



گزارش

نشست ماهانه مرکز تحقیقات و گروه آموزشی سالمندی

نشست چهارم: اعتیاد در دوران سالمندی

با مشارکت مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد

۱۴۰۲ / ۱۱ / ۲۳

دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

مرکز تحقیقات و گروه آموزش سالمندی

گزارش و تدوین: سعید نوروزی



چهارمین نشست ماهانه مرکز تحقیقات و گروه آموزشی سالمندی

اعتماد در دوران سالمندی

نشست مشترک مرکز تحقیقات سالمندی و گروه آموزشی سالمندی و
مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد

لینک برگزاری جلسه مجازی <https://www.skyroom.online/ch/uswr/salmand>



حضور و مجازی

Substance use in older adults

- ● ● ● ● زمان: ۲۳ بهمن ۱۴۰۲ ساعت: ۱۲:۳۰ الی ۱۴:۳۰
- ● ● ● ● مکان: دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی
- ● ● ● ● طبقه اول ساختمان فارابی - سالن فارابی ۱

بسم الله الرحمن الرحيم

گزارش نشست ماهانه مرکز تحقیقات و گروه آموزشی سالمندی

نشست چهارم

با مشارکت مرکز تحقیقات و سوءمصرف و وابستگی به مواد

موضوع: اعتیاد در دوران سالمندی

تاریخ: ۱۴۰۲/۱۱/۲۳

روز: دوشنبه

ساعت: ۱۲:۳۰ تا ۱۴:۳۰

مکان: دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، ساختمان فارابی،

طبقه اول، سالن فارابی یک

شرکت کنندگان حضوری: ۱۹ نفر

شرکت کنندگان برخط: ۱۲ نفر

افتتاحیه

دکتر احمد دلبری

دانشیار سالمندشناسی

مدیر مرکز تحقیقات و آموزش سالمندی

دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی



در ابتدای جلسه جناب آقای دکتر احمد دلبری ضمن خوشامدگویی به استادان، دانشجویان، و فعالان محترم حوزه سالمندی و بخصوص همکاران مرکز تحقیقات

سوءمصرف و وابستگی به مواد، بر این نکته تأکید داشتند که در این نشست‌ها برآنیم تا پیرامون سالمندی و موضوع‌های متنوع آن گفتگوی تخصصی و کارشناسی داشته باشیم و تنها به مباحث نظری نپرداخته و مباحث تخصصی و بالینی را نیز در دستور کار این نشست‌ها قرار دهیم.

ایشان در ادامه با خوشامدگویی و تشکر از سرکار خانم دکتر راهب، مدیر محترم مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد، و همکاران ایشان آقایان دکتر مسّاح، دکتر فرهادی، دکتر غنی، دکتر رشیدیان، و سرکارخانم دکتر لطیفیان، بر این نکته تأکید داشتند که نشست‌هایی ازین دست فتح بایی در خصوص انجام پروژه‌های پژوهشی مشترک با موضوع اعتیاد و سالمندی شود تا پژوهشگران محترم بتوانند از داده‌های مطالعه «کوهورت از میانسالی تا سالمندی اردکان» استفاده بنمایند.

دکتر دلبری در ادامه به اهمیت این نشست‌ها تأکید کردند و اینکه در هر نشست برآنیم تا یکی از چالش‌های فراروی سالمندان را بررسی کنیم و سعی مان این است که به فراخور موضوع از سازمان‌های مختلف دعوت کنیم تا انشالله خروجی این جلسات به نفع سالمند و سازمان‌های فعال در حوزه سالمندی بشود. در این نشست با دعوت از همکاران محترم مرکز تحقیقات سوءمصرف و وابستگی به مواد برآنیم تا پیرامون موضوع «اعتیاد در دوران سالمندی» به عنوان یک موضوع چالش‌برانگیز در خصوص سالمندان گفتگوهای تخصصی و کارشناسی داشته باشیم و بتوانیم راهکاری پیشگیرانه، درمانی، بازتوانی، ارتقایی، و همچنین برنامه‌ریزی‌های تخصصی برای جمعیت سالمندان داشته باشیم.

ایشان در خاتمه بدین نکته اشاره داشتند که امید است نشست‌هایی ازین دست به هم‌اندیشی متخصصان، دانشجویان، و سایر فعالان حوزه سالمندی منجر شده و بتوانیم به راهکارهای مداخلاتی کارآمد برسیم. ما برآنیم تا این نشست‌ها مستندسازی شود و خلاصه‌ای از هر نشست در قالب گزارش در اختیار سازمان‌ها و افراد ذیربط قرار گیرد.

سخنران کلیدی نخست

دکتر امید مسّاح

پژوهشگر مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد

موضوع سخنرانی: اعتیاد در دوران سالمندی

Substance use in older adults



دکتر مسّاح با در ابتدا ذکر جایگاه سالمندان ایران از منظر رفاه و بهزیستی مباحثی در خصوص اعتیاد در دوران سالمندی به شرح ذیل ارائه دادند.

ایران در جدول جهانی رفاه و بهزیستی سالمندان به رتبه ۶۴ سقوط کرده است. طبق گزارش «شاخص جهانی دیده بان سالمندی»^۱ ایران در بین ۹۷ کشور رتبه ۶۴ام را دارد و از متوسط جهانی پایین تر است که اشاره به وضعیت رفاهی نامناسب سالمندان دارد. این شاخص در چهار حیطة امنیت درآمدی، سلامت، توانمندی، و مناسب سازی محیط است.

