



راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد

در مراقبت‌های بهداشتی اولیه

کتاب کارشناس مراقب سلامت / بهورز

اداره پیشگیری و درمان سوءمصرف مواد

دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد

۱۳۹۹

شناسنامه

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



زیر نظر:

دکتر احمد حاجبی

نویسندگان:

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

همکاران:

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

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 م مصرف مواد: به سطوحی از مصرف مواد که منجر به نقص یا زجر قابل توجه بالینی، همراه با تغییرات رفتاری و فیزیولوژیک همچون نقص در کنترل مصرف، اُفت کارکرد اجتماعی، مصرف پرخطر و وابستگی فیزیولوژیک در طول یک دوره ۱۲ ماهه شده باشد، اختلال مصرف مواد گفته می‌شود.

اختلالات اعتیادی: در آخرین ویرایش طبقه‌بندی اختلالات روان‌پزشکی **اختلال قماربازی** به عنوان یک اعتیاد رفتاری^۱ به مجموعه اختلالات مرتبط با مواد افزوده 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: 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. واژه اعتیاد را تقریباً می‌توان معادل وابستگی دانست. مطالعات زیربنای عصبی-شیمیایی و نورواناتومیکال مشترکی بین تمام اعتیادها اعم از اعتیاد به مواد و اعتیادهای رفتاری نظیر قماربازی، روابط جنسی، خوردن یا روابط اینترنتی نشان داده‌اند. اعتیادهای مختلف اثرات مشابهی در نواحی پاداش مغز دارند.

الکل: اتانول (اتیل الکل، C_2H_5OH) ترکیب روان‌گردان در همه انواع مشروبات الکلی است. کلمه الکل به صورت کلی برای توصیف نوشیدنی‌های الکلی استفاده می‌شود. الکل یک ماده آرام‌بخش/خواب‌آور است که اثرات مشابه باریتورات‌ها ایجاد می‌کند.

انکار: اعضای خانواده و خود کسانی که مواد مصرف می‌کنند، گاه چنان رفتار می‌کنند که گویی مصرف مواد و مشکلات آشکار ناشی از آن وجود ندارد. به این حالت انکار^۲ گفته می‌شود. توصیف مفاهیمی همچون هم‌وابستگی، میدان دادن و انکار در اینجا به

¹ behavioral addiction

² denial

منظور آشنایی ارایه‌دهندگان مراقبت با پیچیدگی‌های روان‌شناختی نحوه برخورد افراد و خانواده‌ها با موضوع اعتیاد است. این اصطلاحات نباید در حین ارایه آموزش و مراقبت برای توصیف افراد و خانواده‌ها به کار روند زیرا می‌تواند به صورت انگ‌زننده و قضاوت‌گرانه ادراک شود.

باریتورات‌ها: گروهی از داروهای واجد خواص تضعیف دستگاه اعصاب مرکزی که شامل فنوباریتال می‌شوند. در درمان تشنج و بی‌هوشی کاربرد دارند. اثرات حاد و مزمن آن مشابه الکل است.

بازتوانی: به مجموعه مداخلات و برنامه‌هایی گفته می‌شود که پس از درمان علایم 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 علایم و نشانه‌های محرومیت از مواد افیونی القاشده با استفاده از آنتاگونیست‌های مواد افیونی تحت آرام‌بخشی سنگین است.

بازگیری فوق سریع: «سم‌زدایی» فوق سریع یا بازگیری فوق سریع^۲ یک روش درمان برای کنترل بسیار سریع علایم 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 علایم 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.

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

پرهیز یا پاک‌ی: عدم مصرف مواد را پرهیز یا پاک‌ی از مواد می‌گویند.

¹ RD: Rapid detoxification

² URD or UROD: Ultra rapid detoxification

³ medically assisted withdrawal

تحمل: و وضعیتی که در آن با تداوم مصرف مواد، حساسیت فرد به مواد به تدریج کم می شود و فرد ناچار است برای دستیابی مجدد به تأثیرات ناشی از دوزهای کم تر، مقدار بیشتری مواد مصرف کند.

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

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

درمان: مجموعه مداخلاتی را توصیف می کند که هدف آن اصلاح یک مشکل یا وضعیت شناخته شده مرتبط با مصرف مواد در زمینه سلامت جسمی، روان شناختی یا اجتماعی (یا قانونی) فرد است.

درمان نگهدارنده با داروهای اُپیوئیدی: به تجویز طولانی مدت داروهای آگونیست گیرنده های اُپیویدی با هدف کاهش مصرف مواد افیونی غیرقانونی و آسیب های ناشی از آن گفته می شود. اصطلاح درمان نگهدارنده با داروهای اُپیویدی^۱ با درمان جایگزین با داروهای اُپیویدی معمولاً به صورت معادل به کار می روند. اصطلاح درمان نگهدارنده بر این واقعیت تأکید دارد که این روش درمانی یک فرآیند طولانی مدت است که در آن بیمار با استفاده از داروهای اُپیویدی مثل متادون و بوپرنورفین تثبیت و درمان می شود.

سطح بندی خدمات: به تعیین ظرفیت و استانداردهای سطوح مورد نیاز به لحاظ جامعیت و تخصصی بودن خدمات و مراقبت ها برای تأمین پاسخ متناسب به مشکلات مرتبط با یک بیماری یا اختلال، سطح بندی خدمات اطلاق می گردد.

سندرم الککل جنینی: الگویی از تأخیر رشد و تکامل عصب روان شناختی و جسمی با ناهنجاری های مشخص در صورت نوزاد است که در کودکان مواجهه یافته با الککل در طول دوران بارداری رخ می دهد.

¹ OMT: Opioid Maintenance Treatment

سندرم پرهیز نوزادی/سندرم محرومیت نوزادی: نشانه‌های محرومیت از مواد روان‌گردان متعاقب مواجهه با این مواد در رحم را سندرم پرهیز یا محرومیت نوزادی^۱ گویند.

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

سم‌زدایی: به تعریف «بازگیری طبی» مراجعه کنید. واژه سم‌زدایی^۲ مفهوم کنترل علائم ترک را به خوبی منعکس نمی‌کند، به همین دلیل در متون علمی جدید به جای آن از واژه‌های دیگری مثل «بازگیری» یا «بازگیری طبی» استفاده می‌شود.

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

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

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

محرک‌های شبه‌آمفتامینی: گروهی از آمین‌های سمپاتومیمتیک یا اثرات محرک قدرتمند روی دستگاه اعصاب مرکزی. مواد اصلی این گروه شامل مت‌آمفتامین، آمفتامین و دکس‌آمفتامین هستند.

¹ neonatal abstinence or neonatal withdrawal syndrome

² detoxification

³ lapse

⁴ relapse

محرومیت: یک سندرم اختصاصی که بعد از قطع یا کاهش مصرف یک ماده‌ای ایجاد می‌شود که به طور مستمر در طول یک دوره زمانی مصرف شده است. سندرم محرومیت با علائم و نشانه‌های فیزیولوژیک به علاوه تغییرات روان‌شناختی مثل اختلال در فکر، احساس و رفتار مشخص می‌شود. سندرم پرهیز^۱ و قطع^۲ نیز نامیده می‌شود.

مسمومیت: یک سندرم قابل بازگشت که توسط مصرف بیش از حد یک ماده خاص ایجاد شده و یک یا بیشتر از کارکردهای حافظه، هوشیاری، خلق، قضاوت و عملکرد شغلی و اجتماعی و رفتاری را متأثر می‌کند.

مصرف آسیب‌رسان: الگویی از مصرف مواد که منجر به آسیب به سلامتی می‌شود. آسیب سلامتی می‌تواند جسمی (به عنوان مثال ابتلاء به هپاتیت ناشی از مصرف تزریقی مواد) یا روان‌شناختی (برای مثال دوره‌های اختلال افسردگی ثانویه 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^۳ می‌گویند.

مصرف مخاطره‌آمیز: مصرف الکل در سطحی که فرد مصرف‌کننده را در معرض خطرات جسمی یا روان‌شناختی قرار می‌دهد، اما فرد هنوز این عوارض را تجربه نکرده است، مصرف مخاطره‌آمیز^۴ الکل گفته می‌شود.

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

معتادان گمنام یا ان‌ای: معتادان گمنام^۶ 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^۷ به کار رفته در این سند، کلیه طبقات و کلاس‌های مواد در نظر گرفته شده در فصل اختلالات مرتبط با مواد و اعتیادی است که برای آن در DSM-5 یک اختلال مصرف پیش‌بینی شده است. در DSM-5 ده کلاس مختلف مواد در نظر

¹ abstinence

² discontinuation

³ polysubstance use

⁴ hazardous use

⁵ misuse

⁶ NA: Narcotic anonymous

⁷ substances

گرفته شده است که برای تمام آنها به جز کافئین یک اختلال مصرف تعریف می شود. کلاس های ده گانه مواد شامل انواع تنباکو (دخانیت)، کافئین، حشیش، مواد افیونی، مواد محرک، الکل، داروهای آرام بخش و خواب آور، مواد توهم زا، مواد استنشاقی و سایر مواد می شوند.

مواد مخدر یا روان گردان های صنعتی غیر دارویی: مواد مخدر و روان گردان صنعتی غیرقانونی شامل مواد تحت پوشش اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر است. در تبصره ۱ ذیل ماده ۱ این قانون منظور از مواد مخدر موادی تعریف شده است که در تصویب نامه راجع به فهرست مواد مخدر مصوب ۱۳۳۸ و اصلاحات بعدی آن احصاء یا توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به عنوان مخدر شناخته و اعلام می گردد. بر اساس تبصره ۲ ذیل ماده ۱ این قانون رسیدگی به جرائم مواد روان گردان های صنعتی غیردارویی تابع مقررات رسیدگی به جرائم مواد مخدر می باشد. در متن ماده ۴ یا ۸ برخی از مواد مخدر و روان گردان های صنعتی غیردارویی نام برده شده و در تبصره ذیل ماده ۴۵ این قانون ذکر شده است که فهرست مواد مخدر و روان گردان های 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 می توان گفت کلیه موادی که در DSM-5 برای آنها یک اختلال مصرف تعریف شده است به جز تنباکو، الکل و داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف مشمول این قانون هستند. با توجه به غیرقانونی بودن الکل در کشور ما به این گروه از مواد به اختصار می توان **مواد غیرقانونی (به جز الکل)** اطلاق نمود.

میدان دهی: به تسهیل شرایط برای تداوم مصرف مواد برای فرد مبتلا به اختلالات مصرف مواد توسط خانواده **میدان دهی**^۱ می گویند. به فردی از اعضای خانواده که رفتار مصرف مواد فرد را تسهیل می کند (برای مثال از طریق دادن مستقیم پول به او). **میدان دهنده**^۲ گفته می شود. میدان دهی همچنین شامل عدم تمایل یک عضو خانواده برای پذیرش اعتیاد به عنوان یک اختلال طبی-روان پزشکی یا انکار این که فرد مواد مصرف می کند، می شود.

نظام مراقبت های اولیه سلامت: نظام مراقبت های اولیه سلامت^۳ زیرمجموعه ای از نظام سلامت است که مجموعه گسترده ای از خدمات آموزش سلامت، پیشگیری اولیه، غربالگری، ارزیابی، تشخیص و درمان بیماری ها را از طریق جایگاه های سرپایی به افرادی که به صورت خودارجاع به مرکز ارایه خدمات مراجعه نموده اند ارایه می نماید. تمرکز اصلی خدمات در نظام مراقبت های

¹ enabling

² enabler

³ Primary Health Care (PHC)

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

وابستگی: سندرم وابستگی را ببینید.

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

هم‌وابستگی: اصطلاح هم‌وابستگی^۱ به گروهی از الگوهای رفتاری اعضای خانواده اطلاق می‌شود که تحت تأثیر مصرف مواد یا اعتیاد یک عضو دیگر از اعضای خانواده شکل می‌گیرد یا بر روی آن اثر می‌گذارد. میدان دادن یکی از ویژگی‌های مورد توافق هم‌وابستگی است. سایر خصوصیات هم‌وابستگی شامل عدم تمایل به پذیرش اعتیاد به عنوان یک بیماری است. در این ارتباط، اعضای خانواده همچنان به گونه‌ای رفتار می‌کنند که گویی رفتار مصرف مواد داوطلبانه و اختیاری است و مصرف‌کننده مواد عامدانه به مواد بیش از آنها 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.

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 اچ‌آی‌وی به ایدز شناسایی شده است، اما هنوز واکسن یا درمان قطعی برای آن وجود ندارد.

¹ codependence

فصل یکم:

کلیات اعتیاد

عناوین فصل

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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود:

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

مروری بر وضعیت اختلالات مصرف مواد

بیش از ۱/۱ میلیارد نفر از جمعیت بالای ۱۵ سال جهان **محصولات تنباکو** را به صورت کشیدنی (تدخینی) مصرف می‌کنند. سازمان جهانی بهداشت شیوع 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 همه‌گیری شناسی 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٪، مت‌آفتمین 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



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

^۱ ICD-10

^۲ DSM-IV-TR

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 کشور 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٪

بار قابل انتساب به مصرف مواد

به میزان ناتوانی و مرگ ناشی از یک بیماری، بار بیماری^۱ گفته می‌شود. شاخص کمی بار بیماری، سال‌های زندگی سازگار شده با ناتوانی^۲ یا DALY است. بنا به تعریف، یک DALY یک سال از دست رفته از «عمر توأم با سلامتی کامل»^۳ است.

بر اساس گزارش سازمان پزشکی قانونی کشور روزانه ۸ نفر در اثر اعتیاد به مواد غیرقانونی (شامل الکل) جان خود را از دست می‌دهند.

مصرف تزریقی مواد یکی از معضلات عمده بهداشتی کشور و مسبب شیوع برخی از بیماری‌های عفونی است. در کشور 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. شیوع عفونت اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی در کسانی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کنند در کشور به ترتیب ۱۴ و ۵۰ درصد گزارش شده است.

علاوه بر موارد بالا مصرف مواد خطر ابتلا به مجموعه‌ای از بیماریهای غیرواگیر و جراحات و سوانح را افزایش می‌دهد. برای آشنایی بیشتر با عوارض اختصاصی ناشی از انواع مواد مختلف فصل سوم را ببینید.

اعتیاد 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

¹ burden of disease

² Disability-Adjusted Life Year (DALY)

³ healthy" life

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.

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.

سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد

اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی^۱ است که در شکل‌گیری آن زمینه‌های پیش‌اقتصادی چندی نقش دارند. 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)

حساس شدن سیستم‌های انگیزشی متعاقب مصرف مواد می‌تواند برجستگی^۲ و اهمیت محرک مرتبط با مواد را برای فرد افزایش دهد. مصرف مواد همچنین شروع‌کننده فرآیندهای زیستی است که با حساس‌سازی^۳ 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.

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

¹ bio- psycho-socio-spiritual

² salience

³ sensitization

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 رفتار مصرف مواد است.

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



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
- نگرش و انتظارات مثبت نسبت به مواد
- خطر درک‌شده پایین

○ عوامل سرشتی نظیر تکانش‌گری و مخاطره‌جویی

● گروه همتا

○ هنجار اجتماعی غلط درک‌شده

○ مصرف مواد در گروه همتا

○ فشار همتایان

● خانواده

○ تجارب اولیه زندگی

○ اختلافات خانوادگی

○ دلبستگی پایین به خانواده

○ نظارت ضعیف والدین

○ نگرش مطلوب والدین به مصرف مواد

○ مصرف مواد در والدین

● مدرسه

○ اُفت تحصیلی

○ نداشتن تعهد به مدرسه

● اجتماع

○ دسترسی به مواد و قیمت آن

○ دلبستگی پایین به اجتماع

○ نابسامانی شدید اجتماع

○ جابجایی و مهاجرت

○ محرومیت اقتصادی شدید

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

فصل دوم

آشنایی با چارچوب برنامه

عناوین فصل

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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود:

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

نگاه همه‌جانبه به سلامتی

هدف از ارایه خدمات و مراقبت‌های راهنمای حاضر ارتقای سلامت روانی، اجتماعی گروه‌های هدف به صورت کلی و ارتقای پیامدهای مرتبط با پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اختلالات مصرف مواد به صورت اختصاصی است. سازمان جهانی بهداشت، سلامت را به این صورت تعریف می‌کند: «وضعیت آسایش، رفاه و تندرستی کامل جسمی، روانی، و اجتماعی معرفی می‌کند. بر اساس این تعریف، فقدان بیماری، یا ناتوانی به تنهایی سلامت محسوب نمی‌شود». 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. 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.

در **فصل یکم** عوامل خطر و محافظ دخیل در سبب‌شناسی اختلالات مصرف مواد مرور 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 نشا

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** و **پنجم** را ببینید)
- نحوه پاسخ بخش سلامت به آن

مراقبت‌های بهداشتی اولیه

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

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

اصول طراحی و ارائه مراقبت‌های اولیه بهداشتی عبارتند از:

- 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.
 - تأکید بیشتر مراقبت‌های اولیه بهداشتی بر پیشگیری نسبت به درمان.
- اگر چه اجزای مراقبت‌های بهداشتی اولیه در کشورهای مختلف، متفاوت است، اما سازمان جهانی بهداشت، 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

¹ Primary Health Care (PHC)

۴- بهداشت مادر و کودک و تنظیم خانواده

۵- ایمن سازی علیه بیماری های عفونی خصوصاً بیماری های دوران کودکی

۶- پیشگیری از بیماری های شایع بومی مانند مالاریا و مبارزه با این بیماری ها

۷- درمان مناسب بیماری ها و خدمات رایج

۸- پیش بینی و فراهم کردن داروهای ضروری.

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 حرفه ای نیز به اجزاء پیش گفته اضافه شده اند. شواهد داخلی و تجارب بین المللی نشان داده است که بهترین راه برای ارائه مراقبت های بهداشتی به عموم مردم خصوصاً جمعیت های ساکن در مناطق محروم روستایی و حاشیه شهرها، توسعه خدمات کارآمد مراقبت های بهداشتی اولیه است که از سوی نظام ارجاع مناسبی حمایت شود.

ضرورت ادغام

نحوه برخورد با مشکلات سلامت در مراقبت‌های اولیه پایین‌ترین سطح از پیچیدگی را دارد. مراقبت‌های اولیه، اولین نقطه تماس مردم با خدمات سلامت است و صرف نظر از میزان درآمد و مشکلات اجتماعی برای تمام افراد جمعیت قابل دسترسی 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 سلامت فراهم می‌گردد، در مقابل نظام‌های مراقبت سلامت با گرایش تخصصی شدید در بسیاری از موارد از دستیابی به پیامدهای سلامت ناکام باقی می‌مانند.

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

¹ continuity

² self-referral

³ comprehensiveness

⁴ coordinated

⁵ community-based

⁶ family-centeredness

⁷ culturally competent

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

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

هدف کلی از ارائه خدمات اختلالات مصرف مواد در نظام شبکه به صورت ادغام‌یافته با خدمات سلامت روانی، اجتماعی و سایر مراقبت‌های جسمی، کاهش بار اختلالات مرتبط با مصرف دخانیات، 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، الکل، داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف و مواد دیگر از طریق

- توانمندسازی افراد در زمینه خودمراقبتی^۱
- ارتقای سواد سلامت در زمینه اختلالات مصرف مواد و درک و پذیرش آن به عنوان یک بیماری قابل پیشگیری و درمان‌پذیر
- تأمین دسترسی عادلانه، جامع و پایدار به طیفی از خدمات اختلالات مصرف مواد شامل آموزش، پیشگیری اولیه، غربالگری، مداخلات زودرس، ارجاع به درمان، کاهش آسیب، مراقبت و پیگیری
- افزایش پوشش خدمات اختلالات مصرف مواد
- ارائه خدمات استاندارد و باکیفیت در زمینه اختلالات مصرف مواد
- ارجاع، آموزش و حمایت از بیماران و خانواده‌ها برای دریافت خدمات درمان در سطوح بالاتر
- تقویت ساختار، ظرفیت‌سازی و حمایت مستمر از ارایه خدمات و پایش و نظارت آنها

¹ self-care

سطوح پیشگیری

اقدامات پیشگیرانه 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 می‌شود.
 - **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 ذکرشده در بالا، **پیشگیری اولیه** خود به سه سطح همگانی، انتخابی و موردی طبقه‌بندی می‌شود. مطالب بیشتر در این خصوص در **فصل پنجم** ارایه شده است.

سطح‌بندی مراقبت‌ها

به منظور تأمین پاسخ مؤثر و مقرون به صرفه به اختلالات مصرف مواد یک نظام سطح‌بندی شده ارایه 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 ارایه می‌شوند. در سطح یک خدمات پایه، نسبتاً کم‌هزینه و غیرتخصصی به صورت ادغام‌یافته در کنار سایر مراقبت‌های سلامت ارایه می‌شود در حالی که در سطوح بالاتر، خدمات جامع‌تر، تخصصی‌تر و پرهزینه‌تر فراهم می‌گردد.

ذیل هر سطح چند جایگاه^۱، مرکز^۲ یا مؤسسه ارایه مراقبت پیش‌بینی شده است. کارشناسان مراقب سلامت و بهورزان شاغل در مراقبت‌های اولیه بهداشتی باید برای ارایه آموزش‌های لازم با جایگاه‌ها یا مراکز مختلف ارایه‌کننده خدمات مرتبط ذیل هر سطح ارایه 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 ارایه خدمات تعریف شده ذیل هر یک از سطوح مراقبت توصیف شده‌اند. در ادامه سطوح و جایگاه‌های مختلف ارایه خدمات پیشگیری، درمان و کاهش آسیب اعتیاد معرفی شده است.

سطح یک - مراقبت‌های بهداشتی اولیه

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

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

¹ setting

² center

- خانه بهداشت در روستای اصلی و قمر

- پایگاه بهداشتی در شهرها

- مرکز سلامت جامعه

خدمات سطح اول در خانه بهداشت در روستاها یا پایگاه‌های بهداشتی در شهرها شروع و 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 ثابت^۱ یا سیار^۲ و گروه‌های نیازمندیابی^۳ می‌شود. در حال حاضر حداقل خدمات الزامی در یک مرکز کاهش آسیب ثابت شامل موارد زیر می‌شود: برنامه سرنگ و سوزن، برنامه سلامت جنسی شامل توزیع کاندوم، تیم سیار، درمان نگهدارنده با متادون آستانه پایین، آموزش‌های کاهش آسیب، آزمایش سریع اچ‌آی‌وی و مشاوره، ارجاع جهت درمان‌های ضد‌رتروویروسی، مراقبت زخم، استحمام، جمع‌آوری و دفع بهداشتی سرنگ‌های آلوده، چای و وعده غذایی و پیگیری. مراکز کاهش آسیب و تیم‌های سیار مرتبط با آن وابسته به گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشت، دانشگاه‌های علوم پزشکی یا سازمان بهزیستی کشور هستند. 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.

¹ fixed-site

² mobile centers

³ outreach teams

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. در مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست خدمات ارزیابی و درمان وابستگی به مواد افیونی شامل بازگیری یا نگهدارنده با بوپرنورفین، درمان نگهدارنده با متادون، درمان با تالترکسون و مداخلات روان‌شناختی ارائه می‌گردد.

برخی مراکز درمان وابستگی به مواد مخدر با داروهای آگونیست که بیش از دو سال سابقه داشته و در زمینه ارائه مداخلات روان‌شناختی فعال باشند، می‌توانند پس از تأیید معاونت درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی درمان با کمک تتور آپيوم (شربت تریاک) را ارائه کنند.

