

بسم الله الرحمن الرحيم

موضوع کارگاه: مراقبتهای پرستاری در بیماران با سوء مصرف مواد

ارائه دهنده: بهنام فرهنگدینیا

عضو هیأت علمی دانشکده پرستاری و مامایی دزفول

- ❑ تعریف و مقدمه ای بر سوء مصرف مواد
- ❑ آشنایی با سوء مصرف مواد مختلف، و اثرات جسمی و روانی مواد
- ❑. مراقبت های پرستاری در مصرف مواد

Drug : ماده ای که به شکل غیرقانونی و ممنوع به دست فرد می رسد، ممکن است مشتقاتی از آمفتامین و مخدرها باشد

Drug Abuse: زمانی که فرد با قصد و نیت دیگر، دارو را مصرف کند

Drug Misuse: استفاده غلط از داروی تجویزی است

Medication : داروی که جهت تشخیص، درمان و تسکین علائم بیماری به کار می رود

اختلالات روانی ناشی از مواد: گروهی از اختلالات که به دنبال مصرف مواد یا مواجهه با آن به وجود آمده و با دفع آن از بدن، برطرف می شود.

مصرف تکراری یک ماده منجر به وابستگی **روانی و جسمی** یا **اعتیاد** به آن ماده می شود.

وابستگی به مواد:

الف. وابستگی جسمی یا فیزیولوژیک: عبارت است از ناتوانی قطع مصرف مواد، به این معنی که قطع مصرف آن موجب بروز علائم می شود

ب. وابستگی روانی یا رفتاری: عبارت است از میل شدید و مستمر یا متناوب برای مصرف مواد، به منظور اجتناب از حالت ملال و خماری

مسمومیت مواد: به اثرات روانی و جسمانی ناشی از مصرف مواد یا مواجهه با آن اطلاق می شود.

محرومیت مواد: عبارت است از نشانه ها و علائمی که به دنبال قطع مصرف زیاد و مداوم یک ماده بروز می کند.

مواد موثر بر روان یا روانگردان، موادی که به دنبال مصرف آن هوشیاری و حالت روانی فرد را تغییر می دهند.

۱. مواد افیونی

۲. حشیش

۳. مواد محرک کوکائین و و آمفتامین

۴. مواد توهم زاها

۵. کافئین، نیکوتین

۶. الکل



۱. **مواد افیونی (Opioid) یا مخدر:** مواد افیونی از واژه Opium تریاک گرفته شده که به معنای عصاره گیاه خشخاش (*Papaver somnifer*) است و شامل ترکیبات تریاک:

هروئین

کدوئین

مواد مخدر به عنوان مسکن و مهار کننده سیستم عصبی مرکزی می تواند سبب کاهش فعالیت مرکز تنفس شود

Classification of opioid agents

Origin	Agent (Brand Name)	Comments
Natural	Codeine	AT
	Morphine	-
	Paregoric	-
Synthetic	Diphenoxylate (Lomotil)	AD
	Fentanyl (Sublimaze)	
	Loperamide (Imodium)	AD
	Meperidine (Demerol)	S,1
	Methadone (Dolophine)	Long-acting
	Propoxyphene (Darvon)	S
	Tramadol (Ultram)	S
Semisynthetic	Heroin	-
	Hydrocodone (Lortab)	-
	Hydromorphone (Dilaudid)	-
	Levorphanol (Levodromoran)	Long-acting
	Oxycodone (Percocet)	-
	Oxymorphone (Numorphan)	-
	Buprenorphine (Buprenex)	2,3
	Butorphanol (Stadol)	2,3
	Nalburphine (Nubain)	2,3
	Pentazocine (Talwin)	2,3
	Nalmefene (Revex)	-
	Naloxone (Narcane)	-
	Naltrexone (Re Via)	-
	Dextromethorphan	AT

AD: antidiarrheal; AT: antitussive; S: seizures; 1: use cautiously with renal compromise; 2: may cause withdrawal symptoms in opioid-dependent patients; 3: has ceiling for analgesia and respiratory depression.

اثرات فردی:

با هدف اثر تسکین و آرامبخش دهنده موجب گرایش به این مواد می شود. استفاده از هروئین برای کاهش اضطراب و پوشاندن احترام به نفس پایین و درماندگی یا به دلیل مشکلات جسمانی مانند درد مفاصل به مصرف مواد مخدر رو می آورند.