سؤالی که ذهن مرا به خود مشغول داشته است این است که چگونه می توانیم به فکر درمان اعتیاد سالمندان باشیم، در حالی که سالمندان با مشکلات رفاهی، اجتماعی، اقتصادی، و ... روبرو هستند. اعتیاد یک رفتار صرفاً تکراری یا صرفاً مصرف مواد نیست. بسیاری از کارهای روزانه ما تکراری است ولی اعتیاد نیست. رفتارهای تکراری ای وجود دارد که برای بقای ما ضروری است ولی اعتیاد محسوب نمی شود. از طرف دیگر در مطالعات حوزه های اجتماعی، بخصوص در مطالعات شیوع شناسی طیف سنی نمونه های این مطالعات بین ۱۵ تا ۶۴ سال است. قشر پویا، فعال، و زبایی که عملکرد مناسب داشته و در تولید کشور مؤثر باشد.

تعریف اعتیاد

در خصوص تعریف اعتیاد باید به یاد داشته باشیم که مصرف مواد بایستی اختلال در عملکرد، شغلی، ارتباط های بین فردی، و تعامل -

های خانوادگی ایجاد کند که در جمعیت سالمندان این موارد خیلی صدق نمی کند. سالمند وقتی بازنشسته می شود و از کار فارغ می شود، خیلی از ملاک های «کتابچه تشخیصی آماری اختلالات روانی، ویراست پنجم، متن بازبینی شده/ کتار - ۵، مَب»^۲ بخصوص بخش خلل اجتماعی^۳ برای او صدق نمی کند.

در (کتار - ۵، مَب) ملاک های تشخیص اعتیاد در چهار گروه و یازده ملاک دسته بندی شده است که بخش «خلل اجتماعی» واجد سه ملاک به شرح ذیل است.

- خلل در ایفای نقش های شغلی، حرفه ای، تحصیلی، و غیره
 - تداوم مصرف علیرغم مشکلات پایدار اجتماعی
 - کاهش فعالیت های مهم اجتماعی، شغلی، و تفریحی
- در حقیقت اختلال مصرف مواد زمانی به منزله یک تشخیص طبی مطرح می شود که اختلال عملکرد بالینی و مشهود ایجاد کند. بسیاری از سالمندان علیرغم مصرف مواد، دچار اختلال مصرف مواد نیستند یا حداقل در اولویت های اقدامات پیشگیرانه، درمانی، و کاهش آسیب نیستند. البته شرایط کشور ما، هم مرزی با کشور افغانستان، نوع مواد مصرفی، و نیم رخ مصرف سالمندان، و مواد سنگین مثل هروئین و محرک، یا مصارف تزریقی مواد مثل تزریق متامفتامین، اینها مواد و شیوه هایی هستند که در صورت تداوم سال های مصرف، سن افراد را کاهش داده و افراد را به سالمندی نمی رساند، امید به زندگی را کاهش می دهد، و عمر را کم می کند. لذا آنهایی که به سن بازنشستگی و دهه ششم زندگی می رسند؛ طبق تجربه و یافته های شیوع شناسی؛ مواد مصرفی شان در قالب هروئین یا مواد محرک یا استفاده از روش های تزریقی نیست. و بیشتر اپیوئیدها را مصرف می کنند و بخصوص اپیوئیدهای سنتی با مطرف سنتی و در مقوله مصرف کم خطر قرار می گیرند. اگرچه من قصد تبلیغ یا توجیه مصرف مواد برای سالمندان را ندارم، اما برای هرگونه مداخله حتماً به موضوع هزینه - فایده بایستی توجه کرد که چه تصمیمی بگیریم.

در همه تعاریف اعتیاد به کژکارکردی های اجتماعی در شغل، تحصیل، و روابط بین فردی توجه شده است و معتادان کاهش عملکرد پیدا می کنند و جمع گریز می شوند که اشاره به سقوط در اعتیاد است که خوشبختانه در سالمندی این رفتارها را نمی بینیم.

³ - social impairment

¹ - Global AgeWatch Index

² - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revised (DSM - 5 - TR)

افرادی که در گروه‌های پرخطر قرار دارند و مواد سنگین یا با شیوه‌های پرخطر استفاده می‌کنند معمولاً به سالمندی نمی‌رسند. سالمندانی که برای درمان مراجعه می‌کنند خیلی رفتارهای پرخطر ندارند و اولویتهای درمانی برای ایشان صدق نمی‌کند و مواد برای مقابله آنها با مشکلات پاسخ مناسب و خوبی است.

یافته‌های آخرین مطالعه^۴ «ارزیابی سریع وضعیت»^۴ که در ایران انجام شده است اشاره بدان دارد که اپیوئیدهای سنتی بیشترین مصرف را دارند که با خارج کردن هروئین و متامفتامین، مصرف مواد در سالمندان در حیطه اپیوئیدهای سنتی است و هروئین و کراک در سنین ۶۰ سال به بالا خیلی کم مشاهده می‌شود. یافته‌های پیمایش ملی سلامت روان هم اشاره بدان دارد که مصرف هروئین و کراک هم در جمعیت ۶۰ سال به بالا ندرتاً دیده می‌شد. یافته‌های پژوهش شیوع‌شناسی اعتیاد در سال ۱۳۸۴ هم اشاره بدان دارد که طیف مصرف هروئین، کراک، و متامفتامین بین ۳۰ تا ۵۰ سال است.

مصرف مواد راهی نه چندان درست برای کنترل تنش‌ها و استرس-هاست. تمام اختلالات روانپزشکی در زنان شایع‌تر است نظیر اختلال‌های اضطرابی، خلقی، و اختلال روان‌پریشی اولیه، به جز اختلال سوءمصرف مواد که در مردها شایع‌تر است. شاید بتوان گفت که مصرف مواد بسیاری از این اختلال‌ها را می‌پوشاند و فروکش می‌کند یا حداقل نیازی به پیگیری و درمان را در خود نمی‌بینند. مردان در ایران ۱۱ برابر بیشتر از زنان مواد مصرف می‌کنند.