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

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

سطح سه- درمان و بازتوانی اقامتی و بستری

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

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

سطح سه شامل دو زیرسطح کلی است:

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

سه-آ- درمان و بازتوانی اقامتی

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

• مرکز اقامتی با مدل طبی

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

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

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

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

• مرکز اقامتی پرهیزمدار (گروه‌های همتا)

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

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

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

مدل مراقبت‌ها در این مراکز استاندارد و مبتنی بر شواهد به نظر نمی‌رسد و به طور کلی ارجاع بیماران به این مراکز توصیه نمی‌گردد. به دلیل عدم 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.

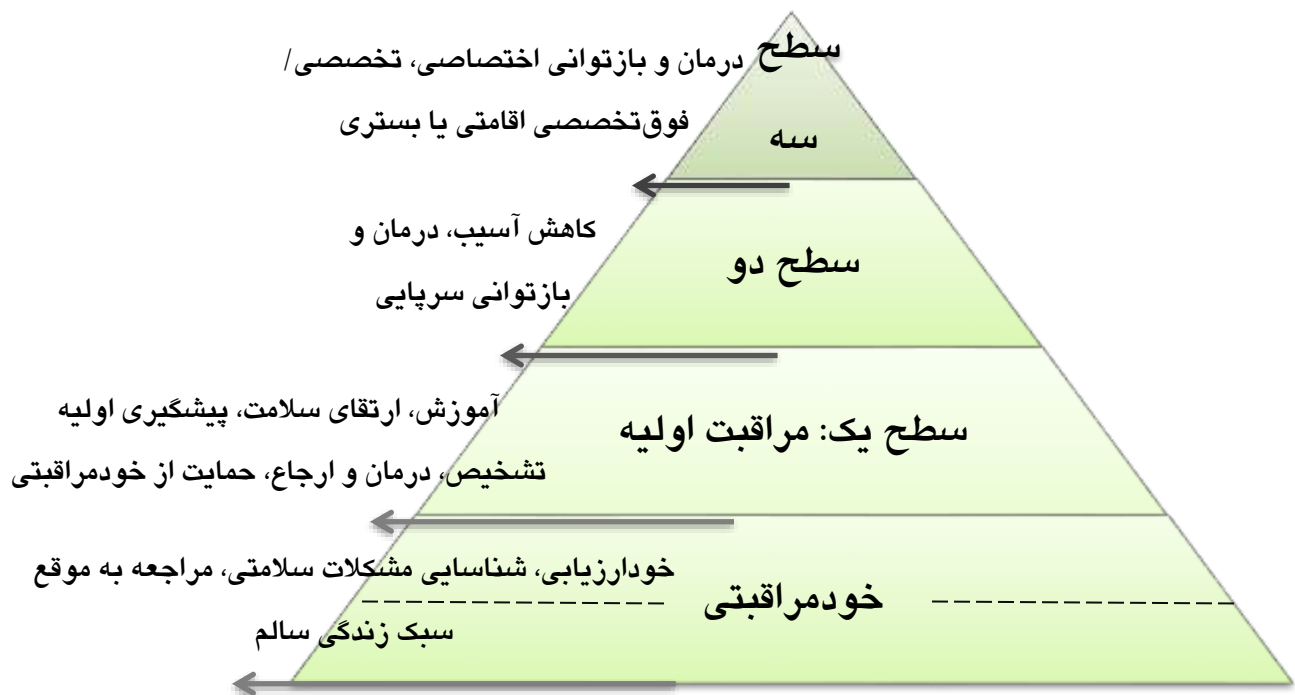
سطح ۳-ب:

¹ TC: Therapeutic community

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

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

شکل ۲-۲- سطوح مراقبت‌های اختلالات مرتبط با مواد



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

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

¹ half-way houses

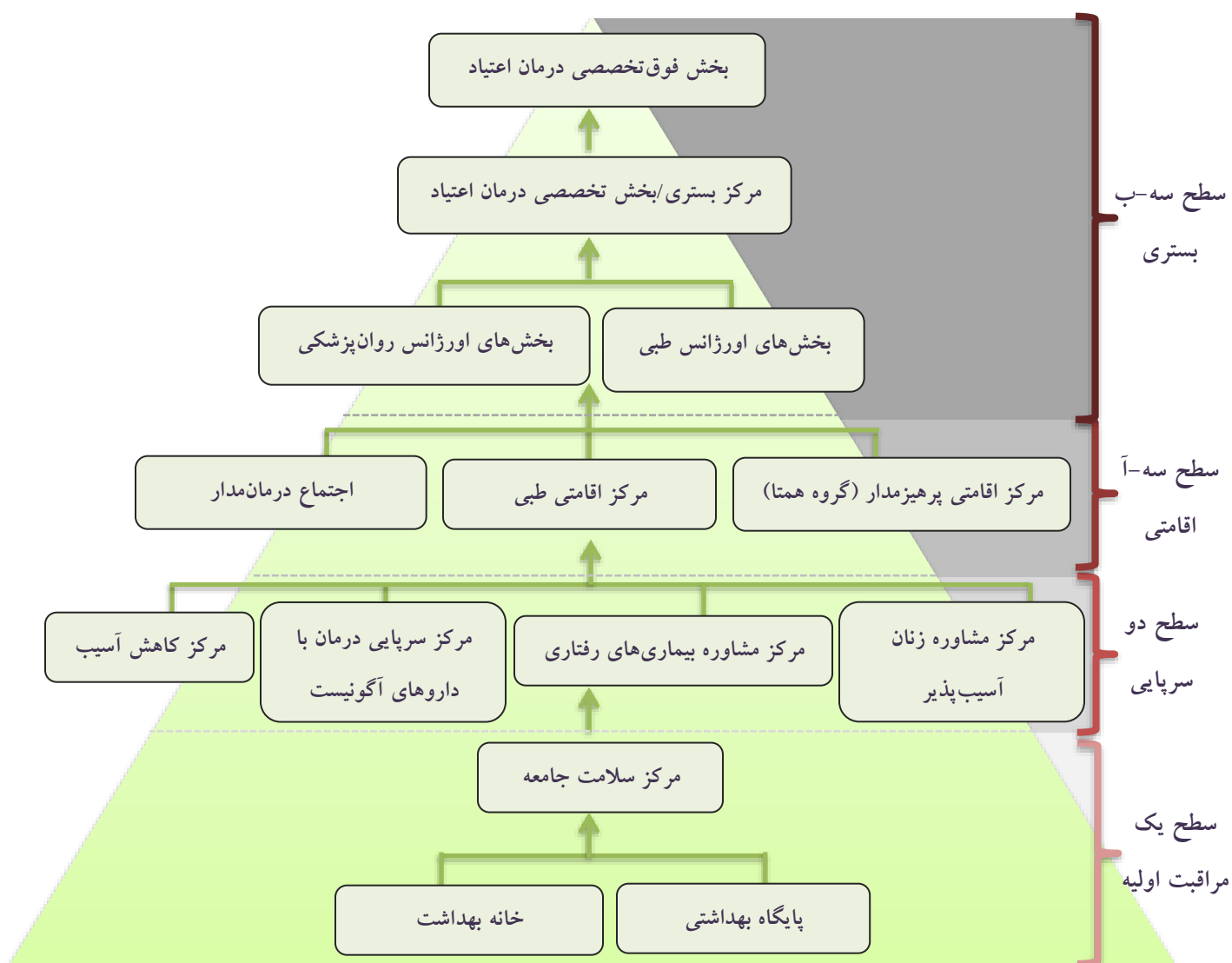
² stable housing

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

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

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

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



فصل سوم:

آشنایی با انواع مواد

عناوین فصل

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

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود:

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

عوارض کلی ناشی از مصرف مواد

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

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

جدول ۳-۱- فهرست طبقات و انواع مواد مختلف

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

در زبان فارسی معادل هر دو واژه **substances** و **drugs** کلمه مواد استفاده می‌شود. منظور از **drugs** در زبان انگلیسی مواد غیرقانونی است. با توجه به قانونی بودن مصرف الکل در کشورهای انگلیسی‌زبان و غیرقانونی بودن آن در کشور ما در این راهنما برای **drugs** معادل مواد غیرقانونی (به جز الکل) استفاده شده است. واژه **substances** برای انواع مواد واجد پتانسیل سوءمصرف در طبقه‌بندی‌های اختلالات روان‌پزشکی استفاده می‌شود که دربرگیرنده دخانیات، داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف، الکل و مواد غیرقانونی (به جز الکل) می‌شود. بنابراین به اختصار می‌توان گفت:

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

اطلاعات بسیاری از مردم درباره مواد زیاد نیست. به همین دلیل، ضروری است اطلاعات اساسی و پایه در زمینه عوارض مختلف مواد بر زندگی انسان به آنان داده شود. اگر چه اثر هر یک از مواد ممکن است متفاوت باشد، ولی به صورت کلی، آنچه که مهم است مراجعان عمومی در مورد مصرف مواد بدانند، در ادامه به طور خلاصه 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، بیوست، بیماری‌های گوارشی و... می‌شود. منظور از تحمل آن است که با گذشت زمان، فرد مجبور است بر مقدار ماده مصرفی خود بیافزاید تا به همان اثرات قبلی مواد دست یابد. منظور از محرومیت آن است که اگر ماده، به فرد نرسد، فرد دچار عوارض و ناراحتی‌های خاصی می‌شود. اگر اعتیاد از نوع تزریقی باشد فرد ممکن است به بیماری‌های عفونی مانند عفونت اچ‌آی‌وی و هپاتیت سی دچار شود. مصرف مواد محرک نظیر مت‌آمفتامین (شیشه) با عوارض جسمی شدیدی مانند سکته مغزی، سکته قلبی، نارسایی قلبی، فشار خون بالا، سوء تغذیه، تحلیل عضلات بدن، پوسیدگی دندان‌ها و... همراه است. مصرف مواد محرک با خطر بیشتر رفتارهای پرخطر جنسی و ابتلای به عفونت‌های منتقله از راه جنسی نظیر عفونت اچ‌آی‌وی و سوزاک (گنوره‌آ) همراه است.

عوارض روان‌شناختی

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

عوارض خانوادگی

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

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

عوارض شغلی، اجتماعی و قانونی

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

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

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

علاوه بر این، به منظور ارایه 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 نیکوتین با سایر وابستگی‌ها همچون ایجاد ولع مصرف آشکار است، اما مصرف انواع تنباکو با مشکلات رفتاری همراه نیست و به این دلیل کسانی که تنباکو مصرف می‌کنند، کمتر به دلیل مشکلات روان‌پزشکی، اجتماعی یا قانونی متقاضی دریافت خدمات درمانی می‌شوند. با این وجود مصرف تنباکو با مشکلات جسمی متعددی

¹ ENDS: Electronic nicotine delivery systems

همراه است و مصرف‌کنندگان آن به دلیل شکایات جسمی مختلف به احتمال بالایی ممکن است متقاضی خدمات درمانی از جایگاه‌های مراقبت اولیه شوند.

سیگار کشیدن یک عامل خطر در بار بیماری‌ها است و همان‌طور که در **فصل یکم** دیدیم **پنجمین** عامل بیماری‌ها در کشور است.

نیکوتین به اشکال مختلف در انواع محصولات تنباکو و سیگارهای الکترونیک در دسترس قرار دارد. رایج‌ترین طریقه مصرف تنباکو سیگار کشیدن هست. سایر روش‌های تدخین تنباکو شامل کشیدن قلیان، سیگار برگ، چپق یا پیپ است. تنباکو همچنین به صورت مشامی در **انفیه** و به صورت جویدنی^۱ یا بدون دود^۲ در **ناس** مصرف می‌شود. در سال‌های اخیر مصرف نیکوتین با استفاده از تبخیرکننده‌های الکترونیک رایج شده است. این تبخیرکننده‌های الکترونیک به صورت سیگار، سیگار برگ، قلیان و پیپ الکترونیک در دسترس قرار گرفته‌اند که به طور کلی به آنها سیستم‌های انتقال نیکوتین الکترونیک یا **اندز** گفته می‌شود. لازم به توجه است که استفاده از سیگارهای الکترونیک به عنوان یک کالای سلامتی مورد تأیید قرار نگرفته است و مصرف از آن از سوی سیستم بهداشتی توصیه نمی‌شود.

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.

عوارض ناشی از مصرف کشیدنی (تدخینی) تنباکو عبارتند:

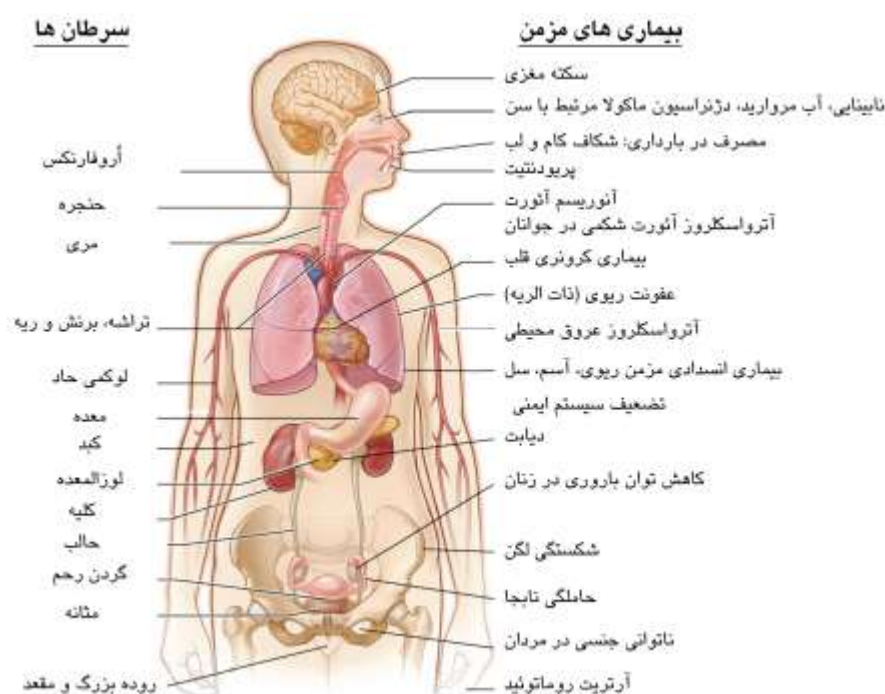
- سیگار کشیدن از طریق ایجاد التهاب در جداره عروق باعث ضخیم‌تر شدن شریان‌ها و نازک‌تر شدن مجرای عبور خون می‌شود. این موضوع باعث بالا رفتن فشار خون می‌شود.
- آسیب جدار عروق در اثر مواد سمی حاصل از کشیدن سیگار همچنین منجر به تشدید فرآیند ایجاد پلاک‌های آترواسکلروزی در جدار شریان‌ها می‌گردد. پلاک‌های آترواسکلروزی 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

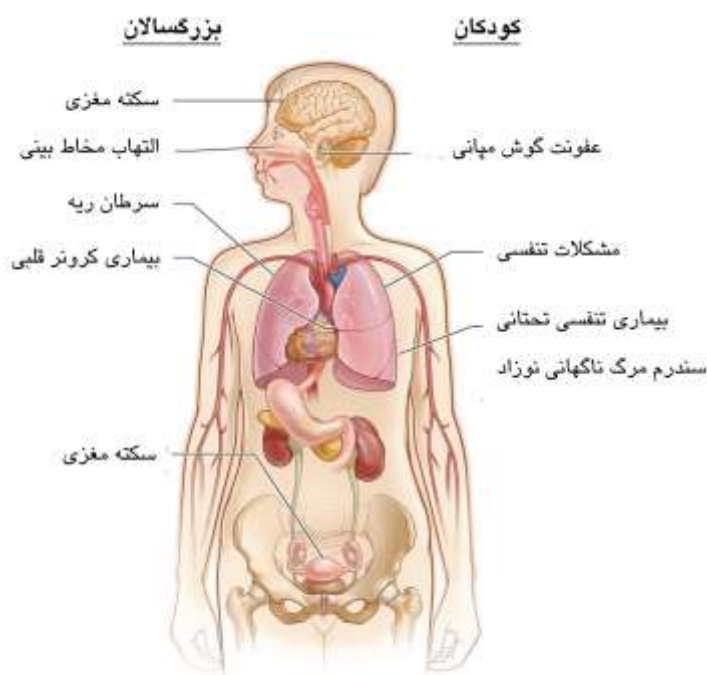
- کشیدن تنباکو باعث آسیب به راه‌های تنفسی و کیسه‌های هوایی در ریه می‌شود. بیماری‌های ریوی ناشی از مصرف کشیدنی محصولات تنباکو شامل بیماری انسدادی مزمن ریوی می‌شود که شامل آمفیزم و برونشیت مزمن است. افراد سیگاری ۱۲-۱۳ برابر بیش از افراد غیرسیگاری ممکن است در اثر بیماری انسدادی مزمن ریه فوت کنند.
- کشیدن 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 ۱-۳ عوارض مصرف کشیدنی تنباکو بر روی سیستم‌های مختلف بدن را نشان می‌دهد.

شکل ۱-۳- 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 بسته‌بندی‌ها و نام‌های مختلف غالباً از مرز جنوب شرقی کشور وارد می‌شود و در استان‌های شرقی و مرکزی کشور مصرف آنها دیده می‌شود. پان واجد **آره‌کولین** 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 لثه، فیبروز مخاطی و **سرطان‌های حفره دهان** است.

در سال‌های اخیر، **سیگارهای الکترونیک** به عنوان یک جایگزین کم خطرتر از سوی تولیدکنندگان تنباکو به بازار معرفی شده است. سیگار الکترونیک واجد یک کارتریج محتوای مایعی است که اصطلاحاً به آن **مایع الکترونیک**^۱ گفته می‌شود. محتوای این مایع از نیکوتین مخلوط شده با یک باز (معمولاً پروپیلن گلیکول)، طعم‌دهنده‌ها، رنگ و سایر مواد شیمیایی تشکیل شده است. عوارض و مشکلات شناخته‌شده مصرف سیگارهای الکترونیک عبارتند از:

- 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 ارایه‌دهندگان سلامت نیست، بلکه به جای آن باید مداخلات استاندارد ترک سیگار برای افراد مبتلا به وابستگی به دخانیات (تنباکو) توصیه گردد. در جدول ۲-۳ خطرات مصرف دخانیات به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر ارائه شده است.

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

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

حشیش

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

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.

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.

^۱ Δ9-THC

- 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 بی‌انگیزگی^۱ 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	

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

¹ amotivational syndrome

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.

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.

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

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 ۳-۴ خطرات مصرف الکل به ترتیب از شدت کمتر تا شدت بیشتر ارائه شده است.

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

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

مواد افیونی

ایرانیان همچون مردمان سایر تمدن‌های باستانی از هزاران سال پیش با خواص ضددرد 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 کدئین، دیفنوکسیلات یا داروهای مورد استفاده در درمان وابستگی به مواد افیونی نظیر متادون و بوپرنورفین نیز در کشور ما غیرشایع نیست. منظور از مصرف غیرپزشکی مصرف داروهای واجد پتانسیل سوءمصرف بدون تجویز پزشک یا با دوز و یا طول مدت بیش از آنچه پزشک تجویز کرده است. مواد افیونی ممکن است به صورت خوراکی، مشامی یا تزریقی مصرف شود.

در صورت ایجاد تحمل فیزیولوژیک کاهش یا قطع ناگهانی مصرف مواد افیونی منجر به بروز علائم محرومیت (خماری) 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.

عوارض ناشی از مصرف مواد افیونی عبارتند از:

- **مرگ پیش از موعد ناشی از بیش‌مصرفی مواد افیونی** شدیدترین عارضه جسمی ناشی از مصرف مواد افیونی است. مرگ ناشی از بیش‌مصرفی در نتیجه ایست تنفسی ناشی از اثر تضعیف تنفسی مواد رخ می‌دهد. **مردک ته‌سنجاقی** که پاسخ خفیف به نور می‌دهد یکی از نشانه‌های بیش‌مصرفی مواد افیونی است، در مراحل پیش‌رفته بیش‌مصرفی و متعاقب هیپوکسی شدید مردمک متسع می‌شود. مصرف هم‌زمان مواد افیونی با سایر داروهای تضعیف دستگاه اعصاب مرکزی همچون بنزودیازپین‌ها اثر هم‌افزا داشته و خطر بروز بیش‌مصرفی را افزایش می‌دهد. مصرف تزریقی مواد با خطر افزایش - یافته برای **مرگ ناشی از بیش‌مصرفی** همراه است.
- مصرف مواد افیونی و داروهای آپئوئیدی تجویزی می‌تواند منجر به **وابستگی** به مواد افیونی شود. وابستگی به مواد افیونی علاوه بر ایجاد اُفت کارکرد پیش‌رونده در حوزه‌های شغلی، اجتماعی، خانوادگی، مالی و قانونی با خطر افزایش یافته برای بروز مجموعه‌ای از بیماری‌های طبی و روان‌پزشکی همراه است.
- در حدود ۹۰٪ افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی از یک **اختلال روان‌پزشکی همبود** رنج می‌برند. شایع‌ترین اختلالات 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 نظیر **اچ‌آی‌وی** و **هپاتیت سی** متعاقب مصرف تزریقی مواد با استفاده از سرنگ و یا سایر وسایل تزریق غیراستریل است. در کشور ما بیش از ۶۵٪ موارد شناسایی‌شده عفونت اچ‌آی‌وی از راه تزریق به این بیماری مبتلا شده‌اند.
- هر چند مصرف مصرف تریاک در مقایسه با مصرف هروئین تخریب روان پزشکی 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 سکت‌های مغزی** مورد توجه محققان کشور قرار گرفته است. این مطالعات نشان می‌دهد مصرف مواد افیونی با خطر افزایش‌یافته برای **بیماری کرونری قلب و سکت‌های مغزی** مرتبط است.
- برخلاف باور غلط مبنی بر اثر تریاک بر کاهش قند خون در تحقیقات انجام‌شده در کشور چنین رابطه‌ای اثبات نشده است. بلکه کسانی که تریاک مصرف می‌کردند در مقایسه با گروه کنترل سالم **کلسترول و تری‌گلیسیرید** بالاتری داشتند.
- مصرف طولانی‌مدت مواد افیونی خصوصاً مواد افیونی کوتاه‌اثر همچون هروئین با مهار محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-گنادهای 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 افت قابل‌ملاحظه میل و کارکرد جنسی همراه است.
- مصرف **ترامادول** علاوه بر عوارض معمول مواد افیونی در دوزهای بالا باعث بروز **پرش‌های عضلانی و تشنج** می‌شود.
- مصرف مواد افیونی در **بارداری** با خطر بالا برای زایمان زودرس، جفت سرراهی، کنده شدن جفت، خون‌ریزی بعد از زایمان و وزن کم موقع تولد همراه است. مجموعه‌ای از مشکلات جسمی در زنان باردار وابسته به مواد افیونی شامل کم‌خونی، فشار خون بارداری، دیابت بارداری و انواع عفونت‌ها با شیوع بالاتری دیده می‌شود. پیامدهای بارداری و نوزادی ضعیف‌تر در زنان بارداری که مواد افیونی مصرف می‌کنند به دلیل اثرات مستقیم مواد، بیماری‌های همراه نظیر سوءتغذیه، سیگار کشیدن و عفونت‌ها و عدم دریافت مراقبت‌های بارداری کافی است.
- مصرف مواد افیونی با ایجاد **یبوست مزمن** در مصرف‌کنندگان آن خطر هموروئید و فیشر ناحیه مقعدی را افزایش می‌دهند.

