

معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

استاندارد خدمت درمان

مصرف آسیب رسان و وابستگی به الکل

در واحدهای سرپایی

پاییز ۱۳۹۷

تنظیم و تدوین:

دکتر بیتا وحدانی متخصص اعصاب و روان ، کارشناس مسئول واحد سلامت روان و اعتیاد، معاونت درمان

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر شیوا هژبری رئیس مرکز کنترل بیماریهای غیر واگیر وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دکتر علیرضا نوروزی متخصص اعصاب و روان، مرکز ملی مطالعات اعتیاد

دکتر علی فرهودیان متخصص اعصاب و روان، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم

بهزیستی و توانبخشی

دکتر بابک روشنایی مقدم متخصص اعصاب و روان

دکتر نرگس بیرقی، متخصص اعصاب و روان، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

تحت نظارت فنی:

واحد سلامت روان و اعتیاد

مدیریت پیوند و کنترل بیماریهای معاونت درمان

گروه استانداردسازی و تدوین راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، استانداردسازی و تعرفه سلامت

دکتر محمدحسین رحمتی، فرانک ندرخانی،

دکتر مریم خیری و مرجان مستشار نظامی

الف) عنوان دقیق خدمت مورد بررسی (فارسی و لاتین) به همراه کد ملی:

خدمت درمان مصرف آسیب‌رسان و وابستگی به الکل در واحدهای سرپایی

Treatment Service of Harmful Use and Alcohol Dependence in the outpatient centers

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی:

الکل یک ماده روان‌گردان با خواص اعتیادآور بوده مصرف این ماده با آسیب‌های سنگین سلامتی، اجتماعی و اقتصادی برای افراد، خانواده‌ها و جوامع همراه است بار بیماری و مرگ ناشی از الکل در اکثر کشورهای جهان قابل ملاحظه است. در راستای اجرایی نمودن خدمات درمان اختلالات مصرف مواد دو طرح «راه‌اندازی خدمات درمان اختلال مصرف الکل در مراکز درمان سرپایی» و «راه‌اندازی واحدهای بستری درمان محرومیت از الکل در بیمارستان‌های واجد شرایط» در نظر گرفته شده است. به منظور ورود به فاز اجرایی طرح «راه‌اندازی خدمات درمان اختلال مصرف الکل در مراکز درمان سرپایی» تعیین تعرفه خدمات سرپایی برای این مراکز اهمیت اساسی دارد.

ج) اقدامات یا پروسیجرهای ضروری جهت درمان بیماری:

غربالگری: پرسشنامه‌های استاندارد و ارزیابی جامع پزشک

هدف از غربالگری شناسایی افراد واجد الگوهای پرخطر یا آسیب‌رسان مصرف الکل و آغاز مداخلات مناسب است. غربالگری، شناسایی مصرف‌کنندگان مشکل‌آفرین الکل را تسهیل می‌کند که ممکن است به بررسی بالینی جامع نیاز داشته باشند. غربالگری همچنین می‌تواند نقطه شروع شناسایی افراد واجد الگوهای مصرف پرخطر جهت ارائه مداخلات مختصر باشد. روش‌های غربالگری در طیف گسترده‌ای از جایگاه‌ها، مورد ارزشیابی قرار گرفته است.

درمان: درمان علائم محرومیت و در صورت بروز عوارض مدیریت آن

پیگیری: اقدامات و خدمات پیشگیری از عود (تست تنفسی الکل / ویزیت پزشک و دارو درمانی / روان درمانی)

ارزیابی قبل از انجام پروسیجر

روش‌های شناسایی مصرف‌کنندگان پرخطر عبارتند از:

- برآورد مقدار و دفعات مصرف از بیمار/ همراهان
- استفاده از پرسشنامه‌های غربالگری
- معاینه فیزیکی فرد از نظر مسمومیت یا نشانه‌های مصرف آسیب‌رسان الکل
- بررسی نشانگرهای آزمایشگاهی مصرف بیش از حد الکل

یک مشکل روش‌های غربالگری الکل، عدم وجود یک استاندارد یکسان برای ارزیابی هر کدام است. رویکردهای مورد استفاده برای شناسایی افراد با الگوهای مصرف مخاطره‌آمیز، به طور قابل توجهی در جایگاه‌های مختلف، متفاوت است.

ابزارهای توصیه شده در بخش‌های مختلف عبارتند از (پیوست):

- ۱- آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل (AUDIT)
- ۲- پرسش‌نامه CAGE
- ۳- آزمون غربال‌گیری درگیری با سیگار، الکل و مواد (ASSIST)
- ۴- ملاک‌های تشخیصی برای مصرف مخاطره‌آمیز، آسیب‌رسان و سندرم وابستگی
- ۵- پرسش‌نامه شدت وابستگی به الکل (SADQ)
- ۶- پرسش‌نامه مشکلات الکل (APQ)
- ۷- معاینه مختصر وضعیت روانی
- ۸- آزمون ترسیم ساعت
- ۹- ارزیابی آزمایشگاهی
- ۱۰- مصرف الکل

اندازه‌گیری سطوح الکل

الکل در تنفس ترشح می‌شود و غلظت آن در تنفس با غلظت خونی آن همبسته است. اندازه‌گیری غلظت الکل (در تنفس و خون) هنگام غربالگری برای مصرف الکل در جایگاه‌های شغلی یا سایر جایگاه‌ها اهمیت دارد. این روش مفیدی در بخش‌های اورژانس و در کلینیک‌های سرپایی برای تأیید مصرف اخیر الکل و ارزیابی موارد مشکوک به مسمومیت است.

الکل سنج‌های تنفسی^۱ به صورت قابل اعتمادی سطح الکل خون را می‌توانند به روش غیرتهاجمی اندازه بگیرند.

ارزیابی‌های آزمایشگاهی غیرمستقیم

مجموعه‌ای از نشان‌گرهای زیستی غیرمستقیم برای شناسایی مصرف الکل استفاده می‌شوند. این نشان‌گرها شامل موارد زیر است.

- آزمون‌های کارکرد کبدی
 - آسپاراتات ترانسفراز (AST)
 - آلانین ترانسفراز (ALT)
 - گاما- گلوتامیل ترانسفراز (GGT)
- لیپوپروتئین کلسترول با دانسته بالا (HDL)
- میانگین حجم گلوبولی (MCV)
- اسید اوریک

¹ breath alcometers/breathalyzer

ارزیابی جامع

لازم است ارزیابی بالینی پیش از تدوین یک برنامه درمان جامع برای مصرف‌کنندگان الکل در گروه‌های زیر انجام شود:

- به توصیه برای کاهش مصرف الکل خود پاسخ ندهند.
 - مشکلات شدید مرتبط با الکل داشته باشند.
 - برای مقابله با مصرف الکل خود تقاضای کمک کنند یا نیاز به کمک داشته باشند.
- ارزیابی باید شامل مصاحبه تشخیصی، معاینه فیزیکی، بررسی نشان‌گرهای بالینی و زیستی و جمع‌آوری اطلاعات جانبی درباره مراجع باشد. جامعیت و دقت ارزیابی در جایگاه‌های مختلف متفاوت است. مقدار ارزیابی با سطح تخصصی بودن مشکلات الکل مرتبط است. حوزه‌های ارزیابی شامل موارد زیر است:

- الگوی مصرف الکل و شدت وابستگی
 - آسیب‌های مرتبط با الکل (مثل مشکلات سلامت جسمی، روان‌شناختی، مشکلات ارتباطی، مشکلات شغلی و قانونی)
 - انگیزه برای تغییر
 - عوامل خانوادگی
 - کارکرد شناختی
- ارزیابی جامع باید شامل موارد زیر باشد:
- مصرف معمول: محل، نوع و دفعات مصرف
 - تعداد پیمانانه استاندارد الکل در یک روز معمول مصرف
 - خصوصیات وابستگی به الکل
 - مشکلات مرتبط با الکل
 - ابزارهای کمکی ارزیابی (همچون AUDIT, SADQ, APQ و MMSE) برای کمک به برنامه‌ریزی درمان
 - مشکلات همبود (طبی، روان‌پزشکی، مواد، اجتماعی و قانونی)
 - ارزیابی خطر
 - آمادگی برای تغییر

ارزیابی حین انجام پروسیجر

جدول ۱- علایم و نشانه‌های محرومیت از الکل

علائم/عوارض	بیش فعالی اوتونومیک	عوارض گوارشی، روده‌ای	تغییرات شناختی و ادراکی
علائم محرومیت بدون عارضه	تعریق تاکیکاردی سینوسی فشار خون بالا لرزش تب (معمولاً زیر ۳۸ درجه)	بی‌اشتهایی تهوع استفراغ دیس‌پسی اسهال	تمرکز پایین اضطراب بی‌قراری روانی، حرکتی آشفته‌گی خواب، رویاهای واضح
عوارض شدید محرومیت	دهیدراتاسیون و اختلالات الکترولیتی	-	تشنج آشفته‌گی‌های ادراکی (بینایی، لامسه، شنوایی) دلیریوم

شروع و طول مدت علایم محرومیت

مصرف بیش از حد الکل حتی برای یک هفته می‌تواند منجر به محرومیت خفیف شده و مصرف بیش از حد برای بیش از یک ماه می‌تواند با علایم قابل توجه محرومیت همراه باشد. کسانی که در سطح متوسط تا شدید وابسته به الکل هستند متعاقب قطع ناگهانی یا کاهش قابل توجه در مصرف‌شان دچار سندرم محرومیت حاد الکل می‌شوند. افراد مبتلا به وابستگی خفیف ممکن است علایم خفیف‌تری به صورت تعریق، تهوع و لرزش خفیف را تجربه کنند اما عموماً نیاز به درمان دارویی پیدا نمی‌کنند.

علایم محرومیت در عرض ۶ تا ۸ ساعت بعد از کاهش یا قطع ناگهانی مصرف الکل شروع می‌شوند. جدول ۲ زمان شروع علایم پس از قطع مصرف را نشان می‌دهد. در برخی افراد وابسته شروع علایم محرومیت ممکن است تا ۲۴ ساعت تأخیر داشته باشد.

با افزایش شدت وابستگی زمان بین آخرین نوبت مصرف و بروز علایم محرومیت کاهش می‌یابد به طوری که افراد مبتلا به وابستگی شدید ممکن است در عرض چند ساعت بعد از قطع مصرف علایم محرومیت را تجربه کنند. فرد ممکن است در شرح حال خود مصرف الکل را برای اجتناب یا تسکین عوارض ناشی از محرومیت الکل ذکر کند که نشان‌دهنده وابستگی او به الکل است.

جدول ۲- فاصله زمانی شروع علائم محرومیت

سیر زمانی	علائم محرومیت الکل
شروع: ۶ تا ۸ ساعت اوج: ۱ تا ۳۰ ساعت فروکش: ۴۰ تا ۵۰ ساعت	بیش‌فعالی عمومی، لرزش، تعریق، تهوع، عرق زدن، نوسانات خلقی، تاکیکاردی، افزایش تنفس، افزایش فشار خون و تب خفیف
شروع: صفر تا ۴۸ ساعت	تشنج‌های محرومیت
شروع: ۱۲ ساعت طول مدت: ۵ تا ۶ روز	توهم‌های شنوایی و بینایی ممکن است ایجاد شود که خصوصیت آنها ترساننده بودنشان است.
شروع: ۴۸ تا ۷۲ ساعت	دلیریوم ترمنس: لرزش خشن، بی‌قراری، تب، تاکیکاردی، کنفوزیون شدید، هذیان و توهم

یک مجموعه واقع‌گرایانه از اهداف خدمات محرومیت به شرح زیر است:

- **قطع یک الگوی مصرف الکل سنگین و مستمر:** برخی افراد برای قطع مصرف الکل به ساختار و حمایت خدمات محرومیت نیاز دارند. در حالی که برخی یک هدف طولانی مدت دستیابی به پرهیز دارند، برخی دیگر ممکن است در جستجوی یک توقف موقتی در مصرف الکل خود باشند. در خصوص گروه اخیر توجه به این موضوع لازم است که انگیزه افراد طبیعت ایستا نداشته و می‌تواند با مداخلات درمانی متناسب تقویت شود.
- **تسکین علائم محرومیت:** تسکین علائم ناخوشایند ناشی از محرومیت از الکل یک دلیل مهم برخی بیماران برای مراجعه به درمان و یکی از اهداف اولیه خدمات محرومیت است.
- **پیشگیری از عوارض شدید محرومیت:** هدف درمان محرومیت از الکل پیشگیری یا درمان عوارض بالقوه تهدیدکننده حیات مثل تشنج، دلیریوم و انسفالوپاتی ورنیکه است. به علاوه، محرومیت از الکل می‌تواند بیماری‌های طبی و روان‌پزشکی هم‌زمان را تشدید کند.
- **درمان طولانی‌مدت وابستگی به الکل:** خدمات محرومیت خدمات حاد با پیامدهای کوتاه مدت هستند. گرچه، وابستگی به الکل یک بیماری مزمن و عودکننده است و پیامدهای مثبت طولانی‌مدت اغلب با شرکت در درمان مداوم همچون مشاوره، خودیاری، بازتوانی اقامتی و مداخلات دارویی حاصل می‌گردد (**فصل‌های پنج و شش** را ببینید). محرومیت درمان شده فرصتی برای برنامه‌ریزی و درگیر کردن در خدمات درمانی بعد از محرومیت فراهم می‌سازد.

- کمک گرفتن برای سایر مشکلات: معرفی بیماران برای دریافت خدمات طبی، روان‌پزشکی و حمایتی یکی دیگر از کارکردهای خدمات محرومیت است.