چه باید کرد؟

اگر در جامعه نمی‌توانیم رفاه لازم برای سالمندان فراهم کنیم حداقل این وضعیت را در سالمندان مبتلا به هم‌نزنیم، مگر اینکه برنامه مشخص و درستی برایشان داشته باشیم. بسیاری از مراجعانی ۵۰ تا ۵۵ ساله که برای درمان یا کاهش آسیب یا ورود به درمان‌های دارویی مراجعه می‌کنند نگرش‌های مثبتی به مصرف مواد دارند اگرچه باوری نادرست است ولی در آنها وجود دارد و از طرف دیگر مدیریت درد هم از علل گرایش به مواد در سالمندان است؛ حتی در سالمندانی که تا ۵۰ و ۵۵ سالگی مصرف مواد نداشته‌اند. بیماری‌های روماتولوژیک، مشکلات مفصلی، و خشکی‌های صبحگاهی باعث درد و محدودیت حرکت در آنها می‌شود

بخصوص در شروع روز. در سالمندان پدیده تحمل^۵ به اندازه معتادان جوان‌تر نیست. اگرچه درمان‌های درستی برای بیماری‌های پیش‌گفته وجود دارد ولی با این وجود سالمندان از مواد استفاده می‌کنند.

قطع مصرف کامل برای سالمندان دشوار است و نگاه ما بهتر است کاهش آسیب و آن هم برای مصارف پرخطر باشد و نه پرهیزمداری. درمان اول برای سالمندان این است که آنها را از مصارف پرخطر دور نگهداریم و درمان دارویی معیار برایشان فراهم کنیم. تا زمانی که جایگزین‌های مناسب تفریحی، رفتاری، امنیت مالی، فعال‌سازی رفتاری، برنامه‌های نشاط و شادکامی و ... برای سالمندان وجود ندارد؛ خیلی مداخله نکنیم و این دلخوشی و مسکن را از آنها نگیریم. مصرف مواد می‌تواند انتخابی مناسب برای آنها باشد. وقتی آمارهای خودکشی به سمت افزایش می‌رود بهتر است مداخلات در سطح را متوقف کنیم و با سعه صدر بیشتری به موضوع اعتیاد سالمندان بنگریم. وقتی سالمند در حیاط خانه به خاطر آلودگی هوا نباید بیاید چطور انتظار داریم که به سمت ترک مواد برود؟ وقتی برنامه‌ریزی کامل در خصوص سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، و ... سالمندان نداریم هرچه مداخلات مبتنی بر شواهد هم داشته باشیم و بخواهیم طراحی و اجرا کنیم موفقیت چندانی نخواهیم داشت. هر ساله شیوع و بروز اعتیاد در ایران بیشتر می‌شود. تنها نگاه کاهش آسیب و کمک به حداقل مصرف برای آنها و پرهیز از پرهیزمداری است که کارگشاست.

در خصوص سالمندان معتاد، حتی در بسیاری از موارد علائم بالینی و شکایت‌های ناشی از کِهولت و سیر سالمندی آنها بهتر می‌شود. شاید لازم باشد در تعریف اعتیاد یا اختلال مصرف مواد بعد از ۶۰ سالگی یا بازنشستگی تجدیدنظر کنیم یا حداقل با شرایط اجتماعی و فرهنگی کشور مطابقت دهیم. مشکلات زیادی در بسیاری از شهرها وجود دارد که من به جزئیات آن نمی‌پردازم از جمله وضعیت سلامت، امنیت مالی و درآمد، مناسب‌سازی محیط، که در حوزه سالمندی بایستی بدان توجه کنیم. برای من مهم است که چطور می‌توانیم برای سالمندان به فکر پیشگیری از مصرف مواد و درمان اعتیاد باشیم در حالی که بسیاری از مشکلات در زمینه رفاه آنها وجود دارد؟

⁵ - tolerance

⁴ - Rapid Situation Assessment (RSA)

سخنران کلیدی دوم

سعید نوروزی

کارشناس مرکز تحقیقات سالمندی

دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی

موضوع سخنرانی: درمان‌های مختص سالمندان^۶

Aging-specific Treatment



ایشان در ابتدا با اشاره به واژه اعتیاد^۷ در زبان انگلیسی، ریشه این واژه را برگرفته از واژه لاتین «*addictio*» دانستند که به معنای «بدهکار بودن»، «مدیون بودن» یا به زبان عامیانه‌تر «به

بردگی گرفتن» است. در ادامه به ضرورت راه‌اندازی «درمان‌های مختص سالمندان» اشاره داشتند که به معنای تدارک برنامه‌های درمانی با توجه به نیازها و شرایط جسمی، اجتماعی، و روانشناختی سالمندان است. ایشان در ادامه مباحث خود را در خصوص اعتیاد در دوران سالمندی و درمان‌های مختص سالمندان به شرح ذیل ارایه نمودند.

افراد بالای ۶۵ سال جمعیتی است که اخیراً رشد فراوانی داشته است. به نظر می‌رسد که مصرف مواد یا الکل مشکلی اساسی در جمعیت عمومی است که شامل سالمندان هم می‌شود. اگرچه خدمات لازم برای درمان اعتیاد برای غیرسالمندان، شامل تسهیلات سم‌زدایی، درمانگاه‌های سرپایی، و مراکز بازتوانی بستری در طول سالها رشد داشته است، اما برنامه‌های تخصصی و مطابق با سن برای سالمندان کمتر ایجاد شده است. تجارب بالینی اشاره بدان دارد که به دلیل به رسمیت نشناختن مشکل اعتیاد در سالمندان و فقدان برنامه‌های برازنده^۸ برای سالمندان، آنها تمایل کمتری برای ورود به درمان‌های رایج داشته و در صورت ورود به درمان، ماندگاری کمتری در برنامه بهبود دارند. در آمریکا ده تا پانزده درصد سالمندان مبتلا به اعتیاد به الکل هستند. اگرچه مصرف مواد در میان

سالمندان امریکایی اندک است، اما سوءمصرف داروهای تجویزی در آنها قابل‌توجه است. مرگ سالمندان بر اثر بیش‌مصرفی^۹ بین سالهای ۲۰۰۲ - ۲۰۲۱ در امریکا تقریباً سه‌برابر شده است. به نظر می‌رسد که سالمندان کمتر از نظر مصرف مواد غربال می‌شوند تا اثرات مصرف مواد را در آنها به حداقل رسانند.