- **مصرف تزریقی** مواد افیونی علاوه بر خطر عفونت‌های منتقله از راه خون با خطر بالاتر برای بیش مصرفی، 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 ۳-۵ خطرات مصرف مواد افیونی به ترتیب از شدت کمتر یا شدت بیشتر آورده شده است.

جدول ۳-۵- 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 مصرفی و مرگ ناشی از نارسایی تنفسی	

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

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.

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

قرص اکس یا اکستیزی به صورت خوراکی در بازار غیرقانونی مواد کشور ما در دسترس قرار دارد. به دلیل خواص سرتونریک این ماده خواص توهمزایی قوی دارد و در طبقه‌بندی DSM در گروه مواد توهمزا طبقه‌بندی می‌شود. مصرف اکستیزی در ایران در سال‌های اواخر دهه ۱۳۷۰ و در اوایل دهه ۱۳۸۰ شمی رایج شد، اما با گسترش همه‌گیری مت‌آمفتامین مصرف آن در کشور رو به کاهش گذاشت.

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.

علاوه بر دستیابی به سرخوشی، مواد محرک آمفتامینی به دلایل دیگری نیز مورد سوءمصرف قرار می‌گیرند. این دلایل شامل کاهش وزن به خصوص در زنان جوان، بهبود کارکرد تحصیلی و شغلی، بیدار ماندن طولانی‌مدت، افزایش لذت رابطه جنسی، افزایش انرژی در مسابقات ورزشی و افزایش بی‌پروایی و کاهش خستگی در سربازان در جنگ می‌شوند.

عوارض مصرف

عوارض مصرف محرک‌های شبه‌آمفتامینی عبارتند از:

- عوارض تهدیدکننده حیات ناشی از مصرف موادمحرک 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 ۲-۳ 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 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 پاپ یک عامل خطر برای انتقال هپاتیت سی و احتمالاً عفونت اچ‌آی‌وی محسوب می‌شود.
- 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 میان‌مدت و طولانی‌مدت دوزهای بالای آن در مردان منجر به ناتوانی جنسی می‌شود.
- مصرف محرک‌های آمفتامینی در بارداری منجر به کاهش وزن تولد، کاهش قد و دور سر، زایمان زودرس و تأخیر رشدی بعد از تولد می‌شود. خطر تأخیر رشد داخل رحمی با مواد محرک در مقایسه با مواد افیونی، سیگار و حشیش بالاتر است. مصرف محرک‌های آمفتامینی احتمال تأخیر رشد داخل رحمی را ۳/۵-۳ 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. این موضوع با آن که بدیهی به نظر می‌رسد باید در آموزش‌ها مورد تأکید قرار گیرد، زیرا گروهی از مصرف‌کنندگان مواد محرک ابراز می‌کنند که از اعتیادآور بودن این گروه مواد بی‌اطلاع بوده‌اند.

¹ meth mouth

- 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 پارانویید افتراق داد.
- با مصرف مواد محرک مصرف‌کنندگان دچار رفتارهای اجبارگونه^۱ و تکراری^۲ چون بازرسی اشیاء و وسایل، شمارش اجسام، جمع کردن وسایل بی ارزش یا فاقد ارزش برای بیمار، حرکات تکراری در اندام‌ها، تکرار ژست‌های خاص و تکیه کلام‌های به خصوص، دست زدن اجباری به برخی وسایل یا مردم، کندن موها^۳ 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.
- مصرف همچنین مت‌آمفتامین با سطوح افزایش یافته **تکانش‌گری** همراه است. تکانش‌گری خطر اقدامات خشونت‌آمیز نسبت به خود (خودزنی، خودکشی) و دیگران (پرخاش‌گری، دیگرجشی) را بالا می‌برد. 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 ۷-۳ خطرات مصرف مواد محرک به ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر آورده شده است.

جدول ۷-۳- 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	

¹ compulsive

² repetitive

³ trichotillomania

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. مصرف غیرپزشکی این داروهای می‌تواند منجر به وابستگی جسمی و روان‌شناختی شود.

بنزودیازپین‌ها رایج‌ترین مواد این دسته هستند. انواع مختلف بنزودیازپین‌ها در بازار دارویی کشور در دسترس هستند. تفاوت اصلی بنزودیازپین‌ها با یکدیگر در نیمه‌عمر آنها است. بنزودیازپین‌ها شایع مورد استفاده در کشور شامل آلپرازولام، دیازپام، کلونازپام، اکسازپام، فلورازپام و کلردیازپوکساید می‌شود. 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** اثرات بالینی مشابه بنزودیازپین‌ها دارند. در گذشته تصور می‌شد این داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف نبوده و اعتیادآور نیستند. تجربه چند ساله در تجویز زولپیدم و سایر داروهای این دسته نشان می‌دهد که این موضوع صحت نداشته و سوء مصرف 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 سوء مصرف بالای باربیتورات‌ها و در دسترس قرار گرفتن داروهای ضد تشنج جدید، امروزه کاربرد بالینی بازبیتورات‌ها بسیار محدود شده است. فنوباریتال یک باربیتورات کوتاه‌اثر با **نیمه‌عمر ۶-۳ ساعت** در بازار دارویی کشور در دسترس است.

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 تضعیف 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 بیش‌مصرفی 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 بیش‌مصرفی و مرگ به صورت قابل توجهی افزایش می‌یابد.
- مصرف تزریقی بنزودیازپین‌ها کمتر شایع است. به دلیل دسترسی محدودتر به بنزودیازپین‌ها تزریقی افرادی که درگیر این رفتار هستند برای تهیه نسخه دیازپام تزریقی به پزشکان متعدد مراجعه نموده یا برای اخذ دیازپام تزریقی بدون نسخه به داروخانه‌های مختلف مراجعه و در صورت عدم موفقیت ممکن است پرخاش‌گری یا مزاحمت ایجاد نمایند.

در جدول ۷-۳ خطرات مصرف داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور به‌ترتیب از شدت کمتر به شدت بیشتر آورده شده است.

جدول ۷-۳- 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	
علائم محرومیت شدید شامل تشنج و پسیکوز (جنون)	
بیش‌مصرف و مرگ در صورت مصرف با الکل، ترکیبات افیونی و سایر مواد سرکوب‌کننده	

فصل چهارم:

نحوه برقراری ارتباط مؤثر

عناوین فصل

- مقدمه
- نکاتی برای برقراری ارتباط مناسب
- اجزای ارتباط مؤثر

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.

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 مراقب سلامت خانواده و بهورزان، باید با مجموعه‌ای از مهارت‌های برقراری ارتباط با خدمت‌گیرندگان آشنا باشند.

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 ارایه خدمات اعتیاد آشنا کنیم. آشنایی با مهارت‌های برقراری ارتباط با گروه‌های هدف و به‌کارگیری ماهرانه آن می‌تواند صرف نظر از نوع مراقبت ارایه‌شده، 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 ارایه خدمات سلامت رفتاری. به همین دلیل، ضروری است که کارشناسان مراقب سلامت خانواده/بهورزان ارتباط مناسبی با مراجعان و خدمات گیرندگان برقرار کنند.

در زمینه خدمات و مراقبت‌های حوزه مصرف مواد و اعتیاد، برقراری ارتباط مناسب 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:

- جلسه با سلام و احوال‌پرسی معمول آغاز می‌شود.
- به مراجع یادآور شوید که کلیه مسایل مطرح شده به صورت محرمانه خواهد ماند.
- در جلسات فردی مراجع را در یک محیط خصوصی ببینید. برای مثال در صورت نیاز به مصاحبه با یک دانش‌آموز که به همراه مادر خود مراجعه نموده است از مادر درخواست کنید که ابتدا از اتاق خارج شود و پس از خاتمه جلسه مطالب مورد نیاز درباره جلسه را با حفظ ملاحظات رازداری در این زمینه با خانواده در میان بگذارد.
- درباره‌ی زمان مناسب برای ارایه مراقبت برای مراجع، با وی هماهنگی و مشورت کنید.
- در جلسات آموزش 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.
- مراجع و خانواده را تشویق نمایید تا درباره آنچه که فکر می‌کنند به راحتی صحبت کنند. برای تشویق مراجعان به در میان گذاشتن مشکلات خود از سؤالات بازپاسخ استفاده کند: «درباره مصرف مواد چه نگرانی‌هایی دارید؟»

- 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 مراقب سلامت خانواده یا بهورزان باید با بیمار و اعضای خانواده وی تماس چشمی برقرار نموده و از نشانه‌های غیرکلامی گوش دادن فعال نیز استفاده نمایند.
- برخی از مراجعان و خانواده‌های‌شان بسیار برایشان سخت است که در رابطه با مسائل حساس صحبت کنند. به خاطر داشته باشید، همیشه اول گوش دهید بعد پیشنهادتان را ارائه دهید.
- در پایان از مراجع و خانواده وی بخواهید در صورتی که سؤالی دارند بپرسند.

اجزای ارتباط مؤثر

مطالعات انجام‌شده در حوزه ارایه مراقبت‌های اختلالات مصرف مواد نشان داده است که به‌کارگیری مجموعه‌ای از اجزاء و عناصر در سبک ارتباطی ارایه‌دهندگان مراقبت، با موفقیت بیشتر همراه است. این اجزاء عبارتند از: داوطلبانه بودن، رازداری، همدلی، پذیرش، غیرقضاوتی بودن، احترام، مراجع‌محوری، رویکرد انگیزشی، اولویت‌بندی اهداف، تأکید بر مشارکت فعال، مراقبت ساختارمند و 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 می‌شود که ارتباط، سریع‌تر و راحت‌تر 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 هیچ‌گاه نباید استفاده از روش‌های سم‌زدایی اجباری کوتاه‌مدت به صورت اقامتی یا بستری را به خانواده‌ها توصیه نمایند، زیرا نتایج موفقی به دنبال نداشته و می‌تواند با عوارضی نظیر افزایش خطر بیش‌مصرفی پس از ترخیص همراه باشد.

در صورتی که خانواده‌ای یکی از اعضای مصرف‌کننده خود را با استفاده از فشار بیرونی برای ارزیابی به پایگاه بهداشتی یا خانه بهداشت آورده باشند، متناسب با سطح همکاری و تمایل فرد ارایه آموزش، غربال‌گری اولیه و ارجاع توصیه می‌گردد.

یکی از چالش‌های خانواده‌ها در حوزه اختلالات مصرف مواد افرادی هستند که مواد مصرف می‌کنند، اما به صورت داوطلبانه برای دریافت خدمات بهداشتی، درمانی مراجعه نمی‌کنند. برای آشنایی با نحوه کمک به این افراد **فصل شش** را ببینید.

• رازداری

یکی از عوامل مؤثر در ایجاد یک رابطه درمانی صحیح و مؤثر رعایت رازداری است. کارشناسان مراقب سلامت/بهورزان محرم مراجعان خود هستند و نباید اطلاعاتی که در طول جلسه درمانی به دست می‌آورند، بدون کسب اجازه از فرد با اشخاص دیگر همچون خانواده فرد در میان بگذارند. 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 ارایه‌دهندگان خدمات مکلف به ارجاع فوری و مطلع نمودن خانواده فرد و/یا مراجع قانونی مرتبط در چارچوب راهنماها و دستورالعمل‌های استاندارد هستند، اما آنچه در اینجا باید بدان توجه شود این است که گزارش شخصی مصرف مواد مشمول استثنائات اصل رازداری نمی‌شود.

اطلاعاتی که افراد زیر سن قانونی (۱۸ سال) در جلسات آموزشی و مشاوره ارایه می‌کنند، کاملاً محرمانه بوده و نباید بدون رضایت فرد و والد یا قیم قانونی او در اختیار اشخاص ثالث نظیر کارکنان مدرسه گذاشته شود.

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

• همدلی

همدلی به معنای فهم 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.

چنان چه مراجع بداند که شما او را می‌فهمید همکاری وی با شما افزایش یافته و ماندگاری او در مراقبت تداوم می‌یابد.

• 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

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، رفتار و یا مشکلاتی که مراجع مطرح می‌کند در مورد وی قضاوت کنید و واکنش منفی نشان دهید. 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.

• احترام

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، مسئولیت افراد در قبال انتخاب‌های خود نیز مورد تأکید قرار می‌گیرد.

• مراجع محوری

مراجع محوری 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 مقاصد دریافت مراقبت برای نیازهای واقعی‌اش شود.

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

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 نگرسته و اولویت مداخله را بر اساس نیاز و ترجیحات او تعیین نمایند.

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 می‌تواند در ایجاد یک رابطه صحیح و مؤثر مانع ایجاد کند.

• 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.

• 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 ارائه خدمات در حوزه اعتیاد این است که مصرف‌کنندگان و خانواده‌های آنها را «در جایی که هستند» ببینیم و از آنجا کار را شروع کنیم. این بدان معنی است که ارائه خدمات، مشروط به کنارگذاشتن 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.

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

مشارکت و همکاری دریافت‌کنندگان خدمات و فراهم‌کنندگان آن در خدمات اختلالات مصرف مواد اهمیت بالایی دارد. نقش مراجع نباید پذیرنده منفعل خدمات در نظر گرفته شود، بلکه آنها باید به عنوان کسانی دیده شوند که قادر به پذیرش مسئولیت تغییر رفتار خود بوده و می‌توانند به دیگران در تغییر رفتار کمک کنند.

• مراقبت ساختارمند

مطالعات مختلف نشان می‌دهد مداخلات معطوف به تغییر رفتار زمانی می‌تواند به موفقیت دست یابد که هدفمند^۳ و ساختاریافته^۴ 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. در یک مراقبت ساختارمند دستیابی به اهداف تغییر رفتار در طول زمان به دقت مورد پایش و ارزیابی قرار می‌گیرد.

. به این منظور لازم است کارشناسان مراقب سلامت خانواده و بهورزان راهنماهای مبتنی بر دستورالعمل طراحی شده برای هر یک از مراقبت‌ها را دقیقاً اجرا نموده و در فواصل زمانی مشخص پیگیری و ارزیابی مجدد به عمل آورند.

• رفتار حرفه‌ای

ارتباط کارشناسان مراقب سلامت خانواده با مراجعان در یک قالب حرفه‌ای تعریف می‌شود. 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

¹ hierarchical

² stepped care approach

³ targeted

⁴ structured

مورد استفاده قرار گیرد، اما برای کارکنان تیم سلامت تبادل پیام‌های شخصی یا مطالب متفرقه با مراجعان در گروه‌های الکترونیک مجاز نیست.

در حین ارایه مراقبت‌ها تمرکز اصلی باید بر روی مشکلات مراجع باشد و کارشناس مراقب سلامت/بهورز باید از خودافشاگری^۱ یا باز کردن مسائل و مشکلات خود اجتناب نماید.

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

به صورت مشابه، باید توجه داشت ارایه‌دهنده مراقبت نباید در رابطه بین بیمار با خانواده، محل کار یا مراجع قانونی نقش مدافع یا حامی مراجع را بازی کند. این موضوع نیز باعث ایجاد یک ارتباط معیوب بین مراجع و شما شده و می‌تواند نه تنها در فرآیند بهبودی مؤثر نباشد، بلکه از طریق میدان دادن^۲ به مصرف مواد فرد، باعث لغزش و عود گردد.

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 مراجع در دستیابی به هدف تعیین‌شده برای مراقبت 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.

¹ self-disclosure

² enabling

فصل پنجم:

پیشگیری از مصرف مواد

- مقدمه
- شناسایی عوامل خطر و محافظ
- باورهای غلط رایج درباره مواد و مصرف مواد
- گروه‌های هدف
- برقراری ارتباط با گروه‌های هدف
- پیشگیری همگانی
- شرح خدمات پیشگیرانه همگانی
- پیشگیری انتخابی
- شرح خدمات پیشگیرانه انتخابی

پس از مطالعه این فصل انتظار می‌رود:

- مفهوم پیشگیری و سطوح آن را در ارتباط با اختلالات مصرف مواد توضیح دهید.
- اقدامات پیشگیری همگانی و انتخابی را بدانید.
- برنامه‌های پیشگیری همگانی و انتخابی را شرح دهید.
- عوامل خطر و محافظ اختلالات مصرف مواد را بدانید.
- اختلالات روانی شایع در بزرگسالی را شناسایی کنید.
- اختلالات روانی شایع در دوران کودکی و نوجوانی را شناسایی کنید.
- عوارض مصرف مواد در دوران بارداری را بدانید.

مصرف مواد و اعتیاد، یکی از مشکلات جدی بهداشتی جوامع امروزی است. اعتیاد و مصرف مواد، مشکلات و بیماری‌های متعدد دیگری را هم همراه خود می‌آورد، مانند تصادفات رانندگی و خشونت، عفونت اچ‌آی‌وی و موارد مشابه. این در حالی است که درمان اعتیاد بسیار سخت و مشکل بوده و با میزان‌های بالای عود همراه است. بدیهی است که در این زمینه، اقدامات پیشگیری اولیه بسیار سودمند و ضروری هستند.

اقدامات پیشگیرانه عبارتند از، کلیه تلاش‌هایی که به منظور جلوگیری از بروز بیماری‌ها و مشکلات اجتماعی و کاهش پیامدهای آنها صورت می‌گیرد. اصل اساسی این است که «در بلندمدت، پیشگیری اولیه مؤثرتر و مقرون به‌صرفه‌تر از درمان است.» در **فصل دوم** دیدم پیشگیری در سه سطح صورت می‌گیرد. طبقه بندی دیگری نیز از انواع مداخلات پیشگیری اولیه براساس مخاطبان وجود دارد که در ادامه توضیح داده شده است:

- **پیشگیری همگانی:** هدف مداخلات پیشگیری همگانی^۱، کلیه افراد سالمی است که دچار بیماری نشدند. جمعیت مورد نظر در مداخلات پیشگیرانه همگانی می‌تواند کل جامعه دانش‌آموزان، مادران باردار یا افراد شاغل باشند. به عنوان مثال طرح آموزش مهارت‌های زندگی که به کلیه دانش‌آموزان مدارس یا آموزش فرزندپروری که به کلیه والدین می‌پردازد.
- **پیشگیری انتخابی:** هدف مداخلات انتخابی^۲، افرادی است که میزان احتمال خطر ابتلای به بیماری یا مصرف مواد و اعتیاد در آنها به طور مشخص و معنی‌داری بالاتر از افراد جامعه است. مداخلات پیشگیرانه انتخابی به عوامل خطر زیستی، روانی یا اجتماعی می‌پردازد که در جمعیت مورد نظر بیشتر از مردم عادی است. آموزش ارتباط با همتایان به فرزندان والدین مصرف‌کننده مواد، یا کودکانی که در مراکز نگهداری شبه‌خانواده سازمان بهزیستی زندگی می‌کنند، مثال‌هایی از مداخلات پیشگیرانه انتخابی محسوب می‌شوند.
- **پیشگیری موردی:** مداخلات پیشگیرانه موردی^۳ به افراد پرخطری می‌پردازد که نشانه‌ها و علایمی از یک اختلال یا بیماری را نشان می‌دهند. غربال‌گری یا مداخله مختصر با دانش آموزی که به تازگی و تفرنی مواد مصرف می‌کند، نمونه‌ای از این نوع مداخله است. تمرکز اصلی مباحث این فصل، مداخلات پیشگیری همگانی و انتخابی بوده و به پیشگیری موردی در فصل‌های آتی پرداخته شده است.

در **جدول ۵-۱** فهرست مداخلات پیشگیرانه همگانی و انتخابی این فصل را مطابق با استانداردهای اقدامات پیشگیرانه ارایه کرده است.

¹ universal

² selective

³ indicative

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

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

هدف اقدامات پیشگیرانه آن است که از عوامل خطر مصرف مواد و اعتیاد کاسته و بر عوامل محافظ بیافزاید. 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 بتواند از عوامل خطر اعتیاد و مصرف بکاهد و بر عوامل محافظ بیافزاید.

آشنایی با عوامل خطر و محافظ

منظور از عوامل خطر، ویژگی هایی در فرد، گروه همتا، خانواده، مدرسه، محیط و اجتماع است که احتمال مصرف مواد را افزایش می دهند. به این ترتیب، عوامل خطر متعددی وجود دارد که در جدول ۵-۲ به تفکیک به آنها اشاره شده است. منظور از عوامل محافظ، ویژگی هایی در فرد، گروه همتا، خانواده، مدرسه، محیط و اجتماع است که احتمال مصرف مواد را کاهش می دهند. عوامل محافظ می توانند اثر عوامل خطر را کاهش دهند و از فرد در مقابل خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد محافظت کنند.

جدول ۵-۲- عوامل خطر و محافظ به تفکیک موقعیت های مختلف

موقعیت	عوامل خطر	عوامل محافظ
فردی	عزت نفس ضعیف، ابتلای به بیماری های روانی مانند افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال نقص توجه و بیش فعالی، مهارت های ضعیف مقابله ای، مهارت های ضعیف اجتماعی، ویژگی های شخصیتی مانند هیجان طلبی، نافرمانی، سرکشی یا انزوا،	توانمندی های روانی، اجتماعی غنی، عزت نفس بالا، مهارت های اجتماعی قوی، مهارت مقابله با استرس ها
خانوادگی	دلبستگی ضعیف بین والدین و فرزندان، والدین مصرف کننده، محیط خانوادگی آشفته، مشاجره و اختلاف شدید بین والدین، فرزندپروری ضعیف	پیوند و ارتباط قوی و مثبت بین والدین و فرزندان، نظارت قوی والدین بر فرزندان، وجود قواعد روشن در خانواده، سبک فرزندپروری قاطعانه
مدرسه	رفتارهای خجالتی یا پرخاش گرانه در مدرسه، عملکرد ضعیف تحصیلی، افت تحصیلی، رها کردن مدرسه	عملکرد خوب تحصیلی، ارتباط خوب با معلمان و مدرسه
اجتماع/ محیط	ارتباط و معاشرت با دوستان مصرف کننده مواد، هنجارهای مثبت نسبت به مواد، زندگی در محله آلوده و فقیر، دسترسی به مواد	پیوندهای مثبت با نهادهای اجتماعی مانند مدرسه و نهادهای مذهبی، داشتن نگرش های متعارف نسبت به مصرف مواد

چند نکته اساسی در برنامه های پیشگیرانه مهم است که باید به آنها توجه جدی شود. در برنامه های پیشگیرانه باید:

- عوامل خطر کاهش یافته و عوامل محافظ افزایش یابند.
- در برنامه های پیشگیرانه به همه باید مواد توجه شود و نه یک ماده خاص.

- در برنامه‌های پیشگیرانه باید به نوع مواد رایج مورد مصرف 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، جنس، و سایر ویژگی‌های مهم.

باورهای غلط شایع درباره مواد و مصرف مواد

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

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

واقعیت: همه کسانی که معتاد شدند، همین باور را داشتند. ولی وقتی فرد مواد را تجربه کرد، دچار ولع می‌شود. یعنی میل دارد که باز مواد را مصرف کند. علاوه بر این، بعضی از مواد مانند تریاک، وابستگی جسمی می‌دهند یعنی بعد از مدتی مصرف، اگر ماده به آنها نرسد، دچار مشکلاتی می‌شوند. همچنین، موادی مانند تریاک، تحمل ایجاد می‌کنند. یعنی مصرف کننده مجبور است مرتب مقدار ماده مصرفی را افزایش بدهد تا به همان اثر قبلی ماده برسد.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- مادران
- زنان در سنین باروری
- نوزادان (تولد تا پایان یک ماهگی)
- کودکان (دو ماهگی تا پایان ۶ سالگی)
- نوجوانان (۷ سالگی تا پایان ۱۸ سالگی)
- جوانان (۱۹ سالگی تا پایان ۲۹ سالگی)
- میانسالی (۳۰ سالگی تا ۵۹ سالگی)
- سالمندان (۶۰ سالگی به بالا)

برقراری ارتباط با گروه های هدف

گام نخست در ارایه خدمات، ایجاد ارتباط مناسب و مؤثر با مردم است. برقراری ارتباط با گروه های هدف یکی از کلیدی ترین فعالیت ها برای اجرای فرایند خدمات اختلالات مصرف مواد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه است. برقراری ارتباط مناسب باعث می شود تا مراجعان برای دریافت خدمات مراجعه کنند و ماندگاری آنها در برنامه افزایش یابد.

