

الله اعلم



دانشکده بهداشت

پایان نامه برای دریافت درجه MPH

گروه آموزشی MPH

مقایسه اندازه گیری تغییرات کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه های

WHOQOL - BREF و SF-12 و EQ-5D در بیماران تحت درمان

نگهدارنده با متادون (MMT) در مراکز ترک اعتیاد شهر سمنان ۸۷ - ۱۳۸۶

استاد راهنما:

دکتر محسن اسدی لاری

استاد مشاور:

دکتر سید عباس متولیان

نگارش:

دکتر سهراب یداللهی

موسسه تخصصی سلامت و آموزش
تهران - خیابان ولیعصر

۱۳۸۸ / ۷ / ۵

زمستان ۱۳۸۷

۱۱۶۱۳۲

تقدیم به پدر عزیزم که همواره مشوق و یاری گر من بودند

تقدیم به مهربان مادرم که هر ذره از وجودم مرهون زحمات و فداکاری اوست

تقدیم به همسر نازنینم که همراه و هم نفس و سنگ صبور سختیهای این دوران بودند

تقدیم به فرزندانم فرید و نیوشا که امید بخش زندگی و آرامش دل هستند

تقدیم به خواهران دلسوزم که گرما بخش زندگییم هستند

تقدیم به خانواده همسرم که همواره مایه آرامش و دلگرمی من هستند

با تشکر و سپاس فراوان از زحمات بی شائبه اساتید محترم جناب آقای دکتر محسن اسدی لاری، جناب آقای دکتر سید عباس متولیان که با رهنمودهای ارزشمندشان راه را بر من هموار نمودند و همواره در طول تحصیل از دریای علم و معرفت ایشان بهره ها بردم.

در اینجا لازم می دانم که از زحمات دوست خوبم جناب آقای حسین حبیبیان (مشاور آمار) که در این راه همکار و مددکار من بودند قدردانی نمایم.

و همچنین از زحمات روان شناسان کلینیکهای ترک اعتیاد آقایان : اسدی، ابوالقاسمی، مرادی و خانم ها : عمادی، شهاب که در پذیرش بیماران و تکمیل فرم ها مرا یاری نمودند صمیمانه قدردانی نمایم.

چکیده :

مقدمه و هدف: اعتیاد به مواد مخدر یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی دنیا و ایران است که نه تنها منجر به آسیب جسمی و روانی در فرد می گردد بلکه آسیبهای اجتماعی نظیر افزایش طلاق، بزهکاری و فحشا و بیکاری را نیز در پی خواهد داشت.

یکی از راه های درمان اعتیاد، درمان نگهدارنده با متادون MMT است. پژوهش حاضر می خواهد ضمن بررسی اثرات درمان MMT در کیفیت زندگی بیماران معتاد، به مقایسه اندازه گیری تغییرات کیفیت زندگی بیماران معتاد تحت درمان MMT از طریق پرسشنامه های SF-12, EQ-5D, WHOQOL-BREF بپردازد.

روش و متد: این پژوهش یک مطالعه کوهورت آینده نگر بوده و اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه های SF-12, EQ-5D, WHOQOL-BREF در بدو درمان ۳ ماهه و ۴ ماهه بعد از بیماران ۵ کلینیک ترک اعتیاد دارای مجوز درمان نگهدارنده با متادون MMT تکمیل و جمع آوری شد و آنگاه اطلاعات جمع آوری شده در برنامه نرم افزاری SPSS15 وارد و مورد تجزیه و تحلیل آماری ANOVA, Paired t test, chi-Square قرار گرفت.

یافته ها: از ۱۶۸ بیمار پذیرش شده ۹۷٪ مرد، ۹۳٪ ساکن شهر، ۶۶٪ متأهل، میانگین سنی $10/2 \pm 34/7$ سال، ۶۵٪ مصرف کننده کراک (هروئین فشرده)، ۶۸٪ بیماران شیوه مصرف تدخین را داشتند میانگین مدت اعتیاد بیماران $8/5 \pm 1/5$ سال و میانگین سن شروع و آغاز سوء مصرف مواد $6/3 \pm 23$ سال بوده است.