- خدمات روان‌شناختی: جلسات روان‌درمانی پذیرش و تعهد مبتنی بر اصول تئوریک این روش و با تکیه حداکثری بر تجربه مراجع در جلسات و نه آموزش روش درست زندگی است. در این جلسات مراجع در عمل می‌آموزد که در بسیاری موارد او بیش از حد به منطق و استدلال‌های ذهن خود عمل کرده است، در روش کارآمدی را انتخاب ننموده است. او می‌آموزد که اگر در شرایط واقعی مساله را تجربه کند، روش‌های بهتر و گاه کاملاً متفاوتی برای رسیدن به زندگی بهتر انتخاب می‌کند. طول مدت درمان مراجع و فواصل جلسات مطابقت یا اصول کلی روان‌درمانی، به خصوص برای افراد وابسته به مصرف مواد دارد. واقعیت این است که اعتیاد به الکل و سایر مواد یک بیماری مزمن است و فرایند بهبودی بسیار طولانی است. روند کلی این مداخله یا درمان را میتوان به سه مرحله کلی تقسیم نمود:

مرحله اول (ایجاد درماندگی خلاق):

۱. خوشامد و معرفی درمان پذیرش و تعهد
۲. معرفی تمرین‌های ذهن‌آگاهی
۳. بررسی دلایل مصرف یا عود
۴. بررسی روش‌های ناکارآمد قبلی و ایجاد ناامیدی

مرحله دوم (قصدمودن و گسلش شناختی):

۵. اجتناب و کنترل تاکنون ناکارآمد و مشکل‌زا بوده‌اند.
۶. مراجع، ادغام شناختی خود را کاهش دهد.
۷. مراجع با احساسات درونی خود ارتباط برقرار کند.

مرحله سوم (ارزش‌ها و تعهد به انجام)

۸. ارزش‌های خود را مشخص کند، و فعالیت‌هایی که او را به آن ارزش‌ها می‌رساند تعیین نماید.
۹. فرد فعالیت‌های لازم را برای رسیدن به اهداف خود متعهدانه انجام دهد.

بسته خدمتی جهت افراد مبتلا به مصرف آسیب‌رسان الکل

بر اساس ارزیابی اولیه در صورتی که بیمار مبتلا به مصرف آسیب‌رسان الکل باشد، یک بسته خدمتی متشکل از ویزیت پزشک، مداخلات روان‌شناختی و ارزیابی به شرح ذیل ارائه می‌گردد. دوره خدمتی این بسته خدمتی ۳ ماهه است.

جدول ۴- بسته خدمات مصرف آسیب‌رسان الکل در موارد سرپایی به صورت ماهانه

عنوان هزینه	نوع خدمت	زمان ارائه خدمت	تعداد
خدمات پزشکی	ویزیت پزشک عمومی	۲۰ دقیقه	۴
خدمات پرستاری	آزمایش تنفسی الکل		۴
خدمات روانشناسی و مشاوره	ارزیابی اولیه	۴۵ دقیقه	۱
	ارزیابی های دوره ای	۱۵ دقیقه	۱
	روان درمانی انفرادی	بیش از ۵۰ دقیقه	۴

عوارض شدید محرومیت

عوارض شدید شامل تشنج، دلیریوم و توهم ناشی از ترک می باشد که در صورت بروز علائم فوق بیمار به مراکز بستری ارجاع می گردد.

جدول ۵- خصوصیات جایگاه‌های سرپایی، اقامتی و بستری درمان محرومیت از الکل

سطح	خصوصیات
سرپایی	<p>در درمان سرپایی، محرومیت از الکل در محیط زندگی بیمار انجام می‌شود به این دلیل به آن خدمات سم‌زدایی مبتنی بر منزل نیز گفته می‌شود. الزامات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نبود کتراندیکاسیون طبی: تاریخچه عوارض محرومیت شدید (تشنج، دلیریوم و توهم) یا همبودی قابل توجه طبی یا روان‌پزشکی • داشتن همراه که بتوانند به صورت منظم (حداقل روزی یک بار در ۳ یا ۴ روز اول) بیمار را پایش نموده و از او حمایت کند. • پایش منظم توسط یک پزشک و پرستار واحد سرپایی درمان. ویزیت روزانه در ۳ یا ۴ روز اول. نظارت نزدیک بر مصرف دارو از طریق توزیع دوز دارو به صورت روزانه. • در صورت شروع مجدد مصرف الکل توسط بیمار مصرف بنزودیازپین باید قطع شود. • دسترسی بیمار و خانواده به مشاوره تلفنی ۲۴ ساعته برای مواقع اورژانسی. <p>امتیاز درمان محرومیت سرپایی نداشتن «لیست انتظار» است، با این وجود برای این کار حمایت‌ها و خدمات مورد نیاز باید در دسترس باشند. میزان تکمیل دوره محرومیت گزارش شده در این سطح عموماً از مدل اقامتی یا بستری پایین‌تر است، اما بیمارانی که به صورت سرپایی به پرهیز دست می‌یابند ممکن است در تداوم پرهیز موفق‌تر عمل کنند.</p>
اقامتی با مدل طبی	<p>واحد درمان محرومیت از الکل در یک مرکز اقامتی با مدل طبی می‌تواند:</p> <ul style="list-style-type: none"> • دامنه‌ای از خدمات تخصصی پزشکی، پرستاری و حمایتی برای درمان محرومیت را فراهم نموده و ورود به خدمات پس از محرومیت را تسهیل کند. • امکان ۷ تا ۱۰ روز بستری را فراهم کند. • برای بیمارانی مناسب است که: (الف) محرومیت متوسط تا شدید داشته یا تاریخچه عوارض محرومیت

<p>دارند (تشنج، دلیریوم، توهم)؛ (ب) در حال ترک چند ماده هستند؛ (ج) محیط زندگی آنها برای اقدام به درمان سرپایی نامناسب است؛ یا (د) چندین بار در درمان محرومیت سرپایی ناموفق بوده‌اند.</p> <ul style="list-style-type: none"> این مراکز نمی‌توانند بیماران مبتلا به همبودی شدید طبی و روان‌پزشکی را درمان کنند. سطح پذیرش در این مراکز عموماً معادل بیماران واجد مشکلات پزشکی و روان‌پزشکی در سطح درمان سرپایی است. ممکن است واجد لیست انتظار برای پذیرش باشد. میزان تکمیل بالاتری در مقایسه با خدمات سرپایی دارند. 	
<p>پذیرش در بخش روان‌پزشکی عمومی یا روان‌پزشکی اعتیاد برای کسانی لازم است که مشکلات شدید طبی (همچون دلیریوم) یا روان‌پزشکی (همچون پسیکوز یا خطر بالای خودکشی) دارند یا تشخیص آنها نامشخص است (برای مثال تشنج‌هایی که نیاز به ارزیابی‌های تکمیلی دارند).</p> <p>به صورت نادر ممکن است بیماران بستری شده برای درمان‌های داخلی یا جراحی دچار محرومیت برنامه‌ریزی نشده و اغلب شدید می‌شوند.</p> <p>دسترسی به واحد خدمات مشاوره-رابط روان‌پزشکی اعتیاد باید در تمام بیمارستان‌ها به منظور کمک به ارزیابی، درمان و برنامه‌ریزی ترخیص اختلالات مصرف الکل و مواد امکان‌پذیر باشد.</p> <p>در برخی موارد پس از پایدار شدن بیمار از نظر طبی و روان‌پزشکی، می‌توان سطح خدمات ارایه شده به بیمار را به سطوح سبک‌تر کاهش داد.</p>	بستری

این مداخلات شامل پیشگیری اولیه، غربالگری، مداخله مختصر و ارجاع و نهایتاً مداخلات درمانی در سه سطح سرپایی، اقامتی با رویکرد طبی و بستری می‌شوند. درمان محرومیت از الکل می‌تواند به صورت سرپایی، اقامتی با مدل طبی یا بستری انجام شود. خصوصیات این مراکز در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۶- ملاک‌های پذیرش در واحدهای درمان الکل در سطوح درمانی مختلف

ملاک	سرپایی	اقامتی	بستری
شدت محرومیت از الکل پیش‌بینی شده	خفیف- متوسط	متوسط- شدید	متوسط- شدید
احتمال عوارض شدید محرومیت	خیر	عوارض محرومیت (تشنج، توهم)	عوارض محرومیت (دلیریوم، تشنج با علت نامعلوم)
همبودی طبی یا روان‌پزشکی	همبودی جزئی	همبودی جزئی	همبودی قابل ملاحظه
مصرف مواد دیگر	عدم مصرف سنگین سایر مواد	مصرف سنگین یا ناپایدار سایر مواد	-
محیط اجتماعی	عدم مصرف الکل در منزل پایش روزانه توسط افراد حمایتی قابل اعتماد دسترسی خوب به خدمات مراقبت سلامت	محیط خانه غیرحمایت کننده	-
اقدامات پیشین	-	اقدامات ناموفق پیشین در درمان سرپایی	-

پایش در طول محرومیت از الکل

تمام بیماران در طول دوره محرومیت یا کسانی که در معرض خطر محرومیت از الکل هستند باید به صورت منظم از نظر موارد زیر پایش شوند:

- **علائم جسمی:** شامل وضعیت هیدراتاسیون، نبض، فشار خون، درجه حرارت و سطح هوشیاری می‌شود (خصوصاً در صورت دریافت دارو).
 - **شدت محرومیت از الکل:** استفاده از مقیاس ارزیابی محرومیت از الکل برای ارزیابی شدت محرومیت، هدایت درمان و کمک به درمان‌گران، برای ارزیابی عینی‌تر شدن محرومیت و مدیریت آن سودمند خواهد بود.
- پیشرفت عمومی در طول دوره محرومیت:** شامل ارزیابی مداوم سطح انگیزه، مصرف الکل و مواد در طول محرومیت سرپایی (ممکن است آزمایش تنفسی و/یا غربالگری ادرار برای مواد از نظر بالینی اندیکاسیون داشته باشد)، پاسخ به دارو(ها) و نگرانی‌ها یا مشکلات بیمار می‌شود.

آزمایش تنفسی الکل (Alcohol Breathalyzer Test)

یکی از خدمات پیش‌بینی شده در واحدهای درمان اختلالات مصرف الکل آزمایش تنفسی الکل است. برای اجرای این آزمایش از دستگاهی استفاده می‌شود که بر اساس میزان واحد الکل موجود در تنفس فرد سطح خونی الکل (BAC) بر حسب درصد تعیین می‌کند. آزمایش تنفسی الکل به عنوان یک آزمایش نقطه مراقبت محسوب می‌گردد. نتیجه این آزمایش ارزش قانونی نداشته و واحدهای درمان الکل مجاز به اعلام نتیجه به عنوان یک مرجع تشخیص طبی نیستند، اما می‌توانند از نتایج آن برای هدایت تصمیمات بالینی بهره بگیرند.

تجویز دارو برای درمان محرومیت الکل

تیامین و سایر مکمل‌ها (سایر ویتامین‌های B و اسکوربیک اسید):

مکمل‌های تیامین برای تمام افرادی که تحت بازگیری (سم‌زدایی) الکل قرار دارند، توصیه می‌شود. در بیمارانی که هیچ علائم بالینی آنسفالوپاتی ورنیکه یا اختلال حافظه ندارند، تیامین جهت پروفیلاکسی توصیه می‌شود.

تجویز تیامین خوراکی به میزان ۲۰۰-۳۰۰ میلی گرم روزانه (در دوزهای منقسم) جهت بیماران در فاز محرومیت و یا در زمان نوشیدن الکل با حجم بالا توصیه می‌گردد.

همچنین تجویز تیامین خوراکی ۵۰ میلی گرم روزانه (دوز واحد) در زمان فاز نگهدارنده درمان و تا زمانی که علائم سوء تغذیه بیمار موجود است، توصیه می‌گردد.

آنسفالوپاتی ورنیکه در مراحل اولیه نسبت به مقادیر بالای تیامین تزریقی پاسخ سریع می‌دهد و تصور می‌شود این دارو در پیشگیری از تبدیل اختلال به سندرم کورساکف مؤثر است. تیامین معمولاً با دوز ۱۰۰ میلی گرم دو تا سه بار در روز از راه

خوراکی آغاز می شود و به مدت ۱ تا ۲ هفته ادامه می یابد. جهت بیماران مبتلا به اختلال مصرف الکل که محلول وریدی حاوی گلوکز دریافت می کنند، میتوان به هر لیتر مایع وریدی، ۱۰۰ میلی گرم تیامین اضافه نمود. داروهای ضد روان پریشی ممکن است آستانه تشنج را در بیماران کاهش دهند و به همین دلیل باید از مصرف آنها اجتناب شود. رژیم غذایی پر کالری غنی از کربوهیدرات همراه با مولتی ویتامین ها نیز حائز اهمیت می باشد.

بنزودیازپین ها:

بهترین درمان جهت دلیریوم ترمنس پیشگیری است. بیمارانی که در جریان محرومیت الکل دچار پدیده های محرومیت می شوند، باید تا زمانی که خطر دلیریوم منتفی شود تحت درمان با یک بنزودیازپین قرار گیرند. (مثلا ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم کلردیازپوکساید هر ۲-۴ ساعت)

در محرومیت خفیف یا متوسط تجویز داروهای مضعف مغز از جمله بنزودیازپین ها در روز اول و بعد کاهش تدریجی آن و نهایتا قطع دارو ظرف ۵ روز بعد در اکثر بیماران سبب تسکین علایم شده و احتمال بروز حالت محرومیت شدید را به حداقل می رساند. درمان کافی را می توان به تجویز داروهای کوتاه اثر (نظیر لورازپام) یا مواد طولانی اثر (مانند کلردیازپوکساید و دیازپام) انجام داد.

