

راهنمای بالینی برای پیشگیری و کنترل مصرف الکل

چکیده

دریافت: ۱۳۹۷/۰۶/۱۳ ویرایش: ۱۳۹۷/۰۶/۲۰ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۰۳ آنلاین: ۱۳۹۷/۱۲/۱۰

زمینه و هدف: مصرف الکل یکی از مهمترین عوامل قابل پیشگیری مرگ است. با توجه به اهمیت روزافزون بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی (از جمله سوء مصرف الکل) وجود راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد منطبق بر شرایط فرهنگی و اقتصادی در هر کشوری الزامی می‌نماید. هدف از انجام این مطالعه تدوین راهنمای بالینی به منظور کنترل و پیشگیری از مصرف الکل می‌باشد.

روش بررسی: این پژوهش از مطالعات راه‌اندازی سیستم علمی/اجرایی (مطالعات مدیریت سیستم سلامت) می‌باشد که در سال ۱۳۹۶ در بیمارستان طالقانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی که با استفاده از الگوی ملی بومی سازی راهکارهای طبابت بالینی با استفاده از نقد راهنماهای بالینی انتخاب شده تا پایان سال ۱۳۹۶ براساس معیارهای سازماندهی مناسب، در دسترس بودن نسخه کامل و به روز بودن راهنما بالینی، بر پایه سیستم امتیازدهی The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) انجام گردید. راهنما بالینی براساس مدل 5A تدوین گردید.

یافته‌ها: به منظور پیشگیری و کنترل مصرف الکل با توجه به توصیه‌های پنج راهنمای بالینی خدمات پیشگیری آمریکا، سبک زندگی سالم ایالات متحده، اقدامات پیشگیری در پزشکی عمومی استرالیا، عوامل خطر رفتاری استرالیا و سبک زندگی انگلستان، براساس آخرین توصیه‌ها تا زمان تدوین راهنمای بالینی براساس مدل 5A شامل (پرسش و ارزیابی، توصیه، توافق و امداد و سازماندهی و قرار جلسات بعدی) راهنمای بالینی تدوین گردید.

نتیجه‌گیری: بهترین راهکار با توجه به راهنماهای بالینی موجود جهت پیشگیری و کنترل مصرف الکل غربالگری، مشاوره رفتاری کوتاه مدت (۲-۱ جلسه)، درمان با مداخلات رفتاری شناختی (۶-۲ جلسه) و در صورت نیاز ارجاع به مراکز درمانی بالاتر می‌باشد.

کلمات کلیدی: وابستگی به الکل، درمان رفتاری شناختی، راهنمای بالینی، سبک زندگی سالم، پیشگیری و کنترل، غربالگری.

فرزاد تاج‌دینی، رضا شکرریزفومنی*
پری‌ناز رضاپور، کامبیز عباچی‌زاده
مریم محسنی

گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی، دانشکده
پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی،
تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: تهران، اوین، بلوار دانشجو، خیابان
کودکیار، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، دانشکده
پزشکی، گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی.

تلفن: ۲۲۴۳۹۳۶-۰۲۱
E-mail: r.shekarriz@sbum.ac.ir

مقدمه

از مصرف الکل در طول عمر با افزایش مصرف آن افزایش می‌یابد. همچنین خطر ابتلا به مشکلات مصرف الکل به‌طور چشمگیری با افزایش تعداد دفعات مصرف الکل افزایش می‌یابد.^۱ خطرات کوتاه‌مدت ناشی از مصرف الکل مانند حوادثی که بر اثر سوانح رانندگی ایجاد می‌شود، بلافاصله پس از مصرف الکل می‌باشد. شرایط و بیماری‌های مزمن مختلف شامل فشارخون بالا، تروما، برخی

در سال ۲۰۱۶ بیش از سه میلیون مرگ در جهان بر اثر سوء مصرف الکل روی داده است. سوء مصرف الکل همچنین عامل بیش از ۵٪ بار کل بیماری‌ها می‌باشد.^۱ با این وجود مصرف الکل یکی از مهمترین عوامل قابل پیشگیری مرگ است.^۲ خطر مشکلات ناشی

علمی/اجرایی (مطالعات مدیریت سیستم سلامت) می‌باشد که با استفاده از الگوی ملی بومی‌سازی راه‌کارهای طبابت بالینی با استفاده از نقد راهنماهای بالینی انتخاب شده براساس معیارهای سازماندهی مناسب راهنما، در دسترس بودن نسخه کامل راهنما بالینی و به روز بودن آن تا پایان سال ۱۳۹۶، در سال ۱۳۹۶ در بیمارستان طالقانی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، بر پایه سیستم امتیازدهی The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) انجام گردید. راهنما بالینی براساس مدل 5A که چارچوبی است کلیدی برای سازماندهی ارایه مراقبت‌های پیشگیرانه در مراقبت‌های سلامتی اولیه، تدوین گردید.