در بررسی کیفیت زندگی این بیماران از طریق این سه پرسشنامه سلامت عمومی با $p < 0/05$ بهبود یافت

در پرسشنامه WHOQOL-BREF: بعد سلامت روان ($t = -4/754$, $p = 0/000$) بعد روابط اجتماعی ($t = -2/133$) $p = 0/022$ منابع محیطی ($t = -3/658$, $p = 0/006$) معنی دار بودند و بعد سلامت جسمانی ($t = 0/364$, $p = 0/322$) معنی دار نبودند در پرسشنامه EQ-5D: در قسمت سؤالات عمومی مربوط به راه رفتن و حرکت ($p = 0/006$)، انجام امور شخصی ($p = 0/000$)، فعالیتهای معمول ($p = 0/002$) و اضطراب/افسردگی ($p = 0/001$) در طی سه ماه معنی دار بودند اما سؤال احساس درد/ناراحتی جسمانی ($p = 0/464$) معنی دار نبود و این در حالی است که فقط انجام امور شخصی ($p = 0/027$) و اضطراب/افسردگی ($p = 0/028$) در طی ۶ ماه معنی دار بودند اما راه رفتن و حرکت ($p = 0/244$) و فعالیتهای معمول ($p = 0/489$) و احساس درد/ناراحتی جسمی ($p = 0/753$) معنی دار نبودند. در قسمت خط کش سلامت EQ-VAS (طی ۳ ماهه $P = 0/008$ و طی ۶ ماهه $P = 0/001$) معنی دار بودند.

در پرسشنامه SF-12 سؤالات مربوط به قسمت عمومی با $P < 0/05$ معنی دار بوده و از ۱۲ سؤال اصلی ۷۵٪ آنها از لحاظ آماری معنی دار بوده ($P < 0/05$) و ۲۵٪ سؤالات معنی دار نبودند.

بحث و نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر ضمن تأیید مطالعات گذشته نشان داد که درمان نگهدارنده با متادون کیفیت زندگی و سلامت عمومی بیماران را بهبود می بخشد و پرسشنامه های SF-12, EQ-5D, WHOQOL-BREF همانند سایر مطالعات گذشته می توانند به خوبی به ارزیابی کیفیت زندگی این بیماران پردازند و پرسشنامه WHOQOL-BREF باتوجه به فیزیوپاتولوژی اعتیاد نسبت به دو پرسشنامه دیگر بهتر توانست به بررسی کیفیت زندگی این بیماران پردازد و بهبودی را در ابعاد سلامت روانی و اجتماعی و محیطی نشان داده (همسو با مطالعات گذشته) و احساس درد و ناراحتی جسمی مشکلات موجود بیماران بودند که زمینه احتمال عود مجدد بیماران را فراهم می کند و بایستی تحقیقات بیشتری در این خصوص به عمل آید.

کلید واژه: اعتیاد - کیفیت زندگی - درمان نگهدارنده با متادون (MMT)، پرسشنامه های SF-12, EQ-5D,

WHOQOL-BREF

فهرست مطالب	
صفحه	عنوان
	فصل اول
۲	۱-۱- مقدمه
۲	۲-۱- بیان مسئله
۳	۳-۱- اهمیت پژوهش
۳	۴-۱- وجوه ممیزه پژوهش
۳	۵-۱- اهداف پژوهش
۳	۱-۵-۱- آرمان:
۳	۱-۵-۲- اهداف کلی پژوهش
۳	۱-۵-۳- اهداف ویژه پژوهش
۴	۶-۱- سؤال‌های پژوهش
۴	۷-۱- تعریف واژه‌ها و مفاهیم
	فصل دوم
۶	۱-۲- مقدمه
۶	۲-۲- تعاریف و مفاهیم
۶	۱-۲-۲- ماده (Substance)
۶	۲-۲-۲- سوء مصرف مواد (ubstance abuse)
۷	۲-۲-۲- وابستگی به مواد (Substance dependence)
۸	۴-۲-۲- مسمومیت با مواد
۸	۵-۲-۲- ترک مواد
۸	۳-۲- اختلال‌های روانپزشکی مربوط به ماده (substance-disorders related)
۹	۴-۲- ترک مواد افیونی
۱۰	۵-۲- انواع مواد اعتیاد آور