نمونه ای از درمان حالت محرومیت، تجویز ۲۵ میلی گرم کلردیازپوکساید خوراکی ۳ تا ۴ بار در روز اول است که در برگه دستورات قید می شود در صورتی که بیمار هنگام دوز بعدی خواب بوده و یا احساس خواب آلودگی کرد آن دوز حذف گردد. در صورتی که بیمار عصبی باشد یا علایم لرزش فزاینده یا کزکاری دستگاه خودمختار را نشان دهد میتوان در روز اول یک یا دو دوز اضافی ۲۵ میلی گرمی تجویز نمود. در روزهای بعدی هر روز می توان میزان بنزودیازپین را ۲۰ درصد کاهش داد به طوریکه روز چهارم یا پنجم نیازی به تجویز دارو نیست.

• دی سولفیرام

دوز معمول در بزرگسالان ۲۵۰ میلی گرم در روز (در محدوده ۱۲۵ تا ۵۰۰ میلی گرم). پیش از تجویز: ۱- به بیمار هشدار دهید که دست کم ۱۲ ساعت پس از مصرف الکل دی سولفیرام مصرف نکند و واکنش دی سولفیرام-الکل ممکن است تا ۲ هفته پس از آخرین دوز بروز کند. ۲- به بیمار در مورد وجود الکل رژیم غذایی (مانند سرکه و سس)، داروها و لوازم آرایشی هشدار دهید. پیگیری آزمایشات کارکرد کبدی ۱۰-۱۴ روز بعد از درمان و ماهیانه برای ۶ ماه، سپس هر ۳ ماه صورت پذیرد.

• نالترکسون

دوز معمول در بزرگسالان ۵۰ میلی گرم در روز است. پیش از تجویز احتمال مصرف مواد افیونی را ارزیابی کنید. آزمایش غربالگری ادرار از نظر وجود مواد افیونی را مد نظر قرار دهید. آزمایش کارکرد کبدی را درخواست کنید. پیگیری به صورت آزمایش های کارکرد کبدی صورت پذیرد.

• آکامپروسات

دوز معمول در بزرگسالان پس از ۵ الی ۷ روز از قطع الکل، ۶۶۶ میلی گرم (۲ عدد قرص ۳۳۳ میلی گرمی) سه بار در روز یا در بیماران دچار تخریب متوسط کلیه (کلیرانس کراتی نین ۳۰ تا ۵۰ میلی لیتر در دقیقه) یک قرص ۳۳۳ میلی گرمی سه بار در روز می باشد. اگر آکامپروسات بعد از ۲۵ روز از قطع الکل آغاز گردد اثری مشابه پلاسبو خواهد داشت.

بسته خدمتی جهت افراد مبتلا به وابستگی به الکل

خدمات وابستگی به الکل به شرح ذیل ارائه می‌گردد:

جدول ۸- بسته خدمات بازگیری سرپایی با بنزودیازپین‌ها در دوره درمانی ۴-۲ هفته

عنوان هزینه	نوع خدمت	زمان ارائه خدمت	تعداد
خدمات پزشکی	ویزیت پزشک عمومی	۲۰ دقیقه	۱۲
خدمات پرستاری	آزمایش تنفسی الکل		۱۲
خدمات روانشناسی و مشاوره	ارزیابی اولیه	۴۵ دقیقه	۱
	ارزیابی های دوره ای	۱۵ دقیقه	۱
	روان‌درمانی انفرادی	بیش از ۵۰ دقیقه	۶

ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

عود یک مشکل شایع در درمان الکل است. تقریباً ۶۰٪ بیماران در عرض یک ماه پس از درمان، به مصرف مشکل‌آفرین الکل عود می‌کنند. موقعیت‌های اختصاصی یا حالات خلقی مرتبط با عود شامل موارد زیر است:

- حالات خلقی منفی (مثل ناامیدی، اضطراب، افسردگی یا خشم)
- تعارض بین فردی (همچون روابط با شریک زندگی، همکار، دوستان)
- فشار مستقیم یا غیرمستقیم برای مصرف الکل

پیشگیری از عود به بیماران راهبردهای شناختی و رفتاری برای کمک به پیشگیری از تبدیل شدن لغزش به عود می‌آموزد. این رویکرد خود را به صورت حفظ تغییر، ایجاد خودکارآمدی و مهارت‌های مقابله تعریف می‌کند. کمک به پیشگیری از عود از طریق مصرف دارو (شامل درمان‌های دارویی الکل مثل نالترکسون، آکامپروسیت، دی‌سولفیرام) برای کاهش مصرف الکل یا برای درمان مشکلات استفاده نمایند.

درمان‌گران ممکن است از برنامه‌های ارجاع به برنامه‌های خودیاری (همچون الکی‌های گمنام) به عنوان اشکالی از مراقبت مداوم استفاده کنند. با توجه به ماهیت وابستگی به الکل، پیگیری طولانی مدت بخش مهمی از برنامه درمانی جامع را تشکیل می‌دهد.

- درمان نگهدارنده دارویی (نالترکسون، دی‌سولفیرام، آکامپروسیت) - ماهانه
- سه داروی نالترکسون^۱ (قرص و آمپول)، آکامپروسیت^۲ و دی‌سولفیرام^۳، برای درمان وابستگی به الکل به عنوان مداخلات دارویی پیشگیری از عود به مصرف الکل مؤثر دانسته شده‌اند. از میان داروهای فوق کپسول نالترکسون و به صورت محدود قرص دی‌سولفیرام در بازار دارویی کشور در دسترس است.

1 - Naltrexone

2 - Acamprosate

3 - Disulfiram

- پس از تکمیل دوره بازگیری، درمان دارویی به منظور پیشگیری از عود باید برای تمام بیماران وابسته به الکل در نظر گرفته شود. تجویز این داروها باید همراه با مداخلات روان‌شناختی و حمایت‌های اجتماعی و به عنوان بخشی از برنامه درمانی پس از تکمیل دوره بازگیری در نظر گرفته شود.
- دارودرمانی در دوره بحرانی پس از قطع مصرف الکل. به بیمار کمک می‌کند مهارت‌های لازم برای زندگی بدون مصرف الکل را فراگیرد.

جدول ۹- بسته خدمات درمان نگهدارنده پیشگیری از عود به صورت ماهانه

عنوان هزینه	نوع خدمت	زمان ارائه خدمت	تعداد
خدمات پزشکی	ویزیت پزشک عمومی	۲۰ دقیقه	۴
خدمات پرستاری	آزمایش تنفسی الکل		۸
خدمات روانشناسی و مشاوره	ارزیابی اولیه	۴۵ دقیقه	۱
	ارزیابی‌های دوره ای	۱۵ دقیقه	۱
	روان‌درمانی انفرادی	بیش از ۵۰ دقیقه	۸
آزمایشات	آزمایش خون شامل آزمایش‌های کبدی	--	سالی دوبار (در صورت بروز مشکل و با ذکر اندیکاسیون توسط پزشک، در بازه زمانی کمتر نیز قابل تکرار است)
	آزمایش ادرار از نظر مواد دیگر	--	موردی

ه) افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:

پزشک متخصص و یا عمومی که صلاحیت لازم و گواهی آموزشی درمان الکل را بر اساس پروتکل ابلاغی داشته و بعنوان مسئول فنی مرکز می‌باشد.

و) افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

متخصص روانپزشک یا پزشک عمومی

ز) عنوان و سطح تخصص‌های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضای تیم ارائه‌کننده خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	تعداد موردنیاز به طور استاندارد به ازای ارائه هر خدمت	میزان تحصیلات مورد نیاز	سابقه کار و یا دوره آموزشی مصوب در صورت لزوم	نقش در فرایند ارائه خدمت
۱	روانشناس یا مشاور	۱	کارشناسی یا بالاتر	آموزشی درمان الکل بر اساس پروتکل ابلاغی	روان‌درمانی
۲	پرستار، بهیار، ماما	۱	دیپلم به بالاتر	ندارد	تست تنفسی الکل

ح) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت:

شرایط تأسیساتی و ساختمانی مرکز سرپایی مطابق با آیین نامه تأسیس درمانگاه ها و یا مطب پزشکان بوده، حداقل سطح کلی زیر بنای ساختمان شامل (اتاق معاینه پزشک، یک اتاق روانشناس یا مشاور، اتاق انتظار با قابلیت استفاده جهت گروه درمانی و سرویس بهداشتی) می باشد.

ک) استانداردهای ثبت:

خدمات ارزیابی و روان درمانی بیماران همچنین پایش دوره ای بر اساس پیوست های الصاقی در پرونده بیمار ثبت می شود.

ل) اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت:

- وابستگی به الکل متوسط اندازه گیری شده با نمره SADQ ۱۵ یا بیشتر
- نداشتن علائم محرومیت شدید همچون تشنج، دلیریوم ترمنس یا نمره CIWA بالای ۱۵ در مراجعه
- توانایی مصرف داروی خوراکی
- داشتن یک عضو خانواده قابل اعتماد که می تواند در طول دوره سمزدایی همراه بیمار باشد.
- توانایی مراجعه روزانه در طول دوره سمزدایی
- وضعیت جسمی پایدار
- نداشتن پسیکوز، تمایل جدی به خودکشی و اختلال شناختی قابل توجه
- باردار نبودن
- عدم وابستگی همزمان به مواد دیگری که می تواند منجر به عارضه دار شدن محرومیت شود (برای مثال داروهای آرام بخش و خواب آور)
- نداشتن سابقه تشنج و دلیریوم ترمنس
- نداشتن بیماری صرع

م) شواهد علمی در خصوص کنتراندیکاسیون های دقیق خدمت:

- سن بالای ۶۰ سال
 - شواهد آسیب های شدید عضوی برای مثال سیروز کبدی، آسیت، نارسایی کلیه یا بیماری احتقانی قلبی
- در بیمارانی که یک یا بیشتر از ملاک های زیر را داشته باشند، درمان اقامتی با مدل طبی یا بستری را در نظر بگیرید:
- نمره بالای ۳۰ در SADQ
 - مصرف بیش از ۲۴ پیمان الکل در روز
 - تاریخچه صرع، تشنج مرتبط با محرومیت یا دلیریوم ترمنس در طول دوره های پیشین اقدام به ترک

- نیاز به بازگیری هم‌زمان از الکل و بنزودیازپین‌ها
- سابقه سم‌زدایی‌های ناموفق مکرر
- به صورت مستمر بیش از ۱۲ تا ۱۶ پیمان‌ه در روز الکل مصرف می‌کند و:
 - هم‌بودی قابل‌ملاحظه طبی و روان‌پزشکی (برای مثال افسردگی شدید و مزمن، پسیکوز، سوء‌تغذیه، بیماری احتقانی قلبی، آنژین ناپایدار، بیماری کبدی مزمن) یا
 - ناتوانی شناختی متوسط تا شدید دارد.

ع) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار:

اطلاع از موارد زیر برای بیمار (و خانواده بیمار) مفید خواهند بود:

- ماهیت، شدت و طول مدت علایم احتمالی در طی محرومیت
- راهبردهایی برای مقابله با علایم محرومیت و ولع مصرف
- راهبردهایی برای اجتناب از قرارگیری در موقعیت‌های پرخطر

نقش داروها

با توجه به آموزش‌های ارائه‌گردیده و برنامه روان‌درمانی بیماران، کتابچه منزل مداخلات روان‌شناختی اختلالات مصرف الکل تهیه شده و در اختیار بیماران قرار خواهد گرفت.

منابع:

۱. راهنمای درمان مصرف آسیب‌رسان و وابستگی به الکل، اداره پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، ویرایش اول، ۱۳۹۶
۲. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد (۱۳۹۲). پیمایش ملی سلامت روان ۹۰-۱۳۸۹. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، معاونت بهداشت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۳. رحیمی موقر آ، رفیعی‌منش ح، یزدانی ک، نوروزی ع، نجات س (۱۳۹۴) ترجمه و استاندارد سازی پرسشنامه شناسایی اختلالات ناشی از مصرف الکل (AUDIT) به زبان فارسی. مرکز ملی مطالعات اعتیاد و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
۴. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۱) برنامه جامع پیشگیری، درمان و کاهش مسمومیت ناشی از الکل (۱۳۹۰-۱۳۹۴) مبتنی بر نقشه تحول نظام سلامت جمهوری اسلامی ایران. دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد.
۵. وزارت بهداشت (۱۳۹۴) سند ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های واگیر و عوامل خطر مرتبط در جمهوری اسلامی ایران در بازه زمانی ۱۳۹۴ تا ۱۴۰۴. کمیته ملی پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر.

۶. وزارت کشور و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی (۱۳۹۲) سند ملی پیشگیری، مقابله، درمان، کاهش آسیب و بازتوانی مصرف الکل (۱۳۹۶-۱۳۹۲). کمیته ملی پیشگیری و مبارزه با مشروبات الکلی، شورای اجتماعی کشور وزارت کشور و دفتر سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.

