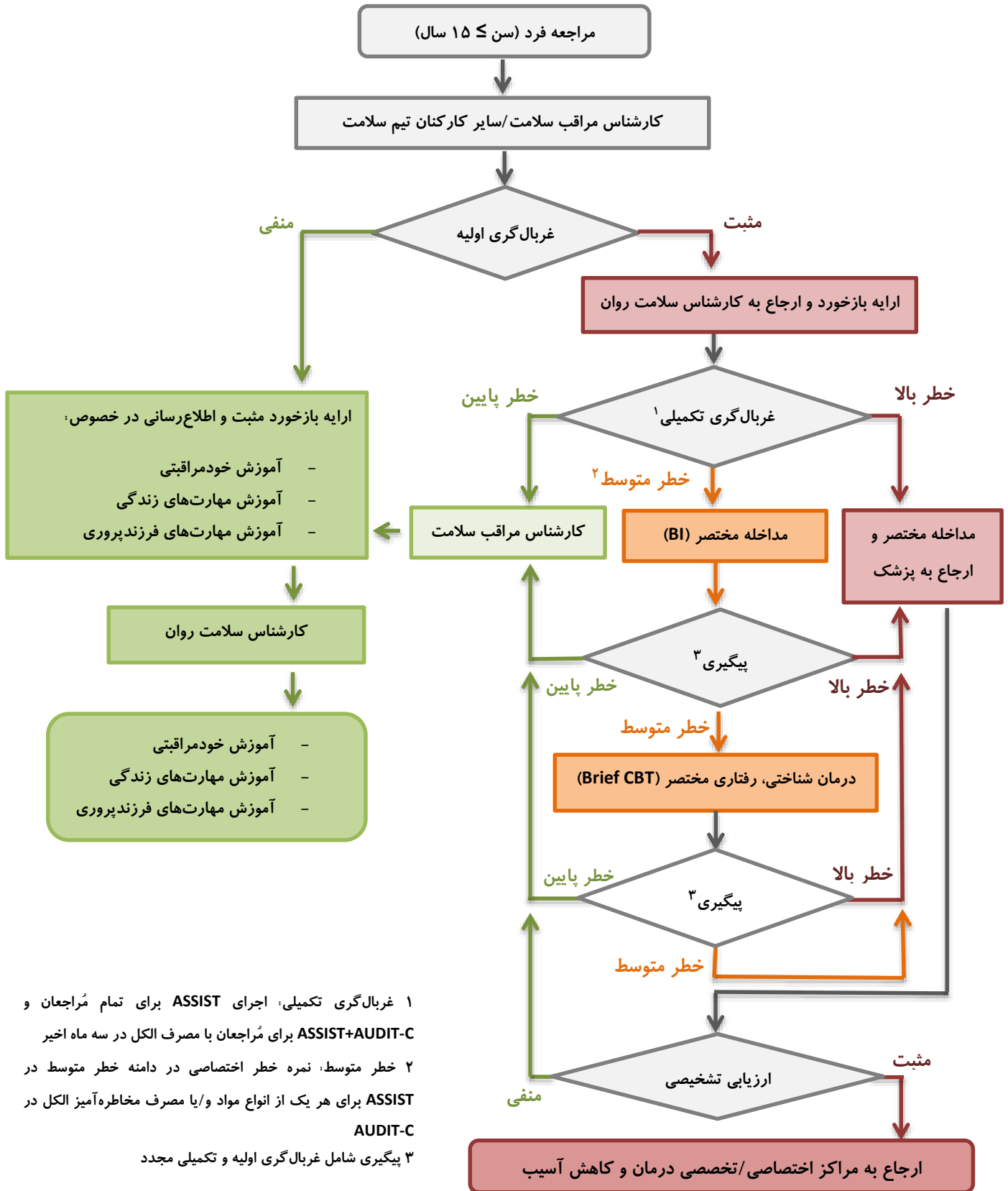
• **جلسه ۴:** مهارت‌های رد مصرف مواد و آماده شدن برای موقعیت‌های پرخطر آتی

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 درمان شناختی، رفتاری مختصر برای اختلالات مصرف مواد** را ببینید.

در **شکل ۶-۶** فلوجارت عمومی ارایه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات (تباکو)، الکل و مواد آورده شده است. این فلوجارت به صورت کلی نحوه انتخاب خدمات آموزش خودمراقبتی، پیشگیری اولیه، مداخله مختصر، درمان شناختی، رفتاری مختصر و ارجاع را نشان می‌دهد. نحوه متناسب‌سازی دقیق مراقبت‌ها بر اساس وضعیت هر مراجع بیشتر در **الگوریتم‌ها ۱ تا ۳** در **شکل‌های ۶-۱، ۶-۴ و ۶-۵** نشان داده شده است.

شکل ۶-۶- فلوجارت عمومی ارایه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، الکل و مواد



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 سیستم پاداش مغز را فعال کنند. سیستم پاداش مغز در تقویت رفتارها و ایجاد حافظه دخیل است.

ملاک‌های اختلال مصرف مواد در DSM-5 از ادغام ملاک‌های DSM-IV برای تشخیص‌های سوءمصرف و وابستگی تشکیل شده با این تفاوت که ملاک «مشکلات قانونی مکرر» برای سوءمصرف مواد حذف و یک ملاک جدید، یعنی «وجود وسوسه یا میل شدید برای مصرف مواد» افزوده شده است.