به‌منظور تدوین و بومی‌سازی راهنمای بالینی پیشگیری و کنترل مصرف الکل، در اولین مرحله، کار جستجوی منابع الکترونیک و بانک‌های اطلاعاتی معروف پزشکی شامل PubMed، Scopus، Scientific Information، MagIran، Google Scholar، UptoDate و Database (SID) و پایگاه‌های اختصاصی راهنماهای بالینی سایر کشورها شامل کار گروه خدمات پیشگیری آمریکا، آکادمی پزشکان خانواده ایالات متحده، شبکه راهنماهای بالینی اسکاتلند، راهنمای سبک زندگی سالم ایالات متحده، راهنمای عوامل خطر رفتاری استرالیا، راهنماهای بالینی مرتبط با سبک زندگی و سلامت موسسه ملی سلامت و درمان برتر انگلستان، گروه راهنماهای بالینی نیوزلند، راهنماهای بالینی سازمان بهداشت جهانی، راهنمای بالینی سبک زندگی کانادا و راهنمای اقدامات پیشگیری در پزشکی عمومی استرالیا با استفاده از کلید واژه‌های مربوط شامل سبک زندگی سالم، غربالگری در ارتباط با سبک زندگی، مصاحبه انگیزشی، مصرف الکل، مصرف الکل مضر و آسیب‌زا، سوءمصرف الکل، مداخلات مختصر و ساده در ارتباط با رفتارهای سلامتی، مداخلات جهت مراقبت‌های اولیه، تغییرات رفتاری فردی و تعیین فعالیت‌های پیشگیری مبتنی بر جامعه و محیط، انجام شد.

این جستجو براساس گروه سنی در رده بزرگسالان، کودکان و نوجوانان به‌صورت جداگانه انجام شد. در مرحله بعد براساس سه معیار در دسترس بودن نسخه کامل راهنمای بالینی، سازماندهی مناسب و به روز بودن راهنماهای به‌دست آمده از مرحله جستجوی الکترونیکی و دستی، مورد غربالگری قرار گرفت. راهنماهایی که تنها نسخه خلاصه‌ی آن‌ها موجود بود از معیار در دسترس بودن نسخه

سرطان‌های مشخص، مشکلات سلامت روانی و غیره می‌باشند که می‌توانند در اثر کاهش سطوح مصرف الکل به صورت بهینه تحت تاثیر قرار بگیرند.^۴ واژگان زیر نشان‌دهنده سطوح مختلف مصرف الکل هستند: هر واحد استاندارد معادل مصرف ۸ تا ۱۰ گرم الکل می‌باشد.^۵ مصرف نادرست الکل: شامل تمامی رفتارهای مربوط به مصرف غیرعادی الکل می‌باشد. مصرف الکل پرخطر/خطرناک: نوشیدن بیش از میزان مجاز که منجر به افزایش مشکلات مربوط به مصرف الکل می‌شود (در زنان نوشیدن بیش از هفت واحد در هفته یا بیش از سه واحد در هر بار، در مردان نوشیدن بیش از ۱۴ واحد در هفته و یا بیش از چهار واحد در هر بار)، مصرف الکل آسیب‌زا: الگویی از مصرف الکل که باعث ایجاد آسیب‌های جسمانی و روانی می‌شود. از نظر پزشکی توصیف افرادی است که در حال حاضر آسیب فیزیکی، اجتماعی یا روانی حاصل از مصرف الکل را تجربه می‌کنند، ولی معیارهای لازم وابستگی به الکل را ندارند.^۶ سوءمصرف الکل الگویی از نوشیدن الکل که منجر به ناتوانی مکرر در انجام وظایف فرد در خانه، محیط کار و تحصیل می‌شود، استفاده از الکل در موقعیت‌های فیزیکی خطرناک و یا تجربه مشکلات قانونی یا اجتماعی مربوط به الکل، وابستگی به الکل شامل تمایل شدید فیزیکی و علائم ترک، مصرف مداوم الکل در میزان‌های بیشتر از مقادیر عادی و در دوره زمان‌های طولانی‌تر و همچنین نیاز به مصرف به‌طور مشخص بیشتری از الکل تا شخص به میزان موردنظر خود دست یابد.^۶ البته دیگر از واژه‌ی سوءمصرف الکل یا اعتیاد به الکل استفاده نمی‌شود، در واقع این دو مفهوم در هم ادغام شده و طبقه‌ای وسیع‌تر تحت عنوان اختلال مصرف الکل شکل گرفته است.^۷ باتوجه به اهمیت روزافزون بیماری‌های مرتبط با سبک زندگی (از جمله سوءمصرف الکل) وجود راهنماهای بالینی مبتنی بر شواهد برای بیماری‌ها و شرایط مرتبط با سبک زندگی براساس علم روز و منطبق بر شرایط فرهنگی و اقتصادی در هر کشوری الزامی می‌نماید.^۸ این مطالعه با هدف تدوین راهنمای بالینی مبتنی بر شواهد جهت پیشگیری و کنترل مصرف الکل انجام گردید.

روش بررسی

نوع پژوهش از مطالعات راه‌اندازی یک روش یا سیستم

مدیریت خطرات سلامت می‌باشد.^{۱۰،۹} مراحل مختلف این مدل که هر یک با حرف A شروع می‌شوند به شرح زیر است:

ارزیابی (Assess): در اولین مرحله، ارزیابی منظم و روزمره رفتارهای مربوط به سبک زندگی انجام می‌شود. توصیه (Advise): داده‌های تخصصی در مورد مزایا و اهداف سبک زندگی سالم و رفتارهای ویژه را در اختیار بیمار قرار می‌دهد. توافق (Agree): از طریق فرآیند تصمیم‌گیری مشترک، تعیین اهداف واقع‌گرایانه با همکاری خود بیمار توافق برای رسیدن به یک روش درمانی صورت می‌گیرد. امداد (Assist): ارایه و ارجاع به مداخلات و منابع مبتنی بر شواهد، شامل حمایت از خود مدیریتی افراد. (امداد رسانی بیمار محور بایستی مبتنی بر شواهد، همراه با ارایه اطلاعاتی در مورد مزایا و مضرات مداخلات خاص و با تاکید بر شناسایی موانع شخصی و ارایه استراتژی‌ها و تکنیک‌های حل مسئله مناسب برای هر فرد و در نهایت ارایه حمایت محیطی و اجتماعی مناسب برای کمک به تقویت خود مدیریتی در بیمار باشد). قرارداد (Arrange): تعیین برنامه برای پیگیری (جلسه ملاقات حضوری، تماس تلفنی، ایمیل و سایر روش‌ها).