7. 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.
8. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, American Psychiatric Association, Arlington, VA.
9. Australian Government Department of Health and Ageing (2009). *Guidelines for Treatment of Alcohol Problems*. Commonwealth of Australia
10. Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., et al. (2001). *AUDIT – The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care (2nd edn)*. Geneva: WHO.
11. Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., et al. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1789–1795.
12. Daeppen JB, Gache P, Landry U, et al. (2002). Symptom-triggered vs fixed-schedule doses of benzodiazepine for alcohol withdrawal: a randomized treatment trial. *Arch Intern Med* 162:1117.
13. Dawson, D. A., Grant, B. F., & Stinson, F. S. (2005) The AUDIT-C: screening for alcohol use disorders and risk drinking in the presence of other psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 405–416.
14. Drummond, C. (1990). The relationship between alcohol dependence and alcohol related problems in a clinical population. *British Journal of Addiction*, 85, 357–366.
15. Ewing, J & Rouse, B (1970). Identifying the hidden alcoholic, 29th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence, Sydney, Australia.
16. Gual, A., Segura, L., Contel, M., et al. (2002) AUDIT-3 and AUDIT-4: effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 61–66.
17. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006 Jan;44(1):1-25.
18. Jellinek EM. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven, CT, Hillhouse.
19. Ling W, Weiss DG, Charuvastra VC, O'Brien CP. (1983). Use of disulfiram for alcoholics in methadone maintenance programs. A Veterans Administration Cooperative Study. *Arch Gen Psychiatry*. 40(8):851-4.
20. Manos, PJ. (1997). The utility of the ten-point clock test as a screen for cognitive impairment in general hospital patients, *General Hospital Psychiatry*, vol. 19, no. 6, pp. 439–44.
21. Mee-Lee, D., Shulman, G. D., Fishman, M., et al. (2001) *ASAM Patient Placement Criteria for the Treatment of Substance-Related Disorders, Second Edition – Revised (ASAM PPC-2R)*. Chevy Chase, MD: American Society of Addiction Medicine, Inc.

22. Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*, (2nd edn). New York, NY: Guilford Press.
23. Munro, CA, Saxton, J & Butters, MA (2000). The neuropsychological consequences of abstinence among older alcoholics: a cross-sectional study, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, vol. 24, no. 10, pp. 1510–16
24. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2010a) *Alcohol-Use Disorders: Preventing the Development of Hazardous and Harmful Drinking*. Public Health Intervention Guidance No. 24. London: NICE.
25. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2010b) *Alcohol-Use Disorders: Diagnosis and Clinical Management of Alcohol-Related Physical Complications*. Clinical Guideline 100. London: NICE.
26. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2011). *Alcohol-Use Disorders Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence*. National Collaborating Centre for Mental Health, The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists
27. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2005). *Helping patients who drink too much: A clinician's guide*. NIH Publication no. 05-3769, Bethesda, MD.
28. National Treatment Agency for Substance Misuse (2002) *Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers: Promoting Quality, Efficiency and Effectiveness in Drug Misuse Treatment Services in England. Part 2: Full Reference Report*. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.
29. National Treatment Agency for Substance Misuse (2006) *Models of Residential Rehabilitation for Drug and Alcohol Misusers*. London: National Treatment Agency.
30. Nordqvist, C., Johansson, K. & Bendtsen, P. (2004) Routine screening for risky alcohol consumption at an emergency department using the AUDIT-C questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 71–75.
31. Nyblom H, Berggren U, Balldin J, Olsson R (2004). High AST/ALT ratio may indicate advanced alcoholic liver disease rather than heavy drinking. *Alcohol Alcohol*. 39 (4): 336–9.
32. Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., et al. (2004) Alcohol use. In *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors* (eds M. Ezzati, A. D. Lopez, A. Rodgers, et al.). Geneva: WHO.
33. Raistrick, D., Heather, N. & Godfrey, C. (2006). *Review of the Effectiveness of Treatment for Alcohol Problems*. London: National Treatment Agency for Substance Misuse.
34. Saunders, JB, Aasland, OG, Babor, TF, de la Fuente, JR & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption II. *Addiction*, vol. 88, pp. 791–804.
35. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2003). *The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. A national clinical guideline*. Royal College of Physicians. Edinburgh.

36. Srivastava, A., Kahan, M. & Ross, S. (2008). The effect of methadone maintenance treatment on alcohol consumption: a systematic review, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 215–223.
37. Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (2003) *Alcohol consumption measures*. Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
38. Sobell, MB & Sobell, LC (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 68, no. 4, pp. 573–79.
39. Stockwell, T, Sitharthan, T, McGrath, D & Lang, E. (1994). The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples. *Addiction*, vol. 89, no. 2, pp. 167–74.
40. Stockwell, T., Hodgson, R., Edwards, G., et al. (1979) The development of a questionnaire to measure severity of alcohol dependence. *British Journal of Addictions to Alcohol and Other Drugs*, 74, 78–87.
41. Stockwell, T., Bolt, E., Milner, I., et al. (1990) Home detoxification for problem drinkers: acceptability to clients, relatives, general practitioners and outcome after 60 days. *British Journal of Addiction*, 85, 61–70.
42. Stockwell, T., Bolt, L., Milner, I., et al. (1991) Home detoxification from alcohol: its safety and efficacy in comparison with inpatient care. *Alcohol and Alcoholism*, 26, 645–650.
43. Sullivan, JT, Sykora, K, Schneiderman, J, Naranjo, CA & Sellers, EM (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol Scale (CIWA-Ar), *British Journal of Addiction*, vol. 84, pp. 1353–57.
44. U.S. Department of Health and Human Services and U.S. Department of Agriculture. (2015). 2015 – 2020 Dietary Guidelines for Americans. 8th Edition. December 2015. Available at <http://health.gov/dietaryguidelines/2015/guidelines/>.
45. Williams, BTR & Drummond, DC (1984). The alcohol problems questionnaire: reliability and validity, *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 35, no. 3, pp. 239–43.
46. World Health Organization. (1994). *Lexicon of drug and alcohol terms*. WHO Publications. Geneva, Switzerland
47. World Health Organization (1992) *ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO Publications. Geneva, Switzerland
48. World Health Organization (2013). *Global NCD Action plan 2013-2020*. WHO Publications. Geneva, Switzerland
49. World Health Organization (2010). *Global strategy to reduce harmful use of alcohol*. WHO Publications. Geneva, Switzerland
50. World Health Organization (2014). *Global status report on alcohol and health 2014*. WHO Publications. Geneva, Switzerland

پیوست یک- ابزارهای غربالگری و ارزیابی

ابزارهای توصیه شده در بخش‌های مختلف این راهنما عبارتند از:

۱. آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل (AUDIT)
۲. CAGE
۳. آزمون غربال‌گیری درگیری با سیگار، الکل و مواد (ASSIST)
۴. ملاک‌های تشخیصی برای مصرف مخاطره‌آمیز، آسیب‌رسان و سندرم وابستگی
۵. پرسش‌نامه شدت وابستگی به الکل (SADQ)
۶. پرسش‌نامه مشکلات الکل (APQ)
۷. معاینه مختصر وضعیت روانی
۸. آزمون ترسیم ساعت

آزمون شناسایی اختلال مصرف الکل (AUDIT)

نام و نام خانوادگی مراجع: شماره پرونده: تاریخ:

سؤالات را همان طور که نوشته شده بخوانید. پاسخ‌ها را به دقت در محل تعیین شده درج کنید. مصاحبه را چنین شروع کنید: «می‌خواهم از شما چند سؤال درباره مصرف مشروبات الکلی در طول سال گذشته بپرسم. منظور از مشروبات الکلی را با استفاده از چند مثال محلی مثل آبجو، شراب، عرق، الکل طبی، ودکا، ویسکی... به فرد توضیح دهید. پاسخ‌ها را برحسب پیمانۀ استاندارد ثبت کنید.

آبجو (۰/۴٪): یک لیوان بزرگ (۳۲۰ میلی لیتر) شراب (۰/۱۲٪): یک لیوان کوچک (۱۰۰ میلی لیتر)
 مشروبات قوی (۰/۴۰٪): یک استکان کوچک (۳۲ میلی لیتر) الکل طبی (۰/۹۰٪): یک قاشق خالی سرخالی (۱۴ میلی لیتر)

۱- چند وقت یک بار مشروبات الکلی مصرف می‌کنید؟

هرگز (۰) ماهی یک بار یا کم‌تر دو تا چهار بار در ماه دو تا سه بار در هفته چهار بار یا بیش‌تر در
 (به سؤالات ۹-۱۰) (۱) (۲) (۳) هفته (۴)
 بروید)

۲- در یک روز معمول مصرف الکل، به طور معمول چند پیمانۀ مصرف می‌کنید؟

۱ یا ۲ (۰) ۳ یا ۴ (۱) ۵ یا ۶ (۲) ۷ تا ۹ (۳) ۱۰ یا بیش‌تر (۴)

۳- چند وقت یک بار، در یک نوبت ۶ پیمانۀ یا بیش‌تر مشروبات الکلی مصرف می‌کنید؟

هرگز (۰) کم‌تر از یک بار در ماه ماهانه (۲) هفتگی (۳) روزانه یا تقریباً روزانه
 (۱) (۴)

۴- چند وقت یک بار در طول سال گذشته برای‌تان پیش آمد که نوشیدن الکل را شروع کنید و قادر نباشید آن را متوقف کنید؟

هرگز (۰) کم‌تر از یک بار در ماه ماهانه (۲) هفتگی (۳) روزانه یا تقریباً روزانه
 (۱) (۴)

۵- در طول سال گذشته، چند وقت یک بار به علت مصرف مشروبات الکلی نتوانسته‌اید آنچه را که به طور معمول از شما انتظار می‌رود، به انجام برسانید؟

هرگز (۰) کم‌تر از یک بار در ماه ماهانه (۲) هفتگی (۳) روزانه یا تقریباً روزانه
 (۱) (۴)

۶- در طول سال گذشته، چند وقت یک بار نیاز پیدا کردید اول صبح الکل بنوشید تا بعد از یک نوبت نوشیدن سنگین الکل در شب قبل به حالت عادی بازگردید؟

هرگز (۰) کم‌تر از یک بار در ماه ماهانه (۲) هفتگی (۳) روزانه یا تقریباً روزانه

(۱)

(۴)

۷- در طول سال گذشته، چند وقت یک بار پس از نوشیدن الکل احساس پشیمانی داشتید یا خودتان را سرزنش کردید؟

هرگز (۰) کم‌تر از یک بار در ماه ماهانه (۲) هفتگی (۳) روزانه یا تقریباً روزانه (۴)

(۱)

(۴)

۸- چند وقت یک بار در طول سال گذشته به دلیل مصرف مشروبات الکلی نمی‌توانستید وقایع شب گذشته را بیاد آورید؟

هرگز (۰) کم‌تر از یک بار در ماه ماهانه (۲) هفتگی (۳) روزانه یا تقریباً روزانه (۴)

(۱)

(۴)

۹- آیا در نتیجه مصرف مشروبات الکلی شما، خودتان یا دیگری دچار آسیب یا جراحت شده‌اید؟

خیر (۰) بله، ولی نه در سال گذشته (۲) بله، در طول سال گذشته (۴)

۱۰- آیا یکی از بستگان، دوستان، پزشک یا سایر کارکنان مراقبت سلامت درباره مصرف الکل شما ابراز نگرانی کرده‌اند یا به شما توصیه کرده‌اند مصرف الکل را قطع کنید؟

خیر (۰) بله، ولی نه در سال گذشته (۲) بله، در طول سال گذشته (۴)

نام و نام خانوادگی مصاحبه‌کننده:

CAGE

نام و نام خانوادگی مراجع:

شماره پرونده:

تاریخ:

خیر	بله	۱- آیا تاکنون احساس کرده‌اید که باید مصرف مشروبات الکلی خود را کم کنید؟
خیر	بله	۲- آیا دیگران با انتقاد از مصرف مشروبات الکلی توسط شما باعث آزرده‌گی شما شده‌اند؟
خیر	بله	۳- آیا هیچوقت درباره مصرف مشروبات الکلی احساس بد یا پشیمانی داشته‌اید؟
خیر	بله	۴- آیا صبح بعد از بیدار شدن از خواب برای آرام کردن اعصاب یا رهایی از خماری مشروبات الکلی مصرف کرده‌اید؟

توجه- پاسخ مثبت به هر پرسش یک نمره دارد. در صورت وجود دو پاسخ مثبت، فرد به ارزیابی بیشتر نیاز دارد.

نام و نام خانوادگی مصاحبه‌کننده:

آزمون غربال‌گیری درگیری با سیگار، الکل و مواد (ASSIST)

نام و نام خانوادگی مراجع:

شماره پرونده:

تاریخ:

مقدمه (لطفاً برای مراجع بخوانید)

از این که پذیرفتید در این مصاحبه کوتاه درباره مصرف انواع تنباکو، مواد و الکل شرکت کنید از شما متشکرم. می‌خواهم چند سؤال درباره تجربه شما از مصرف این مواد در طول عمر و سه ماه گذشته بپرسم. این مواد را می‌توان به صورت تدخینی، خوراکی، مشامی، استنشاقی، تزریقی یا خوردن قرص مصرف کرد (کارت مواد را نشان دهید).

برخی از مواد فهرست‌شده 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. گرچه می‌خواهیم درباره مصرف مواد غیرمجاز مختلف توسط شما بدانیم، به شما اطمینان می‌دهیم اطلاعاتی که در این مورد به ما می‌دهید، کاملاً محرمانه خواهد بود.

توجه: پیش از پرسیدن سؤالات، کارت پاسخ ASSIST را به مراجع بدهید

(اگر آزمون پیگیری را تکمیل می‌کنید، پاسخ به این سؤال را با پاسخ داده‌شده به پرسش یک در نوبت اول چک کنید. وجود هر گونه تفاوت باید

مورد سؤال قرار گیرد)

بله	خیر	پرسش ۱- در طول عمر خود، کدام یک از مواد زیر را تاکنون مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)
۳	۰	الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۳	۰	ب- ترکیبات آفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کدین، ترامادول، غیره)
۳	۰	ج- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
۳	۰	د- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۳	۰	ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۳	۰	و- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق، غیره)
۳	۰	ز- سایر- مشخص کنید:

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

اگر پاسخ به هر یک از موارد «بله» بود، پرسش ۲ را درباره هر ماده-

ای که تاکنون مصرف شده پرسید.