یافته‌هایی در خصوص اعتیاد سالمندان

- ✓ سالمندان بهتر می‌توانند اعتیادشان را پنهان سازند، چون بیشتر در خانه مصرف می‌کنند.
 - ✓ سالمندان چون به مدرسه یا محل کار نمی‌روند، کمتر ممکن است عملکردهایی ازین دست تحت تأثیر اعتیاد قرار گیرد.
 - ✓ نشانه‌های مصرف مواد و سایر اختلالات روانپزشکی نظیر افسردگی و دمانس شبیه هستند.
 - ✓ مراقبان و خانواده سالمندان ممکن است از مصرف مواد سالمند آگاه باشند، اما ندانند که چه کنند.
- فقدان دانش لازم در خصوص اعتیادها در میان پزشکان، پرستاران، متخصصین علوم رفتاری، و متخصصان سالمندی و همچنین ناآگاهی از مشکلات مرتبط با سالمندی در میان متخصصان کار را دشوارتر می‌کند. علاوه بر مقاومت بیمار، در بین کارکنان مراقبت‌های بهداشتی هم این باور وجود دارد که:

- «الکل/ مواد همه چیز اوست»
- «الکل/ مواد یا تنها چیزی است که برایش باقی مانده است.»

- «چرا برای درمان یک سالمند زحمت بکشیم؟»

چنین نگرش‌هایی به گونه‌ای اشاره به سالمندستیزی^{۱۰} دارد. در حالی که با ترویج «درمان‌های مختص سالمندان» یا «درمان‌های سالمندمدار» می‌توان هم تشخیص مناسب داد و هم درمان کارآمد داشت.

شروع مصرف مواد در سالمندی می‌تواند ناشی از بیماری روانی، روان‌ضربه^{۱۱}، فشارآورهای روانی - اجتماعی (نظیر انزوا، سوگ، فقدان، و دردهای مزمن)، یا در معرض داروهای روان‌گردان تجویزی

⁹ - overdoses

¹⁰ - agism

¹¹ - trauma

⁶ - aging-specific

⁷ - addiction

⁸ - tailor-made

باشد. مصرف الکل و بنزودیازپین‌ها^{۱۲} می‌تواند احتمال سقوط، ابتلا به خلل شناختی^{۱۳}، و روان‌آشفته‌گی^{۱۴} را در سالمندان افزایش دهد. مصرف مواد محرک هم می‌تواند در سالمندان کشنده باشد چون میزان بیماری‌های قلبی – عروقی در آنها بالاست. دسترسی به خدمات تخصصی برازنده برای سالمندان اندک است. برخی موانع دسترسی به خدمات برازنده بدین شرح است:

- انگ یا برچسب
- شرم ناشی از مصرف مواد
- ناتوانی در پرداخت هزینه‌های درمانی
- مشکلات رفت‌وآمد
- دورافتادگی جغرافیایی
- در خصوص عوامل خطر یا حمایتی که باعث روی‌آوری به مصرف مواد یا پرهیز از آن می‌شود می‌توان به موارد ذیل اشاره داشت.

عوامل حمایتی

- تاب‌آوری
- خودانگاره مثبت
- توانایی زندگی به تنهایی
- تأهل یا در رابطه متعهدانه بودن
- بازنشستگی ارادی
- برآورده شدن نیازهای اولیه نظیر سرپناه
- دسترسی به درمان‌های مناسب و استفاده از دارودرمانی-های لازم

عوامل خطر

- بازنشستگی غیرارادی
- داغدیدگی
- شرایط جسمی و روانشناختی مزمن (درد، پرفشاری خون، مشکلات خواب، و مشکلات تحرک و جابجایی)
- روان‌ضربه‌های جاری یا قدیمی
- بیماری‌های روانی جاری یا قدیمی
- افول شناختی^{۱۵} نظیر دمانس

- انزوای اجتماعی
- مشکلات مالی
- سابقه مصرف مواد یا مصرف مواد فعلی در خانواده
- دسترسی آسان به مواد و پذیرش اجتماعی مواد در خانواده
- به عنوان یک رفتار مقبول

شناسایی اعتیاد

غرباله دوگویه‌ای برای شناسایی اعتیاد (Two-Item Conjoint Screener/ TICS) یک ابزار ساده برای غربال‌گری مشکلات مربوط به اعتیاد یا مواد است که در مراکز مراقبت اولیه طبّی از آن استفاده می‌شود. این ابزار دارای دو سؤال است.

- (۱) آیا در سال گذشته شما بیش از آن که تصمیم داشتید مواد یا الکل مصرف کرده‌اید؟
- (۲) آیا در سال گذشته احساس کردید که بایستی مصرف مواد یا الکل خود را کنار بگذارید؟

تقلیل یا حذف علائم یا ریشه‌یابی علائم

اگر ما اعتیاد را چیزی بدانیم که بایستی از آن خلاص شویم، ما اعتیاد را به علائم تقلیل داده‌ایم. علائم وقتی ایجاد می‌شوند که راه دیگری برای ابراز ناراحتی نداشته باشیم. اگر علائم را حذف کنیم بدون که در فرد کاوش کرده باشیم، تنها «علامت‌گردانی» کرده‌ایم و علائم را به علائم دیگر تبدیل کرده‌ایم. بنابر این وظیفه درمانگران بسی بیشتر از حذف علائم است بلکه بررسی پدیدایی علائم و آشنایی با کارکرد علائم است که مهم می‌باشد. در حقیقت بنا به گفته کارل منینگر^{۱۶} باید بدین نکته برسیم که «در ورای علائم چه چیزی نهفته است؟»