یافته‌ها

به‌منظور پیشگیری و کنترل مصرف الکل با توجه به توصیه‌های پنج راهنمای بالینی یادشده براساس مدل 5A نتایج زیر حاصل گردید.

۱- پرسش و ارزیابی (Assess, Ask): بنابر توصیه USPSTF همه بزرگسالان ۱۸ سال و بالاتر و بنابر توصیه پزشکان عمومی کالج سلطنتی استرالیا (RACGP) همه افراد از سن ۱۵ سالگی باید از نظر سوء مصرف الکل مورد غربالگری قرار بگیرند.^{۱۱}

افراد در معرض خطر بالاتر از افراد عادی در صورت مصرف الکل که بایستی غربالگری راجع به مصرف الکل را در آن‌ها را با دقت بیشتری مدنظر قرار داد شامل افراد زیر می‌باشند: کودکان و نوجوانان^{۱۲،۱۳}، افراد مسن^{۱۴،۱۵}، افرادی که سابقه وابستگی به الکل در فامیل دارند^{۱۶،۱۷}، اشخاصی که در معرض یا انجام فعالیت‌های خطرناک می‌باشند^{۱۸-۲۰} (مانند: رانندگی، قایق‌سواری، ورزش‌های سنگین و مصرف مواد مخدر)، افرادی که وضعیت فیزیکی آن‌ها با مصرف الکل وخیم‌تر می‌شود.^۲ (مانند مبتلایان به پانکراتیت، دیابت، هپاتیت/ بیماری مزمن کبدی، زخم معده، فشارخون بالا، اختلالات

کامل راهنمای بالینی، امتیاز لازم را کسب نکردند. در مورد معیار سازماندهی مناسب نیز مواردی مانند مدون بودن توصیه‌ها و مستندات مربوط به هریک از توصیه‌ها و همچنین بیان سطح شواهد و قدرت توصیه‌ها در راهنمای بالینی مورد توجه قرار گرفت. در مورد معیار به روز بودن راهنمای بالینی، راهنماهای بالینی که پس از سال ۲۰۱۲ به روزرسانی شده بودند (فاصله زمانی پنج سال از تدوین راهنمای بالینی)، امتیاز بالاتری کسب نمودند. سپس راهنماهای بالینی منتخب برای نقد با ابزار نقد AGREE II انتخاب شدند.

پس از غربالگری و ارزیابی راهنماهای بالینی موجود، پنج مورد زیر برای تدوین توصیه‌های راهنمای بالینی پیشگیری و کنترل مصرف الکل انتخاب شدند:

۱- کار گروه خدمات پیشگیری آمریکا United States Preventive Services Task Force (USPSTF) با توجه به روزآمد شدن دایمی توصیه‌های این کارگروه از آخرین توصیه‌های این کارگروه تا زمان آماده شدن این راهنما استفاده گردید، ۲- راهنمای سبک زندگی سالم Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI) ۲۰۱۶، ۳- راهنمای اقدامات پیشگیری در پزشکی عمومی استرالیا Royal Australian College of General Practitioners (RACGP) ۲۰۱۶، ۴- راهنمای عوامل خطر رفتاری استرالیا 2015 Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical Activity (SNAP) و ۵- راهنماهای بالینی مرتبط با سبک زندگی و سلامت موسسه ملی سلامت و درمان برتر انگلستان National Institute for Health and Care Excellence (NICE)، براساس آخرین توصیه‌ها تا زمان تدوین راهنمای بالینی.

سپس تحلیل محتوای راهنمای بالینی با توجه به موارد ارزیابی رواج و همخوانی توصیه‌ها، داده‌های شواهد پشتیبان توصیه‌ها، بررسی مزیت بالینی توصیه‌ها و قابلیت بومی‌سازی توصیه‌ها براساس قابلیت به‌کارگیری، قابلیت پذیرش و تعمیم‌پذیری انجام شد. در پایان نظرات اساتید و خبرگان محترم و اصلاحات مورد نیاز در راهنمای بالینی و توصیه‌های آن اعمال گردید.

این راهنما بالینی براساس مدل 5A تدوین گردیده است. این مدل یک چارچوب کلیدی برای سازماندهی ارایه خدمات پیشگیرانه در مراقبت‌های سلامتی اولیه است و شامل اقدامات انجام شده توسط ارایه‌دهندگان مراقبت‌های سلامتی در حمایت از بیماران خود برای

مصرف الکل تایید می‌کند. اگر نتایج غربالگری یک بیمار مثبت باشد، وی به‌عنوان یک فرد دچار سوءمصرف الکل در معرض خطر شناخته می‌شود (معادل با مشروب‌خواری پرخطر/ خطرناک (USPSTF)). متخصص بالینی باید برای کسب اطمینان از میانگین مصرف الکل بیمار به‌صورت هفتگی و همچنین ارزیابی سایر اختلالات مربوط به مصرف الکل (اعتیاد و وابستگی) سوالات بیشتری مطرح نماید.

