



Substance Use Disorders in the Elderly

Esmaeil Naseri *

Department of Psychology, Faculty of Ethics and Education, Institute for Humanities and Cultural Studies (IHCS).

Abstract

Psychoactive substances use is a growing challenge in the elderly. The purpose of this research is to investigate and summarize the most basic issues related to epidemiology, screening and treatment interventions for substance use disorders in the elderly. In this research, the literature review method was used. Results showed alcohol, tobacco, opioids and prescription drugs are the most common psychoactive substances used by the elderly. The elderly are prone to the use of substances often because of age-related burdens such as physical complaints and pain, retirement, financial losses, changes of the living situation, or social losses. At present, screening tools for the elderly are limited to alcohol. Due to the similarity of substance use syndrome with depression, delirium or dementia syndrome in the elderly, screening and assessment of comorbidities are of particular importance. The research literature related to the effectiveness and efficiency of treatment interventions for substance use disorders in the elderly is low and needs further research. The results of this study showed that therapeutic interventions for the elderly with substance use disorders should be adapted for them and that the identification and management of substance use disorders should be considered as part of the initial assessment of the elderly.


Keywords: The Elderly, Substance Use Disorders, Epidemiology, Screening, Therapeutic Interventions.

* Corresponding Author: e.naseri@ihcs.ac.ir

How to Cite: Naseri, E. (2023). Substance Use Disorders in the Elderly., *Journal of Culture of Counseling and Psychotherapy*, 14(54), 139-168.



اختلالات مصرف مواد در سالمندان

اسماعیل ناصری *  استادیار گروه روان‌شناسی پژوهشکده اخلاق و تربیت پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی، تهران، ایران

چکیده

مصرف مواد روان‌گردان چالشی رو به گسترش در سالمندان است. هدف از پژوهش حاضر، بررسی و خلاصه کردن اساسی‌ترین مباحث مرتبط با شیوع شناسی، غربال‌گری و مداخلات درمانی برای اختلالات مصرف مواد در بین سالمندان است. در این پژوهش از روش مروری استفاده شد. یافته‌ها نشان دادند الکل، تنباکو، آپئوئیدها و داروهای تجویزی از شایع‌ترین مواد روان‌گردان مصرفی در بین سالمندان هستند. سالمندان، اغلب مستعد استفاده از مواد به دلیل چالش‌های مرتبط با سن مانند شکایات فیزیکی و درد، بازنشستگی، زیان‌های مالی، تغییرات وضعیت زندگی یا فقدان‌های اجتماعی هستند. در حال حاضر ابزارهای غربالگری مصرف مواد برای سالمندان فقط محدود به الکل است. با توجه به شباهت نشانگان مصرف مواد با نشانگان افسردگی، هذیان یا زوال عقل در سالمندان، غربالگری و سنجش همبودی‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار هستند. ادبیات پژوهشی مرتبط با اثربخشی و کارآمدی مداخلات درمانی اختلالات مصرف مواد در سالمندان کم و نیازمند پژوهش‌های بیشتر است. نتایج این پژوهش نشان داد مداخلات درمانی برای سالمندان مبتلا به اختلالات مصرف مواد باید برای آن‌ها مناسب‌سازی شوند و اینکه شناسایی و مدیریت اختلالات مصرف مواد باید به‌عنوان بخشی از سنجش اولیه سالمندان در نظر گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: سالمندان، اختلالات مصرف مواد، شیوع شناسی، غربالگری، مداخلات درمانی.

مقدمه

اختلالات مصرف مواد^۱ (SUDs) یک مسئله بهداشت عمومی مهم است. تأثیر اجتماعی، اقتصادی و مالی سوء مصرف مواد بر زندگی افراد و خانواده‌های آنها کاملاً آشکار است به گونه‌ای که در بیشتر موارد، مصرف مواد منجر به از دست دادن خانه، شغل و روابط و همچنین مسائل مهم پزشکی می‌شود. اعضای خانواده سوء مصرف کنندگان مواد مانند فرزندان و همسران نیز قربانیان ثانویه با عواقب ترومایی چشمگیر هستند (آکرله^۲، ۲۰۲۲). اگرچه نوجوانی یک دوره حساس^۳ برای سوء مصرف مواد است (جوردن و اندرسون^۴، ۲۰۱۷)، تجربه مصرف مواد در همه گروه‌های سنی از جمله سالمندان وجود دارد. سالمندی همراه با تغییرات گوناگون جسمانی، روانی و اجتماعی است که می‌تواند آنها را مستعد مصرف مواد نماید (جزایری و مشتاق، ۱۳۸۵)، اغلب به دلیل چالش‌های مرتبط با سن مانند شکایات فیزیکی و درد، بازنشستگی و عدم ساختار روزانه، زیان‌های مالی، تغییرات وضعیت زندگی یا فقدان‌های اجتماعی (کاسمن^۵ و همکاران، ۲۰۱۶). ادراک تنهایی، پوچ‌انگاری، نگرش‌های غیرواقع‌بینانه، سرگردانی در زندگی و غوطه‌وری در هیجان‌ات از جمله چالش‌های سلامت روانی سالمندان هستند (مصلحی، نعیمی و واحدی، ۱۴۰۰). هرچند، سوء مصرف مواد در بین سالمندان توجه نسبتاً کمی را، چه به‌عنوان یک تمرکز بالینی و چه به‌عنوان یک حوزه پژوهشی به خود جلب کرده است. این غفلت آشکار از گروه مهمی از افراد آسیب‌دیده ممکن است تا حدی با سوگیری‌ها فرهنگی غالب در بین اعضای خانواده و بالین گران توضیح داده شود که به حداقل رساندن وسعت درک شده از دامنه مشکلات در بین سالمندان کمک می‌کند (سالیوان و لوین^۶، ۲۰۱۶). سالمندی به الگوی عدم تشخیص کمک می‌کند، زیرا رفتاری که در بزرگسالان جوان‌تر به‌عنوان یک

1. Substance Use Disorders (Suds)

2. Akerele, E.

3. Sensitive Period

4. Jordan, C. J., & Andersen, S. L.

5. Cossmann, J. C.

6. Sullivan, M., & Levin, F.

مشکل در نظر گرفته می‌شود، همان فوریت را برای مراقبت در سالمندان ایجاد نمی‌کند (سامهسا^۱، ۱۹۹۸). پزشکان مراقبت‌های اولیه و همچنین دیگر متخصصان به‌طور معمول سالمندان را از نظر اختلالات مصرف مواد بررسی یا غربالگری نمی‌کنند (راثروف^۲ و همکاران، ۲۰۱۱). هرچند سالمندان برای سوء مصرف الکل (گران^۳ و همکاران، ۲۰۰۴)، کانابیس، داروها (هوانگ^۴ و همکاران، ۲۰۰۶) و مواد غیرقانونی (گران^۳ و همکاران، ۲۰۱۶) در مقایسه با گروه‌های سنی جوان‌تر معمولاً در معرض خطر کمتری هستند، در طی دو دهه گذشته، بالین گران، محققان و سیاست‌گذاران نسبت به افزایش مصرف ناسالم مواد (وست^۵ و همکاران، ۲۰۱۵) و مشکلات مصرف مواد (جست^۶ و همکاران، ۲۰۱۸) در جمعیت سالمندان نگران شده‌اند. این احتمال وجود دارد که نیاز به درمان اختلالات مصرف مواد در این جمعیت با فزونی تعداد آن‌ها به نسبت کل جمعیت افزایش یابد (وینست^۷، ۲۰۱۰) و تغییرات نسلی در نگرش در مورد سوء مصرف مواد در میان سالمندان ایجاد شود (لی^۸ و همکاران، ۲۰۰۸). به‌طور کلی پیش‌بینی‌ها حاکی از آن است که افزایش عمده در مصرف مواد غیرقانونی، اختلال مصرف مواد (هان^۹، ۲۰۰۹) و نیاز به درمان (گفریر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۳) در بین سالمندان در راه است. برای مثال تجزیه و تحلیل روند داده‌های حاصل از مطالعات شیوع شناختی مبتنی بر جمعیت ایالات متحده با این پیش‌بینی‌ها سازگار است. در بررسی ملی شیوع شناسی الکل و شرایط مرتبط^{۱۱} (نسارس) در این کشور، باده‌نوشی پرخطر تا ۶۵٪ و اختلال مصرف الکل بین سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۰۲ و ۲۰۱۳-۲۰۱۲، ۱۰۶،۷٪ در بین بزرگ‌سالان ۶۵ ساله و بالاتر افزایش یافته است: تخمین زده

1. SAMHSA
2. Rothrauff, T. C.
3. Grant, B. F.
4. Huang, B.
5. West, N. A.
6. Jeste, D. V.
7. Vincent, G. K.
8. Lay, K.
9. Han, B.
10. Gfroerer, J.
11. National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)