در DSM-IV افتراق میان سوءمصرف و وابستگی بر اساس مفهوم سوءمصرف به صورت یک شکل خفیف‌تر و اولیه و وابستگی به عنوان یک شکل شدیدتر درگیری با مصرف مواد تعریف شده بود، اما در عمل افرادی که ملاک‌های سوءمصرف را پر می‌کردند، سطوح بالای درگیری و مشکل با مصرف مواد را نشان می‌دادند. با توجه به این دلایل در بازبینی ملاک‌های اختلال مصرف مواد یک طبقه واحد برای توصیف درگیری افراد با مصرف مواد و داروهای روان‌گردان در نظر گرفته شده است.

در اختلال مصرف مواد در DSM-5، ملاک‌ها نه تنها ترکیب بلکه آستانه تشخیص نسبت به تشخیص سوءمصرف در DSM-IV بالاتر برده شده است. در تشخیص سوءمصرف وجود یک ملاک از چهار ملاک برای تشخیص کافی بود، اما در DSM-5 اختلال مصرف مواد خفیف نیاز به داشتن حداقل ۲ ملاک از یک فهرست ۱۱ تایی است.

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 فرآور 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 روان-شناختی شامل اختلال قضاوت یا کژکارکردی رفتاری دارد که می‌تواند منجر به ناتوانی شده یا پیامدهای جانبی در روابط بین‌فردی داشته باشد.

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

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

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

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، وسوسه یا ولع (اغلب قوی، گاهی فراتر از قدرت فرد) برای مصرف مواد است.

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

یک خصوصیت اساسی سندرم وابستگی آن است که یا مصرف ماده یا تمایل به مصرف آن باید وجود داشته باشد. آگاهی ذهنی از اجبار به مصرف مواد به شایع‌ترین شکل هنگام اقدام به کاهش یا قطع مصرف ماده دیده می‌شود. این ملاک تشخیصی می‌تواند مبنای کنار گذاشتن برخی بیماران از تشخیص سندرم وابستگی شود. برای مثال بیماران جراحی که برای تسکین درد مواد افیونی دریافت می‌کنند، در صورت قطع ناگهانی مسکن‌های آپئوئیدی 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. درمان شناختی، رفتاری مختصر برای ترک مواد دخانی بر شناسایی موقعیت‌های پرخطر، نحوه برخورد با وسوسه و لغزش، دوری از شروع‌کننده‌ها و فعالیت‌های جایگزین می‌پردازد. با توجه به میزان بالای عود در یک نوبت اقدام به ترک سیگار یا سایر مواد دخانی پیگیری و حمایت از بیماران شناسایی شده اهمیت اساسی دارد.

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 ۶-۷ ملاحظات خاص در ارایه خدمات ارزیابی مراقبت‌های مرتبط با اختلالات مصرف دخانیات (تنباکو) 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 هیچ‌کدام 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

¹ hazardous drinking

که فرکانس مصرف الکل (پرسش ۱)، میزان مصرف الکل در یک روز معمول مصرف (پرسش ۲) و فرکانس مصرف ۶ پیمانانه یا بیشتر الکل در یک نوبت (پرسش ۳) را اندازه‌گیری می‌کند.

نیاز به مصرف روزانه مقادیر بالای الکل برای عملکرد معمول، یک الگوی مستمر مصرف سنگین الکل محدود به آخر هفته‌ها و دوره‌های طولانی پرهیز در بین دوره‌های مصرف افراطی الکل برای چند هفته یا چند ماه قویاً مطرح‌کننده وابستگی یا مصرف آسیب‌رسان الکل است. وابستگی به الکل اغلب با ناتوانی برای کاهش یا قطع مصرف، تلاش‌های مکرر برای کنترل یا کاهش مصرف بیش از حد یا تلاش برای محدودیت مصرف به اوقات خاصی از روز، دوره‌های مصرف افراطی، فراموشی دوره‌ای وقایع اتفاق‌افتاده در حین مسمومیت (مستی)، تداوم مصرف علی‌رغم مشکلات جسمی جدی که فرد می‌داند با مصرف الکل بدتر می‌شود و مصرف سایر مایعات حاوی الکل در صورت عدم دسترسی به الکل، مشخص می‌شود.

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^۱ وجود دارد که بسته به دوز متانول بلعیده‌شده تقریباً ۲۴-۶ ساعت، به طول می‌انجامد و متعاقب آن اسیدوز متابولیک جبران‌نشده ایجاد شده که باعث **اختلال کارکرد بینایی** می‌شود که می‌تواند در دامنه‌ای از تاری دید و تغییرات میدان بینایی، فتوفوبی، اشکال در تطابق نور، دوبینی تا کوری کامل و به طور ناشایع نیستاگموس متغیر باشد.

وجود **تاری بینایی** با وضعیت هوشیاری دست‌نخورده در فردی که سابقه مصرف اخیر الکل داشته، قویاً مطرح‌کننده مسمومیت با متانول است.

متناسب با سطح درگیری با مصرف الکل نوع مراقبت به شرح زیر مشخص می‌گردد:

- خطر پایین

- عدم مصرف در سه ماهه اخیر: بازخورد مثبت، ارجاع به خدمات پیشگیری اولیه
- مصرف اما نه در سطح مخاطره آمیز: 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 مخاطره آمیز یا آسیب رسان: 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 غیر فوری به درمان 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.

در شکل ۶-۶ فلوجارت ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف الکل نشان داده شده است.