عوامل اجتماعی:

وضعیت اقتصادی

اجتماعی پایین

اعتیاد در خانواده

اثرات مواد افیونی برگشت پذیر است به جز در مصارف بالا و تغییرات مربوط به وابستگی جسمی

دستگاه گوارش: یبوست و بی اشتهایی

سیستم تنفسی: تضعیف تنفس

سیستم عروقی: هیپوتانسیون وضعیتی

عفونت های باکتریال

مسمومیت:

در صورت مصرف زیاد علائم زیر ظاهر می شود:

- دپرسیون تنفسی
- عدم واکنش به محرک ها
- افت فشارخون
- تنگی شدید مردمک ها (میوز)
- تهوع و استفراغ و کولیک صفراوی
- اغماء

- حالت سرخوشی
- احساس آرامش و خواب آلودگی
- احساس گرما
- خشکی دهان
- خارش
- انقباض مردمک ها
- کاهش درد و نشئگی
- ضد اسهال و کاهش دهنده سرفه

درمان مسمومیت:

حفظ علائم حیاتی و تزریق داخل وریدی نالوکسان (Narcan)

پاسخ درمانی به نالوکسان مسمومیت با اپیوئیدها را قویاً مطرح می کند

نیمه عمر نالوکسان ۱ تا ۲ ساعت

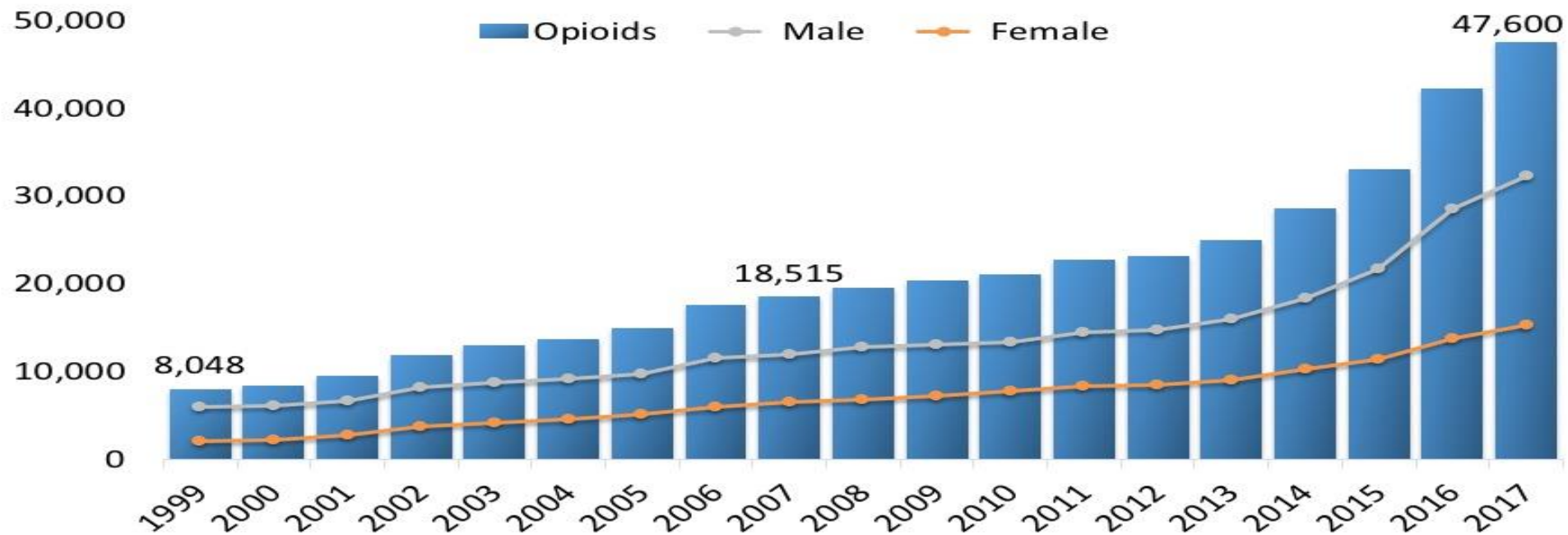
برای بزرگسالان تزریق ۰/۸ میلی گرم و نوزادان ۰/۱ mg/kg به صورت داخل وریدی تجویز می گردد. بعد از گذشت ۵ دقیقه در صورت عدم پاسخ مقدار ۱/۶ mg داخل وریدی تجویز و ۱۵ دقیقه دیگر با ید صبر کرد.