اگر تمام پاسخ‌ها منفی بود، بیش‌تر پرس‌وجو کنید: «حتی

زمانی که نوجوان بودید هم مصرف نکردید؟»

هرگز	یک یا دو بار	ماهانه	هفتگی	هر روز یا تقریباً هر روز	پرسش ۲- در سه ماه گذشته، موادی را که اشاره کردید (ماده اول، ماده دوم، غیره) چند وقت یک بار مصرف کرده‌اید؟
۰	۱	۲	۳	۴	الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۰	۱	۲	۳	۴	ب- ترکیبات آفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کدیین، ترامادول، غیره)
۰	۱	۲	۳	۴	ج- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
۰	۱	۲	۳	۴	د- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)
۰	۱	۲	۳	۴	ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۰	۱	۲	۳	۴	و- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق، غیره)
۰	۱	۲	۳	۴	ز- سایر- مشخص کنید:

اگر پاسخ به تمام موارد «هرگز» بود به پرسش ۶ بروید.

اگر هر یک از مواد پرسش ۲ در سه ماه گذشته مصرف شده باشند، برای هر یک از مواد استفاده شده پرسش‌های ۳، ۴ و ۵ را بپرسید.

هرگز	یک یا دو بار	ماهانه	هفتگی	هر روز یا تقریباً هر روز	پرسش ۳- در سه ماه گذشته، چند وقت یک بار میل یا وسوسه شدید برای مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) داشته‌اید؟
۰	۱	۲	۳	۴	الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۰	۱	۲	۳	۴	ب- ترکیبات آفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کدیین، ترامادول، غیره)
۰	۱	۲	۳	۴	ج- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
۰	۱	۲	۳	۴	د- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اکس، ریتالین، غیره)
۰	۱	۲	۳	۴	ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۰	۱	۲	۳	۴	و- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق، غیره)
۰	۱	۲	۳	۴	ز- سایر- مشخص کنید:
هرگز	یک یا دو بار	ماهانه	هفتگی	هر روز یا تقریباً هر روز	پرسش ۴- در سه ماه گذشته، مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) توسط شما چند وقت یک بار منجر به مشکلات سلامتی، اجتماعی، قانونی یا مالی شده است؟
۰	۱	۲	۳	۴	الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۰	۱	۲	۳	۴	ب- ترکیبات آفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کدیین، ترامادول، غیره)
۰	۱	۲	۳	۴	ج- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)

۷	۶	۵	۴	۰	د- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دiazepam، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	و- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عَرَق، غیره)
۷	۶	۵	۴	۰	ز- سایر- مشخص کنید:

هر روز یا تقریباً	هفتگی	ماهانه	یک یا دو بار	هرگز	پرسش ۵- در سه ماه گذشته، چند وقت یک بار به خاطر مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) نتوانسته‌اید وظایفی را که به صورت معمول از شما انتظار می‌رود انجام دهید؟
					الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۸	۷	۶	۵	۰	ب- ترکیبات آفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کدین، ترامادول، غیره)
۸	۷	۶	۵	۰	ج- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
۸	۷	۶	۵	۰	د- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۸	۷	۶	۵	۰	ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دiazepam، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۸	۷	۶	۵	۰	و- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عَرَق، غیره)
۸	۷	۶	۵	۰	ز- سایر- مشخص کنید:

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

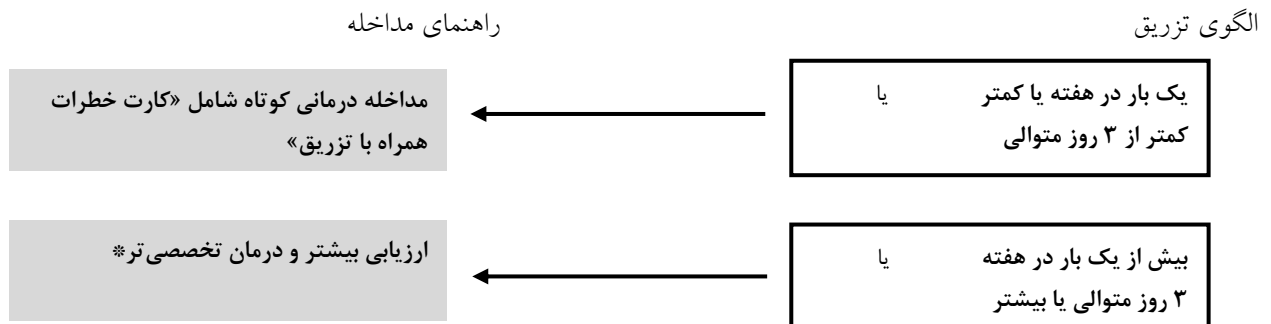
ماه گذشته	بله، در ۳ ماه گذشته	نه، هرگز	پرسش ۶- آیا تاکنون کسی از اعضاء خانواده، بستگان، دوستان یا اشخاص دیگر نسبت به مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) شما ابراز نگرانی کرده است؟
۲	۱	۰	الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۲	۱	۰	ب- ترکیبات افیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کدیین، ترامادول، غیره)
۲	۱	۰	ج- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
۲	۱	۰	د- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۲	۱	۰	ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دiazepam، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۲	۱	۰	و- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق، غیره)
۲	۱	۰	ز- سایر- مشخص کنید:

ماه گذشته	بله، در ۳ ماه گذشته	نه، هرگز	پرسش ۷- آیا تاکنون سعی یا اقدام ناموفق در کنترل، کاهش یا قطع مصرف (ماده اول، ماده دوم، غیره) داشته‌اید؟
۲	۱	۰	الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
۲	۱	۰	ب- ترکیبات افیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کدیین، ترامادول، غیره)
۲	۱	۰	ج- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
۲	۱	۰	د- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
۲	۱	۰	ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دiazepam، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
۲	۱	۰	و- نوشیدنی‌های الکلی (آبجو، شراب، عرق، غیره)
۲	۱	۰	ز- سایر- مشخص کنید:

پرسش ۸- آیا تاکنون مواد را به صورت تزریقی مصرف کرده‌اید؟ (فقط مصرف غیرپزشکی)	نه، هرگز	بله، در ۳ ماه گذشته	بله، اما نه در ۳ ماه گذشته
	۰	۲	۱

نکته مهم:

برای تعیین سطح خطر و بهترین روش مداخله، باید از مراجعانی که در سه ماه گذشته مصرف تزریقی مواد داشته‌اند، درباره الگوی تزریق در طول این دوره سؤال شود.



چگونه امتیاز درگیری برای هر ماده خاص محاسبه می‌شود.

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

$$۲ج + ۳ج + ۴ج + ۵ج + ۶ج + ۷ج$$

توجه کنید که پرسش ۵ برای محصولات تنباکو کدگذاری نمی‌شود و به این صورت محاسبه می‌شود:

$$۲الف + ۳الف + ۴الف + ۶الف + ۷الف$$

نوع مداخله برحسب امتیاز درگیری مراجع با هر ماده خاص تعیین می‌شود.

درمان تخصصی تر*	مداخله مختصر	بدون مداخله	امتیاز اختصاصی برای هر ماده	
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		ب- ترکیبات افیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کدیین، ترامادول، غیره)
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		ج- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		د- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
+۲۷	۱۱-۲۶	۰-۱۰		و- مشروبات الکلی (آبجو، شراب، عرق، غیره)
+۲۷	۴-۲۶	۰-۳		ز- سایر- مشخص کنید:

توجه - *ارزیابی بیشتر و درمان تخصصی تر برای مصرف الکل در سطوح بالا از طریق ارجاع به واحدهای اختصاصی یا تخصصی درمان الکل تأمین شود.

نام و نام خانوادگی مصاحبه کننده:

کارت پاسخ WHO-ASSIST برای مراجعان

کارت پاسخ- مواد

الف- انواع تنباکو (سیگار، قلیان، ناس، غیره)
ب- ترکیبات آفیونی (تریاک، شیره، سوخته، هرویین، کدیین، ترامادول، غیره)
ج- حشیش (سیگاری، گراس، بنگ، غیره)
د- محرک‌های آمفتامینی (شیشه، اکستازی، اِکس، ریتالین، غیره)
ه- آرام‌بخش‌ها یا قرص‌های خواب (دیازپام، آلپرازولام، فنوباریتال، غیره)
و- مشروبات الکلی (آبجو، شراب، عرق، غیره)
ز- سایر- مشخص کنید:

کارت پاسخ (پرسش‌های ۵-۲ ASSIST)

هرگز: در ۳ ماه گذشته مصرف نشده است

یک تا دو بار: ۱ تا ۲ بار در ۳ ماه گذشته

ماهانه: ۱ تا ۳ بار در ماه

هفتگی: ۱ تا ۴ بار هفتگی

روزانه یا تقریباً روزانه: ۵ تا ۷ روز در هفته

کارت پاسخ (پرسش‌های ۶ تا ۸ ASSIST)

خیر، هرگز

بله، نه در ۳ ماه گذشته

بله، در ۳ ماه گذشته

ملاک‌های تشخیصی برای مصرف مخاطره‌آمیز، آسیب‌رسان و سندرم وابستگی

در این بخش ملاک‌های تشخیصی برای مصرف مخاطره‌آمیز براساس تعاریف سازمان جهانی بهداشت و همچنین مصرف آسیب‌رسان و وابستگی به الکل براساس ICD-10 ارائه شده است.

سندرم وابستگی

پرسش‌های زیر ملاک‌های تشخیصی سندرم وابستگی بر اساس مصاحبه تشخیصی CIDI است و باید برای تأیید تشخیص وابستگی در مراجعان با نمرات غربالگری در دامنه وابستگی مورد استفاده قرار گیرد.

۱ در ۱۲ ماه گذشته، آیا آن چنان میل و هوس شدید برای خوردن
مشروب پیدا کرده‌اید که نتوانید جلوی خودتان را بگیرید؟

خیر
۱ .
بلی (به سؤال ۲ رجوع

کنید) * ۵

A: در ۱۲ ماه گذشته، آیا آن قدر نیاز به خوردن مشروب پیدا کرده‌اید که
نتوانید به چیز دیگری فکر کنید؟

خیر
۱ .

بلی
* ۵

۲ در ۱۲ ماه گذشته، آیا اغلب بیشتر از آن چه قصد داشته‌اید، مشروب
خورده‌اید؟

خیر
۱ .

بلی (به سؤال ۳ رجوع

کنید) * ۵

A: در ۱۲ ماه گذشته، آیا شده است که شما اغلب در دوره زمانی طولانی‌تر
از آن چه قصد داشته‌اید، به مشروب خوردن ادامه دهید؟ [مثلاً قصد
داشته یک هفته مشروب بخورد، ولی یک ماه ادامه داده است.]

خیر
۱ .

بلی
* ۵

۳ [کارت یک را به فرد بدهید]. می‌خواهم در مورد حالانی از شما سؤال کنم که در ۱۲ ماه گذشته، احتمالاً در
چند روز اول پس از ترک یا کاهش مصرف مشروب داشته‌اید. [اگر فرد، ترک یا کاهش مصرف مشروب
نداشته است، برای سؤال ۳ کد ۶ را انتخاب کرده و به سؤال B رجوع کنید. در غیر این صورت موارد ۱ تا
۱۱ را بخوانید و کدگذاری کنید].

خیر بلی هرگز ترک نکرده است

۱ ۵ ۶ (۱) به طور مثال، در روزهای اول آیا شما لرزش (لرزش دست‌ها) داشته‌اید؟

۱ ۵ (۲) آیا خوابتان بدتر از معمول شده بود؟

- ۳) آیا بیشتر از معمول عصبی بوده‌اید؟ ۱ ۵
- ۴) آیا بیشتر از معمول بی‌قرار بوده‌اید؟ ۱ ۵
- ۵) آیا عرق می‌کردید؟ ۱ ۵
- ۶) آیا قلبتان تند می‌زد؟ ۱ ۵
- ۷) آیا حالت تهوع یا استفراغ داشته‌اید؟ ۱ ۵
- ۸) آیا سر درد داشته‌اید؟ ۱ ۵
- ۹) آیا احساس ضعف می‌کردید؟ ۱ ۵
- ۱۰) چیزهایی را می‌دیدید، می‌شنیدید یا احساس می‌کردید، که دیگران نمی‌توانستند ببینند یا بشنوند؟ ۱ ۵
- ۱۱) آیا تشنج می‌کردید؟ ۱ ۵

A: [آیا در بندهای ۱ تا ۱۱ دو یا بیشتر از دو مورد کد ۵ گرفته است]؟
 خیر ۱
 بلی (به سوال ۴ رجوع کنید)
 * ۵

B: در ۱۲ ماه گذشته، آیا برای اجتناب یا پیشگیری از بروز این حالات، مشروب خورده‌اید؟
 خیر ۱
 بلی * ۵

۴ در ۱۲ ماه گذشته، آیا برای به دست آوردن تأثیر دلخواه، مجبور شده اید بسیار بیشتر از گذشته مشروب بخورید؟
 خیر
 ۱ .
 بلی (به سؤال ۵ رجوع کنید) * ۵

A: در یک سال گذشته، آیا متوجه شده اید که مقدار ثابت مشروب اثری کمتر از قبل روی شما داشته است؟

خیر
 ۱ .
 بلی
 ۵*

۵ در ۱۲ ماه گذشته، آیا خوردن مشروب باعث شده که شما فعالیت های مهم خودتان را کنار بگذارید و یا آنها را شدیداً کاهش دهید؛ مثل ورزش، مدرسه یا سرکار رفتن و یا ارتباط با دوستان و فامیل؟

خیر
 ۱
 بلی (به سؤال ۶ رجوع کنید).....* ۵

۶الف [کارت دو را به فرد بدهید]. در طول ۱۲ ماه گذشته، آیا مشروب خوردن باعث ابتلا به هیچ یک از مشکلات طبی (مطرح شده در این کارت) شده است؟

بلی	خیر	
۵	۱	۱) بیماری کبدی یا هپاتیت (زردی یا یرقان)؟
۵	۱	۲) بیماری معده یا استفراغ خونی؟
۵	۱	۳) مور شدن یا بی حسی؟
۵	۱	۴) اختلال حافظه حتی موقع نخوردن مشروب؟
۵	۱	۵) ورم لوزالمعده (پانکراتیت)؟
۵	۱	۶) بیماری های دیگر؟ چه بیماری هایی؟

[اگر در سؤالات ۱ تا ۶، حداقل یک مورد کد ۵ وجود دارد، سؤال A را پرسید. در غیر این صورت، به ۶ب رجوع کنید.]