برای آشنایی بیشتر با نحوه به‌کارگیری آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل راهنمای غربالگری درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد را ببینید.

• 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.

مرگ ناشی از مسمومیت شدید یا بیش‌مصرفی^۱ مواد افیونی در اثر سرکوب تنفسی و ایست تنفسی رخ می‌دهد.

از زمانی که فرد دچار ایست تنفسی می‌شود تا زمانی که شدت اسیدوز خون منجر به ایست قلبی می‌شود ۱-۲ ساعت به طول می‌انجامد.

بنابراین متعاقب وقوع بیش‌مصرفی مواد افیونی یک زمان طلایی برای نجات افراد وجود دارد.

این موضوع اهمیت آموزش برخورد صحیح با فرد دچار بیش‌مصرفی مواد افیونی را به افراد مبتلا و خانواده‌های آنها را مورد تأکید قرار می‌دهد.

مسمومیت شدید یا بیش‌مصرفی مواد افیونی یک فوریت روان‌پزشکی 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 ارزیابی مراقبت‌های خود با مسمومیت حاد مواد افیونی مواجهه نمی‌شوند. معمولاً خانواده‌ها و اطرافیان افراد مصرف‌کننده مواد افیونی در صورت بروز بیش‌مصرفی 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 بیش‌مصرفی مواد افیونی عبارت است از:

- آموزش افراد مبتلا و خانواده‌های آنها درباره آشنایی با عوامل خطر برای بروز بیش‌مصرفی و راه‌های کاهش آن: به صورت مشخص توصیه به دریافت درمان‌های نگهدارنده آگونیستی

¹ salience

○ 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 ارائه 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 بی‌تفاوتی نسبت به زنده ماندن یا مردن می‌تواند 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 می‌یابد.

○ بیماری ریوی (بیماری انسدادی مزمن ریه)، کبدی یا کلیوی زمینه‌ای

○ تاریخچه قبلی بیش مصرفی: کسانی که در اثر بیش مصرفی مواد افیونی جان خود را از دست می‌دهند، معمولاً سابقه قبلی بیش مصرفی داشته‌اند که منجر به فوت نشده است. هر چقدر تعداد دفعاتی که یک فرد در گذشته دچار آوردوز شده بیشتر باشد، احتمال مرگ در اثر آوردوز افزایش می‌یابد.

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

نشانه‌های بیش‌مصرفی مواد افیونی عبارتند از: خُرخرُ شدید، کبودی رنگ پوست (خصوصاً کبود شدن لب‌ها و ناخن‌ها)، کاهش تعداد تنفس، قطع تنفس و کاهش هوشیاری. اگر نتوانیم فردی را با فریاد زدن یا نیشگون گرفتن گوش بیدار کنیم فرد ناهشیار است. در مراحل اولیه بیش‌مصرفی مواد افیونی تنگی مردمک و در صورت وجود هیپوکسی طول‌کشیده گشادی مردمک‌ها دیده می‌شود.

نحوه برخورد با بیش‌مصرفی مواد افیونی

افراد درگیر با مصرف مواد افیونی و خانواده‌های آنها، باید در صورت مواجهه با فردی که متعاقب مصرف مواد افیونی به‌تنهایی یا همراه با مواد دیگر دچار علائم بیش‌مصرفی مواد افیونی شده است:

- خونسردی خود را حفظ نموده و
- فرد را به مدت ۱۰ ثانیه مشاهده و ارزیابی نماید.
- اگر مصدوم ناهشیار است، اما نفس می‌کشد: قراردعی فرد در وضعیت نجات (شکل ۶-۷) 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 بیش‌مصرفی مواد افیونی، جزء اصلی تنفس دهان به دهان محسوب می‌گردد. در صورتی که فرد غیرحرفه‌ای مواجهه‌یافته با یک مصدوم مشکوک به بیش‌مصرفی 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 ۶-۷- قرار دادن مصدوم در وضعیت نجات و تماس با آمبولانس



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

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

- کارشناس سلامت روان مرکز سلامت جامعه باید به افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی و خانواده آنها در خصوص عوامل خطر بیش مصرفی مواد افیونی و نحوه پیشگیری از آن و علایم و نشانه های بیش مصرفی مواد افیونی و نحوه برخورد با آن آموزش دهد.
- در این آموزش ها 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 می گیرد، مورد توجه قرار گیرد.

محرومیت از مواد افیونی متعاقب قطع یا کاهش ناگهانی مصرف مستمر مواد افیونی ظاهر می شود. علایم محرومیت مواد افیونی شامل درد و گرفتگی عضلات، درد استخوان ها، اسهال، دل پیچه، آب ریزش بینی، اشک ریزش، سیخ شدن موهای بدن، خمیازه کشیدن، تب، اتساع مردمک ها، 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 می گویند. در زبان انگلیسی به محرومیت از مواد افیونی بدون کمک طبی به دلیل حالت سیخ شدن موهای بدن بوقلمون یخ زده^۱ گفته می شود. مرگ در اثر

¹ cold turkey

محرومیت 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 ارایه 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 مُراجع، با یک داروی آگونیست اُپیوئیدی غیرتزریقی، ارزان قیمت، خالص و بهداشتی با اثر بطنی و ملایم در دوز مطلوب و بهینه توسط گروه درمان‌گران در محیط سالم درمانی به نیت درمان فرد، هم‌زمان با ارائه سایر مداخلات درمانی و ثبت و پایش دقیق پیشرفت و بهبودی» **درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست اُپیوئیدی** گفته می‌شود.

افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی با تخریب نسبی کمتر برای مثال افراد وابسته به **ترامادول** یا **تریاک** برای **درمان نگهدارنده با بوپرنورفین** و افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی با تخریب نسبی بالا برای مثال افراد وابسته به **هروئین** یا مصرف‌کنندگان تزریقی مواد برای **درمان نگهدارنده با متادون** مناسب هستند.

درمان نگهدارنده با متادون در مقایسه با درمان نگهدارنده با بوپرنورفین توانایی بالاتری در نگه داشتن بیماران در درمان و دستیابی به پرهیز دارد، با این وجود به دلیل نیم‌رخ عوارض جانبی شدیدتر درمان با متادون **مطلوب است درمان نگهدارنده با بوپرنورفین** نسبت به درمان نگهدارنده با متادون در درمان وابستگی به مواد افیونی **اولویت** داده شود و در صورت عدم پاسخ درمانی مطلوب درمان با متادون در نظر گرفته شود.

درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست از طریق کاهش برخی از عوارض بهداشتی مهم مرتبط با اعتیادهای سنگین نظیر نقش مهمی در ارتقای سلامت معتادان به مواد افیونی و کاهش مرگ و ناتوانی در آنها دارد. برخی منافع 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 مد نظر برای خاتمه درمان نگهدارنده احراز نشده و بیمار عملاً تا آخر عمر در درمان باقی بماند.

یکی از موضوعات چالش‌برانگیز در کار با بیماران روی درمان‌های نگهدارنده با داروهای آگونیست تعیین زمان مناسب برای خاتمه درمان است. بیمار مناسب برای کاهش تدریجی دوز داروی آگونیست فردی است که حداقل ۶ ماه تا یک سال و در غالب موارد بیش از ۲ سال دوره درمان نگهدارنده را سپری کرده باشد، مراجعه منظم داشته، به طور فعال در جلسات روان‌درمانی و مشاوره شرکت نموده، حداقل شش ماه هیچ ماده غیرقانونی مصرف نکرده، از نظر وضعیت خانوادگی 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 اپیوئیدی نظیر بوپرنورفین و متادون به منظور بازگیری با حمایت طبی افراد وابسته به مواد افیونی استفاده شده است. بررسی مقایسه‌ای پیامدهای کوتاه‌مدت درمان‌های دارویی مختلف نشان می‌دهد، بوپرنورفین در مقایسه با سایر درمان‌های دارویی با میزان‌های بالاتر تکمیل دوره بازگیری همراه بوده و برای بیماران قابل تحمل‌تر است. بنابراین می‌توان گفت **بوپرنورفین** خط اول بازگیری از مواد افیونی برای بیماران وابسته به مواد افیونی محسوب می‌شود.

¹ medically supervised withdrawal

² medically assisted withdrawal

³ detoxification

بر اساس پروتکل درمان وابستگی با مواد افیونی با داروهای آگونیست استفاده از متادون برای بازگیری از مواد افیونی توصیه نمی‌شود. استثناهای 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 نالترکسون می‌تواند همراه با یک برنامه روان‌شناختی پیشگیری از عود احتمال لغزش و عود را کاهش دهد. در مطالعات بین‌المللی درمان نگهدارنده با نالترکسون در بیماران واجد خانواده حمایت‌کننده که بر مصرف منظم دارو نظارت می‌کنند، نتایج درمان را بهبود بخشیده است. نالترکسون یک آنتاگونیست گیرنده‌های آپوئیدی بوده که درمان نگهدارنده با آن باعث مسدود شدن اثر مواد افیونی بر روی مغز می‌شود. در صورتی که فرد در حین درمان نگهدارنده با نالترکسون دچار لغزش شده و مواد افیونی مصرف کند، اثرات سرخوشی‌آور آن را تجربه نخواهد کرد و به این ترتیب بر اساس مدل شرطی‌سازی کلاسیک رفتار جستجوی مواد برای او شرطی‌زدایی^۱ شده یا اصطلاحاً دچار خاموشی^۲ می‌گردد.

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 درمان وابستگی به مواد افیونی نشان داده است. این خدمات در سطح ۲ یا ۳ مراقبت‌ارایه 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.

یکی از ملاحظات بهداشتی مهم در کسانی که مواد افیونی مصرف می‌کنند، مصرف تزریقی است. در صورت شناسایی مصرف تزریقی مواد، کارشناس سلامت روان باید مراقبت متناسب را بر اساس الگوریتم ۳ (شکل ۶-۵) ارائه نمایند.

¹ deconditioned

² extinction

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 ارجاع داده و پیگیری کنند. همکاری نزدیک بین مراقبت‌های بارداری، خدمات درمان اعتیاد و سایر خدمات طبی، روان-پزشکی 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.

¹ NSP: Needle and syringe programs

² NEP: Needle exchange programs

شروع علایم برای مواد افیونی کوتاه‌اثر همچون تریاک و هروئین در روز اول بعد از تولد و برای داروهای آپئوئیدی طولانی‌اثر همچون متادون و بوپرنورفین در روزهای دوم و سوم خواهد بود.