می‌شود که ۱،۵٪ از سالمندان در سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۰۲ و ۳،۱٪ در سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۱۳ اختلالات مصرف الکل را تجربه کرده‌اند (گران‌ت و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین داده‌های ناسرس در این کشور نشانگر افزایش مصرف الکل (۱۹،۲٪) و اختلال مصرف الکل (۲۳،۳٪) از سال ۲۰۰۵ تا ۲۰۱۴ در میان بزرگ‌سالان ۵۰ ساله و بالاتر است (هان و همکاران، ۲۰۱۷). استفاده غیرپزشکی از کانابیس و داروهای تجویزی نیز در بین میان‌سالان (۵۰ تا ۶۴ سال) و سالمندان (+۶۵) افزایش یافته است (هان و همکاران، ۲۰۱۷)؛ اسکپیس و مک کیب^۱، (۲۰۱۶). مصرف کانابیس از ۲،۸٪ در سال‌های ۲۰۰۶-۲۰۰۷ به ۴،۸٪ در سال‌های ۲۰۱۲-۲۰۱۳ افزایش یافته است (هان^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین با تجزیه و تحلیل داده‌های ناسرس، روندهای مشابهی برای استفاده از داروهای تجویزی غیرپزشکی شناسایی و افزایش سوء مصرف مواد مخدر^۳، آرام‌بخش^۴ و محرک‌ها^۵ در بین بزرگ‌سالان ۵۰ ساله و بالاتر گزارش شده است (اسکپیس و مک کیب، ۲۰۱۶). نرخ درمان مصرف مواد غیرقانونی نیز در آمریکا افزایش یافته است (آرنت^۶ و همکاران، ۲۰۱۱). در حالی که در سال ۱۹۹۸، سالمندان ۲،۸۶٪ از پذیرش‌ها در این حوزه را تشکیل می‌دادند، این میزان در سال ۲۰۰۸ به ۴،۴۲ درصد افزایش یافته است (ساکو^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). به‌طور کلی پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهند متولدین سال‌های بین ۱۹۴۶ تا ۱۹۶۴ که از آن‌ها به‌عنوان نسل بیبی بومرز^۸ یاد می‌شود در معرض بالاترین خطر افزایش نرخ سوء مصرف مواد هستند (راو^۹، ۲۰۲۱). پیش‌بینی شده است تا سال ۲۰۲۰ تعداد سالمندان مبتلا به اختلالات مصرف مواد که تحت درمان قرار می‌گیرند در ایالات متحده سه برابر و

1. Schepis, T. S., & McCabe, S. E.
2. Han, B. H.
3. Opioid
4. Tranquilizer
5. Stimulant
6. Arndt, S.
7. Sacco, P.
8. Baby Boomers
9. Rao, R.

در اروپا دو برابر شود (وو و بلیزر^۱، ۲۰۱۴). این تغییرات بدون شک در سه دهه آینده گسترش خواهند یافت و حامل پیامدهایی برای متخصصان سلامت رفتاری هستند (ساکو و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به نیاز رو به افزون متخصصان پیری‌شناسی^۲، روان‌پزشکی و به‌طور کلی مراقبت‌های بهداشتی به اطلاعات بیشتر در مورد ارزیابی و مداخلات مربوط به مصرف مواد در میان سالمندان (کوربیس^۳ و همکاران، ۲۰۱۴)، در این مقاله مروری، اساسی‌ترین مباحث مرتبط با تشخیص، شیوع شناسی، غربال‌گری و مداخلات درمانی برای اختلالات مصرف مواد در بین سالمندان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

روش

در این پژوهش از روش مروری بر ادبیات^۴ پژوهشی استفاده شد است. برای گردآوری داده‌ها، با استفاده از کلیدواژه‌های اختلال بیش‌فعالی همراه با نقص در توجه، اختلالات مصرف مواد و همبودی مقالات مرتبط با استفاده از موتورهای جستجوگر Google Scholar و PubMed و همچنین در پایگاه‌های داده‌ای NOORMAGS، SID و irandoc مورد جستجو قرار گرفتند. در مقالات مروری روندها در ادبیات پژوهشی ثبت می‌شوند. در این مقالات، مسئله تعریف و روشن می‌شود، خلاصه تحقیقات قبلی برای اطلاع خوانندگان از وضعیت تحقیق ارائه می‌شود، روابط، تضادها، شکاف‌ها و ناسازگاری‌ها در ادبیات پژوهشی شناسایی و در پایان گام‌های بعدی را برای حل مسئله پیشنهاد می‌شوند (انجمن روان‌شناسی آمریکا^۵، ۲۰۲۰).

یافته‌ها

در روش پژوهش مروری چکیده‌هایی روایی و ارزیابی یافته‌ها یا نظریه‌ها در یک زمینه

-
1. Wu, L. T., & Blazer, D. G.
 2. gerontology
 3. Kuerbis, A.
 4. Literature review
 5. American Psychological Association

ادبیات^۱ پژوهشی ارائه می‌شوند و می‌تواند پژوهش‌هایی با روش کیفی، کمی و یا ترکیبی را شامل شود. در این بخش ابتدا یافته‌های مربوط به تشخیص اختلالات مصرف مواد در سالمندان و در ادامه یافته‌های شیوع شناسی، غربال‌گری و درمان به تفکیک نوع ماده روان‌گردان الکل، تنباکو، کانابیس، داروها و آپوئیدها^۲ ارائه می‌شوند.

تشخیص

ملاک‌های تشخیص کلی برای اختلالات مصرف مواد در DSM-5 آمده است که برای همه گروه‌های سنی و انواع مواد به‌استثنای کافئین قابل‌استفاده هستند. پیچیدگی شناسایی مشکلات سوءمصرف مواد در سالمندان در ارتباط با این واقعیت است که نشانگان مصرف مواد یا مسمومیت ممکن است مشابه افسردگی، هذیان یا زوال عقل باشد (کوچل^۳ و همکاران، ۲۰۱۲؛ مکینز و پاول، ۱۹۹۴). افسردگی در بین سالمندان امری شایع است و میزان آن در بین سالمندان مقیم مراکز سالمندی بیشتر از افرادی است که در جامعه زندگی می‌کنند. همچنین میزان این اختلال در بین زنان این مراکز شایع‌تر از مردان است (سهرابی و کریمی، ۱۳۸۹). از این‌رو، بالین‌گران باید تمام تلاش خود را برای غربالگری و ارزیابی همبودی‌ها انجام دهند. داده‌های زمینه‌یابی ملی مصرف مواد و سلامت^۴ (نسده) در سال ۲۰۰۹ نشان داد که برخی از معیارهای DSM، به دلیل فیزیولوژی پیری و شرایط اجتماعی منحصربه‌فردی که ممکن است افراد مسن با آن مواجه شوند، نیاز به توجه ویژه در سالمندان دارند. با در نظر گرفتن این موضوع، استفاده دقیق از DSM-5 ممکن است منجر به عدم تشخیص سالمندان مبتلا به SUDs شود. رویکرد دیگر در تشخیص افراد مسن مبتلا به SUDs یک طبقه‌بندی مقوله‌ای دوسطحی^۵ است: در معرض خطر و مصرف مشکل‌ساز مواد. اولین سطح با استفاده از ماده‌ای بیش از مقدار توصیه‌شده تعریف می‌شود. مصرف

-
1. literature base
 2. opioids
 3. Koechl, B.
 4. National Survey on Drug Use and Health (NSDUH)
 5. two-tier categorical classification

مشکل‌ساز بر تأثیر منفی بالقوه مرتبط با مصرف به‌جای کمیت و دفعات مصرف تأکید می‌کند (کوربیس و همکاران، ۲۰۱۴). هنگام در نظر گرفتن داروهای تجویز شده، احتمال استفاده نادرست^۱ از داروها نیز وجود دارد. استفاده نادرست می‌تواند شامل تنظیم دوزها بدون دستور پزشک، مصرف ناخواسته دوزهای بیشتر از مقدار تجویز شده یا مصرف دارو برای موارد مصرفی غیر از مصرف موردنظر باشد (مکینز و پاول^۲، ۱۹۹۴). سنجش استفاده نادرست ممکن است به بیماران کمک کند تا به مقدار داروهای تجویز شده پایبند باشند و احتمال عوارض جانبی مرتبط با برخی از داروهای تجویزی کاهش یابد (ماری و ریچلی^۳، ۲۰۱۸).