۱۱	۶-۲- درمان
۱۱	۶-۲-۱- سم زدایی:
۱۲	۶-۲-۱-۱- کلونیدین (clonidine)
۱۳	۶-۲-۱-۲- لوفکسیدین (lofexidine)
۱۴	۶-۲-۱-۳- متادون (methadone)
۱۶	۶-۲-۱-۴- کلونیدین + متادون
۱۶	۶-۲-۱-۵- بوپرنورفین (Buprenorphin)
۱۸	۶-۲-۱-۶- سم زدایی سریع (rapid detoxification)
۱۸	۶-۲-۱-۷- سم زدایی فوق سریع (Ultra rapid opioid detoxification (UROD))
۱۹	۶-۲-۷- متادون چیست؟
۱۹	۶-۲-۷-۱- تاریخچه درمان با متادون
۲۰	۶-۲-۷-۲- فارماکولوژی متادون
۲۰	۶-۲-۷-۱- جذب، دفع و متابولیسم متادون
۲۱	۶-۲-۷-۲- نمای کلینیکی فارماکولوژی متادون
۲۲	۶-۲-۷-۳- مزیت‌های درمان با متادون:
۲۲	۶-۲-۷-۴- خطرات و مشکلات همراه با متادون:
۲۳	۶-۲-۷-۵- انواع درمان با متادون:
۲۴	۶-۲-۷-۱-۵- موارد استفاده از سم زدایی با متادون (اندیکاسیون‌ها)
۲۴	۶-۲-۷-۲-۵- موارد ممنوعیت استفاده از سم زدایی با متادون (کنتراندیکاسیون‌ها)
۲۵	۶-۲-۷-۳-۵- موارد استفاده از درمان نگهدارنده با متادون (اندیکاسیون‌ها)
۲۵	۶-۲-۷-۴-۵- موارد ممنوعیت استفاده از درمان نگهدارنده با متادون (کنتراندیکاسیون‌ها)
۲۶	۶-۲-۷-۶- پیش‌بینی نتایج درمان با متادون
۲۶	۶-۲-۷-۷- عوامل مؤثر در طی درمان
۲۶	۶-۲-۷-۸- تداخلات دارویی بامتادون

۲۷	۹-۷-۲- مسمومیت با متادون
۲۸	۱۰-۷-۲- اقدامات لازم قبل از شروع تجویز متادون
۲۸	۱-۱۰-۷-۲- مصرف مواد
۲۹	۲-۱۰-۷-۲- مصرف سایر مواد و داروها
۲۹	۳-۱۰-۷-۲- وضعیت روانی - اجتماعی
۲۹	۴-۱۰-۷-۲- درمان های گذشته
۲۹	۵-۱۰-۷-۲- وضعیت خانوادگی
۲۹	۶-۱۰-۷-۲- انتخاب درمان
۳۰	۷-۱۰-۷-۲- معاینه بالینی
۳۰	۸-۱۰-۷-۲- آزمایش های لازم
۳۰	۹-۱۰-۷-۲- دادن مشاوره به بیماران
۳۱	۱۱-۷-۲- نحوه شروع درمان با متادون:
۳۱	۱-۱۱-۷-۲- مرحله القاء (Induction)
۳۱	۲-۱۱-۷-۲- مرحله تثبیت یا نگهدارنده
۳۲	۳-۱۱-۷-۲- مرحله قطع تدریجی یا سم زدایی
	فصل سوم
۳۹	۱-۳- مقدمه
۳۹	۲-۳- جامعه پژوهش
۳۹	۳-۳- نمونه پژوهش
۴۰	۴-۳- حجم نمونه:
۴۱	۵-۳- روش نمونه گیری:
۴۱	۶-۳- دامنه پژوهش
۴۱	۷-۳- نوع پژوهش
۴۲	۸-۳- متغیرهای پژوهش