A: آیا بعد از این که متوجه شدید مشروب باعث این مشکلات طبی شده است، به مصرف خود ادامه دادید؟

خیر
 ۱
 بلی* ۵

ب ۶ آیا بیماری جسمی و خیمی دارید که خوردن مشروب باعث وخیم تر شدن آن شود؟ خیر (به سؤال ۶ ج رجوع کنید).....

۱
بلی ۵

A: آیا هنگامی که متوجه شدید بیماری جسمی و خیمی دارید که خوردن مشروب باعث وخیم تر شدن آن می شود، به مصرف خود ادامه دادید؟ خیر ۱
بلی * ۵

ج ۶ [کارت سه را به فرد بدهید]. در ۱۲ ماه گذشته، آیا خوردن مشروب باعث شده است که شما مشکلات و ناراحتی اعصاب (ذکر شده در کارت) را تجربه کنید؟

بلی	خیر	
۵	۱	۱) بی رغبتی در فعالیت های معمولتان؟
۵	۱	۲) افسرده بودن؟
۵	۱	۳) بدبین و به دیگران بی اعتماد بودن؟
۵	۱	۴) افکار عجیب و غریب داشتن؟

[اگر در سؤالات ۱ تا ۴، کد ۵ وجود دارد، سؤال A را پرسید، در غیر این صورت به پرسش با این پرسش نامه خاتمه دهید.]

A: آیا وقتی که متوجه شدید که خوردن مشروب باعث مشکلات و ناراحتی اعصاب یا روان برای شما شده است، به مصرف مشروب ادامه دادید؟ خیر ۱
بلی * ۵

در صورتی که ۳ مورد یا بیشتر از ملاک های بالا وجود داشته باشند تشخیص وابستگی به الکل مطرح می گردد. با توجه به این که ملاک ششم تداوم مصرف الکل علی رغم مواجهه با پیامدهای منفی ناشی از آن است، لذا زمانی ملاک ششم مثبت تلقی می گردد که بخش A در حداقل یکی از سؤالات ۶ الف، ۶ ب یا ۶ ج مثبت باشد.

مصرف آسیب رسان

در صورتی که پاسخ به هر یک از پرسش های ۶ الف، ۶ ب یا ۶ ج درباره مشکلات جسمی یا روان پزشکی مرتبط با مصرف الکل در طول سال گذشته مثبت باشد، اما فرد ملاک های وابستگی به الکل را تکمیل نکند، تشخیص مصرف آسیب رسان الکل برای او مطرح می شود.

مصرف مخاطره آمیز

الگوی مصرف الکل خود را در سال گذشته را در نظر بگیرید و به سؤالات زیر پاسخ دهید:

۱- چند وقت یک بار الکل مصرف کرده‌اید؟

الف- هرگز ب- ماهی یک بار یا کمتر ج- دو تا چهار بار در ماه

د- یک تا ۵ روز در هفته ه- ۶ یا ۷ روز در هفته

۲- در روز معمول مصرف چند پیمانۀ استاندارد نوشیدنی الکلی مصرف می‌کنید؟

الف- ۱ یا ۲ ب- ۳ یا بیشتر

۳- در طول سال گذشته، چند وقت یک بار ۶ پیمانۀ استاندارد در یک نوبت مصرف کرده‌اید؟

الف- هرگز ب- کمتر از یک بار در ماه ج- ماهانه یا بیشتر

در صورت انتخاب گزینه ه در پرسش یک یا گزینه ب در پرسش ۲ یا گزینه‌های ب یا ج در پرسش ۳ برای مراجع مصرف مخاطره‌آمیز الکل مطرح است، مشروط به آن که فرد ملاک‌های وابستگی با مصرف آسیب‌رسان را تکمیل ننماید.

پرسش نامه شدت وابستگی به الکل (SADQ)

نام و نام خانوادگی مراجع: شماره پرونده: تاریخ:

به یک دوره مصرف سنگین الکل خود در طول شش ماه گذشته فکر کنید و به سؤالات زیر برای آن دوره پاسخ دهید. بخش الف شامل پرسش‌های مربوط به اختلال در کنترل مصرف به تازگی به این فرم اضافه شده است. این بخش نباید در نمره‌دهی کلی پرسش‌نامه استفاده شوند.

آیا در شش ماه گذشته الکل نوشیده اید؟	بله*	خیر	
*اگر بله، لطفاً به تمام سؤالات زیر با خط کشیدن دور پاسخ صحیح جواب دهید.			
بخش الف - میزان اختلال کنترل: در شش ماه گذشته			
پاسخ سؤالات زیر بر مبنای یک مقیاس چهارتایی است:			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۱. بعد از خوردن یک یا چند پیمانه، دلم می‌خواهد باز هم بنوشم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۲. بعد از خوردن دو یا سه پیمانه، اگر کار دیگری داشته باشم می‌توانم نوشیدن را متوقف کنم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۳. وقتی نوشیدن را شروع می‌کنم، متوقف کردن آن تا جایی که تقریباً کاملاً مست می‌شوم، مشکل است.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۴. وقتی تصمیم به مصرف الکل می‌گیرم، قصد می‌کنم حداقل شش پیمانه بنوشم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۵. وقتی تصمیم به مصرف الکل می‌گیرم، قصد می‌کنم بیشتر از دو یا سه پیمانه بنوشم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
نمره‌دهی:	۰-۵ پایین	۶-۱۰ متوسط	۱۱-۱۵ بالا
قسمت ب - در شش ماه گذشته			
۱. روز بعد از مصرف الکل، وقتی بیدار شدم احساس می‌کردم عرق کرده‌ام.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۲. روز بعد از مصرف الکل، دست‌هایم صبح می‌لرزید.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۳. روز بعد از مصرف الکل، وقتی بیدار شدم کاملاً خیس عرق بودم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۴. روز بعد از مصرف الکل، تمام بدنم اول صبح به شدت می‌لرزد، اگر الکل مصرف نکنم.			

هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۵. روز بعد از مصرف الکل، از صبح بیدار شدن وحشت داشتم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۶. روز بعد از مصرف الکل، از ملاقات با مردم در صبح می‌ترسیدم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۷. روز بعد از مصرف الکل، وقتی بیدار شدم احساس ناامیدی شدید می‌کردم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۸. روز بعد از مصرف الکل، وقتی بیدار شدم شدیداً مضطرب بودم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۹. روز بعد از مصرف الکل، دوست داشتم یک پیمانه صبحگاهی بخورم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۱۰. روز بعد از مصرف الکل، همیشه صبح‌ها در اسرع وقت چند پیمانه الکل مصرف می‌کنم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۱۱. روز بعد از مصرف الکل، صبح باز هم الکل نوشیدم تا لرزش بدنم از بین برود.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۱۲. روز بعد از مصرف الکل، وقتی بیدار شدم وسوسه شدیدی برای مصرف الکل داشتم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۱۳. بیشتر از یک چهارم بطری ۷۵۰ میلی‌لیتری مشروبات الکلی تقطیری سنگین، یک بطری ۷۵۰ میلی‌لیتری شراب ۱۳/۵٪ یا ۷ قوطی ۳۳۰ میلی‌لیتر آبجوی ۴٪ [تقریباً معادل ۸ پیمانه] در یک روز نوشیدم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۱۴. بیشتر از نصف بطری مشروبات الکلی تقطیری سنگین، یا دو بطری شراب یا ۱۵ قوطی آبجوی ۴٪ [تقریباً معادل ۱۶ پیمانه] در یک روز نوشیدم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۱۵. بیشتر از یک بطری مشروبات الکلی تقطیری سنگین، چهار بطری شراب یا ۳۰ قوطی آبجوی ۴٪ [تقریباً معادل ۳۲ پیمانه] در روز نوشیدم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳
۱۶. بیشتر از دو بطری مشروبات الکلی تقطیری سنگین، هشت بطری شراب یا ۶۰ قوطی آبجوی ۴٪ [تقریباً معادل ۶۴ پیمانه] در روز نوشیدم.			
هرگز یا تقریباً هیچ وقت ۰	گاهی اوقات ۱	اغلب ۲	تقریباً همیشه ۳

قسمت ج - شرایط زیر را تصور کنید			
الف. شما برای چند روز تقریباً هیچ الکی نوشیده‌اید.			
ب. شما سپس برای دو روز به شدت الکل می نوشید.			
صبح روز بعد از این دو روز نوشیدن سنگین چه احساسی دارید؟			
۱۷. شروع به عرق کردن می کنم.			
اصلاً ۰	کمی ۱	تا حدودی ۲	تقریباً زیاد ۳
۱۸. دست‌هایم می لرزد.			
اصلاً ۰	کمی ۱	تا حدودی ۲	تقریباً زیاد ۳
۱۹. بدنم می لرزد.			
اصلاً ۰	کمی ۱	تا حدودی ۲	تقریباً زیاد ۳
۲۰. وسوسه زیادی برای مصرف الکل دارم.			
اصلاً ۰	کمی ۱	تا حدودی ۲	تقریباً زیاد ۳
زیر ۱۵: وابستگی خفیف یا عدم وابستگی			
۱۵ تا ۳۰: وابستگی متوسط			
۳۱ یا بیشتر: وابستگی شدید			

نام و نام خانوادگی مصاحبه کننده:

پرسش نامه مشکلات الکل (APQ)

نام و نام خانوادگی مراجع: شماره پرونده: تاریخ:

همه سوالات مربوط به شش ماه گذشته می شوند و جواب آنها «بله» یا «خیر» است.

موارد شایع
۱. آیا خودتان تمایل دارید بیشتر از آن چه قبلاً می نوشیدید، بنوشید؟
۲. آیا از ملاقات مجدد دوستان روز بعد از یک نوبت مصرف الکل، نگران هستید؟
۳. آیا با دوستان مصرف الکل تان بیشتر از سایر دوستان تان وقت می گذرانید؟
۴. آیا دوستان تان از شما به خاطر زیاد نوشیدن انتقاد کرده اند؟
۵. آیا هیچ گونه قرض داشته اید؟
۶. آیا اموال تان را برای خرید الکل، گرو گذاشته اید؟
۷. آیا درباره پول بهانه تراشی کرده اید؟
۸. آیا برای دروغ گفتن در مورد پول گیر افتاده اید؟
۹. آیا با پلیس برای نوشیدن الکل دچار مشکل شده اید؟
۱۰. آیا برای نوشیدن الکل، گواهینامه تان توقیف شده است؟
۱۱. آیا زندان بوده اید؟
۱۲. آیا بعد از نوشیدن احساس بیماری جسمی کرده اید؟
۱۳. آیا بعد از یک نوبت نوشیدن الکل دچار اسهال شده اید؟
۱۴. آیا بعد از یک نوبت نوشیدن الکل احساس درد معده کرده اید؟
۱۵. آیا احساس گزگز و مورمور شدن در انگشتان دست و پا کرده اید؟
۱۶. آیا بعد از نوشیدن الکل، تصادف منجر به درمان در بیمارستان داشته اید؟
۱۷. آیا وزن از دست داده اید؟
۱۸. آیا از نظر جسمی به خودتان بی اعتنا شده اید؟
۱۹. آیا زمانی شده است که برای چند روز نتوانید استحمام کنید؟
۲۰. آیا برای بیشتر از یک هفته، احساس افسردگی کرده اید؟
۲۱. آیا شده است آن قدر احساس افسردگی بکنید که بخواهید خودتان را از بین ببرید؟
۲۲. آیا به خاطر نوشیدن از تفریحاتی که قبلاً لذت می بردید دست کشیده اید؟
۲۳. آیا احساس کرده اید که از علائق معمول تان نمی توانید لذت ببرید؟
ازدواج
۲۴. آیا همسر تان از نوشیدن الکل شما شکایت کرده است؟

۲۵. آیا همسر تان سعی کرده است شما را از مصرف یک مشروب الکلی بازدارد؟
۲۶. آیا او به خاطر این که الکل نوشیده بودید از صحبت با شما امتناع کرده است؟
۲۷. آیا او تهدید کرده است که به خاطر نوشیدن الکل شما را ترک می کند؟
۲۸. آیا او مجبور شده است که بعد از نوشیدن الکل شما را به تخت ببرد؟
۲۹. آیا بعد از این که الکل مصرف کردید، سر او فریاد کشیده‌اید؟
۳۰. آیا بعد از نوشیدن الکل او را مجروح کرده‌اید؟
۳۱. آیا به طور قانونی از همسر تان جدا شده‌اید؟
۳۲. آیا او به خاطر نوشیدن الکل، از داشتن رابطه جنسی با شما امتناع کرده است؟
فرزندان
۳۳. آیا فرزندان تان از مصرف الکل شما انتقاد کرده‌اید؟
۳۴. آیا با فرزندان تان به خاطر نوشیدن الکل مجادله داشته‌اید؟
۳۵. آیا وقتی الکل می نوشید، فرزندان تان از شما دوری می کنند؟
۳۶. آیا فرزندان تان سعی کرده‌اند شما را از خوردن یک نوشیدنی بازدارند؟
موارد شغلی
۳۷. آیا احساس کرده اید که شغل تان نسبت به قبل برای تان جذابیت کمتری دارد؟
۳۸. آیا شده است که به دلیل نوشیدن الکل نتوانید به موقع سرکار حاضر شوید؟
۳۹. آیا شده است که بعد از یک وعده نوشیدن الکل، یک روز کامل سرکار حاضر نشوید؟
۴۰. آیا به دلیل نوشیدن الکل، قابلیت شغلی تان اُفت کرده است؟
۴۱. آیا کسی در محل کارتان از شما به دلیل دیر رسیدن یا غیبت، شکایت کرده است؟
۴۲. آیا تا کنون از طرف کارفرمای تان رسماً توبیخ شده‌اید؟
۴۳. آیا از کارتان معلق یا اخراج شده‌اید؟
۴۴. آیا به دلیل نوشیدن الکل، در محل کار دچار حادثه شده‌اید؟