نشانه‌های این سندرم شامل گریه جیغ‌مانند و طولانی‌مدت، افزایش ترشحات مخاط بینی، اشک‌ریزش، بیش‌فعالی، افزایش تون عضلانی، کاهش قدرت مکش، شیر نخوردن، تعریق، اسهال و در موارد نادر تشنج می‌شود. به دلیل انگ همراه با مصرف مواد افیونی خصوصاً در زنان، پزشکان مراقبت اولیه در صورت مواجهه با این علایم در نوزاد تازه متولدشده باید سندرم محرومیت نوزادی را در تشخیص افتراقی در نظر بگیرند.

کارکنان تیم سلامت باید مادر باردار وابسته به مواد افیونی یا تحت درمان با داروهای آگونست 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 علایم درمان دارویی مورد نیاز ارایه شود.

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

برخی ممنوعیت‌های شیردهی عبارتند از:

- **عفونت اچ‌آی‌وی** از طریق شیر ممکن است به نوزاد منتقل شود، بنابراین مادران مبتلا به عفونت اچ‌آی‌وی نباید به نوزاد خود شیر بدهند. این گروه از مادران باید برای دریافت شیر خشک مورد حمایت قرار گیرند.
- مادران مصرف‌کننده فعال مواد افیونی نباید به نوزاد خود شیر بدهند، زیرا مورفین در شیر ترشح شده و می‌تواند منجر به آپنه تنفسی در نوزاد شود.
- در گزارش‌های موردی آپنه تنفسی متعاقب مصرف کدئین در شیردهی دیده شده است.
- مادران که مصرف روزانه مت‌آمفتامین دارند نباید به نوزاد خود شیر دهند.
- مادرانی که مصرف گاهگاهی مت‌آمفتامین دارند، بعد از هر بار مصرف باید تا ۲۴ ساعت از شیردهی پرهیز کنند و در طول این مدت شیر خود را دوشیده و دور بریزند.
- متعاقب هر بار مصرف الکل تا ۸-۶ ساعت شیردهی نباید انجام شود.

ابتلای مادر به هیپاتیت سی ممنوعیتی برای شیردهی محسوب نمی‌شود.

• مواد محرک

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، پرخاش-گری 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.

دارودرمانی تأییدشده برای درمان وابستگی به مواد محرک شناسایی نشده است و درمان استاندارد این اختلال **مداخله روان-شناختی جامع سرپایی با رویکرد ماتریکس یا ماتریکس تغییریافته** در سطح ۲ یا ۳ مراقبت است. بیماران وابسته به موادمحرک باید به صورت **غیرفوری** به مراکز سرپایی درمان اعتیاد واجد روان‌شناسان دوره‌دیده در زمینه درمان مواد محرک ارجاع شوند.

در بیماران وابسته به مت‌آفتمین 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 القاء‌شده با تمام داروهای این گروه مشابه بوده و با حالاتی مثل از دست دادن تعادل، اختلال تکلم، نیستاگموس، اختلال حافظه، اختلال تعادل راه رفتن و در موارد شدید اتوپور، اغما و مرگ می‌شود. مسمومیت با داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور خطر مرگ ناشی از مسمومیت با مواد افیونی، الکل و سایر مواد مضعف 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 مضعف 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.

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 بهداشتی، 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 ارجاع می‌گردد.

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 سوء مصرف، 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 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. علایم و نشانه‌های مطرح‌کننده احتمال وجود اختلالات مصرف مواد در زنان باردار به شرح زیر است:

○ مراجعه نامنظم برای مراقبت بارداری

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

○ عفونت‌های منتقله از راه جنسی

○ سوءتغذیه

○ کبودی و آثار جراحات ناشی از خشونت

○ اسکارهای ناشی از تزریق مواد بر روی بدن

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

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

○ عوارض مصرف مواد در بارداری: برای مرور عوارض مصرف مواد در بارداری فصل سوم و پنجم را ببینید.

○ مراقبت‌های بارداری: به این منظور مطالعه راهنماهای اداره مادران در خصوص مراقبت‌های بارداری کمک-کننده 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.

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 مد نظر است.
فرد از مجموعه‌ای از مشکلات رنج می‌برد که مصرف مواد یکی از آنها است.	تمام مشکلات بیمار ناشی از مصرف مواد است.
مصرف مواد به این دلیل مهم است که می‌تواند عامل شروع یا تشدید مشکلات زندگی باشد.	مصرف مواد به خودی خود یک مشکل است که باید رفع شود.
قطع مصرف مواد یکی از اهداف مراقبت است. هدف اصلی رفع مشکلات بیمار است.	قطع مصرف مواد یگانه هدف یا هدف اصلی مراقبت است.
بیماران از این رویکرد بیشتر استقبال می‌کنند، زیرا مشکلات آنها را به صورت فراگیر می‌بینند.	مقاومت بیشتر بیماران نتیجه اتخاذ این رویکرد است.
رویکرد عمل‌گرایانه و مبتنی بر همدلی	رویکرد اخلاق‌گرایانه و مبتنی بر قضاوت‌گری

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

- از حوزه نگرانی خانواده شروع کنید (برای مثال پیدا کردن فنک 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؟ (افت 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، کودک-آزاری 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 عزیزان-شان نظیر تغییرات در کارکردهای حوزه‌های مختلف را با عضو خانواده خود در میان گذاشته و او را برای مراجعه به مراکز سلامت جامعه به منظور ارزیابی جامع از نظر ابعاد مختلف سلامت جسمی، روانی و اجتماعی تشویق نمایند.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

• مداخله جانسونی^۱

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

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

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

• خانواده‌ها قدرتمند هستند و می‌توانند بر تغییر رفتار عضو بیمار خود مؤثر باشند.