اختلال مصرف الکل

شیوع شناسی. تقریباً یک دهه پیش نتیجه بررسی‌هایی انجام شده نشان داد ۴۰٪ از افراد سالمند در ایالات متحده الکل مصرف می‌کنند (ماری و ریچلی، ۲۰۱۸). تصور اولیه این بود که مصرف مواد به تدریج با افزایش سن کاهش می‌یابد (کامینگز^۴ و همکاران، ۲۰۰۶)، با این حال این تصور در مطالعات اخیر به چالش کشیده شده است. در واقع، ۹٪ از سالمندان به شکل افراطی الکل مصرف می‌کنند و حدود ۲٫۵٪ از آن‌ها ملاک‌های اختلال مصرف الکل را برآورده می‌کنند (سامسها، ۲۰۱۳). اجماع عمومی همچنین این است که سالمندان تمایل دارند مصرف الکل را به حداقل برسانند و اینکه پزشکان مراقبت‌های اولیه نیز به اندازه کافی برای مصرف مداوم الکل غربالگری نمی‌کنند (بروک^۵ و همکاران، ۲۰۱۳). برخی از عوامل خطر برای مصرف بیش‌ازحد الکل عبارت‌اند از جنسیت مرد، از نژاد قفقازی بودن^۶ و طبقه اجتماعی-اقتصادی بالا (مریک^۷ و همکاران، ۲۰۰۸). مسائل پزشکی

1. misuse
2. McInnes, E., & Powell, J.
3. Maree, R. D., & Riccelli, C. A.
4. Cummings, S. M.
5. Borok, J.
6. Caucasian
7. Merrick, E. L.

زیادی وجود دارد که با مصرف الکل در سالمندان ایجاد می‌شود، از جمله سگته مغزی خونریزی دهنده^۱، زخم‌ها^۲، سرطان کبد و معده، فشارخون بالا و آریتمی است (کرچنر^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). در واقع، نوشیدن زیاد الکل می‌تواند منجر به افزایش خطر افتادن و اختلال شناختی اولیه شود (رحم^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین مصرف الکل تداخلات متوسط تا شدیدی با داروها دارد (مور^۵ و همکاران، ۲۰۰۷). همبودی الکل و اختلالات عاطفی^۶ منجر به دوره درمانی پیچیده‌تر و نشانگان انزوای بیشتر و حتی افزایش بروز افکار خودکشی می‌شود (ماواندادی و اسلین^۷، ۲۰۱۵). یک مطالعه طولی نشان داده است که در افراد بالای ۵۰ سال شروع جدید^۸ اختلالات عاطفی و اضطرابی ممکن است با مصرف الکل همبود ایجاد شود. تمام اختلالات شخصیتی و عاطفی با افزایش شانس ابتلا به دو اختلال مصرف الکل و تنباکو در سالمندان همبسته بودند؛ همچنین هرگونه اختلال خلقی در طول زندگی با افزایش شانس استفاده از الکل در سال گذشته همبسته بود (لین^۹ و همکاران، ۲۰۱۴). بین مصرف الکل سالمندان ایرانی و طلاق همبستگی وجود دارد (صابری و همکاران، ۲۰۱۸).

غربالگری سالمندان برای مصرف الکل در بین متخصصان مراقبت‌های اولیه محدود است. پرسشنامه کیج^{۱۰} احتمالاً رایج‌ترین ابزار مورد استفاده برای غربالگری مصرف الکل است. این آزمون از ۴ پرسش تشکیل شده است (اوینگک^{۱۱}، ۱۹۸۴). پرسشنامه کیج بین استفاده مادام‌العمر و استفاده فعلی تفاوتی قائل نمی‌شود. دو ویژگی حساسیت^{۱۲} و

1. Hemorrhagic Stroke
2. Ulcers
3. Kirchner, J. E.
4. Rehm, J.
5. Moore, A. A.
6. Affective Disorders
7. Mavandadi, S., & Oslin, D.
8. Onset
9. Lin, J. C.
10. Cage Questionnaire
11. Ewing, J. A.
12. Sensitivity

اختصاصی بودن^۱ این آزمون به ترتیب ۸۶٪ و ۷۸٪ است. آزمون شناسایی اختلالات مصرف الکل^۲ (AUDIT) توسط سازمان بهداشت جهانی ساخته شده است و در سالمندان نیز مورداستفاده قرار گرفته است (بابور^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). دو ویژگی حساسیت و اختصاصی بودن این آزمون در نمونه‌ای تقریباً با ۲۰۰ سالمند در مراکز مراقبت اولیه، به ترتیب ۶۶،۷٪ و ۹۵،۳٪ اندازه‌گیری شده است (گومز^۴ و همکاران، ۲۰۰۶). AUDIT-C فرم کوتاه AUDIT است که با ده سؤال مصرف الکل، مقدار و دفعات آن را مورداندازه‌گیری قرار می‌دهد. آزمون غربالگری الکل میشیگان-سالمندان^۵ (MAST-G) نخستین آزمون ساخته شده برای مصرف الکل در سالمندان است (بلو^۶ و همکاران، ۱۹۹۲). این آزمون دارای ۲۴ سؤال است که معمولاً در قالب بله/خیر با ۵ یا بیشتر پاسخ مثبت ارائه می‌شود که نشان‌دهنده مصرف الکل است که ممکن است ملاک‌های اختلال مصرف الکل را برآورده کند. این آزمون هنگام مصرف الکل بر عوامل استرس‌زا و نشانه‌های رفتاری تمرکز می‌کند (بلو و همکاران، ۱۹۹۸). دو ویژگی حساسیت و اختصاصی بودن این آزمون بالا و به ترتیب ۹۵٪ و ۷۸٪ است (اکانل^۷ و همکاران، ۲۰۰۴). نسخه کوتاه MAST-G از ده پرسش (بلو و همکاران، ۱۹۹۸) تشکیل شده است. ابزار ارزیابی خطر همبودی-الکل^۸ افراد مسن را با رفتارهای خاصی که می‌تواند آن‌ها را در معرض خطر قرار دهد، شناسایی می‌کند (اکانل و همکاران، ۲۰۰۴؛ چاپمن و وو^۹، ۲۰۱۴). این ابزار در افراد مسن به‌ویژه با حساسیت ۹۲٪ اما ویژگی اختصاصی بودن تا حدودی پایین ۵۱٪ مفید است.

درمان اختلال مصرف الکل در سالمندان

1. Specificity
2. The Alcohol Use Disorders Identification Test
3. Babor, T. F.
4. Gómez, A.,
5. The Michigan Alcohol Screening Test-Geriatric (Mast-G)
6. Blow, F. C.
7. O'connell, H.
8. The Comorbidity-Alcohol Risk Evaluation Tool
9. Chapman, S. L. C., & Wu, L. T.

درمان‌های غیر دارویی

۱. گروه‌های خودیاری: افراد مسن ممکن است از الکی‌های گمنام و سایر گروه‌های اجتماعی حمایت‌کننده بهره‌مند شوند. تحرک و شیوه‌های دسترسی به این گروه‌ها و غلبه کلی جوانان در این گروه‌ها، از چالش‌های استفاده از این روش درمانی است (الکی‌های گمنام، ۲۰۰۴).

۲. مداخلات کوتاه. در مطالعه‌ای که بیش از سه ماه به طول کشید نمونه‌ای از سالمندان پرخطر برای مصرف الکل ساکن در یک مرکز مراقبت‌های اولیه شناسایی و در دو گروه به‌طور تصادفی جایگزین شدند. نیمی از شرکت‌کنندگان کتابچه‌ای در مورد مصرف الکل دریافت کردند. نیمی دیگر گزارش شخصی، کتابچه‌ای در مورد الکل و پیری، دفترچه ثبت مصرف الکل، مشاوره از متخصصان مراقبت‌های اولیه و مشاوره تلفنی از یک مربی بهداشت در هفته‌های ۲، ۴ و ۸ دریافت کردند. پیگیری‌ها نشان داد نسبت سالمندان در معرض خطر کاهش نیافت، اما میزان مصرف الکل آن‌ها در طول یک سال کاهش یافت (مور و همکاران، ۲۰۱۱). مثال دیگر از مداخلات کوتاه کاربرد روش‌های مبتنی بر شواهد مانند فنون مصاحبه انگیزشی در مکان‌هایی مثل خانه، قرارگاه‌های مراقبت‌های اولیه یا مراکز سالمندی در پروژه مداخله و درمان مختصر برای سالمندان^۱ است که در ایالت فلوریدا انجام شد. مشاوران برای انجام مداخله به مدت ۱ تا ۵ جلسه آموزش دیدند. برخی از شرکت‌کنندگان نیز به مدت ۱۶ جلسه درمان شناختی رفتاری دریافت کردند. در مجموع این مداخلات موجب کاهش سوءمصرف الکل در سالمندان شدند. همچنین مطالعات دیگر نشان می‌دهند مشاوره اولیه و آموزش توسط یک پزشک می‌تواند در کاهش مصرف الکل مفید باشد (آران^۲ و همکاران، ۲۰۰۸).