برقراری ارتباط با گروه های هدف مناسب باعث می شود تا افراد آگاهی های لازم را کسب نموده و تمایل پیدا کنند از خدمات بهداشتی بهره مند شده و در آن مشارکت کنند. برای کسب اطلاعات بیشتر درباره مهارت های پایه برای برقراری ارتباط با گروه های هدف شامل رعایت حریم خصوصی، اطمینان دادن درباره رازداری، نشان دادن همدلی، غیرقضاوتی بودن و... **فصل چهارم** را ببینید.

پیشگیری همگانی

همان طور که قبلاً گفته شد، پیشگیری همگانی یکی از حوزه های تمرکز بسته خدمتی حاضر است. به منظور پیشگیری از مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد، ضروری است مداخلاتی برای کلیه افراد سالم جامعه تهیه و تدوین شود. کودکان، یکی از مهم ترین جمعیت های هدف در مداخلات پیشگیرانه همگانی هستند.

در این رابطه مداخلاتی که با والدین انجام می شوند مانند برنامه آموزش مهارت‌های فرزندپروری اهمیت اساسی دارند. علاوه بر این، آموزش عموم مردم و اطلاع رسانی در زمینه مصرف مواد و اعتیاد به عنوان یک مشکل رفتاری قابل پیش‌گیری و درمان‌پذیر، نقش مهمی در ارتقای سواد سلامت گروه‌های هدف خواهد داشت.

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 پرخطر، والدین هستند، به شرط آن که بتوانند:

- رابطه گرم و صمیمانه ای با فرزندشان ایجاد کنند،
- در همان زمان بتوانند قواعد روشن و مشخصی برای رفتار مناسب فرزندان تعیین کنند،
- بتوانند به درستی بر اوقات فراغت فرزندان و رفتار آنان با دوستان‌شان نظارت داشته باشند،
- به فرزندان شان کمک کنند تا تصمیم‌گیری‌های بهتری داشته باشند و
- مدل مناسبی برای آنان باشند.

در دوره‌های مختلف سنی کودکان و نوجوانان، نکات خاصی در فرزندپروری اهمیت بیشتری می‌یابد که در ادامه به تعدادی از مباحث مهم رشدی که در فرزندپروری مطرح است اشاره شده است.

• دلبستگی

یکی از پدیده‌های مهمی که از زمان تولد آغاز می‌شود و تا ۲ سالگی به اوج خود می‌رسد و اثر مهمی بر سلامت روان انسان دارد، پدیده دلبستگی است. دلبستگی طبیعی در دوران نوزادی لازمه‌ی رشد سالم افراد است. دلبستگی زمانی ایجاد می‌شود که نوزاد رابطه‌ای گرم صمیمی و مداوم با مادرش داشته باشد، رابطه‌ای که موجب رضایت و خشنودی 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.

بسیار مهم است که نوزاد و شیرخوار زیر دو سال از مادرش جدا نشود. جدایی‌های مکرر و طولانی مدت از مادر با مشکلات روانی همراه است.

دلبستگی احساس ایمنی برای نوزاد ایجاد می‌کند. این فرآیند با تعامل مادر و نوزاد تسهیل می‌شود و آنچه مهمتر است مدت زمانی است که این دو با هم تعامل می‌کنند نه مقدار فعالیت که باهم انجام می‌دهند.

• برنامه‌های فرزندپروری در اوایل کودکی

برنامه‌های فرزندپروری، روش‌های ساده‌ای را به والدین برای بهبود مهارت‌های برقراری ارتباط و مدیریت رفتار فرزندان می‌آموزد. آموزش فرزندپروری شامل موارد مختلفی است از جمله:

○ آموزش مهارت‌های ارتباطی خانوادگی بهتر به والدین،

○ روش‌های انضباطی متناسب با مراحل رشد،

○ اجرای قوانین قاطع و مداوم و دیگر مهارت‌های مدیریت خانواده.

همچنین، می‌توان در این زمینه به والدین آموزش‌هایی داد که چگونه حمایت‌های اجتماعی، هیجانی، شناختی و مادی خود را افزایش دهند به طوری که مثلاً بتوانند نیازهای مالی، رفت و آمد، مراقبت‌های بهداشتی و شرایط مناسب برای انجام تکالیف مدرسه فرزندشان را برآورده کنند.

تحقیقات نشان دادند والدین باید از طریق موارد زیر نقش فعال‌تری در زندگی فرزندان خود داشته باشند:

- صحبت با فرزندان در مورد مواد
- نظارت بر فعالیت‌های فرزندان
- شناخت دوستان فرزندان
- فهمیدن مشکلات و نگرانی‌های فرزندان، ایجاد قوانین و مقررات باثبات
- مشارکت در یادگیری و تحصیل فرزندان.

• فرزندپروری در دوره نوجوانی: نظارت

نظارت در تمام طول زندگی کودکان و نوجوانان ضروری است. شکل نظارت والدین، بر اساس مراحل رشدی کودکان و نوجوانان تغییر می‌کند.

نظارت بر رفتار یک کودک نوپا بدین صورت است که والدین باید دائماً، تمام رفتارهای وی را زیر نظر بگیرند تا وی دست به وسایل خطرناک نزند یا موارد غیرخوراکی یا نامناسب را در دهان خود نگذارد.

برای یک کودک هفت ساله، شاید نظارت بیشتر در مورد انجام کارهای روزانه و درست انجام دادن آن باشد. دیگر والدین، نگران این نیستند که فرزندشان دست به بخاری یا آتش بزند.

در مورد یک نوجوان نیز نظارت تغییر می کند. از آن جایی که در دوره نوجوانی، رفتارهای پرخطر افزایش می یابد و همچنین، نوجوان برای انجام رفتارهایی استقلال یافته است مانند رفت و آمد به سینما همراه دوستان و ارتباط و معاشرت با دوستان خود و مانند آن، نظارت اهمیت مضاعفی پیدا می کند. به همین دلیل، در این قسمت به صورت کوتاه به آن پراخته شده است.

برخلاف تصور عموم، در دوران نوجوانی نه تنها از اهمیت رابطه فرزند- والد کم نمی شود، بلکه همچنان ادامه می یابد. نوجوانانی که رابطه خوبی با والدین خود دارند، از سلامت روانی و جسمی بیشتری برخوردارند و کمتر احتمال دارد که به سمت مصرف مواد بروند. برعکس، رابطه ضعیف والدین با فرزندان، با رابطه بیشتر با همتایان ناسالم و انجام رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد مرتبط است.

نه تنها مهم است که والدین رابطه غنی، گرم و صمیمانه با فرزندان داشته باشند بلکه همزمان، بسیار مهم است که والدین بتوانند سه اصل زیر را در تعامل با نوجوانان اجرا نمایند:

- برای فرزندان خود انتظارات و محدودیت هایی را مشخص کنند
- بر رفتار آنان نظارت داشته باشند که تا چه حد انتظارات والدین را انجام می دهند و به محدودیت های خانواده احترام می گذارند.
- در صورتی که از این انتظارات و محدودیت ها سرپیچی کردند چگونه با آنان برخورد شود تا بتوانند با خانواده خود همراه شوند.

نظارت والدین می تواند فعال یا غیرفعال باشد. در جدول ۵-۳ انواع نظارت فعال و غیرفعال توصیف شده است.

جدول ۵-۳- انواع نظارت و رفتارهای مرتبط با آنها

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

آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی

در این مداخله، معلمان آموزش‌دیده، دانش‌آموزان را درگیر فعالیت‌های تعاملی می‌کنند تا دانش‌آموزان فرصت آموزش و تمرین دامنه‌ای از مهارت‌های اجتماعی و بین‌فردی را داشته باشند. معمولاً، این مداخلات، از طریق جلسات ساختاریافته به همه دانش‌آموزان آموزش داده می‌شود.

این برنامه، فرصتی است که دانش‌آموزان بتوانند در محیطی امن، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های سخت در زندگی روزمره را بیاموزند. این برنامه منجر به رشد توانمندی‌های اجتماعی عام از جمله سلامت اجتماعی و هیجانی و توجه به نگرش‌ها و هنجارهای اجتماعی نیز می‌شود. معمولاً در اجرای این برنامه‌ها برای **کودکان** مقطع ابتدایی، محتوایی در مورد مواد وجود ندارد، چون بسیاری از کودکان در این سن هنوز مواد را شروع نکرده‌اند.

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

استفاده از فعالیت‌های تعاملی به دانش‌آموزان کمک می‌کنند تا انواع مهارت‌های فردی و اجتماعی را آموخته و تمرین کنند. تاکید این برنامه‌ها بر پرورش توانایی «نه گفتن» به مواد و موقعیت‌های پرخطر است که به نوجوانان کمک می‌کند تا در برابر فشارهای اجتماعی برای مصرف مواد مقاومت کنند.

سایر موضوعات مهم عبارتند از: گفتگوی متناسب با 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 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.

جدول ۵-۴- انواع مهارت‌های زندگی

مهارت های زندگی	تعریف	انواع/توضیحات
حل مسأله	تفکر گام به گام و منظم جهت دستیابی به راه حل.	تشخیص مسأله، یافتن گزینه‌های گوناگون (مثلاً از طریق بارش افکار)، بررسی گزینه‌ها، ارزیابی آنچه که رخ می‌دهد.
تفکر خلاق	توانایی تولید راه حل برای مشکلات	
تفکر نقاد	توانایی ارزیابی موقعیت ها و شرایط	
تصمیم‌گیری	توانایی انتخاب بین گزینه‌های مختلف	تصمیم‌گیری در مورد ادامه یا قطع دوستی با فرد مصرف کننده مواد
هم‌دلی	همدلی به معنی آگاهی داشتن از دیدگاه‌های دیگران و واکنش احساسی به آن است	به ثبات احساسی، انعطاف‌پذیری، توانایی غلبه بر سختی‌ها، ارتباطات اجتماعی و خشنودی کمک می‌کند.
خودآگاهی	شناخت خود و ابعاد مختلف خود است.	خویش‌داری یا خودکنترلی یعنی توانایی کودک در به تأخیر انداختن نیاز برای رسیدن به چیز بهتری در آینده. برای این کار می‌توان به میزان بزرگی کارها، به کودک پاداش‌های بزرگ‌تری بدهیم.
مقابله با هیجان	توانایی کاهش احساسات و هیجان‌های منفی و ایجاد هیجان‌های مثبت	مقابله با خشم، ترس، اضطراب، افسردگی و ایجاد احساسات مثبت
مقابله با استرس	توانایی حذف، کاهش یا مدارا با فشارها و تغییرات مختلف زندگی	مقابله با فشار همتایان، کمک گرفتن از دیگران، مشورت و مانند آن
ارتباط مؤثر	توانایی برقراری رابطه مؤثر	بیان کردن، گوش دادن فعال
ارتباط بین فردی	توانایی مقابله با مشکلات بین فردی	«نه گفتن» به پیشنهاد‌های ناسالم دوستان و همتایان از جمله مصرف مواد

مداخلات مهم تحصیلی

مداخلات تحصیلی، یکی از مداخلات پیشگیرانه همگانی می باشند که ضروری است برای همه دانش آموزان انجام شود. در این قسمت یکی از مداخلات تحصیلی مهم معرفی می شود که برنامه بهبود محیط کلاسی است.

• برنامه های بهبود محیط کلاسی

برنامه های بهبود محیط کلاس درس، مهارت هایی را برای بهبود مدیریت کلاس به معلمان می آموزد و از دانش آموزان حمایت می کند که بتوانند از طریق کاهش رفتارهای پرخاش گرانه و مخرب دانش آموز بهتری باشند. در این برنامه ها، معلمان می آموزند که از طریق روش های غیردرسی و تمرین های روزانه، به دانش آموزان کمک کنند رفتارهای مثبت اجتماعی را آموزش دهند و از رفتارهای منفی و نامناسب آنان بکاهند.

شرح خدمات پیشگیرانه همگانی

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

اقدامات:

- ارائه پمفلت، بروشور به زنان باردار
- ویزیت زنان باردار در مراکز بهداشت یا منزل
- غربالگری اولیه
- ارجاع به کارشناس سلامت روان
- ارجاع به پزشک
- آموزش درباره:
- تغییرات تنشزا در مادر و روش های مدیریت آن
- مراقبت های دوران بارداری با تأکید بر بهداشت روان
- مهارت های فرزندپروری با تأکید بر دلبستگی

○ عوارض مصرف دخانیات، الکل و مواد در دوران بارداری

روش برقراری ارتباط:

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

منابع و متون آموزشی لازم:

- مراقبت روانی دوران بارداری
- فرزندپروری

گروه هدف: مادران کودکان بین ۲ تا ۵ سال

اقدامات:

- غربالگری اولیه
- ارجاع به کارشناس سلامت روان
- ارجاع به مراکز درمانی

روش برقراری ارتباط

- مادران کودکان و خردسالان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی/ درمانی
- والدین دارای فرزند خردسال یا پیش دبستانی
- مراجعان به مراکز بهداشتی/ درمانی

منابع و متون آموزشی لازم:

- تشخیص و درمان اختلالات روانی شایع دوران

گروه هدف: دانش‌آموزان کودک و نوجوان و مادر/ والدین دارای دانش‌آموز کودک و نوجوان

اقدامات:

- غربال‌گری اولیه
- ارائه پمفلت و بروشور
- ارجاع به کارشناس سلامت روان
- ارجاع به پزشک
- آگاه‌سازی:

○ علایم اختلالات رفتاری کودکان (مانند اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی)

○ مهارت‌های فرزندپروری

○ مهارت‌های زندگی

روش برقراری ارتباط:

- دانش‌آموزان مدارس ابتدایی و دبیرستان ارجاع شده از سوی مدارس
 - والدین دانش‌آموزان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی/درمانی
- منابع و متون آموزشی لازم:
- فرزندپروری
 - مهارت‌های زندگی
 - کتاب «آشنایی با مشکلات روان‌پزشکی در کودکان و نوجوانان: راهنمای خانواده‌ها و مدارس»

گروه هدف: جوانان / میانسالان / سالمندان

اقدامات:

- غربالگری اولیه
- ارجاع به کارشناس سلامت روان
- ارجاع به پزشک
- آگاه سازی از طریق بروشور

روش برقراری ارتباط:

- مراجعان به مراکز بهداشتی/درمانی

منابع و متون آموزشی لازم:

- تشخیص و درمان اختلالات روانی شایع

پیشگیری انتخابی

مداخلات پیشگیرانه انتخابی، مربوط به گروه‌هایی از جامعه است که احتمال خطر اعتیاد آنان بیشتر از بقیه است و به منظور پیشگیری، نیاز به مداخلات ویژه‌ای دارند. مخاطبان مداخلات پیشگیرانه انتخابی، در حال حاضر مصرف موادی را شروع نکرده‌اند، ولی احتمال زیادی دارد که آنان درگیر مصرف مواد و اختلالات مصرف مواد شوند. نمونه این گروه‌ها، فرزندان والدین مصرف کننده 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 این بخش دیگر بحثی از آنها به میان نمی‌آید. در این قسمت، دو مداخله پیشگیرانه انتخابی شامل مداخلات مربوط به زنان باردار مصرف کننده و مداخلات ویژه در خانواده‌های افراد مصرف کننده مواد معرفی می‌شوند.

یکی از عوامل خطر ابتلا به اختلالات مصرف مواد، بیماری‌های روانی است. به این ترتیب، شناسایی زودهنگام و درمان بیماران مبتلا به اختلالات روانی، یکی از گام‌های مهم پیشگیرانه است. در ادامه، به طور مختصر، تعدادی از مداخلات پیشگیری انتخابی معرفی می‌گردند.

اختلالات روان‌پزشکی شایع در دوران بارداری

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

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

فشار عاطفی مادر باردار در 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 به دنبال خواهد داشت.

- نوزادان مادران غمگین و یا پراضطراب احتمال دارد پیش از موعد به دنیا آیند و یا کم‌وزن، بیش‌فعال، تحریک‌پذیر یا ناآرام باشند و مشکلاتی مانند سوء‌تغذیه و اسهال و نیاز شدید به در آغوش گرفتن شدن داشته باشند.
- اضطراب مادر در دوره حاملگی ممکن است زایمانی سخت و مشکل یا زودرس را موجب گردد، صدمه‌ها و ضربه‌های هنگام تولد و همچنین تولد زودرس، احتمال ابتلا نوزادان به اختلال‌های جسمی و روانی را افزایش می‌دهد.

مداخلات روانی، اجتماعی می‌توانند تفاوت قابل توجهی ایجاد کند. شواهد نشان داده‌اند که با ارائه کمک‌ها و حمایت‌های مناسب، بیشتر مادران می‌توانند بر اضطراب خود غلبه کنند.

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

افسردگی دوران بارداری بر سلامت مادر و نوزاد تأثیرات منفی زیادی می‌گذارد که شامل اختلال در رشد شناختی کودک، مشکل در دلبستگی مادر و نوزاد، خطر نارس بودن نوزاد، وزن کم هنگام تولد و افزایش خطر مرگ نوزاد می‌شود. افسردگی شدید با میزان

¹ GHQ

سقط زودرس و بیماری تنفسی نوزاد ارتباط دارد. همچنین این احتمال وجود دارد که زنان باردار افسرده یا مبتلا به بیماری های روانی بیشتر از زنان باردار دیگر، مصرف موادی مانند سیگار یا الکل داشته باشند. این در حالی است که بین مصرف سیگار و الکل در دوران بارداری و ابتلای نوزاد به اختلال نقص توجه و بیش فعالی ارتباط معنی داری به دست آمده است. علاوه بر این، بین وزن کم نوزاد هنگام تولد و بعضی بیماری های روان پزشکی در کودکان و نوجوانان از جمله اختلال نقص توجه و بیش فعالی ارتباط وجود دارد.

زنان بارداری که افسردگی یا اضطراب یا هر دو را دارند به طور قابل ملاحظه ای شکایات جسمی بیشتری را گزارش می کنند. در همین زمینه مطالعات نشان دادند مادران افسرده مشکلات اجتماعی و خانوادگی بیشتر، حوادث استرس زا در ۱۲ ماه گذشته، ارتباط منفی و مسائل و مشکلات مزمن اجتماعی چون ازدواج داشته باشد.

اختلالات روان پزشکی شایع در دوران کودکی

بعضی از اختلالات روان پزشکی در کودکی از جمله اختلال نقص توجه و بیش فعالی، اختلالات یادگیری، اختلال اضطراب جدایی، اختلال نافرمانی مقابله ای و اختلال سلوک خطر ابتلا به مصرف مواد و اعتیاد در سنین نوجوانی را افزایش می دهند.

در جدول ۵-۵ فهرست این اختلالات آورده شده است. تشخیص زودهنگام و درمان به موقع این کودکان و نوجوانان می تواند از آسیب پذیری آنان برای ابتلا به اعتیاد در سال های بعدی عمر بکاهد.

برخلاف نگرانی برخی والدین درباره استفاده از داروهای سایکواستیمولانت نظیر متیل فنیدیت در درمان اختلال نقص توجه و بیش-فعالی در کودکان نه تنها خطر اعتیاد را افزایش نمی دهد، بلکه می تواند در برابر ابتلا به اختلالات مصرف مواد در سنین بعدی اثر محافظت کننده داشته باشد. برای آموزش والدین و کارکنان شاغل در سازمان های ارایه دهنده خدمات به کودکان نظیر معلمان در زمینه شناسایی زودرس اختلالات روان پزشکی در کودکان استفاده از کتابچه «آشنایی با مشکلات روان پزشکی در کودکان و نوجوانان: راهنمای خانواده ها و مدارس» کمک کننده خواهد بود.

جدول ۵-۵- اختلالات شایع در دوران کودکی

اختلال	ویژگی های مهم
اختلال نقص توجه و بیش فعالی	الگوی مداوم بی توجهی و یا بیش فعالی-تکانشی
اختلال یادگیری	ناتوانی در یادگیری خواندن، نوشتن و درک ریاضیات. کودک در آزمون های عملکرد تحصیلی ضعیف عمل می کند.
اختلال اضطراب جدایی	ترس و اضطراب مفرط و از نظر رشدی نامتناسب در مورد جدایی از فردی که منبع دلبستگی است
اختلال نافرمانی مقابله ای	لجبازی و بی اعتنائی نسبت به خواست مراقبان و بزرگترها
اختلال سلوک	زیر پا گذاشتن قانون و حقوق دیگران، تخریب اموال دیگران، پرخاش گری، دزدی و فریبکاری

تشخیص و درمان اختلالات روان پزشکی بزرگسالان

اختلالات مصرف مواد به صورت شایع همراه با سایر اختلالات روان پزشکی دیده می شوند. ۲۹٪ بیماران روانی، زمانی در طول عمرشان، اختلال مصرف مواد داشتند. در محیط های درمانی/بیمارستانی، ۶۵٪ افرادی که حداقل یک بیماری روانی داشتند، در طول عمرشان، حداقل یک بار اختلالات مصرف مواد نیز داشتند. این میزان در اختلالات روانی مختلف، متفاوت است. مثلاً در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی، بیشترین میزان را با مشکلات مصرف مواد داشتند که به حدود ۷۵٪ می رسد. در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی میزان مصرف مواد بالاست که در این میان، در اختلال اضطراب اجتماعی به بیشترین میزان می رسد.

زمانی که همبودی دو اختلال وجود دارد، احتمال بی خانمانی، فقر و اقدام به خشونت و قربانی خشونت شدن، افزایش می یابد.

مسئله مهم دیگر این است که همبودی، همکاری بیمار در درمان را کاهش می دهد و احتمال ریزش و رها کردن درمان افزایش می یابد. هنگامی که همبودی وجود دارد، پیش آگهی درمان ضعیف خواهد بود.

از جمله اختلالاتی که با مصرف مواد ارتباط دارند عبارتند از: اختلالات افسردگی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلالات اضطرابی و اختلال استرس پس از سانحه. به همین دلیل، تشخیص صحیح اختلالات روان پزشکی و ارجاع به مراکز درمان تخصصی می تواند اقدام پیشگیرانه موثری باشد.

با توجه به مطالب بالا، ضروری است احتمال مصرف مواد در افرادی که برای درمان اختلالات روانی مراجعه می‌کنند یا افرادی که مبتلا به بیماری روانی هستند، بررسی شود.

مادر باردار مصرف‌کننده مواد

براساس داده‌های سازمان جهانی بهداشت حدود ۱۰-۵٪ زنان در دوران بارداری یکی از انواع مواد شامل سیگار، الکل یا مواد مصرف می‌کنند. اصل اول در مدیریت اختلال مصرف مواد در بارداری آموزش است. بسیاری از زنان باردار حتی اگر هیچ وقت مصرف مواد خود را فاش نکنند با دریافت توصیه‌ها و آموزش‌های کارکنان مراقبت سلامت خانواده مصرف مواد را در دوران بارداری کاهش داده یا قطع می‌کنند.