کادر درمان باید توجه داشته باشند، از آنجایی که برخی بیماران به این گونه سوالات حساس می‌باشند، بسیار مهم است که رفتاری بی‌طرف و بدون پیش‌داوری داشته باشیم.^۳

نکته حایز اهمیت در ارزیابی مصرف الکل این است که یک شرح حال سیستماتیک و دقیق از بیمار، شاخص بسیار معتبری از سطح فعلی مصرف الکل بیمار می‌باشد و از تست‌های آزمایشگاهی مانند گلوتامیل گاماترانسفرز و حجم متوسط گلبول قرمز معتبرتر می‌باشد.^۳

۲- توصیه (Advise): بهترین توصیه به بیماران این است که امن‌ترین روش، نوشیدن است اما در صورت مصرف، به مقدار دویار در روز و یا کمتر و در هر مناسبت کمتر از چهار نوشیدنی استفاده شود.^{۱۱} به کسانی که از الکل استفاده می‌کند باید در مورد خطرات رانندگی وسایل نقلیه موتوری و سایر فعالیت‌ها با خطر آسیب‌زایی هم رده پس از نوشیدن هشدار داده شود.^{۱۸-۲۰} توصیه‌های ساده‌ای برای کاهش مصرف الکل به همه افرادی که به‌طور بالقوه در معرض خطر نوشیدن در سطح پرخطر هستند باید داده شود. زنان باردار باید از مصرف الکل پرهیز کنند.^{۲۷،۲۶}

کودکان زیر ۱۵ سال نباید الکل مصرف کنند. جوانان بین ۱۷-۱۵ سال در صورت مصرف باید تا جایی که می‌توانند مصرف الکل را به تعویق اندازند.

در مورد تمام افراد پرخطر در صورت مصرف الکل ذکر شده در بالا (بخش سوال و ارزیابی) امن‌ترین روش نوشیدن است.^{۱۶}

در صورت مصرف الکل توصیه می‌شود کسانی که مبتلا به فشارخون هستند و یا از داروی ضد فشارخون استفاده می‌کنند، استفاده از نوشیدنی استاندارد را به حداکثر دو بار (برای مردان) و یک بار نوشیدن (برای زنان) در روز محدود کنند.^{۱۶} در مورد بیماران وابسته به الکل، پیش از این‌که بیمار مطب را ترک کند، برای مراجعه به یک متخصص اختلالات مصرف مواد زمان‌بندی شود. تمام بیماران مبتلا به سندرم ترک الکل به بیمارستان ارجاع شوند. تجویز

خواب، اختلالات عملکرد جنسی و سایر بیماری‌های ارگان‌های مهم بدن، کسانی که مبتلا به بیماری‌های روانی هستند با مصرف الکل حالشان وخیم‌تر می‌شود^{۲۱-۲۳} (مانند اختلالات اضطرابی و افسردگی)، افرادی که دارو مصرف می‌کنند^{۲۴،۲۵} از این جهت ارزیابی می‌شوند که آیا تداخلات مضر بین مصرف دارو و الکل وجود دارد یا نه، زنان باردار و زنانی که قصد بارداری دارند (در بررسی‌های پیشین و حین بارداری).^{۲۷،۲۶}

جهت پرسش از مصرف الکل از روش‌های زیر می‌توان استفاده نمود.

الف- راهنمای پزشکان موسسه ملی سوءمصرف الکل و الکلیسم توصیه می‌نماید با یک سوال ساده در مورد مشروب‌خواری افراطی پرسش نماید: برای نمونه در سال گذشته چندبار اتفاق افتاده که روزانه بیشتر از چهار (زنان) یا پنج بار (مردان) الکل مصرف کرده باشید؟ (برای غربالگری مثبت، یک یا بیش از یک روز کافی است) که جهت شناسایی سوءمصرف الکل دارای حساسیت معادل با ۸/۸٪ و اختصاصیت معادل با ۷۹/۳٪ می‌باشد.^{۲۸}

ب- همچنین می‌توان از پرسشنامه‌های خودسنجی مکتوب استفاده نماید (برای نمونه، Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)، آزمون تشخیص مصرف الکل، موسسه ملی سوءمصرف الکل و الکلیسم، ۲۰۰۵) که براساس طبقات نمره‌بندی اقدام به شناسایی افراد می‌نماید.^{۲۹} پرسشنامه AUDIT-C، نسخه تجدیدنظر شده و کوتاه‌تر AUDIT، متشکل از سه سوال اول AUDIT است (هر چند وقت یک‌بار الکل مصرف می‌کنید، روزانه چند بار الکل مصرف می‌کنید و فراوانی مصرف شش بار یا بیشتر در مواقع خاص و استثنایی).^{۳۰-۳۲} CAGE، سومین ابزار غربالگری معتبر برای ارزیابی پیامدها و عواقب مشروب‌خواری است که چهار سوال دارد و حساسیت کمتری نسبت به تشخیص در معرض خطر بودن برای مصرف زیاد الکل دارد^{۳۳} اما پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که با توجه به حساسیت پایین CAGE، این ابزار روش مناسبی برای شناسایی مصرف الکل پرخطر یا غربالگری طیف کامل سوءمصرف الکل نیست.^{۳۴}