درمان دارویی

در حال حاضر FDA چهار داروی آکامپروسات، دی سولفیرام، نالتراکسون خوراکی و

1. Brief Intervention and Treatment for Elders

2. Areán, P. A.

نالترکسون تزریقی طولانی رهش را برای اختلال مصرف الکل تأیید کرده است (استال^۱، ۲۰۱۴). در تجویز آکامپروسات به سالمندان باید توجه ویژه‌ای به افراد مبتلابه بیماری مزمن کلیوی شود. این دارو در درمان اختلال مصرف الکل مؤثر در نظر گرفته می‌شود، هرچند هیچ کار آزمایشی تصادفی کنترل‌شده^۲ (RCT) برای آن وجود ندارد (میترا^۳، ۲۰۲۲). مصرف دی سولفیرام در سالمندان به دلیل عوارض قلبی عروقی توصیه نمی‌شود. همچنین برای بزرگ‌سالان مبتلابه بیماری مزمن کبدی توصیه نمی‌شود (کاپوتو^۴ و همکاران، ۲۰۱۲). نالترکسون که یک آنتاگونیست گیرنده مواد افیونی است نیز برای افراد مبتلابه بیماری مزمن کبدی باید با احتیاط خاصی تجویز شود. در یک RCT نشان داده شد که درمان با نالترکسون می‌تواند موجب کاهش مصرف الکل در میان کهنه سربازان بالای ۵۰ سال شود (کوربیس و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین نشان داده شده است که سالمندان بیشتر به داروها پایبند هستند (اوسلین^۵ و همکاران، ۲۰۰۲). در فرایند سم‌زدایی از مسمومیت حاد الکلی، سالمندان بیشتر مستعد علائم پزشکی ترک مانند دلیریوم ترمنس و تشنج هستند (کاپوتو و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین بنزودیازپین‌های کوتاه اثر برای سالمندان مبتلابه بیماری مزمن کبدی ترجیح داده می‌شوند (استال، ۲۰۱۴). اثربخشی دارودرمانی در ترکیب با روان‌درمانی در درمان زنان سالمند وابسته به الکل نشان داده شده است (سوزین^۶ و همکاران، ۲۰۲۱).

اختلال مصرف تنباکو

شیوع شناسی. تنباکو دومین ماده پرمصرف در میان سالمندان است. در مطالعه‌ای با بررسی شیوع طول عمر نشان داده شد که در حدود ۵۲٪ از سالمندان در طول زندگی خود از تنباکو استفاده کرده‌اند و در ۱۲ ماه گذشته در حدود ۱۴٪ از آنها از نوعی تنباکو استفاده

1. Stahl, S. M.
2. randomized controlled trial
3. Mitra, P.
4. Caputo, F.
5. Oslin, D. W.
6. Sosin, I.

کرده‌اند (مور و همکاران، ۲۰۰۹). دیگر مطالعات شیوع شناسی نشان می‌دهند که سالمندان سیگاری معمولاً مرد، مجرد و سیگاری طولانی‌مدت هستند (هال^۱ و همکاران، ۲۰۰۹). مصرف تنباکو نه تنها عامل بیماری‌های قلبی و ریوی در تمام سنین است، بلکه در سالمندان تأثیر منفی بر شناخت دارد و با زوال عقل مرتبط است (انستی^۲ و همکاران، ۲۰۰۷). سیگار کشیدن به‌ویژه در زنان سالمند با افزایش خطر ابتلا به پوکی استخوان و سرطان سینه همراه است (راپوری^۳ و همکاران، ۲۰۰۷). ابتلای به اختلال خلقی یا اختلال شخصیت با افزایش مصرف تنباکو در سالمندان مرتبط است (لین^۴ و همکاران، ۲۰۱۴). بین مصرف سیگار سالمندان ایرانی و جنسیت، درآمد و کار همبستگی وجود دارد (صابری و همکاران، ۲۰۱۸).

غربالگری. ابزار خاصی برای غربالگری مصرف تنباکو در سالمندان وجود ندارد (میترا، ۲۰۲۲).

مداخلات غیر دارویی. متأسفانه محدودیت‌هایی در درمان مؤثر برای سالمندان وجود دارد. مطالعات کمی وجود دارد که نشان می‌دهد مصاحبه انگیزشی در سالمندان مؤثر است (هوکانسون^۵ و همکاران، ۲۰۰۶). سالمندان در این مطالعات بیشتر درگیر بحث در مورد اثرات منفی سیگار بودند.

مداخلات دارویی. مداخلات زیادی برای قطع مصرف تنباکو وجود دارد اما در سالمندان کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. محصولات زیادی از جمله آدامس نیکوتینی، قرص و چسب‌های نیکوتینی وجود دارد که بدون نسخه در دسترس هستند. در سالمندان، مصرف قرص ساده‌تر از آدامس است، زیرا آدامس ممکن است در افرادی که آسیب فک و اختلال عملکرد فک پایین دارند، گیر کند. در افراد مبتلا به اختلال شناختی، می‌توان از چسب نیکوتین استفاده کرد (ماری و ریچلی، ۲۰۱۸). ترکیب درمان‌های جایگزین

-
1. Hall, S. M.
 2. Anstey, K. J.
 3. Rapuri, P. B.
 4. Lin, J. C.
 5. Hokanson, J. M.

نیکوتین^۱ در جمعیت عمومی مؤثر بوده است اما شواهد محدودی برای سالمندان وجود دارد (هارتمن-بویس و اویارد^۲، ۲۰۱۶). بوپروپیون، دیگر داروی رایج برای قطع مصرف تنباکو، (مهارکننده بازجذب دوپامین- نوراپی نفرین) موثرتر از NRT در سالمندان نیست (کاکویل^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). وارنیکلین یک آگونیست نیکوتین است که در حال حاضر به‌طور گسترده برای کمک به ترک نیکوتین استفاده می‌شود اما در سالمندان مطالعه نشده است (گریسون و دوگان^۴، ۲۰۰۹).

اختلال مصرف کانابیس

شیوع شناسی. در بین مواد روان‌گردان غیرقانونی، مصرف کانابیس یا مشتقات گیاه شاهدانه از همه رایج‌تر است. حدود ۳،۹٪ از بزرگسالان بالای ۵۰ سال از سال ۲۰۰۸ تا ۲۰۱۲ از کانابیس استفاده کرده‌اند (کسکی^۵ و همکاران، ۲۰۱۷). جنسیت مرد و نژاد قفقازی از عوامل خطر مصرف کانابیس هستند. تخمین زده شده است که مصرف ماری‌جوانا در میان بزرگسالان بالای ۵۰ سال از ۱٪ در سال‌های ۱۹۹۹-۲۰۰۰ به ۲،۹٪ در سال ۲۰۲۰ افزایش یافته است (کولیویر^۶ و همکاران، ۲۰۲۰). نسل بچه‌های بومر نگرش مطلوب‌تری نسبت به قانونی کردن کانابیس دارند. این تغییر نگرش همچنین با داشتن دیدگاه‌های مثبت بیشتر در مورد اثر دارویی کانابیس همراه بوده است (بلک و جوزف^۷، ۲۰۱۴). بین مصرف کانابیس سالمندان ایرانی و جنسیت و درآمد همبستگی وجود دارد (صابری و همکاران، ۲۰۱۸).

خطرات مصرف در سالمندان. مصرف ماری‌جوانا در سالمندان می‌تواند افزایش ضربان قلب، همچنین تعداد تنفس و افزایش خطر حمله قلبی را موجب شود (کوربیس و

-
1. nicotine replacement therapy (NRT)
 2. Hartmann-Boyce, J., & Aveyard, P.
 3. Cawkwell, P. B.
 4. Garrison, G. D., & Dugan, S. E.
 5. Kaskie, B.
 6. Colliiver, J. D.
 7. Black, P.A., & Joseph, L.J.

همکاران، ۲۰۱۴).

غربالگری. ابزار خاصی برای غربالگری مصرف کانابیس در سالمندان وجود ندارد (میترا، ۲۰۲۲).

مداخلات غیر دارویی. به طور کلی، درمان غیر دارویی اختلال مصرف کانابیس در سالمندان از ادبیات پژوهشی کمی برخوردار است. با این حال، شواهد موجود نشان دهنده کارایی درمان بهبود انگیزشی^۱ (MET)، CBT و قرارداد وابستگی است. با توجه به ادبیات پژوهشی، ترکیب هر سه روش، بهترین نتیجه را در پی خواهد داشت، به ویژه در کاهش فراوانی و کمیت سوء مصرف (رامش و هانی،^۲ ۲۰۱۵).

مداخلات دارویی. بررسی ادبیات پژوهشی موجود نشان می دهد، هیچ عامل دارویی خاصی اثربخشی واضحی را برای درمان اختلال مصرف کانابیس در جمعیت بزرگسالان یا برای جمعیت سالمندان نشان نداده است. در مطالعه‌ای کاهش قابل توجهی در مصرف کانابیس در میان بزرگسالان مبتلابه افسردگی همبود در درمان با فلوکستین نشان داده شد. از آنجایی که تعداد سالمندان مبتلابه اختلال مصرف کانابیس در حال افزایش است، این حوزه برای پژوهش‌های آینده ضروری است (رامش و هانی، ۲۰۱۵).