عوامل مختلفی بر دلایل شروع مصرف مواد در زنان اثر می‌گذارد 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. بنابراین عوامل خطر ابتلا زنان به اختلالات مصرف مواد می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- مواجهه با محیطی خانوادگی آشفته، پر از مشاجره و خشونت مانند زندگی در خانواده‌ای که یک معتاد دارد.
- داشتن همسر/شریک جنسی مصرف‌کننده مواد
- بیماری‌های روان‌پزشکی اولیه (زمینه‌ای)، مانند افسردگی‌ها و اختلالات اضطرابی
- زنان خشونت‌دیده، خشونت جنسی
- سابقه ضربه‌های روانی مانند کودک‌آزاری جنسی در کودکی یا روابط بین‌فردی
- تلاش برای کاهش وزن از طریق مصرف موادی مانند سیگار، شیشه یا داروهای روان‌پزشکی.

عوارض مصرف مواد در بارداری

مصرف سیگار در دوران بارداری با عوارض زیادی برای جنین به دنبال دارد. مصرف سیگار در دوران بارداری مهم‌ترین عامل خطر شناخته‌شده برای مرگ جنین و به خصوص وزن کم نوزاد هنگام تولد است. علاوه بر این، منجر به کوتاه شدن دوران بارداری و نارس بودن نوزاد نیز می‌شود. مصرف سیگار به علت نیکوتین و همچنین مونوآکسید کربن، چنین عوارضی بر جنین دارد. سیگار توانایی باروری را در انسان اعم از زن و مرد کاهش می‌دهد. از آن جایی که نیکوتین فشار خون را افزایش می‌دهد، می‌تواند منجر به سقط جنین خودبه‌خودی گردد. در این رابطه تحقیقات نشان می‌دهند جنین پسران آسیب‌پذیرتر از جنین دختران است.

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

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

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

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

¹ second hand smoke

مصرف مواد افیونی مشکلات متعددی بر سلامت جنین دارد. این مشکلات شامل نقص در رشد سیستم اعصاب و ایجاد مشکلات جدی در رشد یا تشکیل مغز و نخاع و مشکلات مادرزادی قلب که هم بر رشد و هم بر کارکرد قلب اثر می‌گذارند. مرده‌زایی و زایمان زودرس (زیر ۳۷ هفته) از دیگر عوارض مصرف مواد افیونی در دوران بارداری است. با این حال، قطع مصرف ناگهانی مواد افیونی در دوران بارداری پس از مدت‌ها مصرف این ماده با مشکلات جدی دیگری همراه است از جمله: زایمان زودرس، رنج جنینی و سقط جنین. مصرف مستمر مواد افیونی در مادر باردار، منجر به بروز سندرم محرومیت از مواد افیونی در روزهای اول پس از تولد می‌شود که با علائم تحریک‌پذیری، تشنج، تب، اسهال و تغذیه ضعیف همراه است.

نکته مهم آن است که مصرف خودسرانه داروهایی مسکن آپئوئیدی نیز در دوران بارداری می‌تواند عوارض جدی به دنبال داشته باشد. تحقیقات نشان داده‌اند، مصرف کدئین در سه ماهه اول بارداری با نقص‌های مادرزادی قلبی ارتباط دارد.

خطر مرده‌زایی با مصرف مواد افزایش می‌یابد. این خطر به دنبال مصرف دخانیات (سیگار، قلیان) ۱/۸ تا ۲/۸ برابر، حشیش ۲/۳ برابر، محرک‌ها و داروهای مسکن (هر کدام) ۲/۲ برابر و در معرض دود دست دوم دخانیات بودند (مصرف منفعلانه) ۲/۱ برابر افزایش می‌یابد.

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

جدول ۵-۶ عوارض مصرف مواد مختلف را در دوره‌های مختلف بارداری، زایمان و پس از تولد نشان می‌دهد.

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 پرناتال سندرم پرهیز نوزادی	افزایش بی‌توجهی، بیش‌فعالی و مشکلات رفتاری دشواری در فرآیندهای جسمی، اجتماعی، سازگار نمودن خود و یادگیری
متادون		سندرم پرهیز نوزادی	
آمفتامین‌ها	فشار خون بارداری تأخیر رشد داخل رحمی مرگ جنینی	ناهنجاری‌های مادرزادی در دستگاه اعصاب مرکزی، قلبی، عروقی، شکاف کام و لب، اعضا	مشکلات رفتاری

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

	عوارض عصبی، رفتاری: کاهش برانگیختگی، افزایش استرس و کیفیت حرکتی پایین (رابطه دوز - پاسخ)		
کوکائین	سقط خودبخودی پارگی زودرس غشاها زایمان زودرس تأخیر رشد داخل رحمی کنده شدن جفت	ناهتجاری‌های مادرزادی در دستگاه تناسلی - ادراری افزایش گذرا در علایم و نشانه‌های دستگاه اعصاب مرکزی و اتونومیک وزن کم تولد، کاهش قد و دور سر (وابسته به دوز)	تأخیر زبان
توهم‌زاها		ناهتجاری‌های مادرزادی: نقایص قلبی عروقی، کلیه مدولای اسفنجی	

همان طور که گفته شد، مصرف هر نوع مواد در دوره بارداری منجر به مشکلات جدی برای مادر و فرزند می‌شود. به همین دلیل، غربالگری و بررسی از نظر مصرف دخانیات، الکل و مواد در زنان باردار ضرورت دارد. در صورتی که آنان گزارش کردند در مواردی مواد مصرف کرده‌اند، به آنان در مورد عوارض مصرف مواد آموزش دهید و آنان را به کارشناس سلامت روان و پزشک ارجاع دهید. به طور مرتب، هفته ای یک بار ویزیت منزل نیز داشته باشید.

هیچ سطحی از مصرف دخانیات، الکل و مواد در دوران بارداری بدون خطر نیست و پرهیز کامل از مصرف تمام انواع مواد در طول بارداری توصیه می‌گردد.

خانواده مصرف‌کنندگان مواد

زندگی در خانواده‌ای که یکی از افراد خانواده مصرف‌کننده مواد است، یک عامل خطر برای اعتیاد است. همسر و فرزندان افراد معتاد، در استرس بالا، وضعیت بهداشتی و کیفیت زندگی پایینی به سر می‌برند. خشونت یکی از مشکلات شایع در خانواده معتادان است. همسرآزاری در این خانواده‌ها دیده می‌شود.

فرزندان خانواده‌های مصرف‌کننده مواد، در خطر بالای ابتلای به اعتیاد قرار دارند. در میان انواع کودک‌آزاری‌ها، **غفلت** از فرزندان در این خانواده‌ها شایع است. غفلت ناتوانی والدین یا مراقبان در تأمین نیازهای اساسی فرزندان است. غفلت می‌تواند به شکل‌های زیر باشد:

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

به وضعیت زندگی همسر و فرزندان خانواده‌های مصرف‌کننده مواد توجه داشته باشید. در صورت مشاهده مشکلات، آنان را به خدمات مرکز بهداشت، ارجاع دهید و درمان آنان را پیگیری کنید.

فرزندان خانواده‌های مصرف‌کننده مواد، در خطر بالای ابتلای به اعتیاد قرار دارند.
کودک آزاری به خصوص از نوع غفلت در خانواده‌های مصرف‌کننده مواد بالاست.

کودک آزاری

مهم است که والدین بتوانند از فرزندان خود مراقبت کنند و به نیازهای مختلف زیستی، روانی و اجتماعی آنان توجه کنند. در صورتی که والدین مراقبت کافی از فرزندان خود نداشته باشند یا با آنان بدرفتاری کنند، فرزندان آنان دچار صدمات جدی می‌شوند که چنین صدماتی، زمینه مناسبی برای اختلالات روانی و همچنین مصرف مواد ایجاد می‌کند. در قسمت زیر به بحث کودک آزاری به طور مختصر پرداخته شده است.

کودک آزاری یا بدرفتاری با کودکان یکی از عوامل خطر اعتیاد است. انواع مختلف کودک آزاری در **جدول ۵-۷** ارائه شده است. با توجه به مطالب بالا، مهم است که اطلاعات مناسبی در مورد کودک‌آزاری و پیشگیری از آن به خانواده‌ها آموزش داده شود.

جدول ۵-۷- فهرست انواع کودک آزاری

انواع	شرح
کودک آزاری جسمی	صدمات غیرتصادفی جسمی به کودک است که می‌تواند دامنه وسیعی داشته باشد از خراش کوچک تا شکستگی شدید یا مرگ که در نتیجه کتک، لگد، هل دادن، تکان دادن، زدن (با دست، چوب، یا هر شی دیگری)، سوزاندن، پرت کردن
کودک آزاری جنسی	هر نوع عمل جنسی توسط والد، مراقب یا کودک که عمدی و برای ایجاد ارضای جنسی باشد مانند دست زدن به آلت کودک، دخول، زنا با محارم ^۱ ، تجاوز ^۲ ، همجنس‌بازی با پسر کم سن ^۳ ، 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 ارضای جنسی با دیگران بدون تماس مستقیم بدن
کودک آزاری هیجانی	هر گونه عمل یا گفتاری که باعث صدمه روان‌شناختی جدی به کودک و نوجوان شود یا احتمال چنین صدمه‌ای وجود داشته باشد. در این جا اعمال جنسی یا جسمی مد نظر نیست. مثال‌هایی از سوءرفتار روان شناختی عبارتند 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 دست ها 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 انطباق شدید و افراطی (مانند تنبیه به مدت خیلی طولانی یا به تعداد زیاد، حتی اگر به حد سوءرفتار جسمی نرسد) چه بدنی چه غیر بدنی.
غفلت	هر گونه عدم رسیدگی 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 تامین نیازهای هیجانی و روان شناختی ضروری، و عدم تامین امکانات آموزشی، مراقبت های بهداشتی، امکانات پرورشی، پناهگاه و یا پوشاک مناسب.

¹ incest

² rape

³ sodomy

شرح خدمات پیشگیرانه انتخابی

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

اقدامات:

- غربالگری اولیه
- ارجاع به کارشناس سلامت روان
- ارجاع به پزشک
- آگاه‌سازی از:
 - اثرات مصرف مواد، سیگار و الکل در دوران بارداری

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 مراجعه کننده به مراکز بهداشتی/درمانی

گروه هدف: افراد در معرض خطر

افراد در معرض خطر به صورت افراد دارای وضعیت اقتصادی اجتماعی پایین، خانواده (شامل همسر و فرزندان) افراد مصرف کننده، افراد خشونت دیده، افراد مبتلا به اختلالات روانپزشکی همبود و... توصیف می‌شوند.

اقدامات:

- غربال‌گری اولیه
- ارجاع به کارشناس سلامت روان
- ارجاع به پزشک
- اطلاع‌رسانی:
- در مورد اثرات مصرف سیگار، الکل، و مواد بر فرزندپروری و اعضای خانواده
- در مورد کودک‌آزاری
- در مورد فرزندپروری
- در مورد مهارت‌های زندگی

روش برقراری ارتباط:

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

منابع و متون آموزشی لازم:

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

فصل ششم:

شناسایی، مراقبت و پیگیری

عناوین فصل

- مقدمه
- اورژانس‌های مرتبط با مصرف مواد
- غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد
- آشنایی با مراقبت‌ها به تفکیک مواد
- ملاحظات 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 درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد را اجرا کنید.
- 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، غربالگری، مراقبت و ارجاع پرداخته می‌شود. کارشناس مراقب سلامت خانواده نقش کلیدی در شناسایی افراد در معرض خطر یا مبتلا به اختلالات مصرف مواد، ارایه مراقبت متناسب، ارجاع و پیگیری آنها دارد.

اول گام برای شناسایی و مراقبت اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه غربالگری اولیه درگیری با مصرف اخیر انواع مواد (در افراد ۱۵ ساله یا بیشتر) توسط کارشناس مراقب سلامت خانواده یا بهورز است. هر چند شناسایی افراد در معرض خطر، مشکوک یا مبتلا به اختلالات مصرف مواد محدود به غربالگری اولیه نبوده و مسیرهای دیگری نیز به این منظور پیش‌بینی شده است. این مسیرها عبارتند از:

- ارزیابی آزمایشگاهی (آزمایش ادرار) مصرف اخیر مواد (مورفین و مت‌آمفتامین) در زبان باردار مشکوک که غربالگری منفی دارند.

- شناسایی اختلالات مصرف مواد در کودکان و نوجوانان (زیر ۱۵ سال)

- کسانی که به دلیل مصرف یا شک به مصرف مواد در یک عضو خانواده (۱۵ ساله یا بیشتر) به کارشناس 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 به این موضوع اشاره می‌نمایند.

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

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

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

- **آنگ اجتماعی:** مصرف دخانیات، داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف، الکل و سایر مواد هر یک به درجاتی با آنگ اجتماعی همراه هستند. این موضوع باعث می شود مراجعان مشکلات خود را در این زمینه را با ارایه دهندگان مراقبت سلامت در میان نگذارند، هر چند انتظار می رود مراجعان مصرف دخانیات و مصرف نابجا (غیر پزشکی) داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف را با سهولت بیشتری با کارکنان مراقبت سلامت در میان بگذارند.
- **مهارت های برقراری ارتباط:** برای دستیابی به پاسخ های صحیح در غربال گری اولیه رعایت مهارت های برقراری ارتباط مؤثر نظیر اطمینان درباره رازداری، غیرقضاوتی بودن، همدلی و... اهمیت اساسی دارد. با گذشت زمان، برقراری ارتباط مؤثر و ایجاد اعتماد به نظام مراقبت ها 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 غربال گری در یک محیط کاملاً خصوصی بدون حضور اعضای خانواده، همراهان و سایر کارکنان مراقبت سلامت احتمال پاسخ دهی باز و صادقانه را افزایش می دهد. **کارشناسان مراقب سلامت/بهورزان** باید حتی الامکان این اصل را رعایت کنند.
- **ارتقای سواد سلامت:** هدف اولیه در شروع غربال گری دستیابی به پاسخ های صحیح و دقیق نبوده، بلکه انتقال این پیام به مراجعان است که مصرف مواد پیامدهای منفی جدی بر سلامت آنها داشته و نظام مراقبت های 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 غربال گری اختلالات مصرف مواد در مراقبت های بهداشتی اولیه نقش کلیدی دارد.

اورژانس‌های مرتبط با مصرف مواد

اختلالات مصرف مواد به خودی خود یک فوریت روان‌پزشکی محسوب نمی‌شوند، اما ممکن است با یک یا بیشتر فوریت روان‌پزشکی یا اجتماعی مرتبط با مصرف مواد همراه باشند، بنابراین اولین قدم در برخورد با افراد مصرف‌کننده مواد یا 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 مراقبت باید ارجاع فوری برای تثبیت روان‌پزشکی یا اجتماعی فرد باشد.

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

آیا مراجع مشکل حاد و فوریتی دارد؟

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

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

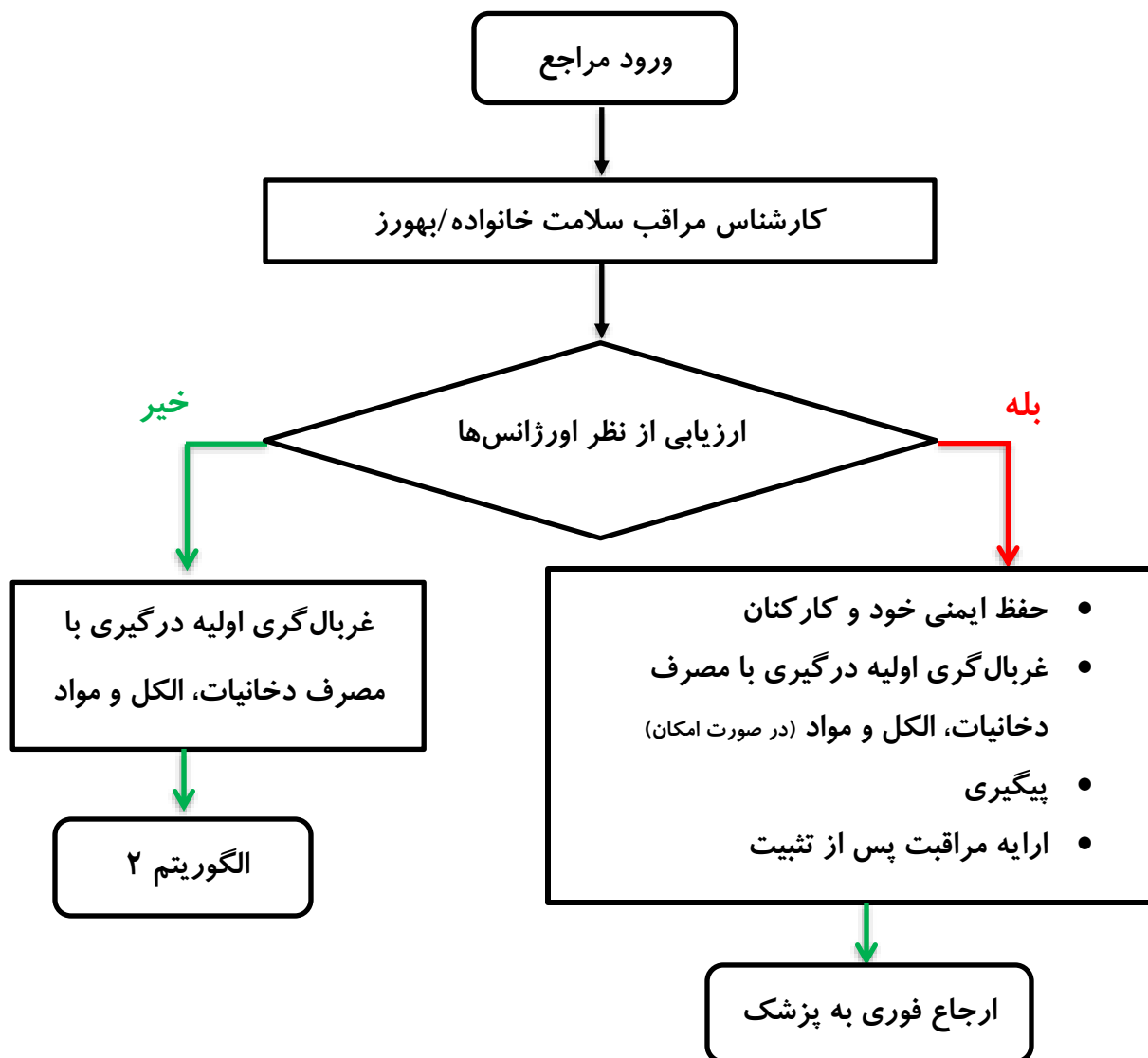
برخی اورژانس‌های روان‌پزشکی و اجتماعی معمول مرتبط با مصرف مواد عبارتند از:

- 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)



در کسانی که مواد مصرف می‌کنند در صورت وجود اورژانس‌های روان‌پزشکی یا اجتماعی، در صورتی که مراجع هوشیار بوده، توانایی پاسخ به سؤالات را داشته و تحریکاتی نباشد، باید غربال‌گری اولیه برای او به عمل آمده و سپس فرد به صورت فوری به پزشک ارجاع شود. در صورتی که فرد هوشیار نبود، توانایی پاسخ به سؤالات را نداشته یا تحریکاتی باشد طبیعتاً امکان اجرای غربال‌گری اولیه نخواهد بود. در چنین موقعیتی بدون اجرای غربال‌گری، مراجع به صورت فوری به پزشک ارجاع می‌گردد. کلیه مراجعان و خانواده‌های آنها باید برای مراجعه مجدد و دریافت مراقبت‌های مورد نیاز پس از تثبیت وضعیت اورژانس تشویق شده و مورد پیگیری قرار بگیرند.

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.

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.

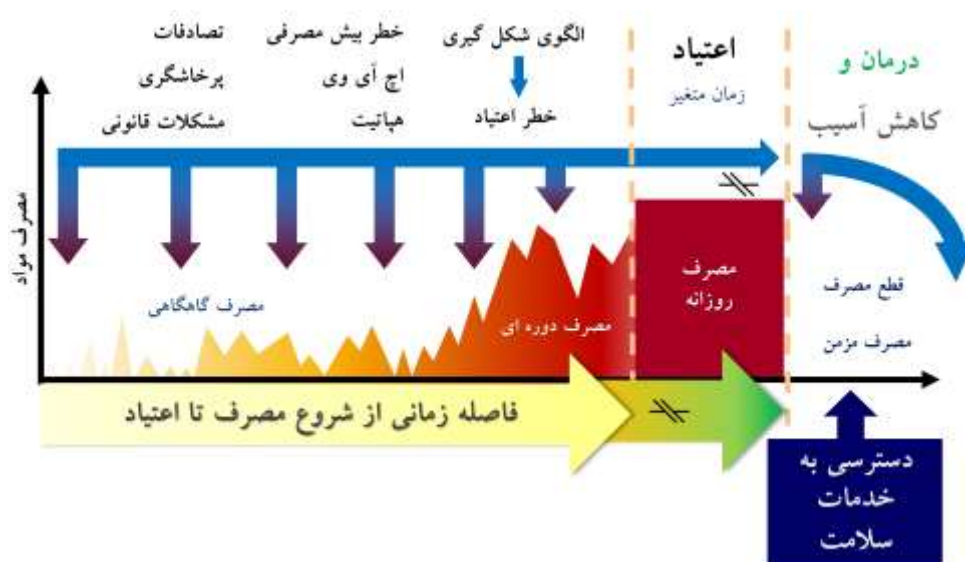
اهداف غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد عبارتند از:

- شناسایی زودرس کسانی که مواد مصرف می‌کنند پیش از آن که مصرف مواد در آنها منجر به اعتیاد شده باشد. غربال‌گری اولیه امکان شناسایی مصرف اخیر (سه ماه گذشته) هر یک از انواع مواد و ارجاع به روان‌شناس به منظور ارایه مداخله مختصر را فراهم می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند شناسایی مصرف آسیب‌رسان مواد و ارایه مداخلات انگیزشی مختصر می‌تواند از پیشرفت وضعیت فرد به سمت وابستگی پیشگیری نماید. به این اعتبار برنامه غربال‌گری و مداخله مختصر یک نوع مداخله پیشگیری اولیه موردی^۱ از ابتلا به وابستگی به مواد به حساب می‌آید.
- شناسایی زودرس افراد مبتلا و ترغیب آنها برای شروع درمان پیش از آن که پیشرفت اعتیاد منجر به عوارض شدیدتر سلامتی، خانوادگی و اجتماعی شود.

در شکل ۶-۲ سیر طبیعی و عوارض مصرف مواد نشان داده شده است.

¹ indicative primary prevention

شکل ۶-۲- سیر و عوارض مصرف مواد



غربال‌گری اولیه درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد

همان‌طور که پیشتر دیدیم یکی از راه‌های شناسایی افراد در معرض خطر یا مبتلا به اختلالات مصرف مواد، غربال‌گری مصرف اخیر انواع مواد در مراقبت اولیه است.

این فرآیند با اجرای غربال‌گری اولیه (سریع) درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد یا به اختصار غربال‌گری اولیه توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز آغاز می‌شود.

غربال‌گری اولیه (سریع) درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد در مراقبت‌های معمول توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز انجام می‌شود. علاوه بر این امکان غربال‌گری فرصت‌طلبانه برای سایر کارکنان تیم سلامت نظیر ماما، بهداشت‌کار دهان و دندان، دندان‌پزشک و پزشک نیز پیش‌بینی شده است.

غربال‌گری اولیه فرصت منحصر به فردی برای دستیابی به اهداف زیر برای کارکنان تیم سلامت شامل کارشناس مراقب سلامت/بهورز فراهم می‌آورد:

- 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.