نام و نام خانوادگی مصاحبه کننده:

معاینه مختصر وضعیت روانی (MMSE)

نام و نام خانوادگی مراجع: شماره پرونده: تاریخ:

حداکثر نمره	نمره	
		جهت یابی
۵		۱. الان در چه سالی، فصلی، ماهی، تاریخی و روز هفته ای هستیم؟
۵		۲. الان در چه کشوری، استانی، شهری، ساختمانی و طبقه ای هستید؟
۳		۳. ثبت (به ازای هر پاسخ درست یک نمره بدهید) سه شی را نام ببرید و از بیمار بخواهید آنها را تکرار کند. در صورت نیاز سه شیء مورد نظر را چند بار تکرار کنید تا بیمار بتواند به درستی آنها را تکرار کند. (دفعات آزمایش ثبت شود.....)
۵		۴. توجه و محاسبه: بطور متوالی عدد ۷ را از ۱۰۰ کم کنید تا به ۶۵ برسید. حداکثر نمره=۵ (در افراد کم سواد کسر عدد ۳ از ۲۰ تا رسیدن به عدد ۵ یا شمارش روزهای هفته بصورت معکوس می تواند جایگزین آزمون بالا شود)
۳		۵. یادآوری: از بیمار بخواهید سه شی ای را که در آزمون ثبت تکرار نمود مجدداً به یاد آورد. به ازای هر شیئی که بیمار به خاطر می آورد یک نمره بدهید.
۲		۶. نامیدن: ۲ شی را به بیمار نشان دهید (برای مثال یک خودکار، یک ساعت) و از او بخواهید نام آنها را بگوید. به ازای هر پاسخ صحیح یک نمره بدهید.
۱		۷. تکرار: از بیمار بخواهید عبارت "بدون اگرها و یا اماها" را تکرار نماید. در صورت تکرار صحیح یک نمره بدهید.
۳		۸. ادراک: از بیمار بخواهید یک دستور ۳ مرحله ی را اجرا کند. کاغذی را که روی میز است بردارد، آن را از نیمه تا کند و روی زمین بگذارد. برای انجام هر مرحله یک امتیاز بدهید=۳ نمره
۱		۹. خواندن: روی یک کاغذ دستور «چشمانتان را ببندید» را بنویسید و از بیمار بخواهید آن را انجام دهد.=۱ نمره
۱		۱۰. نوشتن: از بیمار بخواهید یک جمله بنویسد. در صورت نوشتن یک جمله صحیح دارای فاعل، فعل و مفعول یک امتیاز بدهید.
۱		۱۱. ساخت: به بیمار مداد، پاک کن، کاغذ و یک طرح بدهید (شکل دو پنج ضلعی متقاطع)؛ از بیمار بخواهید طرح را کپی کند.
		
۳۰		نمره کل

نام و نام خانوادگی مصاحبه کننده:

	تفسیر نمرات
اختلال قابل توجه شناختی، به احتمال زیاد دمانس	۰-۱۷
اختلال متوسط شناختی، ممکن است دمانس باشد.	۱۸-۲۴
محدوده طبیعی. تفسیر بستگی به سطح قبلی تحصیلات، زبان و فرهنگ دارد.	۲۵-۳۰

آزمون ترسیم ساعت

نام و نام خانوادگی مراجع: شماره پرونده: تاریخ:

انواع متفاوتی از آزمون ترسیم ساعت وجود دارد که همه آنها شامل درخواست از بیمار برای ترسیم صفحه یک ساعت می-شود. سؤالات بعدی به شکل مؤدبانه‌ای از بیمار می‌خواهند که دوباره صفحه یک ساعت را بکشد. بیشتر انواع آزمون از بیمار می‌خواهند که عقربه های ساعت را طوری بکشد که ساعت خاصی را نشان بدهد. ساعت ۱۱:۱۰ به نظر مفید است، زیرا شماره ۱۰ در ساعت بسته به این که مربوط به دقیقه یا ساعت باشد می‌تواند منحرف‌کننده باشد. در کل محدودیت زمانی برای این آزمون وجود ندارد ولی معمولاً تنها یک تا دو دقیقه طول می‌کشد.

سه گام ساده

۱. یک ورق کاغذ در اختیار بیمار بگذارید که از قبل یک دایره حدوداً ۱۰ سانتیمتری روی آن کشیده شده باشد و یا یک کاغذ سفید باشد.

۲. از بیمار بخواهید که صفحه ساعت را بکشد و اعداد را در آن قرار دهد.

۳. از بیمار بخواهید عقربه های ساعت را طوری بکشد که ساعت «۱۱ و ۱۰ دقیقه» را نشان دهد.

روش های نمره‌دهی آزمون ترسیم ساعت

تعدادی روش برای نمره‌بندی این آزمون وجود دارد. روش نمره‌دهی انجمن بیماری آلزایمر بر پایه امتیاز پنج مورد است:

• ۱ امتیاز برای دایره ساعت

• ۱ امتیاز برای تمام اعداد که درست به ترتیب باشند

• ۱ امتیاز برای اینکه تمام اعداد در جای مناسب باشند

• ۱ امتیاز برای دو عقربه ساعت

• ۱ امتیاز برای ساعت دقیق

نمره طبیعی چهار یا پنج است.

یا

شاید سریع‌ترین روش نمره‌گذاری این باشد که صفحه ساعت را به چهار قسمت مساوی تقسیم کنید و برای اعداد درست در هر بخش یک امتیاز بدهید.

روش‌های نمره‌دهی از روش‌های انجام آزمون بیشتر هستند. بیشتر روش‌های نمره‌دهی همبستگی مستقیمی با اندازه‌گیری‌های متداول مانند معاینه مختصر روانی، مقیاس درجه‌بندی دمانس^۱ و مقیاس فراگیر زوال^۲ دارند.

^۱ Dementia Rating Scale

^۲ Global Deterioration Scale.

پیوست دو- تداخلات الککل با داروها

الکل با بسیاری از داروهای دیگر، از جمله داروهای تجویز شده، داروهای بدون نسخه و داروهای گیاهی تداخل دارد. اثرات ترکیب الککل و دارو به نوع، طریقه مصرف و دوز دارو، حجم الککل مصرف شده و خصوصیات فردی مانند ژنتیک، جنسیت و شرایط سلامتی فرد بستگی دارد. احتمال تداخلات دارویی بسته به تعداد داروهای مصرفی افزایش می یابد.

تداخلات فارماکوکینتیک

الکل می تواند اثرات مستقیم بر جذب داروها داشته باشد. الککل می تواند جذب داروها را با افزایش حلالیت داروها در معده و همچنین افزایش جریان خون دستگاه گوارش افزایش دهد. با این حال، غلظت های بالای الککل باعث آسیب معده و اسپاسم پیلور شده که به نوبه خود ممکن است جذب دارو را با تأخیر مواجه کند و یا زیست فراهمی آن را کاهش دهد. الککل آن قدر به پروتئین های پلاسما متصل نمی شود که تغییری در توزیع دارو ایجاد کند. با این حال، سطح سرمی آلبومین در مصرف کنندگان الککل مزمین ممکن است به صورت غیرطبیعی کاهش یابد، به طوری که حجم توزیع برخی از داروها، مانند دیازپام، افزایش می یابد.

مصرف کوتاه مدت الککل می تواند متابولیسم کبدی بسیاری از داروها را (عمدتاً از طریق سیستم های آنزیم سیتوکروم) مهار کند. مصرف سنگین و طولانی مدت الککل با القاء آنزیم های کبدی منجر به افزایش متابولیسم دارو خواهد شد.

این تداخلات فارماکوکینتیک ممکن است، باعث بروز حالات زیر گردد:

- افزایش اثرات الککل با سطوح بالاتری از مسمومیت و خواب آلودگی
- افزایش یا کاهش اثرات دیگر داروها، که ممکن است عوارض جانبی بیشتری را به همراه داشته باشد و یا منجر به کاهش اثر دارو شود.

تداخلات فارماکودینامیک

الکل همچنین دارای تداخلات فارماکودینامیک با داروهای تضعیف دستگاه اعصاب مرکزی مانند بنزودیازپین ها، متادون، برخی از آنتی هیستامین ها و داروهای ضدافسردگی سه حلقه ای و مواد غیرقانونی است و نوعاً علائم مرتبط با آرام بخشی و مسمومیت را افزایش داده و منجر به سرکوب تنفسی، اغما و مرگ خواهد شد.

تداخل بین مصرف الککل و داروها می تواند پیامدهای جدی برای افرادی که فعالیت های نیازمند تمرکز مانند رانندگی و کار با ماشین آلات سنگین دارند، به همراه داشته باشد.

داروهای رایجی مانند بنزودیازپین ها، ضد درد های آپوئیدی، داروهای ضدافسردگی، آنتی بیوتیک ها، آنتی هیستامین ها، داروهای ضد التهاب، داروهای پایین آورنده قند خون و ضد انعقادی با الککل تداخل دارند. جدول تداخلات دارویی با الککل را در زیر ببینید.

مصرف الککل می تواند پایبندی به مصرف سایر داروها را تضعیف کند، که می تواند عواقب نامطلوبی به دنبال داشته باشد. این عارضه اغلب در مصرف کنندگان سنگین الککل، در افراد مبتلا به اختلال شناختی مرتبط به مصرف الککل و در کسانی که داروهای متعدد در رژیم های پیچیده مصرف می کنند، رخ می دهد.

افرادی که هم‌زمان با سایر داروهای تجویز شده، الکل مصرف می‌کنند باید در مورد تداخلات دارویی آموزش‌های لازم را دریافت کنند. پرهیز موقت یا دائم از مصرف الکل به خصوص در افرادی که از داروهای متعدد استفاده می‌کنند، ممکن است الزامی باشد. پزشکان باید، در صورت لزوم درباره مصرف هم‌زمان الکل با داروها به بیماران هشدار دهند.

تداخلات بالقوه الکل با داروها

دارو	نوع تداخلات
داروهای آرام‌بخش و خواب‌آور: <ul style="list-style-type: none"> • بنزودیازپین‌ها • باربیتورات‌ها 	مصرف حاد الکل باعث تشدید اثرات تضعیف‌کننده سیستم عصبی مرکزی ناشی از مصرف بنزودیازپین‌ها و باربیتورات‌ها می‌شود. احتمال ابتلا به اختلال شناختی، سرکوب تنفسی و بیش‌مصرفی (اُوردوز) در این حالت افزایش می‌یابد. مصرف مزمن الکل از طریق القای آنزیم‌های کبدی اثرات باربیتورات‌ها را کاهش می‌دهد.
داروهای بیهوشی	مصرف مزمن الکل: <ul style="list-style-type: none"> • برای القا بیهوشی دوز پروپوفول مورد نیاز باید افزایش داده شود. • احتمال آسیب به کبد با گازهای بی‌هوشی هالوتان و انفلوران را افزایش می‌دهد.
ضددردهای آپوئیدی	الکل اثر آرام‌بخشی را تشدید می‌کند. خطر ابتلا به اختلال شناختی، دپرسیون تنفسی و بیش‌مصرفی (اُوردوز) با آپوئیدها افزایش می‌یابد.
داروهای ضدافسردگی سه‌حلقه‌ای	مصرف حاد الکل اثرات آرام‌بخشی و اُفت فشارخون وضعیتی (افت ناگهانی فشار خون در حالت ایستاده) را افزایش می‌دهد.
آنتی هیستامین‌ها	مصرف الکل دپرسیون سیستم اعصاب مرکزی ناشی از آنتی هیستامین‌های آرام‌بخش را، به خصوص در سالمندان تشدید می‌کند.
داروهای آنتی سایکوتیک <ul style="list-style-type: none"> • فنوتیازین‌ها • الانزاپین 	مصرف حاد الکل اثرات آرام‌بخش، را افزایش داده و ممکن است منجر به اختلالات کبدی شود. الکل، خواب‌آلودگی و خطر اُفت فشار خون را افزایش می‌دهد.
داروهای پایین‌آورنده قند خون خوراکی <ul style="list-style-type: none"> • ترکیبات سولفونیل اُوره 	بیماران دیابتی تحت درمان با سولفونیل اُوره باید از مصرف الکل اجتناب کنند. مصرف حاد الکل منجر به کاهش قند خون و هیپوگلیسمی می‌شود. هیپوگلیسمی همچنین ممکن است بر اثر سوء‌تغذیه یا تخلیه ذخایر گلیکوژن رخ دهد.