استفاده نادرست از داروهای تجویز شده

در سال ۲۰۱۲، ۲٫۹ میلیون نفر از بزرگسالان بالای ۵۰ سال، مصرف داروهای روان گردان^۳ تجویزی را گزارش کرده‌اند (کوربیس و همکاران، ۲۰۱۴). حدود ۱٫۴ میلیون نفر از بزرگسالان بالای ۵۰ سال، استفاده نادرست از داروها را گزارش کرده‌اند. پیش‌بینی شده است استفاده غیر پزشکی از داروهای تجویزی (آپیوئیدها، آرام‌بخش‌ها^۴، مسکن‌ها^۵ و محرک‌ها) از ۱٫۲٪ تا ۲٫۴٪ در سال ۲۰۲۰ افزایش خواهد یافت (ماری و

1. Motivational Enhancement Therapy (MET)

2. Ramesh, D., & Haney, M.

3. Psychotropic Drugs

4. Sedatives

5. Tranquilizers

ریچلی، ۲۰۱۸). زن بودن، سابقه قبلی سوء مصرف مواد، اختلال سلامت روان همراه و انزوا از عوامل استفاده نادرست از داروهای تجویزی است. تجویز داروهای روان‌گردان نیز می‌تواند خطر استفاده غیرپزشکی، سوء مصرف یا وابستگی از این داروها را در کاربران افزایش دهد (اچیدلی^۱ و همکاران، ۲۰۱۳؛ کالبرسون و زیسکا^۲، ۲۰۰۸). بنزودیازپین‌ها از جمله داروهای روان‌پزشکی هستند که بیشترین تجویز را دارند (اچیدلی و همکاران، ۲۰۱۳). بنزودیازپین‌ها مواد محلول در چربی با نیمه عمر طولانی هستند. فارماکوکینتیک (روشی که بدن ما داروها را تجزیه می‌کند) با افزایش سن تغییر می‌کند و بنزودیازپین‌ها می‌توانند مدت بیشتری در بدن سالمندان با متابولیسم آهسته باقی بمانند. بنزودیازپین‌ها خطر افتادن، شکستگی، دلیریم و اختلالات خواب را افزایش می‌دهند (داولینگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۸). شایان ذکر است، استفاده نادرست از بنزودیازپین و آپوئید در سال گذشته با افکار خودکشی سال گذشته در بزرگسالان بالای ۵۰ سال مرتبط است (اچیدلی و همکاران، ۲۰۱۳). بین مصرف داروهای آرام‌بخش در سالمندان ایرانی و کار همبستگی وجود دارد (صابری و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین بین سابقه مصرف مواد با سوء مصرف داروها در سالمندان ایرانی همبستگی وجود دارد (اسداللهی و همکاران، ۱۳۸۶).

غربالگری. استفاده نادرست از داروهای تجویزی در سالمندان اغلب با نشانگان جسمانی آشکار می‌شود. علائم و نشانه‌های رایجی وجود دارد از جمله افتادن‌های مکرر، کبودی، سوختگی، سردرد، از دست دادن حافظه، عدم رعایت بهداشت و غیره. یکی از راه‌های غربالگری پیروی از روش پیگیری زمانی^۴ است، یعنی پایش آینده‌نگر، ثبت مصرف دارو و سپس استفاده از یک چارچوب زمانی برای محاسبه مصرف مواد (ماواندادی و اسلین، ۲۰۱۵). داده‌های شبکه مصرف دارو و مواد ایالات متحده^۵ به‌طور مداوم نشان داده است که ویژگی‌های فزاینده‌ای در بخش‌های اورژانس برای مصرف مواد

-
1. Achildi, O.
 2. Culbertson, J. W., & Ziska, M.
 3. Dowling, G. J.
 4. time follow back method
 5. the US drug and substance use network data

غیرقانونی وجود داشته است. در بزرگسالان بالای ۵۵ سال، مصرف بنزودیازپین‌ها پس از اُپیوئیدها شایع‌ترین است.

مداخلات غیر دارویی. شواهد موجود نشان می‌دهد که ارسال نامه مداخله‌ای که به بیماران توصیه می‌کند به تدریج مصرف بنزودیازپین را کاهش دهند، ارزیابی میل به مصرف بنزودیازپین در مداخلات درمانی که مصرف کنندگان طولانی‌مدت بنزودیازپین را هدف قرار می‌دهد، انجام مداخلات مختصر و ارائه کتابچه‌های خودیاری از طرف پزشکان مراقبت‌های اولیه روش‌هایی هستند که می‌توانند در محیط سرپایی برای هدف قرار دادن استفاده نادرست از داروهای تجویزی در بین سالمندان مورد استفاده قرار گیرند (تانباوم^۱ و همکاران، ۲۰۱۴؛ رینولدز^۲ و همکاران، ۲۰۱۵؛ شونفلد^۳، ۲۰۱۰). سایر گروه‌های اجتماعی و خودیاری مانند مخدرهای گمنام^۴ برای افرادی که داروی تجویزی دارند، برای کاهش مصرف مواد در دسترس هستند (ماری و ریچلی، ۲۰۱۸).

مداخلات دارویی. هیچ معیار معتبر و گسترده‌ای برای درمان اختلالات مصرف داروهای آرام‌بخش، خواب‌آور و ضد اضطراب در سالمندان وجود ندارد. با این حال، مطالعات نشان داده است که درگیر کردن سالمندان در یک کاهش تدریجی و آهسته (کاهش ۲۵٪ دوز هر ۲ هفته) برای بنزودیازپین‌ها با کاهش خطر عوارض جانبی پیچیده، مؤثر بوده است (تانباوم، ۲۰۱۵).

اختلال مصرف اُپیوئیدها

اُپیوئیدها یا مواد مخدر به گروهی از مواد روان‌گردان طبیعی، صناعی یا نیمه صناعی اطلاق می‌شوند که اثرات اصلی آن‌ها از طریق گیرنده‌های مخدری مو، کاپا و دلتا در مغز اعمال می‌شود (بلند^۵ و همکاران، ۲۰۲۱). دو ماده مخدر طبیعی تریاک و هروئین، پرمصرف‌ترین

1. Tannenbaum, C.
2. Reynolds, K.
3. Schonfeld, L.
4. Narcotics Anonymous
5. Boland, R. J.

مواد روان‌گردان در ایران هستند. به احتمال زیاد آپوئیدها شایع‌ترین مواد روان‌گردان مصرفی در بین سالمندان ایرانی هستند (کاظمی و همکاران، ۱۳۹۷؛ صابری^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). اخیراً ایالات متحده و سایر بخش‌های جهان نیز شاهد افزایش شدید آسیب‌های مرتبط با مواد مخدر بوده است و سالمندان بخش فزاینده‌ای از این همه‌گیری هستند. برای مثال در ایالات متحده پذیرش سالمندان برای درمان اختلالات مصرف آپوئیدها از سال ۲۰۰۴ تا ۲۰۱۵، ۴۱،۲٪ و با سرعت بیشتری از سال ۲۰۱۳ تا ۲۰۱۵، ۵۳،۵٪ افزایش یافته است (هان^۲ و همکاران، ۲۰۱۸). سالمندان در مناطق روستایی ممکن است به دلیل آسیب‌های ناشی از کار و به اشتراک گذاشتن داروهای تجویزی در برابر سوء مصرف آپوئیدها آسیب‌پذیر باشند. تخمین زده می‌شود که ۱۰ میلیون بزرگسال ۶۵ سال و بالاتر در سال ۲۰۱۷ به دلیل صدمات ناشی از کار در مشاغل مانند کشاورزی و معدن زغال‌سنگ دچار دردهای مزمن شده‌اند (مارتین^۳، ۲۰۱۸). تجربه آرامش، دپرسیون تنفسی، سرگیجه، تهوع، استفراغ، اختلالات ادراک، سرخوشی، از دست دادن اشتها، خارش و یبوست از عوارض مصرف آپوئیدها هستند که می‌توانند به شدت بر سبک زندگی افراد مبتلا تأثیر بگذارند (کتر و مزر^۴، ۲۰۰۹). اعتیادهای همبود، افسردگی، اختلالات شخصیت، اختلالات درد بدنی شکل، روان‌پریشی و استرس‌های روانی اجتماعی، از جمله مهم‌ترین عوامل خطر برای وابستگی به آپوئیدها هستند. مهم‌ترین اندیکاسیون برای استفاده از داروهای آپوئیدی، دردهای مرتبط با تومور است. سن بالا اساساً یک عامل خطر برای مصرف آپوئیدها نیست، اما بیماری‌های چندگانه در سالمندان و در نتیجه مصرف داروهای متعدد و تغییرات متابولیک مرتبط با سن، خطر تداخلات دارویی و عوارض جانبی را افزایش می‌دهد. تجویز داروهای آپوئیدی در سالمندان در دوزهای بسیار پایین‌تر از بزرگسالان جوان‌تر توصیه می‌شود و اینکه افزایش دوز باید بسیار آهسته انجام شود (ساواسکان^۵ و همکاران،

-
1. Saberi, M.
 2. Huhn, A. S.
 3. Martin, C. M.
 4. Katz, N., & Mazer, N. A.
 5. Savaskan, E.