اگر باز پاسخی مشاهده نشد، مقدار ۳/۲ mg داخل وریدی تجویز می گردد

درمان اضطراری شامل:

تدارک راه هوایی مناسب و تهویه به همراه تجویز نالوکسان به صورت اینترا نزال برای بازگشت عوارض مخدر

Figure 3. National Drug Overdose Deaths Involving Any Opioid, Number Among All Ages, by Gender, 1999-2017



Source: : Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Multiple Cause of Death 1999-2017 on CDC WONDER Online Database, released December, 2018

علائم محرومیت مواد افیونی	مسمومیت مواد افیونی
تحریک پذیری	عدم واکنش به محرک ها
اسهال	یبوست
افزایش فشار خون	افت فشارخون
خمیازه کشیدن	کندی روانی حرکتی
اتساع مردمک ها(میدریاز)	تنگی شدید مردمک ها(میوز)
آبریزش از بینی، اشک ریزش	اختلال حافظه و توجه
درد و کرامپ های عضلانی	دپرسیون تنفسی

علائم مسمومیت شامل:

۱. تعداد تنفس کمتر از ۱۲ تنفس در دقیقه
۲. فرد در حالت استپور و بدون پاسخ است
۳. پیدایش حالت کما همراه با سرکوب تنفس و هیپوکسی
۴. پوست سرد و چسبناک است
۵. مردمک ها گشاد
۶. مرگ

پنجره درمانی کوتاهی بین مسمومیت و دوز کشنده مخدر وجود دارد.

نکته: استفاده از سرکوب کننده سیستم عصبی مرکزی (الکل و بنزودیازپینها) خطر دوز کشنده را افزایش می دهد.

- اقدامات ABC برای هوشیار شدن بیمار

- تجویز اکسیژن ۱۰۰ درصد

- استفاده از نالوکسان به صورت وریدی

اصلی ترین **درمان به مواد افیونی درمان دارویی** است

اغلب از رویکردهای جایگزین و شکل خوراکی متادون استفاده می کنند

استفاده از دیگر شیوه های درمانی مانند: فرد درمانی، گروه درمانی و خانواده درمانی توصیه می شود

ایجاد انگیزه در فرد برای ترک با آموزش و ارائه اطلاعات درباره مشکلات جسمی و روانی اعتیاد

انجمن معتادان گمنام (NA)

دلایل استفاده از متادون:

- پیشگیری از رفتارهای پرخطر مانند استفاده از سرنگ آلوده، فعالیت جنسی پرخطر و سرقت در میان افراد مصرف کننده مواد افیونی
- مصرف از راه دهان
- افزایش طول اثر و تأخیر در شروع نشانه های ترک
- مانع از اثرات هروئین

۳. اختلالات مرتبط با مصرف حشیش Cannabis- related disorder

حشیش یا کانابیس از گیاه شاهدانه به عمل می آید. برگهای فوقانی و ساقه های خشک شده را به شکل سیگاری مصرف می کنند که به آن **ماری جوانا** می گویند.

اسامی دیگر آن به نام های: بنگ، شاهدانه، علف، گل، داگا، چرس می باشد



ماده روان گردان گیاه شاهدانه(دلتا- ۹ تترا هیدرو کانابینول(Thc)

گیرنده‌های مرتبط با کانابینولها پروتئین g مهاری است که در هسته های قاعده ای ، هیپوکامپ و مخچه

یافت می شوند، این گیرنده ها در ساقه مغز وجود ندارند. بنابراین کانابینوئید روی سیستم تنفس و قلب اثر

چندانی ندارد.

- احتقان ملتحمه چشم
- تاکیکاردی
- خشکی دهان
- کاهش فشار خون
- افزایش اشتها(اشتهای گاوی)
- احساس خودبزرگ بینی، سرخوشی، خنده های غیر قابل کنترل

- خود بزرگ بینی
- اختلال در قضاوت، تمرکز
- اختلال در ادراک
- پر خونی ملتحمه
- افزایش اشتها
- دردهای قفسه سینه
- توهم
- احساس مسخ شخصیت و مسخ واقعیت با مقادیر بالا
- تخریب حافظه کوتاه مدت
- عدم هماهنگی حرکت
- اختلال در جهت یابی

درمان مصرف کانابیس مبتنی بر پرهیز و حمایت است.