با توجه به شواهد موجود، گروه پژوهشی ICSI با توصیه‌هایی شامل سوال ساده، یا گزارش فردی مکتوب نظیر AUDIT موافق بوده و این ابزارها را به‌عنوان اولین ابزارهای کاربردی جهت غربالگری

دفعات و میزان مصرف الکل، مدیریت استرس و یا حل مسئله باشند. مداخلات باید طی جلسات حضوری، از طریق مولفه‌های خودیاری مکتوب، برنامه‌های کامپیوتری یا اینترنتی و یا مشاوره تلفنی ارائه شوند. مدت زمان مداخله بین ۱۰ تا ۱۵ دقیقه بوده و پس از برقراری تماس‌های متعدد سودمندتر خواهد بود. مداخلات بسیار کوتاه و مختصر (کمتر از پنج دقیقه) یا صرفاً یک نوبتی، بی‌اثر هستند یا سودمندی کمتری نسبت به مداخلات چند نوبتی دارند.^{۳۴}

افرادی که در معرض الگوهای خطرناک مصرف الکل هستند باید تحت مشاوره‌ی مختصری قرار گیرند درحالی‌که افرادی که در معرض خطر جدی و بالایی هستند باید مداخلاتی همراه با ایجاد انگیزه برای ترک آن‌ها انجام گردد.

مداخلات برای وابستگی متوسط و شدید به الکل: پس از ترک موفق افراد مبتلا به وابستگی شدید و متوسط الکل استفاده از داروی اکامپروسات (۶۶۶ mg) خوراکی سه بار در روز) یا نالتراکسون خوراکی در همراهی با مداخلات روان‌شناسی (درمان رفتارشناختی، درمان‌های رفتاری یا شبکه‌های اجتماعی و درمان‌های بر پایه محیط) که به‌طور خاص بر سوءمصرف الکل تمرکز دارد پیشنهاد می‌شود. اکامپروسات در افراد باردار و بیماران کلیوی و کبدی منع مصرف دارد. پیش از تحویز نسخه رضایت آگاهانه بیمار را کسب کرده و آن را ثبت کنید.^{۳۵}

مشاوره با اطرافیان مبتلا به سوءمصرف الکل نیز دارای اهمیت می‌باشد. تشویق به پرهیز و جلوگیری از بازگشت دوباره به الکل را باید به‌عنوان بخشی از مشاوره‌های اطرافیان برای ترک افرادی که وابستگی شدید و متوسط به الکل دارند در مداخلات مبتنی بر جامعه در نظر بگیرید از جمله افرادی با شرایط زیر: افرادی که حمایت اجتماعی بسیار محدود دارند (به تنهایی زندگی می‌کنند یا ارتباط کمی با دوستان و خانواده دارند)، بیماری‌های فیزیکی و روانی شدید همراه دارند، افرادی که به مداخلات اولیه مبتنی بر جامعه برای پرهیز یا مصرف معتدل الکل پاسخ نمی‌دهند.^{۳۵}

۵- سازماندهی و قرار جلسات بعدی (Arrange): وقتی تشخیص اعتیاد به الکل مطرح شد، باید این تشخیص ثبت شده و فرد موردنظر به مشاور اعتیاد یا برنامه مربوطه ارجاع داده شود. وقتی تشخیص مصرف خطرناک و آسیب‌رسان مطرح شده و مداخله کوتاه‌مدت انجام می‌شود، باید برای حمایت از تغییر رفتار بیمار و ارزیابی مجدد

پروفیلاکتیک تیمین برای تمام موارد سوءمصرف یا وابستگی به الکل توصیه می‌شود. ارجاع بیمارهای واجد شرایط مبتلا به سیروز بهبود نیافته، برای در نظر گرفتن پیوند کبد، پس از این‌که به مدت سه ماه یا بیشتر الکل را ترک کردند. مکمل آنزیم پانکراسی برای پانکراتیت الکلی مزمن با استئاتوره و سوء تغذیه تجویز گردد. تمام بیماران برای وجود همزمان اختلال روانی (تشخیص دوگانه) ارزیابی شوند. مداخلات روان درمانی با تمرکز بر اعتیاد برای بیماران با وابستگی الکل مفید است. داروهای کمکی تحت نظارت کامل برای وابستگی الکل شامل نالتراکسون (Naltrexone) و اکامپروسات (Acamprosate) در نظر گرفته شوند.^۳

۴ و ۳- توافق و امداد (Assist, Agree): این نکته حایز اهمیت است که مشاوره و راه‌های درمان بیمار باید مطابق با نیاز و اولویت بیمار باشد.^۳

افرادی که به‌صورت افراطی الکل مصرف می‌کنند باید براساس آمادگی شخصی برای ترک و الگوی مصرفشان ترک کنند. کسانی که آمادگی برای ترک ندارند باید از میزان خطراتی که با مصرف الکل رابطه دارد آگاه شوند، از بحث کردن با بیمار خودداری کنید.^{۳۶}

کسانی که آمادگی برای ترک دارند باید با مشاوره‌ای مختصر انگیزه پیدا کنند. باید تشویق شوند تا اهدافشان را در نظر بگیرند. باید بر سر تعداد روزی که مصرف می‌کنند و تعداد روزی که مصرف نمی‌کنند توافق حاصل شود. از آن‌ها بخواهید انگیزه و اعتماد به نفسشان را برای ایجاد تغییر بسنجند.^{۳۶}