(۲۰۲۱).

غربالگری. ابزار خاصی برای غربالگری مصرف آپوئیدها در سالمندان وجود ندارد. مداخلات غیر دارویی. در این زمینه پژوهش ویژه‌ای انجام نشده است و شواهدی از اثربخشی انواع مداخلات غیر دارویی در درمان سالمندان مصرف‌کننده آپوئید در دسترس نیست. هرچند مشاوره و مدیریت موردی سالمندان اغلب مورد نیاز است و همچنین مداخلات کوتاه توسط پزشک یا دیگر بالینگران (برگس-چپمن^۱ و همکاران، ۲۰۱۶).

مداخلات دارویی. هیچ معیار معتبر و گسترده‌ای برای درمان اختلالات مصرف آپوئیدها در افراد مسن وجود ندارد. برای درمان اختلال مصرف آپوئیدها در سالمندان، نیز از داروهای متادون، بوپرنورفین، بوپرنورفین، نالوکسان و نالترکسون استفاده می‌شود، هرچند مطالعات محدودی در ارزیابی تفاوت‌های نیاز به درمان و ملاحظات خاص برای این جمعیت وجود دارد (ماری و ریچلی، ۲۰۱۸). سندرم ترک از آپوئیدها معمولاً برای افراد سالم مشکلی ایجاد نمی‌کند، هرچند علائم آن ناراحت‌کننده هستند. از قطع ناگهانی آپوئیدها در افراد مسن باید اجتناب شود. متادون و بوپرنورفین و سوسه مصرف را کاهش و تبعیت از درمان را افزایش می‌دهند و می‌توانند به پیشگیری از عود و بهبودی کمک کنند (ساواسکان و همکاران، ۲۰۲۱).

نتیجه‌گیری

سالمندی آخرین دوره زندگی است که در قیاس با سایر دوره‌های سنی بیشتر در معرض آسیب‌های درون‌فردی، بین‌فردی و محیطی قرار دارد (جوانمردی، نعیمی و معتمدی، ۱۳۹۹). استفاده از مواد در میان سالمندان چالش منحصربه‌فردی را در زمینه تشخیص و درمان ایجاد می‌کند. تفکر سنتی همچنان به سمت درک کاهش مصرف مواد با افزایش سن گرایش دارد، در حالی که مطالعات شیوع شناختی اخیر نشان‌دهنده افزایش سوء مصرف مواد در بین سالمندان است (میترا، ۲۰۲۲). در این مقاله بروزترین ادبیات پژوهشی موجود

1. Burgos- Chapman, I.

درزمینه شیوع شناسی، غربال‌گری و مداخلات دارویی و غیر دارویی اختلالات مصرف مواد در بین سالمندان موردبررسی قرار گرفت. بیشترین شواهد پژوهشی مرتبط با اعتیاد سالمندان در ارتباط با الکل است؛ هرچند مطالعات شیوع شناختی دیگری شیوع بالای مصرف دیگر مواد ازجمله کانابیس، داروهای تجویزی و دیگر مواد غیرقانونی را نشان می‌دهند. پیش‌بینی می‌شود که با بالا رفتن سن نسل بیبی بومرها، استفاده از مواد روان‌گردان به میزان قابل توجهی در بین آن‌ها افزایش یابد. با توجه به تقاضای پیش‌بینی شده برای درمان مصرف مواد در میان سالمندان، ضروری است که علاوه بر مطالعات بیشتر که درمان‌ها و مداخلات خاص را برای افراد مسن‌تر هدف قرار می‌دهند، تحقیقات مداومی نیز برای گردآوری داده‌های شیوع شناختی انجام شوند (ماری و ریچلی، ۲۰۱۸). سالمندانی که به دنبال درمان سوءمصرف مواد هستند نیز با چالش‌های خاصی در رابطه با سالمندی و نگرانی‌هایی مرتبط با سلامت مواجه هستند. پزشکان و دیگر بالین‌گران می‌توانند با غربال‌گری مداوم برای سوءمصرف الکل و دیگر مواد روان‌گردان و با شناخت نیازهای مراجعین سالمند در محیط‌های درمانی، به‌طور مؤثری پاسخ‌گو باشند. کلید پاسخگویی مؤثر به رفتارهای اعتیادی سالمندان، رویکردی بدون آنگ زنی است که این ایده را در برمی‌گیرد که هرگز برای تغییر دیر نیست. سالمندان به‌جای ناامیدی، ممکن است به‌خوبی یا بهتر از افراد جوان‌تر هنگام مراجعه به درمان عمل کنند، اگر درمان ارائه‌شده مناسب سن آن‌ها باشد. بالین‌گران باید آماده مواجهه و ارائه خدمات به سالمندان مبتلابه اختلالات مصرف مواد باشند و از نظام‌ها و سیاست‌های ارائه خدمات مؤثر برای درمان سوءمصرف مواد سالمندان حمایت کنند (ساکو و همکاران، ۲۰۲۰). در فرایند غربالگری‌های معمول در موقعیت‌های مراقبت‌های اولیه، پرسش و غربالگری برای مصرف مداوم مواد مهم است. به بالین‌گران توصیه می‌شود که به‌طورمعمول از غربالگری استفاده کنند و علائم و نشانه‌های متغیری را که ممکن است در سالمندان در مقایسه با بزرگسالان جوان‌تر و میان‌سال دیده شود، درک کنند. توجه به این نکته مهم است که در بیشتر مطالعات، بزرگسالان بالای ۶۵ سال را حذف می‌کنند و اکثر کارآزموده‌های تصادفی کنترل‌شده

که به بررسی درمان برای بزرگسالان مسن تر می‌پردازند شامل بزرگسالان بالای ۵۰ سال می‌شوند که معمولاً شیوع بیشتری دارند. اختلالات مصرف مواد در سالمندان همچنان نیاز به پژوهش دارد. در این گروه سنی عواملی مانند بیماری‌های جسمی و بیماری‌های روانی باید در نظر گرفته شوند. در حال حاضر مداخلات درمانی بیشتر بر درمان‌های غیر دارویی تأکید دارند که ماهیتی حمایتی، مبتنی بر جامعه و ادغام در مراقبت‌های اولیه و سایر امکانات دارند (میترا، ۲۰۲۲). ایجاد تشکیلات هماهنگ برای برنامه‌ریزی و هدایت فعالیت‌های مرتبط با سالمندان به‌عنوان اقدامی استراتژیک می‌تواند راهکاری جهت بهبود خدمات حمایتی از سالمندان شود (بهادر و همکاران، ۱۴۰۰). پاندمی کووید-۱۹ نیز بر سلامت روان و مصرف مواد در بین سالمندان مؤثر بوده است. اپیدمی کووید ۱۹ علاوه بر آسیب‌های جسمانی، می‌تواند باعث مشکلات روان‌شناختی نیز در افراد شود (راشدی و همکاران، ۱۴۰۱). انزوای اجتماعی و اضطراب در مورد ابتلا به کووید-۱۹ در سالمندان افزایش یافته که به‌نوبه خود منجر به مصرف بیشتر مواد شده است (ستر^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین در پژوهشی نشان داده‌شده در دوران پاندمی کووید-۱۹ مصرف پرخطر الکل در بین زنان سالمند در بریتانیا افزایش یافته است (رائو و همکاران، ۲۰۲۲). به‌طور کلی شناسایی و مدیریت موفقیت‌آمیز اختلالات مصرف مواد در سالمندان مستلزم آن است که بالین‌گران نسبت به نیاز به غربالگری این شرایط اغلب ناشناخته هوشیار باشند. تکیه بر معیارهای استاندارد DSM ممکن است منجر به عدم شناسایی یک SUD شود که با علائم شناختی یا آسیب جسمی و همچنین بیکاری یا عواقب اجتماعی ظاهر می‌شود. مهم است که سوگیری‌های اجتماعی و برداشت‌های نادرستی که می‌تواند موجب نادیده گرفتن بالین‌گر از مصرف مواد در مراجع سالمند شود، کنار گذاشته شوند. اقدامات غربالگری معتبر می‌تواند یک ابزار تشخیصی مهم باشد و وجود اضطراب یا اختلالات عاطفی باید نگرانی در مورد افزایش خطر مصرف الکل یا مواد را ایجاد کند. به‌ویژه زنان سالمند گروهی هستند که در برابر سوءمصرف داروها، به‌ویژه بنزودیازپین‌ها و مسکن‌های اُپیوئیدی