پرهیز از طریق مداخله مستقیم نظیر بستری کردن یا کنترل دقیق به طور سرپایی با استفاده از غربالگری

آزمایشات ادراری

استفاده از داروهای ضداضطراب در رفع علائم محرومیت

در صورت وجود اختلال افسردگی، مصرف داروهای ضدافسردگی توصیه می شود.

۴. اختلالات مرتبط با مواد محرک Stimulant related disorder

آمفتامین ها را مقلد سمپاتیک و محرک های روانی هم می گویند.

این گروه شامل **کوکائین** و **آمفتامین ها** که محرک سیستم عصبی هستند

کوکائین ماده ای محرک و یکی از اعتیاد آورترین مواد مورد سوء مصرف، که از گیاه **اریتروکسیلون** **کوکا** استخراج می گردد.



Ritalin SR 20mg tablet

نام های دیگر **موکائین**، speed، Lady, girl, snow, crack, freebase،



Crack Cocaine

مت آمفتامینها: متیل فنیدت (ریتالین)، پمولین Ice

که به شیوه های خوراکی، استنشاقی، دود کردن و تزریقی مصرف می شود

جذب آمفتامین ها از راه دهان بوده و اثرات آن یک ساعت پس از مصرف خوراکی ظاهر می شود.

همچنین از طریق آزادسازی کاتکول آمینها (دوپامین) از پایانه پس سیناپسی عمل می کنند

اثرات بالینی مواد محرک:

احساس خوشی

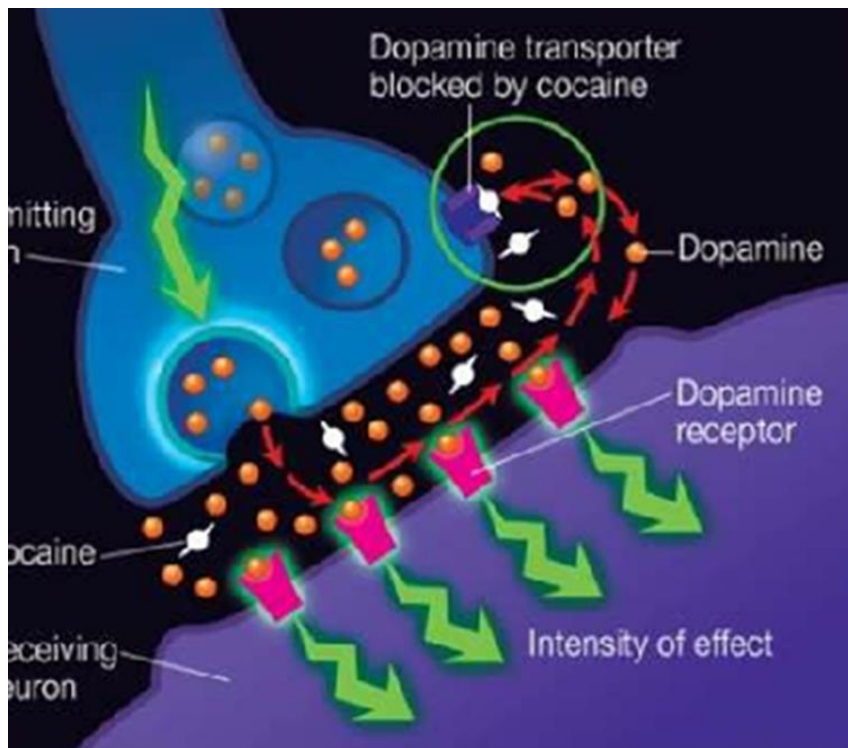
افزایش اعتماد به نفس

کاهش خستگی

بهبود عملکرد

افزایش آستانه درد

درمان بیش فعالی



مسمومیت:

بی قراری

پر حرفی

تفکر پارانوئید

خودبزرگ پنداری

پرخاشگری

افزایش میل جنسی

تاکیکاردی

اتساع مردمک

لرز، افزایش فشارخون

تشنج

توهمات شنوایی و لامسه

محرومیت:

احساس خستگی

احساس گناه

فقدان احساس لذت

احساس اضطراب و درماندگی

ناامیدی و بی ارزشی

افکار خودکشی

سردرد

گرفتگی عضلانی

- کنترل فشارخون
- مانیتورینگ و در صورت اختلال ریتم قلب بر اساس استانداردهای Acls عمل شود
- تجویز اکسیژن ۱۰۰ درصد
- برقرای خط وریدی
- کنترل رفتار هذیانی بیمار
- درمان مسمومیت: استفاده از بنزودیازپین ها
- درمان محرومیت: روان درمانی فردی و گروهی

عوارض مصرف مواد محرک :

مسمومیت با کوکائین و آمفتامین خطر آریتمی قلبی و ایست تنفسی را به همراه دارد

مصرف استنشاقی کوکائین مشکلات سیستم عصبی مرکزی را به همراه دارد.

مسمومیت با آمفتامین میتواند منجر به مرگ شود

درمان شامل: تحریک استفراغ - اسیدی نمودن ادرار و ایجاد دیورز

۵. اختلالات مرتبط با توهم زها **Hallucinogens-related disorder**

این دسته به خاطر تقلید **علائم سایکوتیک** به مقلدهای روان پریشی مشهور هستند

منشأ طبیعی این داروها: مسکالین و پسیلوسیپین است. موارد مصنوعی این داروها شامل: اسید لیسرژیک دی

اتیل آمید (LSD)، فن سیکلیدین (pcp)، هارمالین، ۳،۴- متیلن دیوکسی آمفتامین (MDMA) یا اکستازی و

کتامین را می توان نام برد

شکل های مصرف: به صورت خوراکی، استنشاقی و تزریقی است

فن سیکلیدین (PCP) یا گرد فرشته: نخستین بار در دهه ۱۹۵۰ به عنوان داروی بیهوشی تولید شد. این دارو مشابه کتامین است، حالتی را ایجاد می کند که در آن فرد بیدار است اما به محیط حساسیت نشان نمی دهد.

اثرات داروهای توهم زا:

بسیاری از داروهای توهم زا از مواد گیاهی استخراج می شوند. و از نظر ساختاری شبیه آمین های بیوژنیک موجود در مغز، سروتونین، نور اپی نفرین و دوپامین دارند. اغلب در گذشته در جشن ها و مراسم مذهبی استفاده می شد.

LSD موجب فعالیت بیش از حد سمپاتیک و تحریک اعصاب مرکزی می شود که علائم آن شامل:

- گشادی مردمک
- تاکیکاری
- هیپرتانسیون، لرزش
- افزایش درجه حرارت
- تحریف ادراک و تداخل حس ها مانند: بیمار صداها را می بیند
- مسخ شخصیت

■ احساس گرما و سوزش در بدن

■ احساس آرامش

■ توهمات بینایی و شنوایی

■ اختلال در تصویر ذهنی بدن

■ سفتی عضلانی

■ استفراغ مکرر

■ تپش قلب

■ لرزش

مهمترین عارضه ترس از دیوانه شدن است

۴،۳- متیلن دیوکسی آمفتامین (MDMA) یا اکستازی:

به لحاظ ساختاری شبیه آمفتامین است، یک داروی توهم زا است، که سبب تغییر حالت هوشیاری همراه با تغییرات حسی می شود، مهمتر از همه در برخی مصرف کنندگان حس تقویت تعاملات شخصی ایجاد می کند.

در صورت مسمومیت: معمولاً پس از چند ساعت اثرات دارو از بین می رود. علائم با استفاده از

ضدجنونها(هالوپریدول) و بنزو دیازپین ها کنترل می شود.



افزایش فشارخون یا تاکیکاردی

کاهش حساسیت نسبت به درد

آتاکسی

سفتی عضلانی

تشنج یا اغماء

واکنش های پانیک (Bad trips)

اختلال در قضاوت

درمان: اطمینان بخشیدن و تحت حمایت قرار دادن بیمار، همچنین استفاده از بنزودیازپین (۲۰mg دیازپام) خوراکی به سرعت مسمومیت ناشی از مواد را محدود می نماید.