۴۳	۹-۳- روش پژوهش
۴۳	۱۰-۳- زمان پژوهش
۴۳	۱۱-۳- مراحل پژوهش
۴۳	۱۲-۳- روش و ابزار گرد آوری اطلاعات
۴۶	۱۳-۳- ملاحظات اخلاقی پژوهش
	فصل چهارم
۴۸	۱-۴- یافته های توصیفی
۵۳	۲-۴- یافته های تحلیلی
۵۳	۱-۲-۴- پرسشنامه SF-12
۵۹	۲-۲-۴- پرسشنامه EQ-5D
۶۳	۳-۲-۴- پرسشنامه WHOQOL – BREF
	فصل پنجم
۶۶	۱-۵- بحث و نتیجه گیری
۷۲	۲-۵- نتیجه گیری
۷۳	۳-۵- پیشنهادات
۷۴	فهرست منابع
	ضمائم
	چکیده انگلیسی

فهرست جدا ول	
صفحه	عنوان
۴۹	جدول ۴-۱: جدول فراوانی و درصد بیماران به تفکیک جنس، تاهل، شغل، تحصیلات
۵۰	جدول ۴-۲: جدول فراوانی و درصد بیماران به تفکیک سن و سن شروع سوء مصرف مواد
۵۰	جدول ۴-۳: جدول توصیفی سن و سن شروع سوء مصرف مواد
۵۱	جدول ۴-۴: جدول فراوانی و درصد نوع مواد مصرفی
۵۲	جدول ۴-۵: جدول فراوانی و درصد شیوه مصرف، تعداد دفعات ترک، مدت اعتیاد و روش ترک
۵۴	جدول ۴-۶: جدول فراوانی و درصد پاسخ به سئوالات پرسشنامه SF-12
۵۷	جدول ۴-۷: جدول تست ANOVA سئوالات پرسشنامه SF-12
۵۸	جدول ۴-۸: جدول آزمون مک نیمار سئوالات پرسشنامه SF-12
۵۹	جدول ۴-۹: جدول آزمون تی زوج شده مربوط به سئوالات سلامت عمومی پرسشنامه SF-12
۶۰	جدول ۴-۱۰: جدول فراوانی و درصد پاسخ به سئوالات پرسشنامه EQ-5D
۶۱	جدول ۴-۱۱: جدول آزمون Chi-square سئوالات پرسشنامه EQ-5D مربوط به راه رفتن و حرکت
۶۱	جدول ۴-۱۲: جدول آزمون Chi-square سئوالات پرسشنامه EQ-5D مربوط به انجام امور شخصی
۶۲	جدول ۴-۱۳: جدول آزمون Chi-square سئوالات پرسشنامه EQ-5D مربوط به فعالیتهای معمول
۶۲	جدول ۴-۱۴: جدول آزمون Chi-square سئوالات پرسشنامه EQ-5D مربوط به احساس درد / ناراحتی جسمانی
۶۲	جدول ۴-۱۵: جدول آزمون Chi-square سئوالات پرسشنامه EQ-5D مربوط به اضطراب / افسردگی
۶۴	جدول ۴-۱۶: جدول محاسبه میانگین و تی زوج شده بین ابعاد پرسشنامه WHOQOL-BREF در مراحل اول و دوم و سوم

فصل اول

سوء مصرف مواد و مسئله اعتیاد امروزه پا از مرزهای بهداشتی و درمانی فراتر نهاده و به یک معضل اجتماعی تبدیل شده است. افزایش مصرف مواد مخدر طی سده گذشته نگرانی روز افزونی را برای کلیه جوامع در پی داشته است. [۱]

۱-۲- بیان مسئله :

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی، درمانی و اجتماعی دنیا شناخته شده است. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب جسمی و روانی در فرد می گردد بلکه آسیب های اجتماعی نظیر افزایش طلاق، بزهکاری، فحشاء و بیکاری را نیز در پی خواهد داشت. با گسترش تولید و مصرف مواد مخدر و مواد روان گردان ترکیبی جدید پیش بینی می شود تولید، قاچاق، مصرف مواد مخدر و عوارض جسمی و روانی، اجتماعی، اقتصادی ناشی از آن به ویژه شیوع ایدز و ... به عنوان معضل و مشکلات عمده جهانی در قرن بیست و یکم ادامه یابد.