¹ Johnson's intervention

² Vernon E. Johnson

- خانواده معتادان معمولاً بدون آن که خود بدانند، به عضو بیمار خود برای تداوم مصرف مواد میدان می‌دهند^۱.
- اعتیاد به صورت پیش‌رونده‌ای باعث بروز اُفت کارکرد در فرد شده و باعث ناراحتی، رنج و عذاب برای خانواده می‌شود.
- غافل‌گیری بخش مهمی از مداخله موفق است زیرا انکار و دلیل‌تراشی در معتادان شایع است.
- اعضای جلسه مداخله باید بر روی مجموعه‌ای از پیامدهای جدی در صورت امتناع فرد از ورود به درمان توافق نمایند.
- درمان بستری روش ترجیحی برای مداخله است و از قبل باید برای بیمار هماهنگ شده باشد.

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

• مدل ارایز^۲

در دهه ۱۹۹۰ مدل ارایز از قراردعی مداخلات جانسونی در کنار طیفی از مداخلات شکل گرفت. مدل ارایز 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.

¹ enabling

² Albany-Rochester Interventional Sequence for Engagement (ARISE)

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 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، پیش‌بندها 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

¹ community reinforcement and family training (CRAFT)

- عدم تشویق رفتار مصرف مواد: حذف هر گونه تقویت مستقیم یا غیرمستقیم رفتاری برای مصرف مواد در عضو بیمار خانواده
 - آموزش تقویت خود به اعضای خانواده: شناسایی احساس ناامیدی، خشم، اضطراب، افسردگی و عجز در اعضای خانواده و کمک به برطرف کردن آنها
 - پیشنهاد درمان به عضو بیمار خانواده: آماده کرده خانواده برای تعیین زمان مناسب برای پیشنهاد مراجعه درمانی و آماده کرده آنها برای رویارویی با پاسخ منفی
- در خاتمه این بخش باید گفت مداخلات رفتاری موفق‌تری برای کمک به خانواده‌ها به منظور قانع کردن یک عضو خانواده طرفه-رونده از مراجعه درمانی وجود دارد که در سطوح اختصاصی و تخصصی درمان ارایه می‌شود. در سطح مراقبت اولیه، ارایه-دهندگان 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 مواد مخدر غیرقانونی می‌دانند؛ گروهی آن را به معنی تغییر رفتار بیمار و تبدیل اخلاق و روحیات او به وضعیت دوره قبل از مصرف تلقی می‌کنند؛ بعضی حتی توقع دارند رفتار بیمار آنان از قبل از شروع مصرف هم بهتر باشد، بسیاری از خانواده‌ها نیز با وجود این که رفتار حال حاضر فرد بیمار را نمی‌پسندند، ولی معمولاً تعریف دقیقی از رفتار ایده‌آل در ذهن ندارند.

بهبودی فرآیندی است که از زمانی که فرد مصرف‌کننده این واقعیت را می‌پذیرد که سالم ماندن او با تداوم مصرف و سایر رفتارهای قبلی و ادامه وضع موجود امکان پذیر نیست، شروع می‌شود و با ادامه دوره پرهیز گسترش و تعمیق می‌یابد؛ در گذر زمان تغییراتی در خود فرد و روابط بین فردی‌اش ایجاد می‌گردد و بیمار به تدریج در حوزه‌های کارکردی مختلف پیشرفت نموده و به یک سبک زندگی فعال و غیرمرتبط با مصرف مواد نزدیک می‌گردد.

انتظار یک بهبودی ایده‌آل در اوایل درمان، انتظاری غیرواقعی است و فقط به فرآیند درمان و آرامش خانواده آسیب می‌رساند.

اعتیاد یک بیماری مزمن و عودکننده است. یعنی بهبودی از آن مانند بیماری دیابت (قندخون) یا فشار خون ممکن است سال‌ها طول بکشد. در این شرایط، هرگاه درمان را جدی نگیریم احتمال بازگشت بیماری وجود دارد. نکته دیگری که لازم است به آن توجه کنید وجود مشکلات همراه با اعتیاد مانند افسردگی، اضطراب، مشکلات شخصیتی و کاهش اعتمادبنفس است که معمولاً باعث پیچیده‌تر شدن درمان می‌گردند. در واقع بیمار شما بعد از کنارگذاشتن مصرف مواد، باید با عوارض جسمی و روانی اعتیاد هم کنار بیاید و آنها را نیز درمان کند که انجام این مجموعه از درمان‌ها نیازمند زمان است.

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

نوع خفیف آن عصبی شده و نمی‌داند چه کند معمولاً پرخاشگری می‌کند، به سمت مصرف مواد می‌رود و یا کنترل خود را از دست داده و رفتارهای غیرمعمول نشان می‌دهد.

بسیاری از این اختلالات رفتاری جزو عوارض مستقیم مصرف مواد نیستند، بلکه در واقع نوعی ناتوانی است که یک بیمار معتاد به علت بیماری طولانی اعتیاد کسب کرده است. مسلماً به همین دلایل دوره درمان از مهم‌ترین زمان‌هایی که بیمار معتاد نیازمند درک، همراهی، کمک و حمایت شما است.