<p>مصرف مزمن الکل زیست‌فراهمی داروهای کاهنده قند خون را کاهش و منجر به ابتلا به هایپرگلیسمی می‌شود.</p>	
<p>مصرف حاد الکل غلظت فنی توئین و ابتلا به عوارض جانبی آن را افزایش می‌دهد. مصرف مزمن الکل اثرات ضدتشنج فنی توئین را کاهش می‌دهد.</p>	<p>داروهای ضدتشنج:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فنی توئین
<p>این داروها منجر به مهار الکل دهیدروژناز در معده و افزایش سرعت تخلیه معده می‌شوند و به دنبال آن ممکن است غلظت الکل خون افزایش یابد.</p>	<p>آنتا گونیست گیرنده‌های هیستامینی</p> <p>H2</p> <ul style="list-style-type: none"> • سایمتیدین • رانیتیدین
<p>مصرف حاد الکل زیست‌فراهمی وارفارین و به دنبال آن احتمال خونریزی را افزایش می‌دهد. مصرف مزمن الکل زیست‌فراهمی وارفارین و به دنبال آن اثرات انعقادی آن را کاهش می‌دهد.</p>	<p>داروهای ضدانعقاد خوراکی:</p> <ul style="list-style-type: none"> • وارفارین
<p>الکل خطر خونریزی گوارشی را افزایش می‌دهد. مصرف مزمن الکل خطر آسیب کبدی به دنبال مصرف بیش از حد استامینوفن را افزایش می‌دهد.</p>	<p>مسکن‌های غیرمخدر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • آسپرین، داروهای ضدالتهاب غیراستروئیدی • استامینوفن

اینجانب (بیمار □/ولی قانونی بیمار □) که به دلیل اختلالات مصرف الکل در مرکز درمانی تحت درمان قرار گرفته‌ام، بدین وسیله اعلام می‌دارم که اطلاعات لازم درباره مداخله درمانی و سایر گزینه‌های درمانی ممکن به من داده شده و موارد زیر مورد تأیید من قرار دارد:

۱- رضایت آگاهانه خود را برای دریافت مداخله درمانی ارایه شده توسط کارکنان واحد درمان الکل برای درمان اختلال مصرف الکل خود اعلام می‌نمایم. مداخلات درمان برنامه‌ریزی شده برای من توضیح داده شده است و من مطلع شدم که درمان من در چارچوب مقررات و آیین‌نامه‌های درمان اختلالات مصرف مواد ابلاغ شده توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی صورت می‌گیرد.

۲- منافع و عوارض جانبی دریافت مداخله درمانی و خطرات و منافع سایر گزینه‌های درمانی برای من توضیح داده شد.

۳- برای من توضیح داده شد که درمان ممکن است همچون درمان‌های دیگر در صورتی که مطابق دستور درمان‌گر اجرا نشود آسیب‌رسان باشد.

۴- من مطلع شدم که لازم است جزئیات بیماری فعلی خود و تاریخچه بیماری‌های خود را به صورت کامل به پزشک و سایر درمان‌گران مرکز اطلاع دهم تا درمان‌گر من قادر باشد بهترین مراقبت ممکن را عرضه نماید و از ارایه مداخلاتی که سیر بهبودی مرا در جهت منفی متأثر می‌کند اجتناب نماید.

۵- خطرات، عوارض و تداخلات مصرف الکل و سایر مواد هنگامی که تحت درمان هستم برای من توضیح داده شد. [فقط برای مداخلات دارویی کاربرد دارد]

۶- اثر مصرف الکل و همچنین مداخله درمانی [فقط برای مداخلات دارویی کاربرد دارد] بر روی توانایی رانندگی و کار با ماشین‌آلات برای من توضیح داده شد.

۷- من مطلع شدم که شرکت در این برنامه درمانی داوطلبانه است و هر زمان که اراده نمایم می‌توانم از این برنامه درمانی خارج شوم و مصرف داروهای تجویز شده را قطع نمایم. در صورتی که این گزینه را انتخاب نمایم، داروی من تحت نظارت طبی متناسب قطع خواهد شد.

۸- برای بیماران مؤنث در سنین باروری: مطلع شدم که اگر در حال حاضر باردارم، در طول درمان با این دارو باردار شدم یا در حال شیردهی هستم، باید موضوع را به درمان‌گر خود اطلاع دهم تا مراقبت و ارجاع متناسب برای من قابل انجام باشد.

۹- از قوانین و مقررات درمان اختلال مصرف مواد خود به شرح ذیل مطلع شدم و خود را متعهد به رعایت آن‌ها میدانم.

الف- تصمیم‌گیری در خصوص روش درمان و نحوه مصرف دارو، به صورت مشترک توسط اینجانب و اعضای گروه درمانی مرکز (شامل روان‌پزشک، پزشک، روانشناس، پرستار و سایر کارکنان درمانی درمان‌گاه) گرفته می‌شود و پیروی از هرگونه توصیه و پیشنهادی که توسط بیماران (به غیر از اعضای گروه خودیاری) یا سایر افراد ارایه شود، غیرمجاز و خطرناک خواهد بود.

ب- مراجعه به مرکز درمانی جهت دریافت خدمات عرضه‌شده مستلزم رعایت انضباط، نظم و ترتیب بوده و همه افراد موظف به رعایت آن خواهند بود.

پ- رعایت بهداشت و پاکیزگی مرکز درمانی الزامیست و هرگونه رفتار مغایر آن نظیر انداختن آب دهان، ته سیگار، لیوان مصرف شده و همچنین استعمال سیگار در فضای آن ممنوع است.

ت- هرگونه درگیری کلامی و فیزیکی با کارکنان مرکز یا سایر بیماران و حمل سلاح‌های سرد ممنوع است و با متخلفان برابر قوانین برخورد خواهد شد.

ث- خرید و فروش الکل، هرگونه دارو و مواد، هر نوع ماده شیمیایی یا اجناس دیگر در مرکز درمانی و محوطه اطراف آن غیرقانونی است و فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

ج- ایجاد هرگونه مزاحمت برای کارکنان مرکز، بیماران و خانواده‌ها یا همراهان غیرمجاز بوده و با متخلف برابر مقررات مرکز و قوانین برخورد خواهد شد.

چ- هرگونه شکایت یا اعتراض نسبت به نحوه درمان یا طرز رفتار کارکنان مرکز یا سایر بیماران می‌بایست کتباً به مسئول فنی مرکز ارایه گردد. قطعاً مرکز موظف است به این شکایات رسیدگی، و نتیجه را به بیمار منعکس نماید.

ح- ارایه هرگونه اطلاعات غلط، ابهام‌انگیز، ارائه توصیه درمانی، تجویز دارو، پیشنهاد مصرف دارو یا دادن دارو به بیماران، خانواده‌های بیماران یا سایر مراجعان مرکز درمانی به هیچ وجه جایز نبوده و به دلیل بوجود آمدن خطرات جسمی- روانی و حتی جانی، فرد متخلف علاوه بر اخراج از درمان مورد پیگیری قانونی قرار خواهد گرفت.

این قسمت توسط بیمار/ولی قانونی بیمار تکمیل می‌گردد.

اینجانب (بیمار / ولی قانونی بیمار) فرزند دارای کد ملی و شماره شناسنامه صادر از متولد با آگاهی کامل رضایت خود را جهت اقامت مذکور اعلام می‌دارم و کادر تشخیصی و درمانی را از مسئولیت ناشی از بروز عوارض احتمالی که علی‌رغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید مبری نموده و هیچ‌گونه ادعایی از نظر حقوقی یا کیفری نخواهم داشت.

امضاء بیمار/ولی قانونی بیمار تاریخ و ساعت:

شاهدان:

۱- نام و نام خانوادگی سمت کد ملی امضاء

۲- نام و نام خانوادگی سمت کد ملی امضاء

موارد بالا به اطلاع بیمار/ولی قانونی بیمار رسید و رضایت آگاهانه اخذ گردید.

امضاء پزشک تاریخ و ساعت:

پیوست چهار - مقیاس ارزیابی محرومیت از الکل مؤسسه بالینی

(CIWA-Ar)

نام و نام خانوادگی بیمار: شماره پرونده:

این روش برای ارزیابی علائم محرومیت به حدود ۵ دقیقه زمان نیاز دارد. حداکثر نمره ۶۷ می باشد. بیمارانی که نمره آنها کمتر از ۱۰ می باشد، نیازی به دارودرمانی برای کنترل علائم محرومیت از الکل ندارند.

تاریخ:	ساعت:
نبض با ضربان قلب در یک دقیقه:	فشار خون: /
۱- حالت تهوع و استفراغ: سوال کنید « آیا احساس تهوع دارید؟ آیا استفراغ کرده اید؟ »	
۰. حالت تهوع با استفراغ وجود ندارد	۴. تهوع گهگاهی با تلاش برای استفراغ بدون خروج مواد غذایی
۱. حالت تهوع خفیف بدون استفراغ	۵, ۶,
۲, ۳,	۷. تهوع مداوم، غم‌های مکرر خشک و استفراغ
۲- به هم ریختگی حس لامسه: سوال کنید « آیا هرگونه احساس خارش، مورمور شدن، سوزش، بی حسی یا احساس حرکت حشرات زیر پوست خود دارید؟ »	
۰. وجود ندارد	۳. خارش متوسط، احساس مور مور شدن، سوزش یا بی حسی
۱. خارش خیلی خفیف، احساس مورمور شدن، سوزش حسی.	۴. توهم های نسبتاً شدید
یا بی حسی	۵. توهمات شدید
۲. خارش خفیف، احساس مورمور شدن، سوزش یا بی حسی -	۶. توهمات خیلی شدید
حسی	۷. توهمات پایدار
۳- لرزش: در حالت بازوهای کشیده و انگشتان جدا از هم	
۰: بدون لرزش	۵,
۱. قابل رویت نیست، اما می تواند در نوک انگشتان حس	۶,
شود	۷. شدید، حتی در وضعیتی که دست ها کشیده نیستند
۲,	

۳. متوسط، در حالی که دستان بیمار کشیده شده است	
۴,	
۴- به هم ریختگی حس شنوایی: بپرسید « آیا شما نسبت به صداهای اطرافتان حساس تر هستید؟ آیا آن‌ها ناراحت کننده هستند؟ آیا شما را می‌ترسانند؟ آیا چیزی می‌شنوید که شما را آزار دهد؟ آیا شما چیزهایی را می‌شنوید که می‌دانید وجود خارجی ندارند؟»	
۰. موجود نیست	۴. توهم‌های شدید
۱. با خشونت و توانایی ترساندن بسیار خفیف	۵. توهم‌های بسیار شدید
۲. با خشونت و توانایی ترساندن متوسط	۶. توهم‌های مداوم
۳. توهم‌های در حد متوسط شدید	
۵- حملات تعریق:	
۰. بدون تعریق قابل مشاهده	۴. قطرات آشکار عرق بر روی پیشانی
۱. تعریق به سختی محسوس، کف دست مرطوب	۵,
۲,	۶.
۳,	۷. تعریق بسیار شدید
۶- به هم ریختگی‌های حس بینایی: « آیا نور بیش از حد درخشان به نظر می‌رسد؟ آیا رنگ آن متفاوت است؟ آیا نور چشم شما را اذیت می‌کند؟ آیا چیزی می‌بینید که شما را به هم بریزد؟ آیا چیزهایی را می‌بینید که می‌دانید وجود خارجی ندارد؟»	
۰. موجود نیست	۴. توهم نسبتاً شدید
۱. حساسیت بسیار خفیف	۵. توهم شدید
۲. حساسیت خفیف	۶. توهم بسیار شدید
۳. حساسیت متوسط	۷. توهم مداوم
۷- اضطراب: آیا احساس می‌کنید عصبی هستید؟	
۰. بدون اضطراب	۵,
۱. اضطراب خفیف	۶,
۲,	۷. معادل حالات هول (پانیک) حاد آن گونه که در دلیریوم
۳,	شدید و یا اسکیزوفرنی شدید

<p>۴. اضطراب در حد متوسط یا گارد دارد به طوری از آن می توان به اضطراب فرد پی برد.</p>		
<p>۸- سردرد، احساس پری سر: «آیا در سرتان احساس خاصی دارید؟ آیا احساس می کنید یک کمر بند به دور سرتان بسته شده؟» سرگیجه یا سبکی سر را در نظر بگیرید. در سایر موارد شدت آن را مشخص کنید.</p>		
<p>۰. موجود نیست</p> <p>۱. بسیار خفیف</p> <p>۲. ملایم</p> <p>۳. متوسط</p> <p>۴. نسبتاً شدید</p>	<p>۵. شدید</p> <p>۶. بسیار شدید</p> <p>۷. فوق العاده شدید</p>	
<p>۹- بی قراری</p>		
<p>۰. فعالیت طبیعی</p> <p>۱. تا حدودی بیشتر از فعالیت های طبیعی</p> <p>۲.</p> <p>۳.</p>	<p>۴. نسبتاً بی قرار</p> <p>۵.</p> <p>۶.</p> <p>۷. رفتارهای عصبی و راه رفتن بی هدف در طول مصاحبه</p>	
<p>۱۰- جهت یابی و تیرگی هوشیاری</p>		
<p>۰. آگاه بوده و می تواند فعالیت های پشت سر هم انجام دهد.</p> <p>۱. قادر به انجام فعالیت های پشت سر هم نبوده و یا تاریخ را نمی داند</p>	<p>۲. بی اطلاعی از تاریخ البته نه بیش از ۲ روز تقویم</p> <p>۳. ناآگاهی از تاریخ برای بیش از ۲ روز</p> <p>۴. عدم آگاهی به مکان/شخص</p>	
<p>حد اکثر نمره: ۶۷</p>	<p>.....</p>	<p>نمره نهایی CIWA-Ar</p>

این ارزیابی برای نظارت بر علائم محرومیت به حدود ۵ دقیقه زمان نیاز دارد. حداکثر نمره ۶۷ خواهد بود. بیمارانی که امتیاز آنها کمتر از ۱۰ باشد، نیازی به دارودرمانی برای کنترل علائم محرومیت الکل ندارند.

تفسیر نمرات CIWA-Ar:

۰-۷: محرومیت خفیف

۸-۱۴: محرومیت متوسط

۱۵ یا بالاتر: محرومیت شدید