مصرف مواد مخدر یکی از معضلات عمده بهداشتی کشور ما و مسبب شیوع برخی بیماری های عفونی (ایدز و هپاتیت و ...) می باشد. [۲]

در بررسی های محدود انجام شده در زمینه میزان شیوع اعتیاد در ایران همگی مؤید شیوع نسبتاً بالای اعتیاد در کشور هستند طبق آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور (در سال ۱۳۷۷) تعداد تقریبی معتادان کشور حدود ۱۲۰۰/۰۰۰ نفر و ۸۰۰/۰۰۰ نفر هم به صورت تفرنی مواد مخدر مصرف می نمایند و در صورتی که هر نفر بطور متوسط از یک خانواده پنج نفری باشد حدود ۱۰/۰۰۰/۰۰۰ نفر از مردم کشور به نوعی با مشکل اعتیاد و پیامدهای روانی _ اجتماعی ناشی از آن روبرو هستند. [۳]

دولت هم برای مبارزه در دو بعد عرضه و تقاضا اقدام نموده و در بعد تقاضا وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و سایر ارگان ها (بهبودی، امور زندان ها و ...) سهم مهمی در ارائه خدمات پیشگیری و درمان ایفا می نماید یکی از راهکارهای درمان این بیماران، درمان نگهدارنده با متادون (MMT) است که بیمار در مراکز ترک، اعتیاد به مدت طولانی (۶ ماه) تحت درمان با متادون قرار می گیرد

درمان نگهدارنده با متادون (MMT) مستلزم تجویز روزانه دوز متادون (آگونیست اپیوئید خوراکی) و یک درمان برای وابستگی به اپیوئید دانسته اند. متادون یک ماده آگونیست خالص صنایع طولانی الاثر گیرنده مخدری مو است. بخوبی از راه خوراکی قابل جذب بوده و نیمه عمر سرمی طولانی دارد. متادون شایع ترین داروی مورد مصرف برای درمان اعتیاد به مواد مخدر نیز هست. درمان نگهدارنده با متادون سلامتی را توسعه داده و استفاده غیر قانونی از هروئین و انتقال بیماریهای عفونی و مرگ ناشی از مصرف بیش از حد مواد را کاهش می دهد. [۳]

از آنجائی که اکثر این بیماران دارای زندگی پر طنش و آشفته و بی ثباتی در عرصه های خانوادگی، شغلی، اجتماعی، اقتصادی هستند و انتظار می رود با شروع درمان MMT زندگی این افراد با ثبات تر گردد لذا محقق بر آن شد تا کیفیت زندگی این افراد در کلینیک های ترک اعتیاد شهر قبل و ۳ و ۶ ماه بعد از شروع درمان از طریق پرسشنامه های متعدد استاندارد بررسی نماید تا ضمن مقایسه ۳ پرسشنامه در ارزیابی کیفیت زندگی این گروه از بیماران، به بررسی تأثیر درمان نگهدارنده با متادون در کیفیت زندگیشان بپردازد.

۱-۳- اهمیت پژوهش :

این پژوهش نشان می دهد که درمان نگهدارنده با متادون چقدر می تواند در روند زندگی بیماران شامل فعالیت های فیزیکی، شغلی، اجتماعی، روحی و روانی، اقتصادی، روابط خانوادگی و عاطفی اثر گذار باشد.

۱-۴- وجوه ممیزه پژوهش:

وجه ممیزه این پژوهش در ارزیابی کیفیت زندگی در بیماران با استفاده از سه پرسشنامه و مقایسه آنها از یکدیگر است. همچنین اندازه گیری کیفیت زندگی در هر مرحله به صورت مطالعه هم گروهی در ایران سابقه نداشته و نکات مهمی برای پژوهش های مرتبط در جهان در بر خواهد داشت.