به آن‌ها کمک کنید تا موقعیت‌های خطرناک را بررسی کنند و از آن‌ها اجتناب کنند. حمایت اطرافیان مانند دوستان و خانواده می‌تواند مثر باشد. به بیماران باید آگاهی در مورد خدمات حمایتی و خودمراقبتی ارائه شود.^{۳۶}

با استناد به توصیه‌های 2013 USPSTF، همچنین راهنمای عوامل خطر رفتاری استرالیا می‌توان برای افرادی که نتیجه غربالگری آن‌ها مثبت بوده و یا در حال مصرف الکل پرخطر هستند، مشاوره رفتاری کوتاه‌مدت ارائه کرد. در این مداخلات از مشاوره رفتاری کوتاه‌مدت برای گروه هدف پرخطر بایستی استفاده نمود (براساس راهنمای کالج سلطنتی پزشکان عمومی استرالیا).^۳

این مداخلات می‌تواند شامل استراتژی‌های شناختی رفتاری، مانند برنامه عملیاتی جهت ترک مصرف الکل، دفتر ثبت روزانه

مکتوب مورد تایید این راهنما می‌باشد و مراکز بهداشتی-درمانی بنا بر اولویت‌ها و امکانات خود می‌توانند یکی از دو روش فوق را انتخاب نمایند.

باتوجه به تمام راهنماهای بالینی مورد استناد توصیه به افراد پرخطر نوشیدن الکل و در افراد کم‌خطر مصرف الکل به مقدار حداکثر دوبار در روز و در هر مناسبت کمتر از پنج نوشیدنی می‌باشد.^{۳۵} اما توصیه این راهنمای بالینی با توجه به غیرقانونی بودن خرید و فروش و مصرف الکل و خطر مسمویت با نوشیدنی‌های الکلی غیراستاندارد عدم نوشیدن الکل در همه افراد می‌باشد.

براساس مطالعات Jonas و همکاران مشاوره‌های رفتاری جهت کنترل و ترک مصرف الکل بایستی در جلساتی در مدت زمان ۱۰ تا ۱۵ دقیقه انجام شود و پس از برقراری تماس‌های متعدد سودمندتر خواهد بود. مداخلات بسیار کوتاه و مختصر (کمتر از پنج دقیقه) یا صرفاً یک نوبتی بی‌اثر هستند یا سودمندی کمتری نسبت به مداخلات چند نوبتی دارند.^{۳۴} بررسی مروری Tait و White و همکارانشان نشان می‌دهد، مداخلات مبتنی بر محیط وب/آنلاین در کاهش میزان مصرف الکل موثر هستند، اگرچه بیشتر مطالعات با تمرکز بر جمعیت دانشجویان انجام شده‌اند.^{۳۷،۳۸} توصیه این راهنمای بالینی با توجه به شواهد بیشتر حمایت‌کننده‌ی برتری جلسات مشاوره حضوری دو نفره به مدت ۱۰ تا ۱۵ دقیقه و با توجه به شرایط بیمار و امکانات مرکز مشاوره دو تا شش جلسه می‌باشد.

برای ارایه خدمات مرتبط با سبک زندگی از جمله سوءمصرف الکل، تنها تدوین و توسعه راهنماهای بالینی کارساز نمی‌باشد. ارایه خدمات مرتبط با سبک زندگی به‌علت گستردگی جمعیت هدف و همچنین گستردگی خدمات مرتبط با آن نیازمند حمایت بسیاری از فعالیت‌های سازمانی و همچنین ایجاد، توسعه یا هماهنگ‌سازی زیرساخت‌های کنونی، ارایه خدمات سلامتی با نحوه اجرا این مداخلات می‌باشد که با توجه به تجربه کشورهای پیشرو این تغییر نگرش و عملکرد نه تنها در زمینه سلامتی که در زمینه داشتن زندگی با کیفیت بالاتر نیز موثر می‌باشد. با توجه به راهنماهای بالینی موجود بهترین رویکرد جهت پیشگیری و کنترل مصرف الکل رویکرد غربالگری، مداخله کوتاه مدت، ارجاع به مراکز بالاتر درمانی، به‌عنوان یک رویکرد سلامت عمومی برای اختلالات سوءمصرف مواد از جمله سوءمصرف الکل می‌باشد.

رفتارهای مصرف الکل قرار جلسات پیگیری گذاشته شود. بیمارانی که مشکلات جدی‌تری در رابطه با مصرف الکل دارند یا به مداخله‌های اولیه پاسخ منفی داده‌اند باید به خدمات مشاوره ترک الکل ارجاع شوند. بیمارانی که الکل را به مقدار بسیار بالا یا در سطوح خطرناک مصرف می‌کنند و شرایط مزمن پزشکی دارند نیاز شدید به برنامه مدیریتی پزشک و خدمات تحت نظر پزشک دارند (مراقبت‌های اولیه و پیشرفته نیاز می‌باشد).^۳

پیگیری: بیماران باید ۳-۱ ماه پس از اولین ویزیت به‌منظور مشاهده پیشرفت و بررسی اهداف پیگیری شوند. سیستم داده‌ها باید لیستی از بیماران نیازمند به پیگیری را جهت یادآوری تهیه نماید. بیشترین بازگشت‌ها برای مصرف مجدد الکل در هفته‌های اول رخ می‌دهد. باید برای حفظ بیمارانی که مصرف مجدد داشته‌اند و برنامه‌های ترک مصرف را کنار گذاشته‌اند، قرار جلسات بعدی برای مشاوره ترک الکل تنظیم گردد.^۳