۶. اختلالات مرتبط با کافئین

کافئین به صورت قهوه و چایی رایجترین ماده روان گردان است

اثرات بالینی:

افزایش هوشیاری

احساس راحتی

افزایش ادرار

تحریک عضله قلب

افزایش ترشح اسید معده

■ مسمومیت با مصرف بیش از ۲۵۰ میلی گرم ■ محرومیت

- بی قراری
- عصبانیت
- بی خوابی
- صورت برافروخته
- دفع ادرار
- تهوع
- احساس مورمور شدن انگشتان
- سردرد
- احساس خستگی
- اضطراب
- تحریک پذیری
- تهوع و استفراغ
- سفتی عضلانی

۷. اختلالات مرتبط با نیکوتین:

نیکوتین یک ماده شدیداً سمی است و به علت وجود هیدروکربن های آروماتیک چند هسته ای دود آن خاصیت سرطان زایی دارد. یکی از پرمصرف ترین مواد است که افراد زیادی به آن وابسته هستند

مصرف سیگار موجب بیماری عروق کرونری قلب، سرطان ریه، برونشیت مزمن و آمفیزم از مهمترین علل مرگ و میر در افراد سیگاری است



جزء روانگردان نیکوتین در دستگاه عصبی مرکزی به عنوان آگونیست گیرنده های نیکوتینی است. نیکوتین از طریق فعالسازی سیستم پاداش دوپامینرژیک موجب افزایش غلظت نوراپی نفرین و اپی نفرین گردشی، افزایش آزادشدن وازوپرسین و کورتیزول می شود.

نیکوتین یک آکالوئید بسیار سمی است، دوز ۶۰ میلی گرمی آن از طریق **فلج تنفسی** موجب مرگ می شود.

علائم و نشانه های سمیت نیکوتین: تهوع، استفراغ، آب ریزش از دهان، رنگ پریدگی، ضعف، درد شکمی، اسهال، سرگیجه لرزش و اختلال حسی می باشد.

تنش

تحریک پذیری

عدم تمرکز

اضطراب خواب آلودگی

کاهش فشار خون و ضربان قلب

- آگاهی در مورد ترک سیگار
- نگرانی در برابر اثرات سیگار بر سلامتی
- استفاده از روش های جایگزین مصرف نیکوتین:
- آدامس حاوی نیکوتین، تجویز از طریق پوست

۱. **اختلالات مرتبط با الکل:** الکلیسم یکی از شایعترین اختلالات روان پزشکی در جهان است.

الکل داروی پرقدرتی است که تقریباً در تمامی سیستم های عصبی و شیمیایی تغییرات حاد و مزمن ایجاد می کند.

سوء مصرف الکل با علائم گذرا و شدید افسردگی، اضطراب و روان پریشی همراه است.

شیوع مصرف الکل:

بالاترین مصرف در سنین نوجوانی تا ۳۰ سالگی است.

در زنان و مردان تحصیل کرده و با درآمد بالا بیشتر دیده می شود.

اختلال مصرف الکل:

بسیاری از افراد الکل را به منظور رفع اضطراب مصرف می کنند

شروع مصرف الکل تابع عوامل اجتماعی، مذهبی و روانشناختی است

احتمال خودکشی در بیماران مبتلا به الکل بین ۱۰ تا ۱۵ درصد است، معمولاً وجود دوره افسردگی، سیستم حمایت روانی اجتماعی ضعیف و بیکاری این وضعیت را ایجاد می کند.

۱. **سیستم عصبی مرکزی:** سرکوب کننده سیستم عصبی مرکزی است و فعالیت نورون ها را کاهش می دهد.

باعث آرامبخشی و کاهش اضطراب می شود در غلظت های بالا اختلال در تکلم، تعادل، رفتار و تضعیف تنفس

می شود

۲. **سیستم گوارش:** بیماری کبدی، شایعترین عارضه سوء مصرف الکل است. ازوفازیت، گاستریت، کاهش

جذب ویتامین ها و نارسایی کبدی

۳. **سیستم قلبی - عروقی:** مصرف زیاد الکل با افزایش فشارخون و افزایش خطر انفارکتوس میوکارد رابطه

دارد

مسمومیت:

اختلال در حافظه کوتاه مدت

اختلال در رفتار

بی ثباتی خلق

اختلال در قضاوت

آسیب دیدگی به دنبال سقوط

تضعیف تنفس

درمان مسمومیت:

هدف پیش گیری از تضعیف تنفس

تزریق هالوپریدول برای کنترل رفتار تهاجمی

محرومیت:

تحریک سیستم سمپاتیک

افزایش ضربان قلب

افزایش تعداد تنفس

افزایش درجه حرارت

لرزش دست ها

اضطراب و حملات تشنج

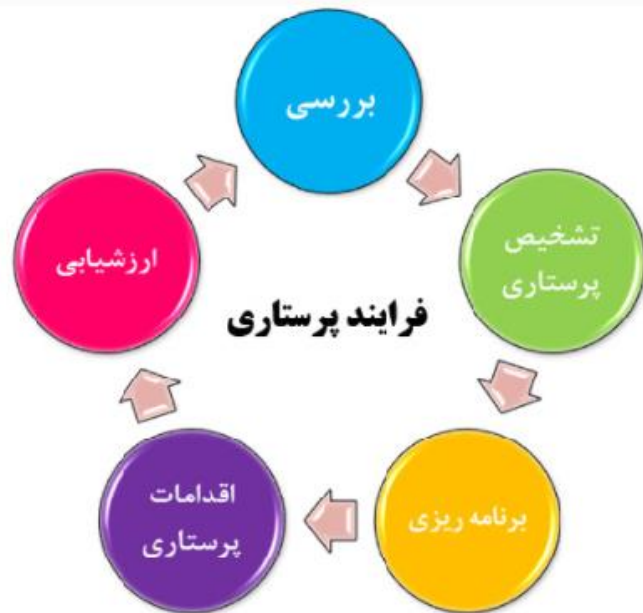
دلیریوم ترمنس یا الکلی

درمان محرومیت:

با مصرف داروهای بنزودیازپین ها

فرآیند پرستاری برای مددجو با سوء مصرف مواد

Nursing process



- جمع آوری داده برای درک استفاده، یا سوءمصرف یا وابستگی و تعیین انکار بیمار یا پذیرش درمان تعیین کننده می باشد.
- این مرحله اغلب اعضای خانواده و دیگر نزدیکان فرد را شامل می شود. در طول مصاحبه روان پرستار موضوعات ویژه، می بایست ارزیابی شوند مثلاً نوع رفتارهایی که افراد در ارتباط با سطح استفاده، سوءمصرف و اعتیاد نشان داده است.
- **انکار مشکل** از عوارض رفتاری که فرد مشکل را به طور واضح بیان نمی کند و فرد اصرار دارد که نیاز به کمک دیگری ندارد

- بررسی علل گرایش به سمت مصرف مواد
- شناخت از الگوی مصرف مواد استفاده از آزمایشات غربالگری
- بررسی موقعیت هایی که بیمار مواد مصرف می کند
- بررسی بیمار از نظر وجود مشکلات طبی مربوط به مصرف مواد به ویژه از نظر احتمال ابتلاء به ایدز، هپاتیت و سایر عفونت های ناشی از تزریقات آلوده

- انکار غیر موثر
- تغییرات حسی - درکی در ارتباط با محرومیت از مواد
- اختلال در تغذیه کمتر از نیاز بدن در ارتباط با وابستگی به الکل
- توانایی بالقوه برای خشونت در ارتباط با مسمومیت الکلی
- افزایش خطر صدمه دیدن در ارتباط با مسمومیت مواد

- چندین مدل درمانی برای درمان اعتیاد استفاده می‌شود. شامل دارو درمانی شامل ۱۲ برنامه متمرکز، شناختی، آموزش روانی، رفتاری، روان درمانی گروهی، روان درمانی فردی و خانواده درمانی
- درمانها معمولاً به صورت ترکیبی و مداخلات جامع بر اساس نیاز افراد است.
- مداخلات پرستاری بستگی به طبیعت و شدت مشکل دارند

ادامه ی مداخلات پرستاری: Nursing Interventions:

- برای بیماری که تحت سم زدایی قرار می گیرد مداخلات جسمی مانند کنترل علائم حیاتی و عملکرد نرولوژیک ضروری است. زمانیکه مواد مصرف می شود، اختلال ثانویه به مشکلات جسمی یا روانی است. آموزش بیمار و خانواده احتمالاً در اولویت است
- ارزیابی و مداخلات باید شامل داده های وابسته به فرهنگ مانند پاسخ های منحصر به فرد مواد، پاسخ های رفتاری به وابستگی، انتظارات اجتماعی و مجازات، دانش پرسنل در مورد تفاوتها و مسائل فرهنگی از موضوعات جدایی ناپذیر درمان موفق هستند