۱-۵- اهداف پژوهش

۱-۵-۱- آرمان:

بررسی کیفیت زندگی بیماران معتاد تحت درمان نگهدارنده با متادون

۱-۵-۲- اهداف کلی پژوهش

مقایسه اندازه گیری تغییرات کیفیت زندگی با استفاده از پرسشنامه های EQ-5D و SF-12 و WHOQOL-BREF در بیماران وابسته به اپیوئید تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز ترک اعتیاد شهر سمنان

۱-۵-۳- اهداف ویژه پژوهش

۱. تعیین تغییرات کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان MMT با استفاده از پرسشنامه WHOQOL-

BREF

۲. تعیین تغییرات کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان MMT با استفاده از پرسشنامه EQ-5D
۳. تعیین تغییرات کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان MMT با استفاده از پرسشنامه SF-12
۴. تعیین تغییرات کیفیت زندگی در اثر درمان MMT در بیماران
۵. تعیین برتری یکی از پرسشنامه های مورد استفاده

۱-۶- سؤال‌های پژوهش

۱. تغییرات کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون با استفاده از پرسشنامه WHOQOL-BREF چگونه است؟
۲. تغییرات کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون با استفاده از پرسشنامه EQ-5D چگونه است؟
۳. تغییرات کیفیت زندگی در بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون با استفاده از پرسشنامه SF-12 چگونه است؟
۴. درمان MMT بر کیفیت زندگی افراد اثر دارد؟
۵. پرسشنامه های کیفیت زندگی مورد استفاده در این مطالعه نسبت به یکدیگر برتری دارند؟

۱-۷- تعریف واژه ها و مفاهیم

۱. درمان نگهدارنده با متادون (MMT): درمان طولانی مدت با متادون به مدت ۶ ماه و بیشتر [۴]
۲. اعتیاد و بیمار معتاد: فردی که در اثر سوء مصرف مواد Drug abuse به مدت طولانی دچار وابستگی روانی و جسمی شده است [۴]
۳. کیفیت زندگی: درک انفرادی هر فرد از موقعیتش در زندگی در زمینه فرهنگی و سیستمهای ارزشی که آنها در ارتباط با اهداف، توقعات، استانداردها و علاقه هایشان زندگی می کنند تعریف می شود. [۳۰]

فصل دوم

کلیات

۲-۱- مقدمه:

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یکی از مشکلات بهداشتی درمانی و اجتماعی قرن حاضر شناخته شده است که نه تنها منجر به آسیب های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد می گردد بلکه آسیب های اجتماعی نظیر افزایش طلاق، بزهکاری، فحشاء و بیکاری را نیز در بردارد.

کوششهای بین المللی که از اواسط قرن گذشته در زمینه تحریم، تولید و توزیع مواد و جلوگیری از عرضه آنها به عمل آمده به دلیل منافع سرشار ناشی از قاچاق مواد مخدر؛ تاکنون با موفقیت همراه نبوده است. با گسترش تولید و مصرف مواد مخدر و همچنین تولید و کشف غیر قانونی مواد روان گردان ترکیبی جدید در بسیاری از نقاط جهان پیش بینی می شود تولید، قاچاق و مصرف مواد مخدر و عوارض جسمی، روانی، اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن به ویژه شیوع ایدز به عنوان یکی از مشکلات عمده جهانی در قرن بیست و یکم ادامه یابد. [۲]

۲-۲- تعاریف و مفاهیم:

۲-۲-۱- ماده (Substance): به هر نوع ترکیب شیمیایی که باعث تغییر در کارکرد مغز شود اصطلاحاً ماده گفته می شود و به مجموعه آنها مواد اطلاق می گردد. [۲]

۲-۲-۲- سوء مصرف مواد (substance abuse): طبق تعریف DSM-IV ملاک های تشخیصی برای سوء مصرف مواد به شرح ذیل می باشد.