پیگیری

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

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

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

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

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

فصل هفتم:

کاهش آسیب

عناوین فصل

- مقدمه
- تعریف و فلسفه کاهش آسیب
- گروه‌های هدف 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 سلامت جامعه 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 آبنه‌ها 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 تجربه-تان، 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 پیشنهاداتی 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 چطور می‌توانند آن را به حداقل برسانند، تغییر رفتاری صورت نمی‌گیرد. آموزش ممکن است به

شکل انفرادی یا گروهی، در محیط‌های مختلف مثل مراکز بهداشتی مراقبت اولیه، یا پاتوق‌های مصرف‌کنندگان مواد و توسط کارشناسان و یا گروه 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 بیش مصرفی مواد
- جایگزین کردن مواد و روش‌های مصرف پرخطر به کم خطرتر
- 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، خیرنامه‌ها، بروشورها، فیلم‌ها، پمفلت‌ها، کتابچه‌ها و یا درج پیام‌های کاهش آسیب روی سرنگ‌ها برای انتقال اطلاعات در مورد رفتارهای پرخطر و راه‌های پیشگیری

نمونه‌ای از پیام‌های آموزشی یک پوستر در مورد تزریق ایمن‌تر

- همیشه از سرنگ و سوزن خودتان استفاده کنید.
- محل تزریق را مرتب تغییر دهید.
- محل تزریق را با پنبه و الکل تمیز کنید.
- مطمئن شوید که هوا در سرنگ وجود ندارد.
- پس از مصرف، سرنگ را در مکان امنی مثل سطل زباله بیندازید.

مداخلات جامع کاهش آسیب برای مصرف کننده مواد

• یک- اطلاع رسانی، آموزش و برقراری ارتباط¹

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 هیچ علایمی 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 اچ‌آی-وی مورد آزمایش قرار می‌گیرند. علاوه بر این، همه کسانی که قصد اهدای خون دارند، ابتدا مورد مشاوره قرار می‌گیرند و در صورت احتمال انجام رفتار پرخطر، خون آنها وارد چرخه انتقال خون نمی‌شود.
- رعایت احتیاط در اقدامات پزشکی: برای مثال مراقب بودن در هنگام تزریق آمپول و یا انداختن سرسوزن‌های استفاده شده در 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، آسبه 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 برای تان کافی است، از تزریق بقیه ماده خودداری کنید تا خطر بیش-مصرفی را به حداقل برسانید.
- اگر خونی به داخل سرنگ نیامد، یعنی وارد رگ نشده‌اید. به آرامی سوزن را خارج کنید، رگ‌بند را باز کنید و محل را با پنبه فشار دهید. کمی صبر کنید و دوباره امتحان کنید.
- پس از تزریق 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 جداً 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 استفاده- شده 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 مسأله 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 ارایه 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 سلامت جامعه 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، به-خصوص با افزایش مصرف مواد محرک روند سریع‌تری به خود گرفته است.

عفونت اچ‌آی‌وی از راه‌های مختلف ارتباط جنسی قابل انتقال است. این راه‌ها شامل ارتباط جنسی از راه واژن، مقعد، یا دهان می-شود. ارتباط جنسی مقعدی 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 وازلین یا آب دهان استفاده کرد، تنها باید از لیزکننده‌های خاص (لوبریکانت) که در داروخانه موجود است، برای این منظور استفاده شود.

• هشت - پیشگیری، واکسیناسیون، تشخیص و درمان 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 و 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

پرخاطر 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 پرخاطر مصرف کنندگان تزریقی موفقیت‌هایی داشته، ولی در تغییر رفتارهای پرخاطر 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 پرخاطر 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، 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 ارائه 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 هپاتیت 	<p>مصرف‌کنندگان تزریقی (و غیر تزریقی) مواد</p>

منبع - متن آموزشی	شرح خدمت	گروه هدف
	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش‌های مربوط به سل • آموزش‌های مربوط به بیماری‌های منتقله از راه جنسی <p>➤ برگزاری مداخله مختصر و ارجاع برای آسیب‌های مرتبط با مواد</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارجاع به پزشک مرکز سلامت جامعه به منظور ارجاع برای مشاوره و آزمایش اچ‌آی‌وی (ارجاع به مراکز مشاوره بیماری‌های رفتاری در صورت لزوم) <p>➤ ارزیابی و مداخله برای مشکلات روان‌پزشکی اورژانسی و ارجاع</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>	<p>➤ اطلاع‌رسانی، آموزش و برقراری ارتباط به معنی آموزش و اطلاع‌رسانی در رابطه با آسیب‌های مرتبط با مصرف مواد، 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 	<p>خانواده مصرف-کنندگان مواد</p>

منبع - متن آموزشی	شرح خدمت	گروه هدف
	<ul style="list-style-type: none"> • آموزش‌های مربوط به هیپاتیت • آموزش‌های مربوط به سل • 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