در توضیح بررسی علائم که مصرف مواد علامتی از تعدادی مشکلات زیربنایی در سالمندان است؛ بایستی به یکی از مهم‌ترین نظریه‌های تبیین اعتیاد به نام «اعتیاد به منزله خوددرمانی»^{۱۷} پردازیم که توسط خانتزیان^{۱۸} مطرح شده است. او ریشه اعتیاد را در لذت‌جویی نمی‌داند؛ بلکه در تمایل آدمی برای جستجوی آرامش و برقراری

¹⁶ - Karl Menninger

¹⁷ - addiction as a self-medication

¹⁸ - Khantzian

¹² - Benzodiazepines

¹³ - cognitive impairment

¹⁴ - delirium

¹⁵ - cognitive decline

❖ سلامت جسمی و روانی

اگر چه رابطه علی در این زمینه وجود ندارد، اما سالمندانی که از وضعیت سلامتی مناسبی برخوردارند، استعداد بیشتری برای نوشیدن الکل دارند در مقایسه با جمعیت متناظری که سلامتی شان اندک است. مهمتر اینکه سنگین‌نوشندگان^{۲۶} سلامت جسمی و روانی کمتری دارند. از طرف دیگر الکل‌نوشی برای کاهش درد پیش‌بینی‌کننده مهمی برای ابتلا به اعتیاد در سالمندان است.

❖ اختلال‌های همراه روانپزشکی

اختلال‌هایی نظیر اضطراب، افسردگی، و گاه اختلال شخصیت در میان سالمندان شایع است و اینگونه فرض می‌شود که این همبودها^{۲۷} تا پایان عمر، همراه سالمند است. شواهدی هم در خصوص ارتباط بالای مصرف مواد و بخصوص الکل با افسردگی وجود دارد. دشواری و اختلال خواب در سالمندانی که الکل مصرف می‌کنند وجود دارد و همچنین در سالمندانی که از الکل به عنوان «کمک خواب یا خواب‌یار»^{۲۸} استفاده می‌کنند. مصرف همزمان الکل و دارو برای مقابله با بی‌خوابی هم، رفتاری پرخطر است چون تعامل‌های دارویی به رخوت‌زایی مفرط و تحمل متقاطع^{۲۹} می‌انجامد. شواهدی هم وجود دارد که خلل شناختی و انواع متعدد دمانس^{۳۰} در سالمندانی که الکل مصرف می‌کنند هم وجود دارد که تشخیص افتراقی بین بیماری آلزایمر^{۳۱} و دمانس‌های مرتبط با الکل را دشوار می‌سازد. سیگاری بودن احتمال در معرض ابتلا به مصرف الکل را افزایش می‌دهد. شواهد اندکی هم در باره مصرف چندگانه مواد به طور همزمان در سالمندان وجود دارد.

❖ سبک‌های مدارایی^{۳۲}

سبک مدارای فرد برای کاهش فشار روانی و تنش، پیش‌بینی‌کننده قوی از مشکلات مرتبط با مصرف الکل در سالمندی است. افرادی که از سبک مدارای اجتنابی برای مقابله با فشار روانی و مشکل‌گشایی^{۳۳} استفاده می‌کنند در مقایسه با افرادی که از سایر سبک‌ها

ارتباط می‌داند؛ آرامشی که از دوران کودکی تا بزرگسالی تداوم دارد. عاطفه^{۱۹} نقش مهمی در پیدایش اعتیاد دارد. عاطفه راهنمای رفتار ماست. اغلب روان‌ضربه‌ها و غفلت‌ها بر «خودتنظیمی هیجانی»^{۲۰} آدمی تأثیر می‌گذارد و فرد را مستعد اعتیادها می‌کند. معتادان نقایصی در تنظیم هیجان‌های خود دارند و همچنین در خودمراقبتی و ارتباط با دیگران هم دشواری دارند. آنها از خوددرمانی برای مقابله با دردها و رنج‌هایشان استفاده می‌کنند تا بر دشواری ناشی از خودتنظیمی هیجانی غلبه کنند و در این مقام آنها به «اختلال خودتنظیمی»^{۲۱} مبتلا می‌شوند. آنها هیجان‌های مغشوش و توانکاه^{۲۲} داشته و گاه در کرختی هیجانی به سر می‌برند و بنابر اثرات انواع مواد اعتیادآور به گونه‌ای خاص از مواد یا ترکیبی از انواع مواد وابسته می‌شوند تا اصطلاحاً خود را تنظیم کنند. نیاز به صمیمیت، آسایش، و وارheidگی^{۲۳}؛ اجتناب از تهدید، تعارض؛ فرونشانی خشم و سرکوب رنجش؛ مقابله با فرسودگی و خستگی و سراسیمگی از جمله حالات هیجانی است که مواد پاسخی مناسب برای این هیجان‌هاست و آنها به دنبال موادی خاص برای درک تجربه اثرات خواب‌آور، تخدیری، تسکین‌دهنده، تحریک‌آور، رخوت-زا^{۲۴}، تضعیف‌کننده، و غیره هستند.

حقایق در خصوص عوامل شروع کننده و تشدیدکننده اعتیاد

❖ خصوصیات جمعیت‌شناختی

مرد بودن، برخورداری مالی و امکاناتی، و سالمندی جوان^{۲۵} از جمله عواملی است که ابتلای به اعتیاد را تشدید می‌کند. افرادی با چنین خصایصی احتمال ابتلایشان به مصرف مواد و الکل در سالمندی وجود دارد. در میان این عوامل برخورداری مالی و افق مالی روشن و پایدار، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری برای ابتلا است. زن بودن هم با سوءمصرف داروهای تجویزی مرتبط است.