الف) الگوی غیر انطباقی مصرف مواد که موجب ناراحتی یا تخریب قابل ملاحظه بالینی شده و با یک یا چند علامت از علائم زیر که در طول یک دوره ۱۲ ماهه روی می دهند تظاهر می کند:

۱- مصرف مکرر مواد که منجر به ناتوانی در برآوردن تعهدات عمده مربوط به نقش فرد در کار، مدرسه یا خانه می شود (مانند غیبت های مکرر یا عملکرد ضعیف شغلی مربوط به مصرف مواد، غیبت، تعلیق یا اخراج از مدرسه به دلیل مصرف مواد، مسامحه نسبت به فرزندان و خانه)

۲- مصرف مکرر مواد که در موقعیتهایی که در آنها مصرف ماده از نظر فیزیکی خطرناک است (مثلاً رانندگی یا کار با ماشین آلات تحت تأثیر مواد)

۳- مشکلات قانونی تکراری مربوط به مواد (مثلاً دستگیری به دلیل رفتارهای نادرست مربوط به مصرف مواد)

۴- مصرف مداوم مواد علی رغم مشکلات پایدار یا عودکننده اجتماعی یا بین فردی که ناشی از تأثیرات ماده بوده

یا بر اثر آن تشدید شده اند (مانند مشاجره با همسر در مورد نتایج مسمومیت، نزاع فیزیکی)

ب) نشانه های فوق هیچگاه واجد ملاکهای وابستگی به این خانواده از مواد نبوده اند. [۲]

۲-۲-۳- وابستگی به مواد (Substance dependence)

ملاکهای تشخیصی برای وابستگی به مواد یک الگوی غیر انطباقی مصرف مواد که منجر به تخریب چشمگیر بالینی یا ناراحتی می شود و با سه مورد از موارد زیر تظاهر می کند که در یک دوره ۱۲ ماهه بروز می کنند.

۱- تحمل که به یکی از دو صورت زیر است

الف) نیاز به افزایش مقدار ماده برای رسیدن به مسمومیت یا تأثیر دلخواه

ب) کاهش قابل ملاحظه آثار ماده با مصرف مداوم مقادیر یکسانی از آن

۲- حالت ترک که به یکی از دو شکل زیر تظاهر می کند:

الف) نشانگان ترک مشخص برای آن ماده

ب) همان ماده (یا مشابه آن) برای رفع یا جلوگیری از علائم ترک مصرف می شود.

۳- ماده غالباً به مقادیری بیشتر و برای مدت طولانی تر از آنچه مورد نیاز است مصرف می شود.

۴- میل دائمی برای کاهش یا کنترل مصرف ماده وجود دارد و یا تلاشهای ناموفقی در این زمینه صورت می گیرد

۵- زمان زیادی در فعالیتهای لازم برای بدست آوردن ماده (مثلاً مراجعه به اطباء متعدد یا رانندگی های طولانی)، مصرف ماده (مثلاً تدخین پیپتی) یا رهایی از مصرف ماده صرف می شود.

۶- فعالیتهای مهم اجتماعی، شغلی و تفریحی به خاطر مصرف ماده کنار گذاشته می شود.

۷- ادامه مصرف مواد علیرغم آگاهی از مشکلات روانشناختی یا جسمی مستمر یا عود کننده ای که احتمالاً از مصرف ماده ناشی شده و یا در نتیجه آن تشدید می شود (مانند ادامه مصرف کوکائین علیرغم وجود افسردگی ناشی از کوکائین،

یا ادامه مصرف الکل علیرغم شناخت این موضوع که زخم گوارشی با ادامه مصرف آن شدت می یابد. [۲]

مصرف ← سوء مصرف مواد ← وابستگی

(بدون مشکل) (مشکل ساز) (بسیار مشکل ساز)

۲-۲-۴- مسمومیت با مواد

ملاک های DSM-IV ، برای مسمومیت با مواد:

الف) پیدایش یک علامت برگشت پذیر مختص به ماده در نتیجه مصرف اخیر یک ماده.
ب) تغییرات غیر انطباقی رفتاری یا روانشناختی قابل ملاحظه بالینی که نتیجه تأثیر ماده بر دستگاه عصبی مرکزی هستند (مثل ستیزه جویی، بی ثباتی خلق، تخریب شناختی، اختلال قضاوت، اختلال کارکرد اجتماعی یا شغلی) ضمن مصرف ماده یا به فاصله ای کوتاه پس از آن ظاهر می شود.