1. Satre, D. D.

آسیب‌پذیر هستند. مداخلات روان‌درمانی بخشی جدایی‌ناپذیر از درمان برای سالمندان در هر مرحله از اعتیاد است. مداخلات کوتاه در سالمندان امیدوارکننده به نظر می‌رسند و چالش‌های درمانی که ممکن است نیاز به بررسی داشته باشند شامل بیماری‌های همراه پزشکی و نگرانی‌های عملی مانند حمل‌ونقل است. فن‌آوری‌های جدیدتر برای ارتباطات و نظارت بر بیمار نیز ممکن است برای اطمینان از درمان مؤثر برای برخی از سالمندان مفید باشند. توصیه می‌شود که سالمندان به محیط‌های درمانی ارجاع داده شوند که درمان گروهی مناسب سن و درمان فردی غیرمقابله‌ای را با تمرکز بر مسائل اواخر عمر از جمله از دست دادن و منابع حمایت اجتماعی را ارائه می‌دهند. سالمندان نیز شایسته توجه کامل به مزایای بالقوه مدیریت دارو برای اختلالات مصرف مواد هستند. اگرچه تحقیقات تا به امروز در این جمعیت محدود بوده است، نتایج درمان SUD در سالمندان در مقایسه با بزرگسالان جوان یا میان‌سال برتر است. به نظر می‌رسد این یافته دلگرم‌کننده نشان‌دهنده پایبندی بهتر بیماران مسن‌تر و در نتیجه کاهش میزان عود است (ساواسکان و همکاران، ۲۰۲۱؛ سالیوان، ۲۰۱۶). امید است که توصیه‌های ارائه‌شده در این مقاله به افزایش تمرکز بالینی بر روی این موضوع کمک کند و راهنمای مداخلات بالینی مفید و به‌موقع را برای سالمندان در معرض خطر یا مصرف‌کننده مواد باشد.

ORCID

Esmail Naseri



<https://orcid.org/0000-0002-6832-7646>

منابع

- اسداللهی، عبدالرحیم، براتوند، محمود، ولی زاده، شاهرخ، هواسی، علی. (۱۳۸۶). سوء مصرف دارو و حلال‌های شیمیایی در سالمندان اهوازی. *سالمند*، ۲(۵)، ۳۴۶-۳۵۱.
- بهادر، فائزه، محفوظ پور، سعاد، مسعودی اصل، ایروان، وحدت، شقایق. (۱۴۰۰). مرور نظام‌مند بر مدیریت مراقبت‌های پیشگیرانه سلامت سالمندان در جهان. *سالمند*، ۱۶(۴)، ۵۹۲-۶۰۷.
- جزایری، علیرضا، مشتاق بیدختی، نهاله. (۱۳۸۵). سوء مصرف مواد در سالمندان. *سالمند*، ۱(۱)، ۵۵-۵۱.
- سهرابی، فرامرز، کریمی، حسن. (۱۳۸۹). اثر بخشی درمان خاطره پردازي انسجامی و ابزاری بر کاهش نشانه‌های افسردگی زنان سالمند مقیم سرای سالمندان. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۱(۳)، ۱۲۵-۱۴۸.
- جوانمردی، فرحناز، نعیمی، ابراهیم، معتمدی، عبدالله. (۱۳۹۹). اثربخشی مدل ذهن آگاهی بر بهبود نگرش‌های صمیمانه و افسردگی سالمندان. *روان شناسی پیری*، ۶(۱)، ۳۹-۵۲.
- راشیدی، وحید، روشن روان، مصطفی، برهانی‌نژاد، وحیدرضا، محمدزاده، مرضیه. (۱۴۰۱). اضطراب و وسواس ناشی از ویروس کرونا و ارتباط آن با افسردگی و فعالیت‌های روزانه زندگی سالمندان شهرستان مانه و سملقان در سال ۱۳۹۹. *سالمند*، ۱۷(۲)، در حال انتشار.
- کاظمی، فاطمه، مطلبی، سیده آمنه، میرزاده، منیر السادات، محمدی، فاطمه. (۱۳۹۷). علل گرایش به سوء مصرف مواد در سالمندان مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد قزوین، ایران (۱۳۹۶). *دانشگاه علوم پزشکی قزوین*، ۲۲(۵)، ۲۷-۳۵.
- مصلحی، محدثه، نعیمی، ابراهیم، واحدی، مهدی. (۱۴۰۰). واکاوای فرآیند سلامت روان در سالمندان کاربر فضای مجازی. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۱۲(۴۷)، ۹۷-۱۲۲.
- Achildi, O., Leong S.H., Maust, D.T., Streim, J. E., & Oslin, D. W. (2013). Patterns of newly-prescribed benzodiazepines in late life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(3), S90-S91.
- Akerele, E. (Ed.). (2022). *Substance and Non-Substance Related Addictions: A Global Approach*. Springer.
- Alcoholics Anonymous. (Ed.). (2004). *Twelve steps and twelve traditions*. New York: Alcoholics Anonymous.
- American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.).

- Anstey, K. J., von Sanden, C., Salim, A., & O'Kearney, R. (2007). Smoking as a risk factor for dementia and cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *American journal of epidemiology*, 166(4), 367–378.
- Arndt, S., Clayton, R., & Schultz, S. K. (2011). Trends in substance abuse treatment 1998–2008: Increasing older adult first-time admissions for illicit drugs. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(8), 704–711.
- Areán, P. A., Ayalon, L., Jin, C., McCulloch, C. E., Linkins, K., Chen, H., McDonnell-Herr, B., Levkoff, S., & Estes, C. (2008). Integrated specialty mental health care among older minorities improves access but not outcomes: results of the PRISMe study. *International journal of geriatric psychiatry*, 23(10), 1086–1092.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *The alcohol use disorders identification test (AUDIT): guidelines for use in primary care* (2th ed.). World Health Organization.
- Black, P.A., & Joseph, L.J. (2014). Still Dazed and Confused: Midlife Marijuana Use by the Baby Boom Generation. *Deviant Behavior*, 35, 822 - 841.
- Blow, F. C. (1998). *Substance abuse among older adults*. Treatment Improvement Protocol (TIP) #26. DHHS Pub. No. (SMA) 98– 3179, Rockville, MD, SAMSHA.
- Blow, F. C., Brower, K. J., Schulenberg, J. E., Demo-Dananberg, L. M., Young, J. P., & Beresford, T. P. (1992). The Michigan alcoholism screening test-geriatric version (MAST-G): a new elderly-specific screening instrument. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(2), 372.
- Blow, F. C., Gillespie, B. W., Barry, K. L., Mudd, S. A., & Hill, E. M. (1998). Brief screening for alcohol problems in elderly populations using the Short Michigan Alcoholism Screening Test-Geriatric Version (SMAST-G). *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(suppl 3), 131A.
- Boland, R. J., Verduin, M. L., & Ruiz, P. (2021). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Borok, J., Galier, P., Dinolfo, M., Welgreen, S., Hoffing, M., Davis, J. W., ... & Moore, A. A. (2013). Why do older unhealthy drinkers decide to make changes or not in their alcohol consumption? Data from the Healthy Living as You Age Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(8), 1296-1302.
- Burgos- Chapman, I., Trevisan, L. A., & Sevarino, K. (2016). Abuse of Opioids and Prescription Medications. *Addiction in the Older Patient*,

105-138.

- Cawkwell, P. B., Blaum, C., & Sherman, S. E. (2015). Pharmacological smoking cessation therapies in older adults: a review of the evidence. *Drugs & aging, 32*(6), 443-451.
- Caputo, F., Vignoli, T., Leggio, L., Addolorato, G., Zoli, G., & Bernardi, M. (2012). Alcohol use disorders in the elderly: a brief overview from epidemiology to treatment options. *Experimental gerontology, 47*(6), 411-416.
- Chapman, S. L. C., & Wu, L. T. (2015). Epidemiology and demography of illicit drug use and drug use disorders among adults aged 50 and older. *Substance use and older people, 91-108*.
- Colliver, J. D., Compton, W. M., Gfroerer, J. C., & Condon, T. (2006). Projecting drug use among aging baby boomers in 2020. *Annals of epidemiology, 16*(4), 257-265.
- Cossmann, J. C., Scherbaum, N., & Bonnet, U. (2016). Substance Addiction in Old Age: A Cross-Sectional Study in a German Hospital. *Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry, 29*(1), 17-27.
- Culberson, J. W., & Ziska, M. (2008). Prescription drug misuse/abuse in the elderly. *Geriatrics (Basel, Switzerland), 63*(9), 22-31.
- Cummings, S. M., Bride, B., & Rawlins-Shaw, A. M. (2006). Alcohol abuse treatment for older adults: A review of recent empirical research. *Journal of evidence-based Social Work, 3*(1), 79-99.
- Dowling, G. J., Weiss, S. R., & Condon, T. P. (2008). Drugs of abuse and the aging brain. *Neuropsychopharmacology, 33*(2), 209-218.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *Jama, 252*(14), 1905-1907.
- Garrison, G. D., & Dugan, S. E. (2009). Varenicline: a first-line treatment option for smoking cessation. *Clinical therapeutics, 31*(3), 463-491.
- Gfroerer, J., Penne, M., Pemberton, M., & Folsom, R. (2003). Substance abuse treatment need among older adults in 2020: the impact of the aging baby-boom cohort. *Drug and alcohol dependence, 69*(2), 127-135.
- Gómez, A., Conde, A., Santana, J. M., Jorrín, A., Serrano, I. M., & Medina, R. (2006). The diagnostic usefulness of AUDIT and AUDIT-C for detecting hazardous drinkers in the elderly. *Aging and Mental Health, 10*(5), 558-561.
- Grant, B. F., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Chou, S. P., Dufour, M. C., & Pickering, R. P. (2004). The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002. *Drug and alcohol dependence, 74*(3), 223-234.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Saha, T. D., Pickering, R. P., Kerridge, B. T., Ruan, W. J., ... & Hasin, D. S. (2017). Prevalence of 12-month alcohol