در مراقبت اولیه به ارزیابی از نظر مصرف انواع مواد در طول عمر و سه ماه گذشته غربال‌گری اولیه مصرف دخانیات، الکل و مواد یا به اختصار غربال‌گری اولیه گفته می‌شود.

• حیطه‌های ارزیابی

غربال‌گری اولیه شامل بررسی از نظر مصرف طول عمر و سه ماه اخیر انواع مواد به شرح زیر می‌شود:

○ پرسش ۱-۱: مصرف طول عمر دخانیات، داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف و الکل

○ پرسش ۱-۲: مصرف طول عمر مواد غیرقانونی (به جز الکل)

○ پرسش ۲: مصرف سه ماه اخیر هر یک از انواع موادی که فرد مصرف طول عمر آن را تأیید کرده است.

در غربال‌گری اولیه همچنین ارزیابی بیشتر درباره مصرف دخانیات به شرح زیر پیش‌بینی شده است:

○ مواجهه با دود دست دوم دخانیات در ماه گذشته برای کلیه مراجعان

○ تعداد روزها مصرف و مقدار مصرفی در یک روز معمول مصرف از مواد دخانی مصرفی در ماه گذشته در کسانی که مصرف دخانیات در سه ماه گذشته داشته‌اند.

○ مواجهه فرزندان با دخانیات (والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال)

• گروه هدف

گروه هدف غربال‌گری اولیه کلیه افراد ۱۵ تا ۵۹ سال در جمعیت تحت پوشش هستند.

• منبع اخذ اطلاعات

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

• فواصل غربال‌گری اولیه

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 سه ماهه‌های بارداری یک بار

علاوه بر این کلیه کارکنان تیم سلامت شامل کارشناس مراقب سلامت/بهورز 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.

● **مراقبت معمول یا غربال‌گری فرصت‌طلبانه**

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

○ در **مراقبت معمول**^۱ گروه‌های هدف برنامه در فراخوان برای تکمیل پرونده الکترونیک سلامت دعوت شده و **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 **فرصت‌طلبانه**^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.

^۱ routine care

^۲ opportunistic

• منبع ارجاع

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** 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 ...)

• محیط فیزیکی

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

رعایت اصول برقراری ارتباط مؤثر و اطمینان‌دهی درباره رازداری منجر به افزایش پاسخ‌دهی صادقانه در غربال‌گری می‌شود.

• آموزش خدمت‌گیرنده

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 دخانیات، الکل و مواد در طول عمر و سه ماه گذشته بپرسم. این ارزیابی برای تمام مراجعان به عنوان بخشی از ارزیابی استاندارد و وضعیت سلامتی انجام می‌شود و هدف آن شناسایی زودرس مصرف این مواد به منظور کمک به ارتقای سلامتی افراد است. این مواد را می‌توان به صورت تدخینی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد. (کارت پاسخ را به مراجع بدهید). برخی از مواد فهرست شده ممکن است توسط پزشک تجویز شده باشد (مثل داروهای آرام‌بخش، داروهای ضددرد 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.»

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)
				۱- دخانیات (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
				۲- داروهای مسکن اُپیوئیدی (ترامادول، کدئین، دیفنوکسیلات، غیره)
				۳- داروهای آرام‌بخش یا خواب‌آور (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
				۴- الکل (آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، غیره)
	بله	خیر	عدم تمایل به پاسخ‌گویی	پرسش ۲-۱ مواد دیگر چطور؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)
				۵- مواد افیونی غیرقانونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کراک هروئین، غیره)
				۶- حشیش (سیگاری، گل، گراس، بنگ، غیره)
				۷- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)
				۸- سایر؛ مشخص کنید: ...

بعد از تکمیل پرسش‌های بالا در صورت پاسخ مثبت به مصرف دخانیات در سه ماه اخیر، سؤالات جدول ۲ پرسیده می‌شود.

بخش دو- دفعات و مقدار مصرف دخانیات در ماه گذشته

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

مصرف «هفتگی» به صورت مصرف ۱ تا ۴ روز در هفته تعریف می شود در صورتی که فرد ۵ روز یا بیشتر در هفته مصرف دخانیات داشته باشد، مصرف او «تقریباً روزانه یا روزانه» خواهد بود.

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

بخش سوم- سؤال مواجهه با دود دست دوم دخانیات در ماه گذشته (خود فرد)

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

☐ بله ☐ خیر

بخش چهار- مواجهه فرزندان با دخانیات (والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال)

در والدین دارای فرزندان زیر ۱۸ سال ۴ پرسش زیر از نظر مواجهه فرزندان با دخانیات نیز پرسیده می‌شود:

داشتن فرد مصرف‌کننده دخانیات در خانواده

پرسش ۷- آیا در خانواده شما، فرد مصرف‌کننده دخانیات (سیگار، پیپ، قلیان و...) وجود دارد؟

☐ بله ☐ خیر

مواجهه فرزندان با دود دست دوم یا سوم دخانیات

پرسش ۸- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در منزل دخانیات مصرف کرده است؟

☐ بله ☐ خیر

پرسش ۹- آیا در ماه گذشته کسی در حضور فرزند شما در اماکن عمومی دخانیات مصرف کرده است؟

☐ بله ☐ خیر

استفاده از کودک برای خرید مواد دخانی

پرسش ۱۰- آیا در سال گذشته، کودک شما برای خرید سیگار، تنباکوی قلیان و سایر مواد دخانی به مراکز فروش این مواد فرستاده

شده است؟

☐ بله ☐ خیر

کارشناسان مراقب سلامت خانواده/بهورزان و سایر کارکنان تیم سلامت باید به کلیه افرادی را که به یک ماده یا بیشتر از مواد پرسیده

شده در پرسش ۲ پاسخ مثبت دهند، کارت بازخورد و آموزش متناسب ارایه داده و آنها را برای اجرای غربالگری تکمیلی به

کارشناس سلامت روان ارجاع می‌دهند.

برای کسب اطلاعات بیشتر درباره نقش کارشناسان سلامت روان در شناسایی و مراقبت افراد در معرض خطر، مشکوک یا مبتلا به

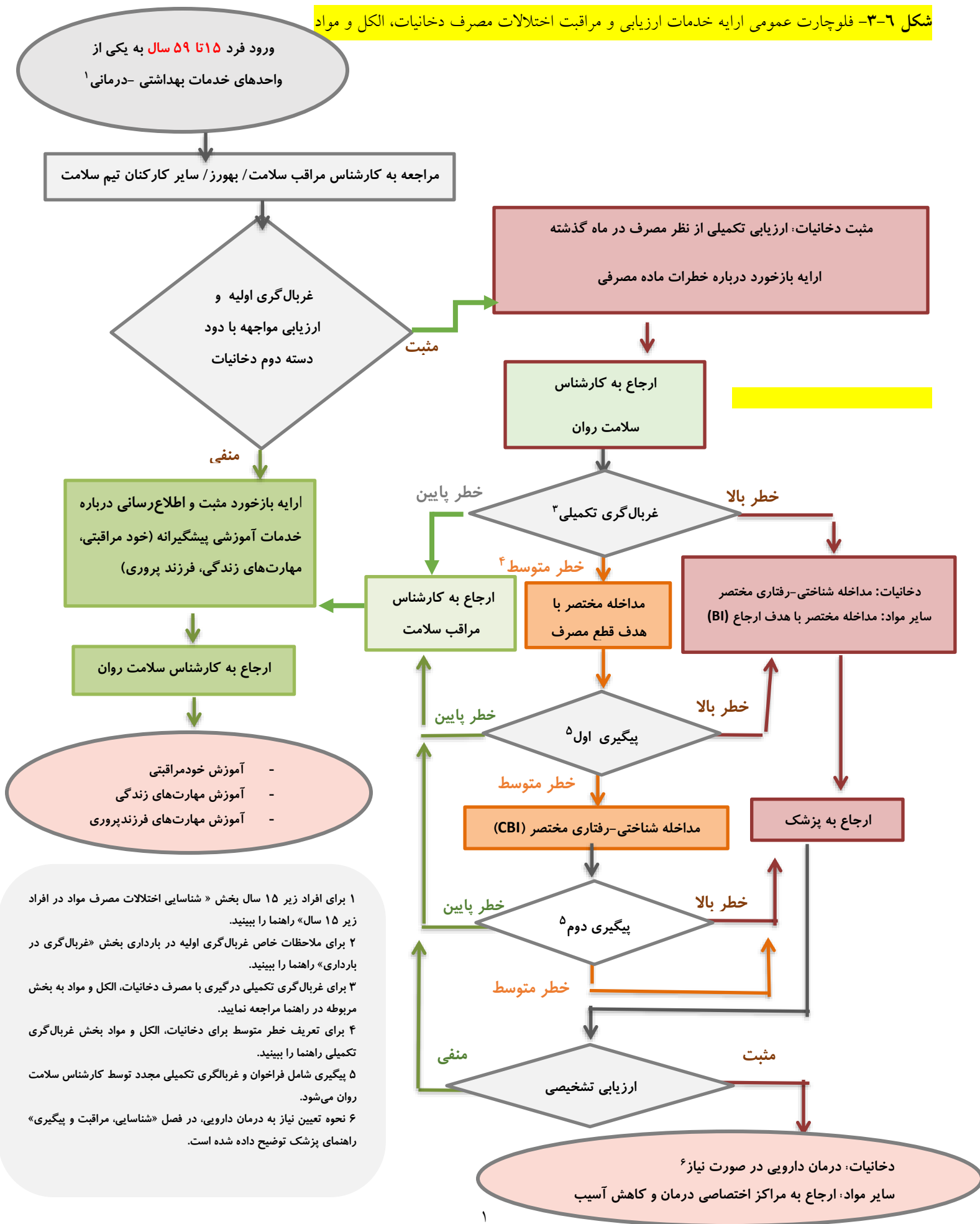
اختلالات مصرف مواد راهنمای خدمات اختلالات مصرف مواد در مراقبت‌های بهداشتی اولیه: کتاب کارشناس سلامت روان

را ملاحظه فرمایید.

در شکل ۶-۳ فلوجارت عمومی ارایه خدمات ارزیابی و مراقبت اختلالات مصرف دخانیات، 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.



آشنایی با مراقبت‌ها به تفکیک مواد

پس از شناسایی افراد در معرض خطر یا مبتلا به اختلالات مصرف مواد، مراقبت‌های ارایه‌شده توسط کارشناس سلامت روان و پزشک بر حسب سطح درگیری اختصاصی با هر ماده از یک الگوی کلی پیروی می‌کند. با این وجود مراقبت‌های مربوط به مصرف دخانیات 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

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

○ در صورتی که فرد مصرف دخانیات در سه ماه اخیر نداشته است مراقبت شامل ارایه بازخورد مثبت و آموزش جهت معرفی برنامه‌های پیشگیری اولیه خواهد بود.

○ در صورتی که مراجع در **غربال‌گری اولیه** هر گونه مصرف دخانیات در سه ماهه اخیر داشته اما در **غربال‌گری تکمیلی** نمره خطر اختصاصی او برای تنباکو در دامنه **خطر پایین** ارزیابی شده است، مراقبت شامل ارایه بازخورد با استفاده از کارت خطرات مصرف دخانیات، توصیه به عدم مصرف و معرفی برنامه‌های پیشگیری اولیه مرکز خواهد بود.

○ در صورتی که مراجع در سه ماهه اخیر مصرف دخانیات داشته و در غربال‌گری تکمیلی نمره خطر اختصاصی او برای دخانیات در دامنه **خطر متوسط** قرار دارد، مراقبت شامل **مداخله مختصر** و پیگیری خواهد بود.

○ در صورتی که فرد مصرف دخانیات 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.

○ درمان دارویی برای افرادی که بیش از ۱۰ نخ در روز سیگار مصرف می‌کنند، توصیه می‌گردد.

درمان شناختی، رفتاری مختصر برای ترک دخانیات به 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 شناسایی‌شده 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.

نقش کارشناس مراقب سلامت در ارتباط با درگیری با مصرف دخانیات شامل موارد زیر می‌شود:

- ارایه آموزش و توصیه به کلیه افرادی که در معرض دود دست دوم دخانیات قرار دارند.
- غربالگری اولیه، توصیه، ارایه کارت بازخورد و ارجاع کلیه مواردی که در سه ماه گذشته مصرف دخانیات داشته‌اند.
- پیگیری و ارایه توصیه و آموزش به افراد واجد نمره خطر اختصاصی درگیری با مصرف دخانیات در دامنه متوسط یا بالا به منظور افزایش پایداری افراد به مداخله مختصر، مداخله شناختی، رفتاری مختصر و درمان‌های دارویی ترک سیگار

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.

• 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.

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 ۶-۴) پیروی می‌کند.

- در صورتی که پس‌یکوز القاء شده در اثر مصرف حشیش وجود داشته باشد، مراجع باید به صورت فوری به پزشک ارجاع شود.
- در صورتی که فرد مصرف حشیش در سه ماه گذشته داشته باشد، باید برای غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.

• الکلی

مسمومیت با الکلی با ایجاد اختلال در تمرکز و هماهنگی خطر بروز تصادفات رانندگی و حوادث شغلی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این مسمومیت الکلی با نوسانات خلقی، خشم، پرخاش‌گری و حالات تهاجمی همراه است. به این دلیل مصرف الکلی 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 الکلی، 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 الکلی داشته، قویاً مطرح‌کننده مسمومیت با متانول است.

در صورتی فرد مشکل فوریتی و اورژانسی در ارتباط با الکلی نداشته باشد، اما غربال‌گری اولیه او برای مصرف الکلی در سه ماهه اخیر مثبت باشد، باید برای دریافت غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت روان ارجاع شود.

• مواد افیونی

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 ۲-۱ 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 مراقب سلامت/بهورز در روال معمول ارایه 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 مراقب سلامت/بهورز در ارتباط با پیشگیری از بروز مرگ ناشی از بیش‌مصرفی مواد افیونی آموزش افراد مبتلا و خانواده‌های آنها درباره نحوه برخورد با فرد مشکوک به بیش‌مصرفی مواد افیونی است.

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

نحوه برخورد با بیش مصرفی مواد افیونی

افراد درگیر با مصرف مواد افیونی و خانواده‌های آنها، باید در صورت مواجهه با فردی که متعاقب مصرف مواد افیونی به تنهایی یا همراه با مواد دیگر دچار **علائم بیش مصرفی مواد افیونی** شده است:

- خونسردی خود را حفظ نموده و
- فرد را به مدت ۱۰ ثانیه مشاهده و ارزیابی نماید.
- اگر مصدوم ناهشیار است، اما **نفس می‌کشد**: قراردادی فرد در **وضعیت نجات (شکل ۶-۵)** و تماس با **آمبولانس**. تا زمان رسیدن آمبولانس فرد تحت نظر گرفته شود.
- در صورتی که مصدوم **نفس نمی‌کشد**: تماس با **آمبولانس** و سپس شروع فوری **احیای قلبی-ریوی** فرد
- در احیاء-قلبی ریوی فرد دچار بیش مصرفی مواد افیونی، جزء اصلی **تنفس دهان به دهان** محسوب می‌گردد. در صورتی که فرد غیرحرفه‌ای مواجهه یافته با یک مصدوم مشکوک به بیش مصرفی مواد افیونی تمایل به انجام تنفس دهان به دهان نداشته باشد، ماساژ قلبی به تنهایی نیز توصیه می‌گردد.
- هدف از ماساژ قلبی این نیست که قلب مصدوم مجدداً شروع به تپیدن کند، بلکه هدف زنده نگه داشتن مصدوم تا رسیدن اورژانس است. ماساژ قلبی مقادیر اندکی خون را به سایر ارگان‌های بدن می‌رساند که مهم‌ترین آنها مغز است و به صورت معنی‌داری احتمال اینکه فرد به صورت موفقیت‌آمیزی توسط خدمات اورژانس احیا شود بالا می‌برد.
- هنگام ماساژ قلبی شما ممکن است هیچ تغییری در وضعیت ظاهری بیمار مشاهده نکنید، اما باید تا زمانی که مقدور است این کار را ادامه دهید. تنها زمانی ماساژ قلبی را رها کنید که فرد دوباره هوشیاری خود را به دست آورده باشد، یا کارکنان اورژانس رسیده باشند.

شکل ۶-۵- قرار دادن مصدوم در وضعیت نجات و تماس با آمبولانس



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

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

- کارشناس مراقب سلامت یا بهورز باید به افراد مبتلا به وابستگی به مواد افیونی و خانواده آنها در خصوص عوامل خطر بیش مصرفی مواد افیونی و نحوه پیشگیری از آن و علائم و نشانه‌های بیش مصرفی مواد افیونی و نحوه برخورد با آن آموزش دهد.
- در این آموزش‌ها باید بر نگهداری مناسب داروهای اُپیوئیدی و سایر داروهای واجد پتانسیل سوء مصرف دوز ار دسترس اطفال تأکید گردد. این موضوع به صورت خاص باید درباره شربت متادون دارویی که برای درمان نگهدارنده در افراد وابسته به مواد افیونی مورد استفاده قرار می‌گیرد، مورد توجه قرار گیرد.

درمان دارویی انتخابی در وابستگی به مواد افیونی درمان نگهدارنده با بوپرنورفین یا متادون در سطح ۲ مراقبت است.

بنا به تعریف به «جایگزینی قانونی مصرف مواد مخدر غیرمجاز و غیرقانونی مراجع، با یک داروی آگونیست اُپیوئیدی غیرتزیقی، 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 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.

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.

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.

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،

¹ medically supervised withdrawal

² medically assisted withdrawal

³ detoxification

زوج‌درمانی، خانواده درمانی و درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی خود را درمان وابستگی به مواد افیونی نشان داده است. این خدمات در سطح ۲ یا ۳ مراقبت ارایه می‌شوند.

برای اطلاعات بیشتر درباره انواع مراکز ارایه‌دهنده مراقبت‌های درمان و کاهش آسیب در نظام سطح‌بندی‌شده مراقبت‌های اعتیاد **فصل دوم** را ببینید.

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.
- نوزادان متولدشده از مادران مصرف‌کننده مواد افیونی غیرقانونی و درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین پس از تولد ممکن است به دلیل وابستگی فیزیولوژیک به مواد افیونی دچار علائم **سندرم پرهیز یا محرومیت نوزادی** شوند.
- شروع علائم برای مواد افیونی کوتاه‌اثر همچون تریاک و هروئین در **روز اول** بعد از تولد و برای داروهای اُپیوئیدی طولانی‌اثر همچون متادون و بوپرنورفین در **روزهای دوم و سوم** خواهد بود.
- نشانه‌های این سندرم شامل گریه جیغ‌مانند و طولانی‌مدت، افزایش ترشحات مخاط بینی، اشک‌ریزش، بیش‌فعالی، افزایش تون عضلانی، کاهش قدرت مکش، شیر نخوردن، تعریق، اسهال و در موارد نادر تشنج می‌شود. به دلیل انگ همراه با مصرف مواد افیونی خصوصاً در زنان، پزشکان مراقبت اولیه در صورت مواجهه با این علائم در نوزاد تازه متولدشده باید **سندرم محرومیت نوزادی** را در تشخیص افتراقی در نظر بگیرند.

کارکنان تیم سلامت باید مادر باردار وابسته به مواد افیونی یا تحت درمان با داروهای آگونیست اُپیوئیدی را برای **زایمان در بیمارستان** تشویق و حمایت کنند. توصیه می‌گردد نوزادان متولدشده از این مادران باید تا ۵ روز بعد از زایمان در بیمارستان از نظر بروز نشانه‌های سندرم پرهیز نوزادی تحت نظر باشند تا در صورت بروز و تشدید علائم درمان دارویی مورد نیاز 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 زیست‌فراهمی خوراکی پایین آن جذب آن در بدن کودک شیرخوار ناچیز است. بنابراین باید مادران به تحت درمان نگهدارنده با متادون و بوپرنورفین درباره بی‌خطر بودن درمان با این داروها در شیردهی آموزش داده و آنها را برای تداوم درمان تشویق نمود.

برخی ممنوعیت‌های شیردهی عبارتند از:

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

ابتلای مادر به هپاتیت سی ممنوعیتی برای شیردهی محسوب نمی‌شود.

نقش کارشناسان مراقب سلامت/بهورزان در مراقبت بهداشتی در ارتباط با موارد شناخته‌شده مبتلا به وابستگی به مواد شامل موارد زیر است:

- رویکرد انگیزشی شامل دادن آموزش و القای امید
- ارایه آموزش به بیماران و خانواده‌ها درباره ماهیت اعتیاد به عنوان یک بیماری مزمن اما درمان‌پذیر
- ارایه آموزش به بیماران و خانواده‌های آنها درباره مداخلات درمانی ایمن و مؤثر
- پیگیری و تشویق بیماران در جهت پایبندی مناسب به برنامه درمانی استاندارد

• 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.

یکی از **فوریت‌های** مرتبط با مصرف مواد محرک، **پسیکوز القاء‌شده در اثر مواد محرک** است. 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.

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.

در صورتی که فرد مصرف‌کننده مواد محرک مشکل فوریتی نداشته باشد، باید برای غربال‌گری تکمیلی به صورت **غیرفوری** به **کارشناس سلامت روان** ارجاع شود.

دارودرمانی تأییدشده برای درمان وابستگی به مواد محرک شناسایی نشده است و درمان استاندارد این اختلال **مداخله روان‌شناختی جامع سرپایی با رویکرد ماتریکس یا ماتریکس تغییر یافته** در سطح ۲ یا ۳ مراقبت است.

• داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور

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

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

در صورتی که مشکل فوریتی وجود نداشته باشد، اما فرد مصرف **غیرپزشکی** داروهای آرام‌بخش، خواب‌آور و ضد اضطراب داشته باشد، باید برای **غربال‌گری تکمیلی** به صورت غیرفوری به کارشناس سلامت روان ارجاع گردد.

شناسایی اختلالات مصرف مواد در افراد زیر ۱۵ سال

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 **کارشناس سلامت روان** ارجاع می‌گردد.

با توجه به آنچه گفته شد **گروه هدف** این مراقبت افراد زیر ۱۵ سال مشکوک به اختلالات مصرف مواد هستند که به صورت خودمعرف (خود فرد یا خانواده) یا از طریق مدرسه یا سایر سازمان‌ها برای ارزیابی به مراکز سلامت جامعه معرفی می‌شوند.

این مراقبت با عنوان **ثبت مورد مشکوک به اختلال مصرف مواد (در افراد زیر ۱۵ سال)** بر اساس اطلاعات ارائه‌شده توسط خود فرد و سایر منابع اطلاعاتی (گزارش خانواده و مدرسه) در پرونده خود او به شرح زیر ثبت می‌گردد:

- منبع ارجاع مشخص می‌شود:

- **خودمعرف (خود فرد یا خانواده):** کسانی که به صورت داوطلبانه یا به اصرار خانواده مراجعه می‌کنند در این گروه قرار می‌گیرند. منبع ارجاع در ارزیابی‌ها و پایش‌های دوره‌ای سلامت برای مدارس نیز باید **خودمعرف** انتخاب شود.

- **مدرسه:** در صورتی که مدرسه دانش‌آموزی را به دلیل مشکلات رفتاری یا شک به مصرف مواد برای ارزیابی و بررسی از نظر اختلالات مصرف مواد معرفی نماید گزینه منبع ارجاع **مدرسه** را انتخاب کنید.

- **سایر سازمان‌ها؛ مشخص کنید:** (برای مثال اداره بهزیستی، نیروی انتظامی و ...)