ج) علائم ناشی از یک بیماری طبی عمومی نبوده و یک اختلال روانی دیگر توجیه بهتری برای آنها نیست. [۲]

۲-۲-۵- ترک مواد

ملاکهای DSM-IV برای ترک ماده:

الف) پیدایش یک نشانگان مختص ماده ای خاص در نتیجه قطع (یا کاهش) مصرف زیاد و طولانی یک ماده.
ب) نشانگان مختص به ماده ناراحتی قابل ملاحظه بالینی ایجاد کرده یا موجب تخریب عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه های مهم عملکرد می شود.

ج) نشانه ها ناشی از یک بیماری طبی عمومی نبوده و بر اساس یک اختلال روانی دیگر قابل توجیه نیستند. [۲]

۲-۳- اختلال های روانپزشکی مربوط به ماده (substance-related disorders)

۱. اختلال های مصرف ماده (substance use disorder)

وابستگی به ماده (substance dependence)

سوء مصرف ماده (substance abuse)

۲. اختلال های ناشی از ماده

- مسمومیت با ماده (substance intoxication)

- ترک ماده (substance withdrawal)

- دلیریوم ناشی از ماده

- زوال عقل ناشی از ماده

- اختلال فراموشی پایدار ناشی از ماده

- اختلال جنون ناشی از ماده
- اختلال خلقی ناشی از ماده
- اختلال اضطراب ناشی از ماده
- اختلال جنسی ناشی از ماده
- اختلال خواب ناشی از ماده
- اختلال ادراک پایدار ناشی از مواد استنشاقی

۳. اختلال مشخص نشده مرتبط با ماده [۲]

۲-۴- ترک مواد افیونی

قاعده کلی در مورد شروع و طول مدت علائم ترک این است که مواد کوتاه اثر معمولاً نشانگانهای کوتاه مدت و شدید و مواد طولانی اثر نشانگانهای ترک طولانی اما خفیف ایجاد می کنند. استثنای این قاعده این است که ناشی از آنتاگونیست های مواد مخدر پس از وابستگی به مواد افیونی طولانی اثر می تواند شدید باشد. در فرد دچار وابستگی به مواد افیونی به فاصله چند ثانیه پس از تزریق وریدی آنتاگونیستها نشانه های ترک شروع شده و ظرف حدود یک ساعت به اوج می رسد. نشانگان ترک مورفین و هروئین ظرف ۶ تا ۸ ساعت پس از آخرین دوز و معمولاً به دنبال یک یا دو هفته مصرف مستمر و یا تجویز آنتاگونیست مواد مخدر شروع می شود. سندرم ترک معمولاً طی روز دوم یا سوم به اوج می رسد و ۷ تا ۱۰ روز پس از آن فروکش می کند، اما برخی نشانه ها ممکن است شش ماه یا بیشتر ادامه یابد. ترک متادون (و تریاک) معمولاً یک یا سه روز پس از آخرین دوز شروع و ظرف ۱۰ تا ۱۴ روز بر طرف می شود.

علائم ترک شامل کرامپ های شدید عضلانی و دردهای استخوانی، اسهال شدید، کرامپ های شکمی، آبریزش از بینی، اشک ریزش، سیخ شدن موها، خمیازه کشیدن، تب، اتساع مردمک، افزایش فشار خون، تاکی کاردی و بی نظمی حرارت بدن از جمله هیپوترمی و هیپرترمی است. این علائم به ندرت مرگ آور است مگر اینکه فرد دارای بیماری جسمی شدیدی نظیر بیماری قلبی بوده باشد. خصوصیات همراه عبارتند از بی قراری، تحریک پذیری، افسردگی، لرزش، ضعف، تهوع و استفراغ، نشانه های باقیمانده نظیر بی خوابی، برادی کاردی، بی نظمی حرارت بدن و میل شدید برای مواد افیونی و نیز بی قراری، تحریک پذیری، پرخاشگری، افسردگی ممکن است تا ماه ها پس از ترک دوام یابد. در هر مقطعی از نشانگان ترک، مصرف ماده افیونی باعث بر طرف شدن تمام نشانه های ترک می شود. ملاک های تشخیصی DSM-IV برای ترک مواد افیونی به شرح زیر است