- پارک، ک. (۱۳۸۲). طب پیشگیری و پزشکی اجتماعی. ترجمه: رفایی شیر پاک خسرو، تهران: نشر ایلیا، چاپ اول. جلد دوم.
- رزاقی ع، م، رحیمی موقر آ، حسینی م. (۱۳۸۲). گزارش بررسی سریع مصرف مواد تزریقی در شهر تهران در سال ۱۳۸۰. سازمان بهزیستی کشور.
- خان احمدی پریسا. (۱۳۹۶). ۲ میلیون و ۸۰۸ هزار نفر معتاد در کشور. روزنامه ایران، شماره ۶۵۲۸، یکشنبه چهارم تیر ماه ۱۳۹۶، صفحه ۴.
- <http://www.magiran.com/npview.asp?ID=3582313>
- سازمان پزشکی قانونی. (۱۳۹۵). مرگ بیش از ۳۰۰۰ نفر بر اثر سوء مصرف مواد مخدر. وبسایت سازمان پزشکی قانونی، ۱ اردیبهشت ۱۳۹۵.
- <http://lmo.ir/index.aspx?fkeyid=&siteid=1&pageid=2316&newsview=24704>
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۰). شیوع‌شناسی اعتیاد در ایران. گزارش نتایج اصلی مطالعه در رسانه‌های گروهی.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۳). کتاب سال ۱۳۹۳ ستاد مبارزه با مواد مخدر. تهران: ریاست جمهوری، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر برنامه‌ریزی و فن‌آوری اطلاعات.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۴). کتاب سال ۱۳۹۴ ستاد مبارزه با مواد مخدر. تهران: ریاست جمهوری، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر برنامه‌ریزی و فن‌آوری اطلاعات.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۲). گزارش فعالیت‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۱. انتشارات دفتر برنامه‌ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- صرامی، حمید. (۱۳۹۱). شیوع‌شناسی اعتیاد در ایران. سایت ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.
- مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۵). قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات. مصوب ۱۳۸۵/۶/۱۵.
- 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.

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.

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.

هیأت دولت. (۱۳۸۶). آیین‌نامه اجرایی قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات. مصوب ۱۳۸۶/۷/۱.

English References

AGREE Collaboration (2003) Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Quality and Safety in Health Care*, 12, 18–23.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, VA.

Amin-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.]

Amin-Esmaeili M, Rahimi-Movaghar A, Sharifi A, Hajebi A, Mojtabai E, Radgoodarzi R, Hefazi M, Motevalian A. (In review). Alcohol use disorders in Iran: prevalence, symptoms, correlates, and comorbidity. *Journal of Drug and Alcohol Dependence*.

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]

Galanter, M. (2006). Innovations: Alcohol & drug abuse, spirituality in alcoholics anonymous: *Psychiatric Services*, 57, 307-309.

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]

Farzadfar F. (2014). National Priorities for Population Health in Iran. Presentation in JPRM Training Meeting. Ministry of Health and Medical Education, April 13, 2014.

GBD 2015 Risk Factors Collaborators. (2016). Global, regional, and national comparative risk assessment

of 79 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 8;388(10053):1659-1724. [DOI: 10.1016/S0140-6736(16)31679-8.]

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

Park JE, Park AK. (2004). [Park's Textbook of Preventive and Social Medicine Vol 2] (Trans. Shodjai-Tehrani H). 2nd ed. Tehran: Samat Publications. [Persian]

Rahimi-Movaghar A, Razaghi EM, Sahimi-Izadian E, Amin-Esmaeili M. (2010). HIV, hepatitis C virus, and hepatitis B virus co-infections among injecting drug users in Tehran, Iran. *Int J Infect Dis* 14(1):e28-33.

Sharifi, V, Amin-Esmaeili M, Hajebi A, Motevalian A, Radgoodarzi R, Hefazi M, et al. (2015). Twelve-month prevalence and correlates of psychiatric disorders in Iran: 142 The Iranian Mental Health Survey, 2011. *Archives of Iranian Medicine*, 18(2), 76–84. 143

United Nation Office on Drug and Crime (UNODC). (2016). *World Drug Report 2016*. Vienna: UNODC Publications.

Watson DE, Krueger H, Mooney D, and Black C. (2005). *Planning for renewal: Mapping primary Health care in British Columbia*. Center for Health Services and Policy Research. College of Health Disciplines, University of British Columbia, 123- 126.

World Health Organization (WHO). (1978). *Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September, 1978*, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva, World Health Organization.

World health organization (WHO). (2008). *Building the Case for Change: Primary Care Mental Health & Addiction*. Geneva, World Health Organization.

World Health Organization (1992) *ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO Publications. Geneva, Switzerland

World Health Organization (WHO). (1994). *Lexicon of drug and alcohol terms*. WHO Publications. Geneva, Switzerland.

World Health Organization (WHO), UNODC, UNAIDS. (2007). *Interventions to Address HIV in Prisons: Drug Dependence Treatments. Evidence for Action Technical Papers, Final Draft*. World Health Organization, Geneva.

World Health Organization. (2000). *Working with street children: A Training Package on Substance Use, Sexual and Reproductive Health including HIV/AIDS and STDs*. WHO.

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).

World Health Organization (WHO). (2010a). The Alcohol, Smoking and Substance involvement Screening Test (ASSIST): manual for use in primary care. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO). (2010b). The ASSIST-linked brief intervention for hazardous and harmful substance use: a manual for use in primary care. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO). (2010c). Self-help strategies for cutting down or stopping substance use: a guide. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO). (2010d). mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Version 1.0. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).

World Health Organization (2010e). Global strategy to reduce harmful use of alcohol. WHO Publications. Geneva, Switzerland

World Health Organization (2013). Global NCD Action plan 2013-2020. WHO Publications. Geneva, Switzerland

World Health Organization (WHO). (2014a). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO). (2014b). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO). (2014c). Global status report on alcohol and health 2014. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO). (2015). WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking 2000-2025. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO). (2016a). World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).

World Health Organization (WHO). (2016b). Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection. Recommendations for a public health approach - Second edition. Geneva (Switzerland): World Health Organization (WHO).