ادامه ی مداخلات پرستاری:Nursing Interventions:

هنگامیکه از بیمار و خانواده با سوء مصرف مواد مراقبت می کنید، طرح آموزش خانواده شامل موضوعات زیر باشد:

۱. آموزش داروها شامل مکانیسم اثر دارو، دوز مصرفی، تعداد مصرف و اثرات جانبی
۲. تظاهرات بالینی مسمومیت، افزایش مصرف و محرومیت
۳. اطلاع از نحوه دسترسی به سیستم اورژانس پزشکی
۴. تغذیه
۵. سازگاری با استراتژیها
۶. برنامه ریزی ساختارمند
۷. معیارهای ایمنی
۸. ارجاء به خانواده درمانی
۹. پیگیری نتایج آزمایشگاهی

مداخلات خانواده:

- خانواده درمانی یک بخش حیاتی درمان اعتیاد است.
- رفتار درمانی زوجین، برای افراد با الکلیسم می تواند به بهبود عملکرد خانواده، کاهش استرسورها، تطابق، و کاهش خشونت خانواده و تضاد کلامی موثر باشد
- زمانی که افراد با سوء مصرف مواد درخواست کمک دارند، خانواده درمانی می تواند به ثبات و شکل گیری ارتباطات جدید کمک کند
- خانواده درمانی می تواند همچنین به حفظ بهبودی طولانی مدت و جلوگیری از عوارض کمک کند.
- اهداف خانواده درمانی باید واقعی و منطقی باشد.

Harm Reduction Strategies

- طرح مداخله جامعه محور کاهش صدمه استفاده از مواد به افراد، خانواده و جامعه می بایست شیوه اخلاقی استفاده از مواد و اعتیاد جایگزین مجازات کیفری شود.
- هدف آن کاهش بالقوه صدمه مرتبط با رفتار است. کاهش صدمه طیفی از فعالیتهای جدال برانگیز مانند:
- اتاقهای تزریق ایمن
- برنامه های تغییر نیدل و برنامه های حفاظت از هروئین را آغاز نموده است

مداخلات مربوط به خشونت و آسیب به خود و دیگران:

- ایجاد محیطی امن و محافظت از بیمار
- دور کردن اشیاء خطرناک از محیط بیمار
- تشویق بیمار به بیان احساسات و تخلیه هیجانات

- بهبودی از الکلیسم اغلب در طول زندگی شکل می گیرد. بهبودی اغلب تغییر در سبک زندگی و ارتباطات جدید را شامل می شود. نتایج کوتاه مدت می تواند در واحد درمانی ارزیابی شود. برآیند طولانی مدت اغلب به وسیله بیمارانی که درمانهای حرفه ای و غیر حرفه ای جهت حمایت از نیازها ارزیابی می شود.

Follow-up Care:

پیگیری مراقبت برای جلوگیری از **عود مصرف** ضروری است.

بازگشت به مصرف اغلب در **اوایل مرحله بهبودی رایج** است. توسعه برنامه پیشگیری از عود در طول درمان می تواند مانع از عوامل آغازکننده بیمار شود.

باید از مکانها و موقعیت هایی که افراد از آن استفاده نموده اند، مانع شد.

پرستار باید مشاوره حین ترخیص و انجمن هایی که از خود حمایت می کنند را تأیید کند.

فرد از شیوه درمانی H.A.L.T تبعیت کند، نه خیلی گرسنه، عصبانی، تنها یا خسته. چون این وضعیت ها شانس تصمیم گیری را ضعیف و باعث بازگشت به عادت های سابق می شود، بنابراین افزایش خطر مصرف را به همراه

H.A.L.T

دارد.

Don't get too hungry

Angry

Lonely

Or tierd

۱. کوشان، محسن؛ واقعی، سعید. روان پرستاری. تهران. نشر اندیشه رفیع. چاپ نهم ۱۳۹۷

۲. خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک ویراست یازدهم ۲۰۱۵

۳. Boyd, M.A. Psychiatric Nursing Contemporary Practice. (Last ed)
Philadelphia: Lippincott.

۴. Keltner, N, L. Psychiatric Nursing .Eighth Edition .