19 - affect

20 - emotional regulation

21 - self-regulation disorder

22 - overwhelmed

23 - relaxation

24 - sedative

25 - young old

26 - heavy drinkers

27 - comorbidity

28 - sleep-aid

29 - cross - tolerance

30 - dementia

31 - Alzheimer

32 - coping skills

33 - problem solving

استفاده می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که در سالمندی گرفتار مشکلات مرتبط با مصرف الکل بشوند.

❖ سابقه مصرف الکل

احتمال ابتلا به اعتیاد به الکل در سالمندانی که پیشتر سابقه مصرف الکل داشته و در پرهیز قرار نگرفته‌اند هم وجود دارد. و همچنین داشتن مشکل با الکل تا ۵۰ سالگی، احتمال اعتیاد به الکل و مصرف ناسالم الکل را در سالمندی افزایش می‌دهد.

❖ عوامل اجتماعی

جدایی، طلاق گرفتن، و مجرد ارتباط مثبتی با افزایش احتمال مصرف ناسالم الکل در سالمندی دارد. فقدان تعلق مذهبی هم با ابتلای به اعتیاد به الکل در سالمندی ارتباط دارد. تعامل اجتماعی بالا هم با مصرف الکل در سالمندی ارتباط مثبت داشته و انزوا با مصرف داروهای تجویزی ارتباط دارد. وقایع اجتماعی و گذارهای اجتماعی در دوران سالمندی هم می‌تواند احتمال مصرف مواد یا سوءمصرف مواد را تشدید کند. داغدیدگی، (مرگ همسر، اعضای خانواده، و دوستان)، تنهایی، مراقبت از همسر بیمار، تغییر در ترتیبات زندگی، و از دست دادن شغل هم از عوامل مهم در ابتلا به اعتیاد در سالمندان است. بازنشستگی ناخواسته هم احتمال اعتیاد به الکل را تشدید می‌کند. یافته مهم دیگر اشاره بدان دارد که مصرف مواد در خانه‌های سالمندان هم ادامه می‌یابد و حتی گاه توسط مراقبان میدان‌دهی^{۳۴} می‌شود.

مداخلات دارویی و غیردارویی

▪ مداخلات دارویی

درمانهای دارویی برای سالمندان در مقایسه با جمعیت جوانتر محدودتر است. اگرچه اثر درمانهای دارویی ذیل هم که برای سالمندان تجویز می‌شود، خیلی معنادار نیست. از بین درمانهای دارویی تنها استفاده از داروی «دیسولفیرام»^{۳۵} برای افراد ۵۰ سال به بالا انتخابی مطمئن‌تر است؛ اگرچه تأثیرات قلبی - عروقی هم

بر سالمندان دارد. داروهای «آکامپروسات»^{۳۶}، نالتروکسون^{۳۷}، و وارنیکلین^{۳۸} هم برای سالمندان استفاده می‌شود.

البته نالتروکسون هم برای جمعیت سالمندان توصیه می‌شود و یافته‌هایی از کارآمدی آن وجود دارد. یکی از محدودیت‌های مهم آن برای این جمعیت این است که نالتروکسون اثرات وقفه‌دهنده گیرنده‌های افیون^{۳۹} دارد که برای سالمندانی که با درد و بخصوص دردهای مزمن دارند دشواری به همراه دارد. از طرف دیگر این دارو می‌تواند افسردگی قبلی در سالمند را تشدید کند. وارنیکلین هم یک هم‌کنش^{۴۰} نیکوتین است که برای ترک سیگار استفاده می‌شود و البته گاهی برای درمان وابستگی به الکل هم شبیه به استفاده از نالتروکسون استفاده می‌شود. البته در خصوص این دارو هم نتایج مؤید برای درمان اعتیاد در سالمندان وجود ندارد.

▪ مداخلات غیردارویی

❖ مصاحبه انگیزشی^{۴۱}

هسته اصلی مداخلات غیردارویی برای این جمعیت بهره‌مندی از رویکرد مصاحبه انگیزشی است تا بر تردیدهای سالمند بر تداوم یا قطع مصرف تمرکز کند. این رویکرد در سایر موضوع‌ها نظیر ترک سیگار هم مؤثر بوده است.

❖ تیمارگری^{۴۲}

تیمارگری برای وصل کردن سالمندان به درمان‌های برازنده مؤثر است. در خصوص پرداختن به بیماری‌های همبود، کاهش انگ، و نیازهای مربوط به سلامتی ایشان. یافته‌های متعددی از تأثیر تیمارگری به منزله ابزاری مهم برای کار با این جمعیت وجود دارد.

❖ مشاوره فردی و بخصوص گروه‌درمانی

این نوع مداخله برای کاهش شرم، انگ، و انزوا کارگشاست. برای سالمندان به نظر می‌رسد گفتگو در باره مشکلاتشان در حضور افراد جوان‌تر مناسب نباشد و آنها تمایل بدین دارند که در کنار جمعیت همگون گفتگو کنند.

39 - opiate

40 - agonist

41 - Motivational Interview (MI)

42 - case management

34 - enabling

35 - Disulfiram

36 - acamprostate

37 - naltrexone

38 - varenicline

❖ رویکردهای رفتاری - شناختی

این رویکرد متمرکز بر تغییر توالی تفکر، احساسات، و رفتارهایی است که به مصرف مواد می‌انجامد که به صورت فردی و گروهی اجرا می‌شود. تأثیر این رویکرد بر پیامدهای بهبودی در سالمندان مشخص شده است.

❖ گروه‌های خودیار^{۴۳} و گروه‌های حمایتی متقابل

انجمن «الکلیهای گمنام»^{۴۴} و «معتادان گمنام»^{۴۵} و سایر گروه‌های مرتبط برای سالمندان داوطلب برای درمان اعتیاد مؤثر است. این گروه‌ها به کاهش شرم، انزوا، و انگ در سالمندان کمک می‌کند. توصیه می‌شود که سالمندان جلسات متنوع را شرکت کنند تا جلسه‌ای را که به مذاقشان بهتر می‌آید انتخاب کنند.