- درج نوع ماده یا مواد مصرفی فرد در پرونده فرد:

غربال‌گری در بارداری

اطلاعات درباره شیوع مصرف دخانیات، الکل 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.

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

غربال‌گری اولیه در اولین مراقبت بارداری و سپس هر سه ماه یک بار باید انجام شود. بدین ترتیب، غربال‌گری اولیه باید در هر سه ماهه بارداری یک بار اجرا شود. در صورتی که در غربال‌گری اولیه مصرف هر یک از انواع مواد در سه ماهه اخیر مثبت باشد، مادر باردار برای انجام غربال‌گری تکمیلی به صورت غیرفوری به کارشناس سلامت روان ارجاع می‌گردد.

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 در میان گذاشتن مشکل خود با ارایه‌کنندگان مراقبت داشته باشند. رعایت اصول برقراری ارتباط مؤثر (فصل سوم) می‌تواند در افزایش پاسخ‌دهی باز و صادقانه مؤثر واقع گردد.

• شناسایی و ارجاع مادر باردار مشکوک به اختلالات مصرف مواد

با توجه به حساسیت بالای شناسایی اختلالات مصرف مواد در بارداری، مراقبتی تحت عنوان «شناسایی و ارجاع مادر باردار مشکوک به اختلالات مصرف مواد» پیش‌بینی شده است. این مراقبت توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز و یا ماما ارایه می‌گردد.

در این مراقبت، در صورتی که غربال‌گری اولیه 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 را صادر نموده و آزمایش

توسط کارشناس مراقب سلامت/بهورز یا مامای پایگاه بهداشتی/خانه بهداشت ضمیمه انجام می‌شود. نتیجه آزمایش باید برای درج محرمانه در پرونده پزشکی مادر باردار به پزشک منعکس شود.

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

- مراجعه نامنظم برای مراقبت بارداری
- وزن نگرفتن و یا عدم تطابق سن بارداری و ارتفاع رحم
- عفونت‌های منتقله از راه جنسی
- سوء تغذیه
- کبودی و آثار جراحات ناشی از خشونت
- اسکارهای ناشی از تزریق مواد بر روی بدن

آزمایش ادرار

آزمایش مواد در نمونه‌های بیولوژیک، روش مناسبی برای ارزیابی مصرف اخیر مواد در کسانی که مواد مصرف می‌کنند، به حساب می‌آید. برای ارزیابی مواد در مایعات بدنی^۱ از آزمایش‌های سریع همچون آزمایش ادرار (دپ استیک^۲) یا بزاق استفاده می‌شود. این آزمایش‌ها در داخل مراکز ارایه‌کننده خدمات سلامت قابل اجرا بوده و به آن **آزمایش‌های نقطه مراقبت**^۳ نیز گفته می‌شود.

در آزمایش‌های سریع نقطه مراقبت برای هر ماده یا گروه از مواد یک نوار آزمایش جداگانه وجود دارد. این آزمایش‌ها حساسیت و ویژگی قابل قبولی دارند و نتایج آنها برای کمک به تشخیص مصرف اخیر مواد می‌تواند کمک‌کننده باشد.

برای اجرای آزمایش ادرار، نوار آن باید ۱۰ ثانیه نوار داخل ادرار گذشته شده و ۱-۲ دقیقه بعد خوانده شود. اگر یک خط بیفتد آزمایش مثبت است و اگر ۲ خط بیفتد منفی است. اگر حتی خط دوم به صورت کم‌رنگ نیز تشکیل شود، آزمایش منفی است. اگر هیچ خطی نیفتاده باشد این نشان می‌دهد، نوار زمان مناسبی در مایع قرار نگرفته است. لازم به توضیح است، نوار آزمایش ادرار نمی‌تواند ادرار بودن نمونه را تشخیص دهد و حتی اگر نوار در داخل چای یا آب میوه نیز به مدت کافی قرار گیرد، دو نوار ظاهر می‌شود.

¹ bodily fluids

² dipstick

³ point of care

آزمایش سریع با استفاده از نمونه بزاقی سهولت اجرایی بالاتری دارد، اما به لحاظ زمانی دوره زمانی ارزیابی آن از آزمایش ادرار کوتاه‌تر است. در فردی که مصرف اخیر مواد داشته است، آزمایش ادرار معمولاً^۱ ۶ ساعت بعد مثبت شده و به مدت ۷۲ ساعت مثبت باقی می‌ماند. در مقایسه، آزمایش بزاق ۴ ساعت بعد مثبت شده و ۴۸ ساعت مثبت می‌ماند. ویژگی آزمایش بزاق در حد ادرار است، اما حساسیت آن پایین‌تر است.

به رغم سهولت اجرایی بیشتر آزمایش بزاق، به دلیل قیمت بالاتر و دوره زمانی ارزیابی محدودتر در مقایسه با آزمایش ادرار، **آزمایش ادرار روش انتخابی** برای ارزیابی مصرف مواد در جایگاه‌های ارایه مراقبت و درمان اختلالات مصرف مواد است. از آزمایش بزاق بیشتر برای ارزیابی مصرف اخیر مواد در جایگاه‌های شغلی و ارزیابی‌های کنار جاده‌ای برای رانندگان استفاده می‌شود. نوارهای آزمایش ادرار برای مواد مختلف معمولاً مصرف در ۳-۲ روز اخیر را نشان می‌دهد، البته استثنای آن حشیش است که تا ۱۰ روز می‌تواند آزمایش ادرار را مثبت کند.

آزمایش‌های تأییدی برای مصرف مواد شامل کروماتوگرافی لایه نازک^۱ و کروماتوگرافی گاز^۲ هستند. آزمایش کروماتوگرافی لایه نازک در آزمایشگاه‌های مراکز بهداشت برای انجام آزمایش تأییدی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این روش آزمایش به صورت شایع در افرادی که از طرف دفاتر ازدواج یا اصناف معرفی می‌شوند، مورد استفاده قرار می‌گیرد. دوره زمانی ارزیابی مصرف اخیر مواد در آزمایش کروماتوگرافی لایه نازک نیز همچون آزمایش سریع ادرار ۳-۲ روز است. کروماتوگرافی گاز روش دیگری است که دقت و حساسیت بالاتری داشته اما استفاده از آن به آزمایشگاه‌های مراکز پژوهشی و پزشکی قانونی محدود می‌شود.

با توجه به توضیحات بالا آزمایش نقطه مراقبت سریع با استفاده از نمونه ادرار روش توصیه شده برای شناسایی و پایش مصرف اخیر مواد در جایگاه‌های ارایه مراقبت و درمان اختلالات مصرف مواد است.

در جایگاه‌های مراقبت سلامت شامل پایگاه‌های سلامت و مراکز سلامت جامعه شناسایی مصرف مواد صرفاً با استفاده از **غربال‌گری اولیه و غربال‌گری تکمیلی** انجام می‌شود و استفاده از **آزمایش ادرار** برای شناسایی مصرف اخیر مواد در مراجعان به صورت معمول در نظر گرفته نشده است. استثنای این قاعده زنان باردار هستند. به دلیل اهمیت بالای شناسایی مصرف مواد در بارداری در غربال‌گری اولیه زنان باردار که واجد برخی شاخص‌های پرخطر بوده اما مصرف هر گونه مواد را انکار می‌کنند، امکان استفاده از نوار آزمایش ادرار برای مورفین و مت‌آمفتامین پیش‌بینی شده است.

برخی روش‌های شایع تقلب^۳ برای ایجاد منفی کاذب در آزمایش شامل موارد زیر است:

¹ TLC: Thin layer chromatography

² GC: Gas chromatography

³ adulteration

- دستکاری فیزیکی نمونه ادرار برای مثال اسیدی کردن آن با انداختن جوهر لیمو در آن، ریختن آب در آن، تحویل نمونه ادرار فردی دیگر، تحویل آب میوه به جای ادرار و...

- مصرف کاربن یا برخی داروها همچون داروهای ضدبارداری

رایج‌ترین راه برای تقلب در نمونه آزمایش ادرار، روش اول یا دست‌کاری فیزیکی نمونه است. دست‌کاری فیزیکی نمونه معمولاً به سهولت قابل شناسایی است. برای مثال اگر فرد در نمونه ادرار آب بریزد یا نمونه ادرار شخص دیگری را با خود آورده و در ظرف نمونه‌گیری بریزد، دمای نمونه ادرار مشابه دمای محیط مثلاً ۲۵ درجه سانتیگراد خواهد بود، در حالی که یک نمونه ادرار که به تازگی از بدن فرد خارج شده باید ۳۷ درجه سانتیگراد باشد. در این گونه موارد هنگام برداشتن لیوان حاوی نمونه اگر نوک انگشتان کارشناس مراقب سلامت آزمایش‌کننده احساس سرما کند، نشان‌دهنده دستکاری در نمونه است. یک روش رایج دیگر دستکاری در نمونه انداختن تکه‌ای جوهر لیمو در ادرار برای اسیدی کردن محیط نمونه و ایجاد منفی کاذب در آزمایش است. به صورت طبیعی PH ادرار قلیایی است و این امر را می‌توان به سادگی با استفاده از نوارهای سریع PH کنترل نمود.

به منظور ممانعت از ارایه نمونه دست‌کاری‌شده در جایگاه‌های قانونی نمونه‌گیری ادرار تحت نظارت پیش‌بینی‌شده است، اما این موضوع در جایگاه‌های ارایه مراقبت سلامت ضرورت ندارد و رویه انجام آزمایش باید به صورت حرفه‌ای با رعایت احترام و کرامت مراجعان انجام پذیرد.

فرآیند استاندارد انجام آزمایش سریع ادرار برای زنان باردار مشکوک به مصرف مواد به شرح زیر است:

- ظرف جمع‌آوری نمونه که اسم و مشخصات بیمار روی آن نوشته شده به وی داده شود.
- مراجع برای دادن نمونه به توالی مرکز راهنمایی شود.
- داخل توالی ظرف حاوی نمونه ادرار بیماران دیگر وجود نداشته باشد.
- بیمار حداقل ۳۰ میلی‌لیتر داخل ظرف ادرار نماید.
- ظرف نمونه ادرار را از توالی خارج کرده و به فرد ارایه‌کننده مراقبت بسپارد. از گذاشتن نمونه‌ها در توالی به این هدف که بعداً جمع‌آوری شوند خودداری گردد.
- بلافاصله بعد از گرفتن نمونه در صورت امکان دمای آن با ترمومتر الکترونیک چک شود.
- مشاهده مستقیم بیمار هنگام دفع ادرار الزامی نیست.

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

نقش **کارشناس مراقب سلامت / بهورز** در برخورد با این گروه از مراجعان عبارت است از:

- رعایت اصول برقراری ارتباط مؤثر
 - ارجاع به کارشناس سلامت روان
- مداخلات رفتاری موفقی برای کمک به خانواده‌ها به منظور قانع کردن یک عضو خانواده طفره‌رونده از مراجعه درمانی وجود دارد که در سطوح اختصاصی و تخصصی درمان ارایه می‌شود. در سطح مراقبت اولیه، ارایه‌دهندگان مراقبت 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 کنار گذاشتن مصرف مواد، باید با عوارض جسمی و روانی اعتیاد هم کنار بیاید و آنها را نیز درمان کند که انجام این مجموعه از درمان‌ها نیازمند زمان است.

آسیب‌های اعتیاد صرفاً به دلیل 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 پایداری

مراجعان به توصیه‌های بهداشتی و درمانی ارایه‌شده به آنها توسط کارکنان تیم سلامت است.

در صورت مثبت بودن غربال‌گری اولیه کارشناس مراقب سلامت/بهورز مراجع را برای غربال‌گری تکمیلی به کارشناس سلامت

روان ارجاع می‌نماید.

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.

فصل هفتم:

کاهش آسیب

عناوین فصل

- مقدمه
- تعریف و فلسفه کاهش آسیب
- گروه‌های هدف کاهش آسیب و روش‌های شناسایی آنها
- آموزش در کاهش آسیب
- مداخلات کاهش آسیب

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.
- اصول آموزش در کاهش آسیب را بشناسید.
- 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.

در فصل یکم دیدیم که مصرف مواد آسیب‌های زیادی به همراه داشته و یکی از عوامل اصلی ناتوانی و مرگ زودهنگام بشمار می‌رود. اختلالات مصرف مواد یک چالش مهم برای سیستم‌های سلامت، اجتماعی و قضایی هر کشوری محسوب می‌شود. این امر اجرای برنامه‌های کاهش آسیب را برای مصرف‌کنندگان مواد ضرری می‌سازد. در برنامه‌های کاهش آسیب، تمرکز روی افرادی است که به مقدار و یا در الگوهایی مواد مصرف می‌کنند که موجب آسیب‌های شدید برای خود فرد، خانواده یا اجتماع می‌گردد. بنابراین، هدف رویکرد کاهش آسیب، پیشگیری از آسیب‌های مربوط به مواد در فرد مصرف‌کننده، افراد خانواده شامل کودکان و همسران (خشونت خانگی) و جامعه (ارتکاب جرم و جرائم توأم با خشونت) است.

در این میان، مراقبت بهداشتی اولیه، در خط اول شناسایی و درمان بیماری‌ها و اختلالات، نقش مهمی می‌تواند در کاهش آسیب مواد ایفا نماید، زیرا معمولاً بسیاری از پیامدهای جسمی، روانی و اجتماعی مصرف مواد در این مراکز شناسایی شده و می‌توان طیفی از مداخلات از خودمراقبتی و آموزش تا غربال‌گری، ارایه توصیه مختصر و ارجاع را در آن اجرا کرد.

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 این که 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 محور متمایز می‌سازد، فلسفه کاهش آسیب است. کاهش آسیب، **عمل‌گرا** است، به این معنی که این واقعیت را می‌پذیرد که انسان‌ها همیشه مواد مصرف کرده‌اند و خواهند کرد و انکار آن هیچ فایده‌ای ندارد. بنابراین، باید به جای دنبال کردن اهداف آرمان‌گرایانه مثل ریشه کردن کردن اعتیاد، روی کاهش پیامدهای منفی آن کار کرد و آسیب‌های حاصل از آن را کاهش داد.

همچنین کاهش آسیب، **مراجع‌محور** است چون یک رویکرد غیرقضاتوی و توأم با فهم، احترام و پذیرش دارد، برای مشارکت، همکاری و آزادی انتخاب مصرف‌کننده اهمیت زیادی قائل است و خدمات را برای همه گروه‌های مصرف‌کننده از جمله کسانی که به هر دلیلی نمی‌خواهند مصرف مواد را کنار بگذارند ارائه می‌دهد. بنابراین، رویکرد کاهش آسیب به تصمیم‌گیری افراد احترام می‌دهد.

گذارد و بر این باور است که کسانی که انتخاب می‌کنند مواد مصرف کنند و یا به مصرف آن ادامه دهند باید به اندازه کسانی که تصمیم‌های سالم‌تری می‌گیرند به خدمات بهداشتی، درمانی و حمایت‌های اجتماعی دسترسی داشته باشند.

اصول کاهش آسیب

- گروهی از افراد مواد مصرف می‌کنند و خواهند کرد.
- گروهی از افراد نمی‌خواهند مواد را کنار بگذارند.
- به جای تأکید بر مصرف مواد باید به پیامدهای آن توجه داشت.
- هر مصرف‌کننده موادی باید امکان بهره‌مندی از خدمات کاهش آسیب را داشته باشد.
- ارائه خدمات باید عاری از هرگونه قضاوت و آنگ‌زینی و تبعیض باشد.
- در ارائه خدمات باید به حقوق انسانی و حق انتخاب مصرف‌کننده مواد احترام گذاشت.

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:

- ارزیابی‌های غربال‌گری اولیه مصرف انواع مواد که در بدو ورود توسط کارشناسان مراقب سلامت صورت می‌گیرد.
- غربال‌گری 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.
- غربال‌گری تکمیلی درگیری با مصرف دخانیات، الکل و مواد در همسر یا سایر اعضای خانواده افرادی که به مرکز مراجعه کرده‌اند.
- ارزیابی مصرف مواد در همسر یا سایر اعضای خانواده افرادی که به مرکز مراجعه کرده‌اند.

پیش‌نیاز ارایه خدمات کاهش آسیب برقراری ارتباط مؤثر با گروه‌های هدف است. برای آشنایی با اصول ارتباط صحیح **فصل چهارم** را ببینید.

آموزش در کاهش آسیب

آموزش یک راهبرد اساسی در رویکرد کاهش آسیب است، زیرا اگر افراد ندانند چه رفتارهایی آنها را درخطر قرار می‌دهد، این خطرات چه هستند و چگونه می‌توانند آن را به حداقل برسانند، تغییر رفتاری صورت نمی‌گیرد. آموزش ممکن است به شکل انفرادی یا گروهی، در محیط‌های مختلف مثل مراکز بهداشتی مراقبت اولیه یا پاتوق‌های مصرف‌کنندگان مواد و توسط کارشناسان مراقب سلامت و یا گروه هم‌تا صورت گیرد.

هدف از آموزش مصرف‌کنندگان مواد، ارائه اطلاعات در مورد آسیب‌های ناشی از مصرف مواد و متقاعد ساختن آنها برای تغییر الگوهای پرخطر مصرف و در پیش گرفتن رفتارهای ایمن‌تر است. تغییرات رفتاری مورد نظر عمدتاً حول و حوش موضوعات زیر است:

- کنار گذاشتن مصرف تزریقی
- استفاده از وسایل تزریق نو و ضدعفونی کردن وسایل تزریق
- روش تزریق ایمن‌تر
- استفاده از کاندوم
- پیشگیری از بیش‌مصرفی مواد و نحوه برخورد با آن

- جایگزین کردن مواد پرخطر با مواد کم خطرتر

- اتخاذ یک سبک زندگی سالم

اصول آموزش مصرف کنندگان مواد

در آموزش مصرف کنندگان مواد باید یک سری اصول رعایت شود تا اثربخشی آموزش ها افزایش یابد. این اصول عبارت است از:

- تاکید بر اهداف عملی کوتاه مدت مانند پیشگیری از اچ آی وی ایدز تا اهداف آرمان گرایانه دراز مدت مانند ترک مواد
- استفاده از تکنیک های آموزشی مناسب برای انتقال اطلاعات

○ پیام ها روشن و واضح باشد

○ از لحاظ فرهنگی قابل پذیرش بوده و تناسب فرهنگی داشته باشد

○ زبان مورد استفاده، ساده و متناسب با متوسط تحصیلات گروه های مصرف کننده 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 آموزش ها در محیط های مختلف و توسط رسانه های مختلف مانند استفاده از پوسترها، خبرنامه ها، بروشورها، فیلم ها، پمفلت ها، کتابچه ها و یا درج پیام های کاهش آسیب روی سرنگ ها برای انتقال اطلاعات در مورد رفتارهای پرخطر و راه های پیشگیری

مداخلات کاهش آسیب

در این قسمت، مهمترین مداخلات کاهش آسیب توضیح داده شده است. مداخلات به دو دسته مداخلات کاهش آسیب برای فرد مصرف کننده و خانواده وی - با تمرکز بر همسر - تقسیم شده است که در زیر به تفکیک آمده است:

الف- مداخلات کاهش آسیب برای کسانی که مواد مصرف می کنند

یک- اطلاع رسانی، آموزش و برقراری ارتباط

اطلاع رسانی، آموزش و برقراری ارتباط^۱ به معنی آموزش و اطلاع رسانی در رابطه با آسیب های مرتبط با مصرف مواد و راه های پیشگیری از آن است. مهم ترین نکته، آموزش و اطلاع رسانی در رابطه با عفونت اچ آی وی است. بعضی از نکاتی که لازم است در این مورد به مراجعان انتقال داده شود، به صورت خلاصه در زیر آمده است.

• آموزش های مربوط به اچ آی وی

○ راه های انتقال ویروس: شامل 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)، و انتقال از مادر اچ آی وی مثبت به جنین (در دوران بارداری) یا نوزاد (در حین زایمان یا با شیردهی)

○ راه های عدم انتقال ویروس: لازم است که برای مخاطب توضیح دهید که به جز راه های ذکر شده در بالا، هیچ راه دیگری برای انتقال ویروس وجود ندارد. بنابراین دست دادن با فرد مبتلا، در آغوش کشیدن و بوسیدن او، استفاده مشترک از ظرف یا استخر یا توالت، سرفه یا عطسه، نیش پشه یا گازگرفتن جانوران موجب انتقال ویروس نمی شود.

○ تفاوت اچ آی وی و ایدز: ابتلا به عفونت اچ آی وی به معنای ابتلا به ایدز^۲ نیست. پس از ورود ویروس به بدن، اگر فرد هیچ درمان خاصی دریافت نکند و مراقب سلامت خود نباشد، حدود ۸ تا ۱۰ سال طول می کشد تا به بیماری ایدز دچار گردد. در این هنگام، سطح ایمنی بدن به حدی کاهش پیدا کرده که فرد ممکن است به انواع عفونت ها و بدخیمی ها دچار شود. مجموعه این عفونت ها و بدخیمی ها را ایدز می گویند. از سوی دیگر، اگر فرد اچ آی وی مثبت، داروهای مورد نیاز خود را دریافت کند، مراقب تغذیه خود باشد، ورزش کند، از عادات رفتاری نامناسب دوری کند و حتی الامکان استرس خود را کنترل کند، طول عمر بسیار بیشتری خواهد داشت و آن گونه که بسیاری از متخصصین عفونی معتقدند، طول عمر می تواند به اندازه افراد عادی باشد.

¹ Information, Education & Communication (IEC)

² Acquired Immuno-Deficiency Syndrome

○ مراحل مختلف عفونت: پس از ورود ویروس به بدن، ممکن است هیچ علائمی ظاهر نشود، یا برای یک هفته تا ده روز علائم مشابه سرماخوردگی وجود داشته باشد. سپس فرد وارد یک مرحله بدون علامت (همان‌طور که ذکر شد، ۸ تا ۱۰ سال برای کسی که درمان نشود) می‌گردد. در هفته‌های اول عفونت، حتی آزمایش‌های معمول (الایزا و وسترن بلات) ویروس را در خون نشان نمی‌دهند. این مرحله را **دوره پنجره** می‌نامند. بنابراین اگر فردی یک هفته قبل رفتار پرخطری داشته، و آزمایش امروز او منفی است، به این معنی نیست که حتماً مبتلا به عفونت نشده است. دوره پنجره بین ۳ هفته تا ۳ ماه (در برخی منابع ۶ هفته تا ۶ ماه) طول می‌کشد. بنابراین بهتر است برای اطمینان از منفی بودن آزمایش، سه ماه (یا ۶ ماه) پس از رفتار پرخطر (به شرطی که طی این مدت رفتار پرخطر دیگری اتفاق نیفتاده باشد) مجدداً آزمایش تکرار شود.

○ اطلاع از وضعیت اچ‌آی‌وی: مراکز مشاوره رفتاری که تحت نظارت دانشگاه‌ها هستند می‌توانند وضعیت ابتلا به اچ‌آی‌وی را مشخص کنند. در این مراکز ابتدا یک مشاوره (مشاوره پیش از آزمایش) انجام می‌شود. در این مشاوره، اطلاعات لازم به مراجع منتقل می‌شود، وضعیت او به لحاظ رفتارهای پرخطر سنجیده می‌شود، و به لحاظ روانی مورد بررسی قرار می‌گیرد. سپس، در صورت کاندید بودن فرد برای آزمایش، از او نمونه خون گرفته می‌شود. پس از آماده شدن جواب آزمایش، مشاوره‌ای با عنوان مشاوره پس از آزمایش، برای فرد انجام می‌شود و طی آن نتیجه (مثبت یا منفی) به اطلاع او می‌رسد. هدف مشاوره پس از آزمایش با نتیجه منفی، کمک به مراجع برای منفی نگاه داشتن آزمایش خود و نیز بررسی امکان بودن در دوره پنجره است. در مشاوره پس از آزمایش با نتیجه مثبت، هدف، کمک به فرد برای یافتن حمایت‌های خانوادگی و اجتماعی، اتصال به شبکه درمان و مراقبت، و پیگیری مسایل روانی مراجع است.