بحث

در مورد ارزیابی مصرف الکل، Smith و همکاران در یک مطالعه جمعیتی متشکل از ۳۹۴ بیمار به این نتیجه رسیدند که طرح یک سوال ساده جهت شناسایی سوءمصرف الکل دارای حساسیت معادل با ۸۱/۸٪ و اختصاصیت معادل با ۷۹/۳٪ می‌باشد. سایر مطالعات که با استفاده از این پرسش انجام شده و دارای نقطه برش یا جمله‌بندی متفاوتی بودند، به نتایج مشابهی دست یافته‌اند.^{۲۸}

موسسه ملی سوءمصرف الکل و الکلیسم در سال ۲۰۰۵، پرسشنامه مکتوب AUDIT جهت ارزیابی مصرف الکل مناسب تشخیص داده است، همچنین Frank و همکاران پرسشنامه AUDIT-C، نسخه تجدیدنظر شده و کوتاه‌تر AUDIT، متشکل از سه سوال اول AUDIT است (هر چند وقت یک‌بار الکل مصرف می‌کنید، روزانه چند بار الکل مصرف می‌کنید و فراوانی مصرف شش بار یا بیشتر در یک موقع خاص و استثنایی) را جهت ارزیابی مصرف الکل مناسب تشخیص داده‌اند.^{۳۰} Jonas و همکاران به این نتیجه رسیدند که سه مورد از بهترین ابزارهای غربالگری در مورد سوءمصرف الکل شامل غربالگری با سوال ساده (۱۲ ماه گذشته)، AUDIT و AUDIT-C هستند.^{۳۴} با توجه به راهنماهای بالینی موجود هر دو روش شفاهی و

زندگی سالم در ایران" با کد ۱۱۳ در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ در
دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد.

سپاسگزاری: این مقاله بخشی از پایان‌نامه مقطع دستتاری پزشکی
اجتماعی با عنوان "تدوین راهنمای بالینی ارایه خدمات اساسی سبک

References

- World Health Organization (WHO). Management of substance abuse. Global status report on alcohol and health 2018. [Internet] Geneva: WHO; 2018 [cited 2019 Jan 15]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/
- Kottke T, Wilkinson J, Baechler C, Danner C, Erickson K, O'Connor P, et al. Health care guideline: healthy lifestyles [Internet]. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement; 2016 [cited 2019 Jan 15]. Available from: https://www.icsi.org/_asset/1dc07s/HealthyLifestyles.pdf
- The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for Preventive Activities in General Practice. 9th ed. Melbourne: RACGP; 2016.
- Schmidt LA, Makela P, Rehm J, Room R. Alcohol: equity and social determinants equity. In: Blas E, Kurup AS, editors. Social Determinants and Public Health Programmes. Geneva: World Health Organization; 2010. P. 11-30.
- Cook BL, Liesveld J. Alcohol-related health problems. In: Wallace RB, editor. Maxcy-Rosenau-Last Public Health and Preventive Medicine. 15th ed. New York, NY: McGraw Hill; 2008. P. 999-1012.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: (DSM-IV). 4th ed, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: (DSM-V). 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996;312(7023):71-2.
- Glasgow RE, Davis CL, Funnell MM, Beck A. Implementing practical interventions to support chronic illness self-management. *Jt Comm J Qual Saf* 2003;29(11):563-74.
- Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J. Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002;22(4):267-84.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC). Australian guidelines to reduce health risks from drinking alcohol. Canberra: NHMRC; 2009.
- Newbury-Birch D, Walker J, Avery L, Beyer F, Brown N, Jackson K, et al. Impact of alcohol consumption on young people. A systematic review of published reviews. Newcastle, UK: Department for Children, Schools and Families; 2009.
- Thompson KD, Stockwell T, MacDonald S. Is there a 'low-risk' drinking level for youth? The risk of acute harm as a function of quantity and frequency of drinking. *Drug Alcohol Rev* 2012;31(2):184-93.
- Wadd S, Papadopoulos C. Drinking behaviour and alcohol-related harm amongst older adults: analysis of existing UK datasets. *BMC Res Notes* 2014;7:741.
- Heuberger RA. Alcohol and the older adult: A comprehensive review. *J Nutr Elder* 2009;28(3):203-35.
- Whitlock EF, Green CA, Polen MR. Behavioral counseling interventions in primary care to reduce risky/harmful alcohol use. Rockville, MD: US Government; 2004.
- Magnusson A, Göransson M, Heilig M. Early onset alcohol dependence with high density of family history is not "male limited". *Alcohol* 2010;44(2):131-9.
- Fell JC, Voas RB. The effectiveness of a 0.05 blood alcohol concentration (BAC) limit for driving in the United States. *Addiction* 2014;109(6):869-74.
- Driscoll TR, Harrison JA, Steenkamp M. Review of the role of alcohol in drowning associated with recreational aquatic activity. *Inj Prev* 2004;10(2):107-13.
- Suter PM, Schutz Y. The effect of exercise, alcohol or both combined on health and physical performance. *Int J Obes (Lond)* 2008;32 Suppl 6:S48-52.
- Sullivan LE, Fiellin DA, O'Connor PG. The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: a systematic review. *Am J Med* 2005;118(4):330-41.
- Beaulieu S, Saury S, Sareen J, Tremblay J, Schütz CG, McIntyre RS, et al; Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid substance use disorders. *Ann Clin Psychiatry* 2012;24(1):38-55.
- National Collaborating Centre for Mental Health. Generalised anxiety disorder in adults: Management in primary, secondary and community care. Leicester, UK: British Psychological Society and Royal College of Psychiatrists; 2011.
- Moore AA, Whiteman EJ, Ward KT. Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *Am J Geriatr Pharmacother* 2007;5(1):64-74.
- Johnson BA, Seneviratne C. Alcohol-medical drug interactions. *Handb Clin Neurol* 2014;125:543-59.
- O'Leary CM, Bower C. Guidelines for pregnancy: What's an acceptable risk, and how is the evidence (finally) shaping up? *Drug Alcohol Rev* 2012;31(2):170-83.
- World Health Organization (WHO). Management of substance abuse. Guidelines for identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. [Internet] Geneva: WHO; 2014 [cited 2019 Jan 15]. Available from: https://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/
- Smith PC, Schmidt SM, Allensworth-Davies D, Saitz R. Primary care validation of a single-question alcohol screening test. *J Gen Intern Med* 2009;24(7):783-8.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG, editors. AUDIT, The Alcohol Use Disorders Test: Guidelines for Use in Primary Care. 2nd ed. Geneva, Switzerland: The Department of Mental Health and Substance Dependence, World Health Organization; 2001.
- Frank D, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Kivlahan DR, Bradley KA. Effectiveness of the AUDIT-C as a screening test for alcohol misuse in three race/ethnic groups. *J Gen Intern Med* 2008;23(6):781-7.
- Bradley KA, Bush KR, Epler AJ, Dobie DJ, Davis TM, Sporleder JL, et al. Two brief alcohol-screening tests From the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation in a female Veterans Affairs patient population. *Arch Intern Med* 2003;163(7):821-9.
- Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Arch Intern Med* 1998;158(16):1789-95.
- Maisto SA, Saitz R. Alcohol use disorders: screening and diagnosis. *Am J Addict* 2003;12(s1):s12-s25.
- Jonas DE, Garbutt JC, Brown JM, Amick HR, Brownley KA, Council CL, et al. Screening, Behavioral Counseling, and Referral in Primary Care To Reduce Alcohol Misuse [Internet]. Rockville,

- MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2012 Jul, Report No.: 12-EHC055-EF.
35. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Alcohol-Use Disorders: Diagnosis, Assessment and Management of Harmful Drinking and Alcohol Dependence. NICE Clinical Guideline 115. London: NICE; 2011.
36. Tait RJ, Christensen H. Internet-based interventions for young people with problematic substance use: a systematic review. *Med J Aust* 2010;192(11 Suppl):S15-21.
37. White A, Kavanagh D, Stallman H, Klein B, Kay-Lambkin F, Proudfoot J, et al. Online alcohol interventions: a systematic review. *J Med Internet Res* 2010;12(5):e62.

Clinical guideline for prevention and control of alcohol consumption

Farzad Tajdini M.D.
Reza Shekarriz-Foumani M.D.
M.P.H.*
Parinaz Rezapour M.D.
Kambiz Abachizade M.D.,
M.P.H.
Maryam Mohseni M.D.

Department of Health and
Community Medicine, School of
Medicine, Shahid Beheshti
University of Medical Sciences,
Tehran, Iran.

*Corresponding author: Department of
Health and Community Medicine, School
of Medicine, Shahid Beheshti University
of Medical Sciences, Kodak Yar Ave.,
Daneshjo Blvd., Evin, Tehran, Iran.
Tel: +98- 21- 22439936
E-mail: r.shekarriz@sbmu.ac.ir

Abstract

Received: 04 Sep. 2018 Revised: 11 Sep. 2018 Accepted: 22 Feb. 2019 Available online: 01 Mar. 2019

Background: Using alcohol is one of the most important death factors that can be prevented. Lifestyle-related diseases are at the top cause of mortality and burden of disease, whereas most of them can be prevented. Considering the growing importance of diseases related to lifestyle (including alcohol abuse), providing evidence-based clinical guidelines for diseases and life-style related conditions which are in accordance with the newest scientific findings and with cultural and economic conditions in each country are required. The aim of this study was to develop a clinical guideline for prevention and control of alcohol consumption.

Methods: The type of study is initiation of a method or a scientific/administrative system (health system management studies) that uses the National Pattern of Localization of Clinical Guidelines in 2017 in Taleghani Hospital of Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran, by using the reviewed clinical guidelines, which was conducted by the end of 2017 based on organizational criteria, the availability of the full version of the clinical guideline and its up-to-datedness, and the appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE) scoring system. This clinical guideline was developed based on 5A Model (Assess, Advise, Agree, Assist and Arrange).

Results: In order to prevent and control alcohol abuse, a clinical guideline was developed based on five clinical guidelines including United States Preventive Services Task Force (USPSTF), Healthy lifestyle guideline (ICSI), the guidelines for preventive activities in general practice in Australia (RACGP), The Australian population health guide to risky behavioural risk factors in general practice (SNAP), and the guidelines related to lifestyle and wellbeing by the National Institute of Clinical Excellence of England (NICE) in the form of 5A model.

Conclusion: The best practice is according to the existing clinical guidelines for prevention and control of alcohol use screening, brief intervention (1-2 sessions) and behavioral counseling, treatment with cognitive behavioral interventions (2-6 sessions) and, if necessary, referrals to higher treatment centers. Referral is recommended for patients who have signs of substance dependence and need a level of care beyond brief service.

Keywords: alcoholism, cognitive behavioral therapy, guideline, healthy lifestyle, prevention and control, screening.