هشدارها

- پرهیز از مصرف الکل همراه با داروهای سرکوب‌کننده سیستم اعصاب مرکزی، داروهای روانپزشکی، ضددردها، داروهای درمان دیابت، و داروهای قلبی - عروقی
- پرهیز از مصرف الکل قبل از خوابیدن برای پرهیز از بهم-ریختگی‌های خواب
- پرهیز از الکل هنگام رانندگی / مستانه‌رانی^{۴۶}
- پرهیز از مصرف الکل در مواقعی که خلل روانشناختی خفیف یا دمانس وجود دارد.
- پرهیز از مصرف الکل در سالمندانی که سابقه سقوط یا دشواری در راه رفتن دارند.
- مردان و زنان بالای ۶۰ سال که در هفته بیش از هفت نوشه^{۴۷} الکل مصرف می‌کنند در فعالیتهای روزمره زندگی دشواری بیشتری دارند.

ویژگی‌های درمان‌های مختص سالمندان

- ✓ از درمان‌های مجزا از هم و مراقبت‌های زیراستاندارد به سمت درمان‌های جامع حرکت کنیم.

✓ سالمندان در کلینیک کمتر منتظر بمانند.

✓ توجه به امنیت دارویی (چالاک‌ی و ظرفیت شناختی برای مصرف دارو توسط سالمند و مدیریت تأثیر داروها که ناشی از چنددارویی است)،

✓ توجه به سلامت روان (اختلال‌های خلقی و خلل شناختی)

✓ توجه به محدودیت تحرک و جابجایی (رفت‌وآمد به کلینیک، سقوط)

✓ درمان بیماری‌های همراه که می‌تواند در صورت عدم توجه، درمان اعتیاد را متأثر سازد.

✓ تمرکز مداخلات بایستی بر زبان‌کاهی^{۴۸} باشد تا مداخلات پرهیزمدار^{۴۹}

✓ توجه به عوارض جانبی داروها و پرهیز از تجویز داروهایی که مناسب سن سالمند نیستند.

✓ ارزیابی‌های جامع روانشناختی بخصوص در باره بیماری‌های همراه

✓ بهتر است ارایه خدمات در منزل باشد.

✓ مداخلات چندرشته‌ای باید اتخاذ شود بخصوص در حیطه حمایت خانوادگی و مراقبان

✓ مداخلات مبتنی بر فرهنگ و سن باشد و از رویکردهای مواجهه‌ای اجتناب شود.

✓ به چالش‌های روانشناختی و جسمی فرد پرداخته شود و کاهش بیابد.

✓ به مهارت‌های مدارا و تاب‌آوری^{۵۰} پرداخته شود.

✓ بر توانایی‌های سالمند تمرکز شود.

✓ تدارک درمان‌های حمایتی و نه مواجهه‌ای و ترجیحاً گروهی

✓ آموزش مهارت‌هایی برای بازسازی شبکه حمایت اجتماعی

✓ بکارگیری مداخله‌گران مجرب و متخصص برای کار با سالمندان

✓ تدارک بهبودی تدریجی

✓ خلق «فرهنگ احترام» به مراجعان سالمند و پیروی از آن

✓ سازگار کردن درمان با موضوعات مربوط به جنسیت

47 - drink

48 - harm reduction

49 - abstinence oriented

50 - resiliency

43 - self help

44 - Alcoholic Anonymous (AA)

45 - Narcotic Anonymous (NA)

46 - Driving While Intoxicated (DWI)

بحث و گفتگو

پس از پایان سخنرانی‌ها حضار با ذکر نظرات و پرسش‌ها در خصوص اعتیاد در دوران سالمندی به بحث و گفتگو پرداختند که مهمترین موضوع‌های آن در پی می‌آید.

دکتر دلبری

سالمندانی هستند که مواد مصرف می‌کنند، این سؤال پیش می‌آید که چه چیزی را می‌توان یافت که جایگزین مواد برای آنها باشد و برای درد آنها چه توصیه‌ای داریم و به چه میزان باید مصرف کنند. لذا بهتر است که پزشکان بیاموزند که در چنین مواقعی چه کنند و چه برخوردی با سالمندان مصرف‌کننده مواد داشته باشند.

دکتر فرهادی

از آنجایی که افراد در دوران سالمندی به سمت مواد کشیده می‌شوند، اشاره بدان دارد که زمینه ژنتیک در خصوص ابتلای آنان وزن زیادی ندارد و گر نه زودتر به سمت اعتیاد کشیده می‌شدند. در این میان نقش عوامل روانی - اجتماعی را ناپیستی نادیده گرفت. البته بایستی مراقب سالمندان معتاد بود چون ممکن است مشکلات زیادی آنها را درگیر کند نظیر از دست دادن همسر، ابتلا به بیماری‌ها، و غیره. اگرچه پدیده تحمل در سالمندان به سرعت افزایش نمی‌یابد ولی باید حواسمان به مواردی ازین دست بخصوص در سالمندان به بیماری‌های همراه باشد و از آنها مراقبت کرد و به تشخیص‌های افتراقی توجه کرد و درمان‌های نگهدارنده را برای آنان جدی گرفت.