• روش‌های پیشگیری از اچ‌آی‌وی:

○ پیشگیری از انتقال از راه خون: به منظور پیشگیری از انتقال اچ‌آی‌وی از طریق خون اقدامات زیر توصیه می‌شود:

- (۱) تزریق سالم‌تر: در بخش برنامه سرنگ و سوزن توضیح داده خواهد شد، (۲) استفاده از فرآورده‌های خونی سالم: خوشبختانه در سال‌های اخیر، همه فرآورده‌های خونی از نظر اچ‌آی‌وی مورد آزمایش قرار می‌گیرند. علاوه براین، 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. (۳) رعایت احتیاط در اقدامات پزشکی: برای مثال مراقب بودن در هنگام تزریق آمپول و یا انداختن سر سوزن‌های استفاده شده در سطوحی مخصوص. و (۴) رعایت احتیاط‌های معمول: مثل بستن کمربند در اتومبیل (تا در صورت تصادف، احتمال خونریزی و نیاز به تزریق خون و انجام اقدامات پزشکی کاهش یابد)

○ پیشگیری از انتقال از طریق ارتباط جنسی: در بخش برنامه کاندوم توضیح داده خواهد شد.

○ پیشگیری از انتقال ویروس از مادر به کودک: مادر باردار مبتلا به ویروس در سه مرحله می‌تواند ویروس را به نوزاد خود انتقال دهد: (۱) بارداری، (۲) هنگام زایمان و (۳) هنگام شیردهی. مصرف داروهای ضدترتروویروسی 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 ضدترتروویروسی 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.

دو- برنامه سرنگ و سوزن

اولین توصیه بهداشتی در برخورد با فردی که مواد را به صورت تزریقی مصرف می‌کند توصیه به قطع مصرف مواد از طریق شرکت در یک برنامه درمانی جامع در سطوح بالاتر (عمدتاً سطح ۲) است. در صورتی که فرد انگیزه و آمادگی کافی برای قطع مصرف مواد نداشته باشد یک هدف بینابینی با رویکرد کاهش آسیب می‌تواند توصیه به پرهیز از مصرف تزریقی مواد و مصرف مواد به صورت کشیدنی باشد. در صورتی که مراجعه‌کننده برای این هدف رفتاری نیز آمادگی کافی نداشته باشد، استفاده از برنامه سرنگ و سوزن برای او مناسب خواهد بود.

یکی از مهم‌ترین و اثربخش‌ترین برنامه‌های کاهش آسیب، توزیع وسایل تزریق استریل و یک‌بار مصرف در بین مصرف‌کنندگان تزریقی مواد است. اجزاء این برنامه عبارت است از:

- آموزش تزریق سالم‌تر: در ابتدا بهتر است در مورد عوارض تزریق مواد مانند احتمال بیش‌مصرفی، آسیب ویریدی، عفونت‌های پوستی، بیماری‌های عفونی مانند اچ‌آی‌وی و هپاتیت، ایجاد لخته‌های خونی و خطر سکت‌های قلبی یا مغزی، آبسه و... توضیح داده شود و پس از آن اصول تزریق سالم‌تر به مصرف‌کننده تزریقی آموزش داده شود. این اصول در زیر به صورت خلاصه آمده است. بدیهی است که برای درک بهتر مطلب، نیاز به مطالعه بیشتر در این زمینه وجود دارد. توصیه‌های آموزشی زیر برای یکمخاطب مصرف‌کننده تزریقی مواد تنظیم شده است:

- وسایل مورد نیاز تزریق را قبل از انجام تزریق آماده سازید: سرنگ و سرسوزن، پنبه، فیلتر، ملاقه، آب، تورنیکه (رگ‌بند)، ...
- 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 پیدا کنید (مثلاً با باز و بسته کردن دست برای چند بار یا ریختن آب گرم روی محل تزریق) و محل رگ را به وسیله پنبه الکلی تمیز کنید.
- شیب سرنگ را به سمت بالا بگیرید و با زاویه حدود ۳۰ درجه سوزن را در امتداد رگ و در جهت جریان خون به سمت قلب وارد رگ کنید.
- کمی از خون را به داخل سرنگ بکشید و سپس به آرامی مواد را تزریق کنید. وقتی نیمی از مواد وارد رگ شد، کمی صبر کنید. اگر به نظرتان آمد میزان ماده برایتان کافی است، از تزریق بقیه ماده خودداری کنید تا خطر بیش‌مصرفی را به حداقل برسانید.
- اگر خونی به داخل سرنگ نیامد، یعنی وارد رگ نشده‌اید. به آرامی سوزن را خارج کنید، رگ‌بند را باز کنید و محل را با پنبه فشار دهید. کمی صبر کنید و دوباره امتحان کنید.
- پس از تزریق موفق هم سوزن را به آرامی خارج کنید و محل را با پنبه تمیز کنید (گفته می‌شود که بهتر است از پنبه الکلی استفاده نکنید، چون الکلی ممکن است مانع انعقاد خون شود).
- در هر بار تزریق، یک رگ جدید را استفاده کنید، مثلاً به صورت چرخشی (ساعد راست، ساعد چپ، پای راست، پای چپ و ...)

• ضد عفونی کردن وسایل تزریق

به طور کلی توصیه می شود که از وسایل تزریق استریل و یک بار مصرف استفاده شود و از استفاده از سرنگ و سرسوزن قبلی خود فرد یا فرد دیگر خودداری شود. در صورت عدم دسترسی به سرنگ و سوزن استریل، بهتر است حتی الامکان از سرنگ قبلی خود فرد، پس از ضد عفونی کردن، استفاده شود. برای ضد عفونی باید سه ظرف آماده شود. در ظرف اول و سوم آب تمیز و سرد، و در ظرف دوم، وایتکس ریخته شود. ابتدا آب خنک را از ظرف اول به داخل سرنگ می کشیم و در بیرون از ظرف تخلیه می کنیم. یک بار دیگر این کار را تکرار می کنیم. سپس از ظرف دوم وایتکس را درون سرنگ می کشیم و ۳۰ ثانیه تکان می دهیم و تخلیه می کنیم. این کار را نیز یک بار دیگر تکرار می کنیم. سپس آب را از ظرف سوم به داخل سرنگ می کشیم و تخلیه می کنیم و این کار را هم دو بار انجام می دهیم. اگر عمل ضد عفونی را با الکل انجام دهیم، باید دو دقیقه الکل را در مرحله دوم در سرنگ تکان دهیم.

سه- درمان نگهدارنده با داروهای اُپیویدی

یکی از مهم ترین و مؤثرترین اقدامات کاهش آسیب، درمان نگهدارنده با داروهای اُپیویدی است است که باعث کاهش مصرف مواد غیرقانونی، کاهش رفتارهای پرخطر مانند تزریق مواد، کاهش جرم، ثبات عملکرد اجتماعی و بهبود سلامت روانی و جسمی می شود. برای توضیحات بیشتر فصل ششم را ببینید.

چهار- مشاوره و آزمایش اچ آی وی

انجام آزمایش اچ آی وی برای گروه های مختلف اجتماع لازم است تا موارد مثبت هرچه سریع تر شناسایی شوند. به این ترتیب، افرادی که دارای آزمایش منفی هستند، ترغیب می شوند که آن را منفی نگه دارند و افراد دارای آزمایش مثبت، جهت استفاده از خدمات درمان و مراقبت تشویق می شوند.

مراکز خاصی برای انجام مشاوره و آزمایش اچ آی وی وجود دارند که به آن ها مراکز مشاوره بیماری های رفتاری می گویند. این مراکز وابسته به دانشگاه های علوم پزشکی هستند. علاوه بر آن، در مراکز ویژه زنان آسیب پذیر (وابسته به وزارت بهداشت) و بعضی از مراکز گذری و مراکز درمان نگهدارنده با متادون، این خدمت ارائه می گردد.

هدف از انجام مشاوره، افزایش آگاهی مراجع به عفونت اچ آی وی و بیماری ایدز و رفتارهای پرخطر، کاهش اضطراب با ارائه اطلاعات صحیح، کمک به وی برای تصمیم گیری و حمایت یابی است. مهم ترین اصل در انجام مشاوره و آزمایش اچ آی وی، تأکید بر محرمانگی و رازداری است. همچنین، به هیچ عنوان بدون رضایت مراجع، انجام آزمایش توصیه نمی شود.

پنج- درمان 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.

یکی از مسایل مهم در مورد درمان ضد رتروویروسی، لزوم رعایت رژیم درمانی است، یعنی داروها باید منظم و به موقع مصرف شده 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 به موقع یا مصرف درست داروهای خود را نداشته باشند. از طرفی به نظر می‌رسد انگ و تبعیض علیه مصرف‌کنندگان مواد، یکی از موانع دسترسی آنها به خدمات درمانی است.

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 شامل سیفلیس، سوزاک، کلامیدیا، تریکومونا، کاندیدا، زگیل تناسلی و بیماری‌هایی مانند هپاتیت ب و اچ‌آی‌وی می‌شوند.

تشخیص این بیماری‌ها از طریق معاینه توسط پزشک و انجام آزمایش‌های لازم امکان‌پذیر است. پس از تشخیص، نیاز به درمان است که درمان‌های اختصاصی برای هر یک از بیماری‌های منتقله از راه جنسی وجود دارد. مهم است که بدانید با استفاده منظم و مستمر از کاندوم می‌توان احتمال بیماری را در حد زیادی کاهش داد.

هفت- برنامه کاندوم برای مصرف‌کنندگان مواد و شریک‌های جنسی آنها

شایع‌ترین راه انتقال ویروس در جهان، انتقال از طریق جنسی است. در ایران، تا به حال شایع‌ترین راه انتقال استفاده از وسایل تزریق مشترک بوده است. با این وجود در سال‌های اخیر، انتقال از راه جنسی به سرعت رو به افزایش است، ضمن این که یکی از مهم‌ترین گروه‌های در معرض خطر انتقال ویروس، همسران و شریک‌های جنسی افراد مصرف‌کننده مواد هستند. این مسأله، به‌خصوص با افزایش مصرف مواد محرک روند سریع‌تری به خود گرفته است.

عفونت اچ‌آی‌وی از راه‌های مختلف ارتباط جنسی قابل انتقال است. این راه‌ها شامل ارتباط جنسی از راه واژن، مقعد، یا دهان می‌شود. ارتباط جنسی مقعدی از راه‌های مهم انتقال ویروس است. این نوع ارتباط جنسی در بین مردانی که با مردان دیگر رابطه جنسی دارند یا در شرایط خاص مانند پادگان‌ها، زندان‌ها یا حتی خانم‌ها قبل از ازدواج، شایع‌تر از افراد عادی است. مخاط مقعد شکننده بوده 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 عملاً اثر محافظتی آن را کاهش می‌دهد.
- 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 ب و سی، ویروس‌هایی هستند که کبد را درگیر می‌کنند و در درازمدت می‌توانند منجر به بیماری‌های مزمن و سرطان کبد شوند. هپاتیت ب به همان روش‌های ویروس اچ‌آی‌وی منتقل می‌شود. هپاتیت سی، عمدتاً از طریق خون و تا حدودی از طریق راه جنسی منتقل می‌شود، اما از مادر به جنین و از طریق شیردهی انتقال نمی‌یابد.

برای پیشگیری از ابتلا به هپاتیت ب، رعایت اصول بهداشتی نقش اساسی دارد. به علاوه امکان واکسیناسیون نیز وجود دارد.

هپاتیت سی به راحتی توسط سیستم ایمنی بدن از بین نمی‌رود، و معمولاً فرد به شکل دائم مبتلا به این ویروس خواهد ماند. تزریق مشترک یکی از مهم‌ترین علل انتقال این ویروس است، و بنابراین رعایت اصول تزریق سالم‌تر و دریافت درمان نگهدارنده با داروهای آگونیست اُپیوئیدی در پیشگیری از این ویروس نقش حیاتی دارد. هپاتیت سی واکسن ندارد، و بنابراین تنها راه پیشگیری از آن رعایت اصول بهداشتی پیشگیرانه است. تشخیص بیماری هپاتیت با مراجعه به پزشک و انجام آزمایش‌های خاص کبدی این بیماری امکان‌پذیر است. درمان بیماری هپاتیت با داروهای ضدویروسی امکان‌پذیر است، اما درمان هپاتیت درمان گرانی است که برای سیستم بهداشتی کشور هزینه 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.

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.

ب- مداخلات کاهش آسیب برای خانواده مصرف‌کنندگان مواد

مصرف مواد علاوه بر فرد مصرف‌کننده روی کل اعضای خانواده تأثیر می‌گذارد. خانواده با مشکلات متعددی مانند خشونت، تعارض‌های خانوادگی، مشکلات مالی، جدایی / طلاق، خطر ابتلا به عفونت اچ‌آی‌وی و سایر بیماری‌های عفونی و انگ اجتماعی مواجه هستند. بنابراین مصرف مواد فقط مشکل خود فرد نیست بلکه کل سیستم خانواده از آن تأثیر می‌پذیرد. مداخلات کاهش آسیب برای خانواده انواع متعددی دارد که در زیر به مهمترین آنها اشاره شده است:

یک- آموزش خانواده در مورد کاهش آسیب

کارشناس مراقب سلامت/بهورز باید برای خانواده مفهوم کاهش آسیب، اصول و فلسفه آن را توضیح دهد. اغلب خانواده‌ها انتظار دارند که سیستم ارایه خدمات بهداشتی، اعتیاد را کاملاً «علاج» کند و بنابراین ممکن است با برنامه‌های کاهش آسیب مانند دادن سرنگ و سوزن به مراجع مخالفت کنند و آن را اقدامی برای تشویق او برای ادامه مصرف بدانند. توضیح اصول و منطق کاهش آسیب به همکاری خانواده با برنامه‌های کاهش آسیب کمک خواهد کرد و موفقیت و اثربخشی آن را افزایش خواهد داد.

دو- 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. بنابراین مصرف‌کنندگان مواد، به ویژه مصرف‌کنندگان تزریقی با استفاده از وسایل تزریق مشترک و یا رابطه جنسی پرخطر نه تنها خود را در معرض بیماری اچ‌آی‌وی، هپاتیت و سایر بیماری‌های عفونی قرار می‌دهند، بلکه همسر یا شریک جنسی خود - و نیز فرزندان احتمالی - را نیز از طریق رابطه جنسی محافظت نشده در خطر قرار می‌دهند. بنابراین، آموزش رابطه جنسی ایمن به همسران یا شرکای جنسی مصرف‌کنندگان مواد- به ویژه مصرف‌کنندگان تزریقی مواد - اهمیت زیادی دارد.

این آموزش باید شامل ارائه اطلاعات و افزایش آگاهی همسران در مورد رابطه پرخطر جنسی و عواقب آن و نیز آموزش مهارت مذاکره با همسر برای یک رابطه جنسی ایمن باشد.

سه- آموزش درباره خشونت خانگی

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 یک‌چهارم تا نیمی از مردانی که مرتکب خشونت نسبت به همسران‌شان می‌شوند، مصرف الکل و مواد داشته و دفعات و شدت خشونت در آنها بیشتر از مردانی است که مصرف مواد ندارند. مصرف مواد، احتمال بروز خشونت خانگی را افزایش داده و حتی شدت و فراوانی آن را بیشتر کند.

در کار با مصرف‌کنندگان مواد، حتما باید احتمال خشونت خانگی را در نظر داشت و اقدامات لازم به منظور ارزیابی و انجام مداخلات ضروری انجام گیرد. غربال‌گری و 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 در این زمینه به راهنماهای مربوطه حوزه سلامت اجتماعی مراجعه فرمایید.

چهار- بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی اعضای خانواده

همان طور 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 خدمات درمانی لازم و همچنین آموزش سبک زندگی سالم و توانمندسازی صورت می‌گیرد.

پنج- آموزش فرزندپروری

مصرف مواد والدین بر فرزندان تأثیر می‌گذارد و احتمال بروز اختلالات رفتاری، مشکلات روان‌پزشکی و نیز مصرف مواد را در آنها افزایش می‌دهد.

در فصل پنجم دیدیم که غفلت فرد مصرف‌کننده مواد از وظایف والدینی، فقدان ارتباط گرم و حمایت‌کننده بین مصرف‌کننده مواد و فرزندان، استرس‌ها و تنش‌های مزمن در خانواده، تعارض‌های مکرر بین زن و شوهر، دسترسی به مواد و الگوبرداری از مصرف‌کننده از جمله مواردی است که می‌تواند شیوع بالاتر مشکلات روان‌شناختی و مصرف مواد را در فرزندان والدین مصرف‌کننده، تبیین کند. پیشتر در فصل پنجم دیدیم که شرکت در برنامه‌های فرزندپروری انتخابی نقش محافظت‌کننده برای گرایش کودکان والدین مصرف‌کننده مواد دارد.

نقش کارشناس مراقب سلامت/بهورز در این خصوص آموزش و ترغیب مراجعان به منظور شرکت در برنامه‌های پیشگیری اولیه شامل خودمراقبتی، آموزش مهارت‌های فرزندپروری و... است.

ارجاع و پیگیری

از آنجایی که در اغلب مراکز مراقبت های اولیه، طیف مداخلات کاهش آسیب محدود است، ارجاع به به مراکز حمایتی و تخصصی یکی از مهمترین اقداماتی است که باید در نظر گرفته شود. براساس شناخت نیازهای مراجع، ارجاع به مراکز اختصاصی کاهش آسیب، مراکز درمان اعتیاد شامل واحدهای درمان نگهدارنده با متادون و سایر جایگاه های بهداشتی، درمانی انجام می گیرد. نقش کارشناس مراقب سلامت خانواده/بهورز شناسایی مصرف کنندگان مواد آنچنان که در **فصل ششم** توضیح داده شد و ارجاع آنها به **کارشناس سلامت روان** است.

نگته مهم دیگر آن است که وقتی مراجع را برای غربالگری تکمیلی و دریافت مراقبت متناسب به کارشناس سلامت روان ارجاع می دهید، اطمینان پیدا کنید که به آن سازمان مراجعه می کند. شما می توانید کارهایی انجام دهید تا مراجع به توصیه شما عمل نموده و احتمال مراجعه وی به **کارشناس سلامت روان** بیشتر شود. برای مثال می توانید:

- از مهارت های برقراری ارتباط مؤثر (**فصل چهارم**) استفاده کنید.
- کارت بازخورد و توصیه مختصر ارایه کنید. بر روی کارت بازخورد باید علاوه بر پیام های آموزشی نام، ساعات کار، آدرس و شماره تلفن محل استقرار کارشناس سلامت روان درج گردد.
- خودتان در حضور مراجع با مرکز مورد نظر تماس بگیرید و قراری را هماهنگ کنید.
- کاملاً برای فرد توضیح دهید از فرآیند ارایه خدمات توسط کارشناس سلامت روان چگونه خواهد بود.
- اگر مراجع برای رفتن به کارشناس سلامت روان، مشکلاتی را بیان کرد، به او کمک کنید تا با تکنیک های حل مسئله، موانع موجود را برطرف کند. این موانع می تواند شامل مشکلات ایاب و ذهاب، مراقبت از بچه ها، ترس از دستگیر شدن و... باشد. بنابراین همیشه در پایان جلسه ارایه مراقبت بررسی کنید آیا مراجع سؤال و یا نگرانی هایی دارد و اطمینان پیدا کنید که همه چیز برای او روشن است.

ذکر این نکته مهم است که در مناطق روستایی و حاشیه شهر و یا در مواردی که مراکز اختصاصی و تخصصی درمان و کاهش آسیب اعتیاد وجود ندارد و یا دسترسی مراجع به آن دشوار است و یا به هر دلیلی امکان مراجعه وی به خدمات سطوح ۲ و ۳ محدود است، تا جای که ممکن خود شما، کارشناس سلامت روان، پزشک و سایر کارکنان تیم سلامت می تواند خدمات بهداشتی و کاهش آسیب مورد نیاز را ارائه دهید.

در خاتمه هر مراقبت، اهمیت پیگیری مراجع و برنامه پیگیری را به اطلاع مراجع برسانید. در خصوص نحوه پیگیری فصل ششم را ملاحظه فرمایید. راه های تماس با مراجع را بررسی کنید تا در صورت عدم امکان شرکت در جلسه مقرر، بتوانید ترتیب جلسه دیگری را بدهید. در خاتمه دوباره تأکید کنید شما همیشه برای کمک به او در دسترس هستید و هر زمان نیاز به کمک و مشورت داشت، از او استقبال خواهید کرد.

در جدول ۷-۱ شرح وظایف کارشناس مراقب سلامت خانواده در حوزه کاهش آسیب مواد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه ارائه شده است.

جدول ۷-۱- شرح خدمت کارشناس مراقب سلامت خانواده در کاهش آسیب مواد در نظام مراقبت های بهداشتی اولیه

منبع - متن آموزشی	شرح خدمت	گروه هدف
متون کاهش آسیب وزارت بهداشت	<ul style="list-style-type: none"> • غربالگری/شناسایی موارد و ارجاع به کارشناس سلامت روان • برقراری ارتباط توأم با احترام و به دور از قضاوت گیری • ارائه ی خدمات سرنگ و سوزن شامل: <ul style="list-style-type: none"> ○ آموزش تزریق ایمن تر (شامل پیشگیری و برخورد با بیش-مصرفی مواد) ○ آموزش ضدعفونی کردن وسایل تزریق در صورت لزوم ○ تحویل سرنگ نو و سایر وسایل تزریق ایمن تر در صورت لزوم • ارائه ی کاندوم شامل: <ul style="list-style-type: none"> ○ تحویل کاندوم به تعداد مورد نیاز مراجع ○ آموزش رابطه ی جنسی ایمن ○ ارجاع برای بررسی و درمان عفونت های آمیزشی در صورت لزوم ○ ارجاع برای آزمایش و مشاوره ی اچ آی وی 	مصرف کنندگان تزریقی (یا غیرتزریقی 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، 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). شیوع شناسی اعتیاد در ایران. گزارش نتایج اصلی مطالعه در رسانه های گروهی.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۳). کتاب سال ۱۳۹۳ ستاد مبارزه با مواد مخدر. تهران: ریا ست جمهوری، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر برنامه ریزی و فن آوری اطلاعات.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۴). کتاب سال ۱۳۹۴ ستاد مبارزه با مواد مخدر. تهران: ریا ست جمهوری، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، دفتر برنامه ریزی و فن آوری اطلاعات.
- ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۲). گزارش فعالیت های ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۱. انتشارات دفتر برنامه ریزی ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- صرامی، حمید. (۱۳۹۱). شیوع شناسی اعتیاد در ایران. سایت ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.
- مجلس شورای اسلامی. (۱۳۸۵). قانون جامع کنترل و مبارزه ملی با دخانیات. مصوب ۱۳۸۵/۶/۱۵.
- 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 سیدهدادی، معین صدیقه السادات، عامری فرزانه، حدادی محمدرضا. (۱۳۹۵). استانداردهای مدل های درمان اختلال مصرف الکل. مرکز ملی مطالعات اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی تهران و اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف 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). آیین نامه 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).