دکتر ابوالفتحی ممتاز

به نظر می‌رسد با توجه با پژوهش‌های جدید، الگوی مصرف تغییر کرده است و حتی در سالمندان هم مصرف مواد از مواد سنتی به سمت مواد صنعتی گرایش پیدا کرده است. شاید علت آن هزینه کمتر مواد روانگردان صنعتی باشد. دیگر اینکه مواد اعتیادآور بعد از قاچاق اسلحه در رأس فعالیت‌های درآمدزاست و گردش مالی زیادی دارد. نکته‌ای که باید بدان توجه کرد این است که اینک مواد از خیابان‌ها به کلینیک‌ها آمده است همانگونه که در کتاب «دکترهای موادفروش» بدان اشاره شده است و مواد از سطح جامعه

جمع شده و به متخصصان سپرده شده است. اما در خصوص اعتیاد سالمندان مدیریت موضوع بسیار مهم است که متخصصان بتوانند این کار را بکنند. به یاد داشته باشیم که آدمی وقتی ملالت دارد، فشار روانی - اجتماعی دارد، و همچنین پول دارد به سمت مواد می‌رود. در سالمندان ملالت و فشار روانی - اجتماعی داریم ولی ممکن است برخی از آنها پول نداشته باشند.

دکتر صبور

الکل مثل سیگار است و متخصصان بر این عقیده‌اند که حتی اگر یکدانه هم مصرف نکنیم بهتر است. مواد اعتیادآور سنتی، مصرف غالب سالمندان است و پزشکان اعتقاد دارند که ترک اعتیاد در سالمندان می‌تواند برای آنها مشکلاتی فراهم کند و اصراری به ترک آنها هم نیست که بخواهیم بدانها شوک وارد کنیم بخصوص در مصرف مواد سنتی. البته می‌توان به نوع کم‌خطر و شیوه مصرف کم‌خطر هم فکر کرد. اما اگر الگوی مصرف سالمند عوض شود و به سمت مواد صنعتی و روش‌های پرخطر برود، بایستی برای ترک آنها اقدام کرد. ترک اعتیاد در سالمندان چالش فعلی ما نیست ولی شاید ده‌سال آینده باشد.

دکتر مسّاح

الکل و متامفتامین خطرناک است. درمان طبّی هم برای آنها داریم و من بالخصوصه اصلاً رویکرد محافظه‌کارانه در این زمینه ندارم و برای این دو بایستی ختماً اقدام جدی کرد و جای نگرانی دارد. نکته مهم این است که سالمندان عموماً خودشان مراجع ما نیستند بلکه خانواده‌ها شکایت دارند. باید روی خانواده‌ها کار کرد و نگرش آنها را تغییر داد. هر درمانی را به راحتی نمی‌شود شروع کرد چون مصرف‌چندگانه دارو دارند و مداخلات ما باعث افزایش یا کاهش غلظت دارو می‌شود. طب داخلی و سالمندی موضوع بسیار مهمی است تا پزشکان با تداخل دارویی و آشنا شوند و مداخلات تخصصی برای سالمندان با توجه به شواهد داشته باشیم.

حضار

«مواد اعتیادآور» و «سبک زندگی و دیدگاه فرد» دو موضوع مهم در اعتیاد است. با مصرف مواد در گذر زمان میزان تولید مواد طبیعی

بدن کاهش می‌یابد و فرد برای جبران تولید داخلی، اقدام به افزایش مصرف مواد می‌کند. در بعد روانی – اجتماعی، فرد مصرف‌کننده، دنیای جدیدی برای خودش خلق می‌کند و دوستان و سبک زندگی جدیدی در پیش می‌گیرد. ما طبق آموزه‌های کنگره ۶۰ بایستی برای درمان معتادان به شیوه ابتلای آنها توجه کنیم و بهبودی تدریجی را جایگزین ابتلای تدریجی کنیم تا سیستم عصبی را که

اعتیاد خاموش کرده به تدریج روشن کنیم تا تدریجاً افکارش به سمت سالم‌سازی برود.

مشخصات شرکت کنندگان در چهارمین نشست

ردیف	نام خانوادگی، نام	تحصیلات
1	ابوالفتحی ممتاز، یدالله	عضو هیئت علمی گروه آموزشی سالمندی
2	امیری، زینب	
3	ایزدپناه، آتنا	
4	بزاززادگان، نیلوفر	
5	پیرهادی، رضا	کارشناس ارشد
6	حداد مولایان، فروزان	کارشناس
7	خانقایی، مبینا	
8	خیالی، زهرا	
9	دادجوی توکلی، نادر	کارشناس مشارکت های مردمی
10	دلبری، احمد	دانشیار سالمندشناسی
11	راشدی، وحید	عضو هیئت علمی گروه آموزشی سالمندی
12	راهب، غنچه	دکتری روانشناسی
13	رحمانی، پری ناز	
14	رشیدیان، علی	دانشجوی دکتری
15	زندیه، ژاله	عضو هیئت علمی گروه آموزشی سالمندی
16	شعبان پور، فهیمه	دانشجوی دکتری مددکاری
17	صادقی پور رودسری، معصومه	دکتری سالمندشناسی
18	صبور، ملیحه	عضو هیئت علمی گروه آموزشی سالمندی
19	صدری، محدثه	کارشناس پروژه کوهورت سالمندان اردکان
20	طالبیان، سیده فرحانه	دانشجوی کارشناسی ارشد سلامت سالمندی
21	علوی، آفاق	
22	عنبری، زینب	دکترای سالمندشناسی
23	غنی، کامیار	دکتری مطالعات اعتیاد
24	فرهادی، محمدحسن	دکتری روانشناسی
25	لطیفیان، مریم	دکتری مددکاری اجتماعی
26	مرادی، مهشید	دانشجوی دکتری روانشناسی
27	مسّاح، امید	پزشک عمومی و دکتری مطالعات اعتیاد
28	ملایی، پرپسا	
29	نراقی راد، مهتاب	
30	نوروزی، سعید	کارشناس مرکز تحقیقات سالمندی
31	هاشمی دزکی، فاطمه	

نام گزارش: گزارش چهارمین نشست ماهانه مرکز تحقیقات و گروه آموزش سالمندی

دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، ۱۴۰۲/۱۱/۲۳

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۱۱/۳۰