- use, high-risk drinking, and DSM-IV alcohol use disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA psychiatry*, 74(9), 911-923.
- Grant, B. F., Saha, T. D., Ruan, W. J., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Jung, J., ... & Hasin, D. S. (2016). Epidemiology of DSM-5 drug use disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions—III. *JAMA psychiatry*, 73(1), 39-47.
- Jeste, D. V., Peschin, S., Buckwalter, K., Blazer, D. G., McGuire, M. H., Moutier, C., ... & Reynolds, C. F. (2018). Promoting wellness in older adults with mental illnesses and substance use disorders: call to action to all stakeholders. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(6), 617-630.
- Jordan, C. J., & Andersen, S. L. (2017). Sensitive periods of substance abuse: Early risk for the transition to dependence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 25, 29-44.
- Hall, S. M., Humfleet, G. L., Muñoz, R. F., Reus, V. I., Robbins, J. A., & Prochaska, J. J. (2009). Extended treatment of older cigarette smokers. *Addiction*, 104(6), 1043-1052.
- Han, B., Gfroerer, J., & Colliver, J. (2009). *An examination of trends in illicit drug use among adults aged 50 to 59 in the United States*. Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Service Administration.
- Han, B. H., Moore, A. A., Sherman, S., Keyes, K. M., & Palamar, J. J. (2017). *Demographic trends of binge alcohol use and alcohol use disorders among older adults in the United States, 2005-2014*. *Drug and alcohol dependence*, 170, 198-207.
- Han, B. H., Sherman, S., Mauro, P. M., Martins, S. S., Rotenberg, J., & Palamar, J. J. (2017). Demographic trends among older cannabis users in the United States, 2006-13. *Addiction*, 112(3), 516-525.
- Hartmann-Boyce, J., & Aveyard, P. (2016). *Drugs for smoking cessation*. *bmj*, 352.
- Hokanson, J. M., Anderson, R. L., Hennrikus, D. J., Lando, H. A., & Kendall, D. M. (2006). Integrated tobacco cessation counseling in a diabetes self-management training program. *The Diabetes Educator*, 32(4), 562-570.
- Huang, B., Dawson, D. A., Stinson, F. S., Hasin, D. S., Ruan, W. J., Saha, T. D., ... & Grant, B. F. (2006). Prevalence, correlates, and comorbidity of nonmedical prescription drug use and drug use disorders in the United States: Results of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(7), 15395.

- Huhn, A. S., Strain, E. C., Tompkins, D. A., & Dunn, K. E. (2018). A hidden aspect of the US opioid crisis: Rise in first-time treatment admissions for older adults with opioid use disorder. *Drug and alcohol dependence, 193*, 142-147.
- Jordan, C. J., & Andersen, S. L. (2017). Sensitive periods of substance abuse: Early risk for the transition to dependence. *Developmental cognitive neuroscience, 25*, 29-44.
- Kaskie, B., Ayyagari, P., Milavetz, G., Shane, D., & Arora, K. (2017). The increasing use of cannabis among older Americans: A public health crisis or viable policy alternative?. *The Gerontologist, 57*(6), 1166-1172.
- Katz, N., & Mazer, N. A. (2009). The impact of opioids on the endocrine system. *The Clinical journal of pain, 25*(2), 170-175.
- Kirchner, J. E., Zubritsky, C., Cody, M., Coakley, E., Chen, H., Ware, J. H., ... & Levkoff, S. (2007). Alcohol consumption among older adults in primary care. *Journal of General Internal Medicine, 22*(1), 92-97.
- Koechl, B., Unger, A., & Fischer, G. (2012). Age-related aspects of addiction. *Gerontology, 58*(6), 540-544.
- Kuerbis, A., Sacco, P., & Blazer, D. G. (2014). Moore Aa. Substance abuse among older adults. *Clin Geriatr Med, 30*(3), 629-654.
- Lay, K., King, L. J., & Rangel, J. (2008). Changing characteristics of drug use between two older adult cohorts: Small sample speculations on baby boomer trends to come. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 8*(1), 116-126.
- Lin, J. C., Karno, M. P., Grella, C. E., Ray, L. A., Liao, D. H., & Moore, A. A. (2014). Psychiatric correlates of alcohol and tobacco use disorders in US adults aged 65 years and older: results from the 2001–2002 National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 22*(11), 1356-1363.
- Maree, R. D., & Riccelli, C. A. (2018). Substance-Related and Addictive Disorders. *Psychiatric Disorders Late in Life: A Comprehensive Review, 217-228*.
- Martin, C. M. (2018). The other side of the opioid debate: Treating older adults with chronic pain. *The Consultant Pharmacist®, 33*(9), 478-483.
- Mavandadi, S., & Oslin, D. (2015). Substance-related and addictive disorders. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry, 459*.
- McInnes, E., & Powell, J. (1994). Drug and alcohol referrals: are elderly substance abuse diagnoses and referrals being missed?. *BMJ, 308*(6926), 444-446.
- Merrick, E. L., Horgan, C. M., Hodgkin, D., Garnick, D. W., Houghton, S.

- F., Panas, L., ... & Blow, F. C. (2008). Unhealthy drinking patterns in older adults: prevalence and associated characteristics. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56(2), 214-223.
- Mitra, P. (2022). Substance Use in Older Adults. *Substance and Non-Substance Related Addictions: A Global Approach*, 39-48.
- Moore, A. A., Whiteman, E. J., & Ward, K. T. (2007). Risks of combined alcohol/medication use in older adults. *The American journal of geriatric pharmacotherapy*, 5(1), 64-74.
- Moore, A. A., Blow, F. C., Hoffing, M., Welgreen, S., Davis, J. W., Lin, J. C., ... & Barry, K. L. (2011). Primary care-based intervention to reduce at-risk drinking in older adults: a randomized controlled trial. *Addiction*, 106(1), 111-120.
- Moore, A. A., Karno, M. P., Grella, C. E., Lin, J. C., Warda, U., Liao, D. H., & Hu, P. (2009). Alcohol, tobacco and non-medical drug use in US adults aged 65 years and older: data from the 2001-2002 National Epidemiologic Survey of alcohol and related conditions. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(12), 2275.
- O'Connell, H., Chin, A. V., Hamilton, F., Cunningham, C., Walsh, J. B., Coakley, D., & Lawlor, B. A. (2004). A systematic review of the utility of self-report alcohol screening instruments in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(11), 1074-1086.
- Oslin, D. W., Pettinati, H., & Volpicelli, J. R. (2002). Alcoholism treatment adherence: older age predicts better adherence and drinking outcomes. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(6), 740-747.
- Oslin, D. W. (2005). Treatment of late-life depression complicated by alcohol dependence. *The American journal of geriatric psychiatry*, 13(6), 491-500.
- Ramesh, D., & Haney, M. (2015). Treatment of cannabis use disorders. *Textbook of addiction treatment: international perspectives*, 367-380.
- Rapuri, P. B., Gallagher, J. C., & Smith, L. M. (2007). Smoking is a risk factor for decreased physical performance in elderly women. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(1), 93-99.
- Rehm, J., Hasan, O. S., Black, S. E., Shield, K. D., & Schwarzing, M. (2019). Alcohol use and dementia: a systematic scoping review. *Alzheimer's research & therapy*, 11(1), 1-11.
- Rao, R. (2021). *Older People and Substance Misuse. Textbook of Addiction Treatment International Perspectives*, 1407-1422.
- Rao, R., Mueller, C., & Broadbent, M. (2022). Risky alcohol consumption in older people before and during the COVID-19 pandemic in the United Kingdom. *Journal of Substance Use*, 27(2), 212-217.
- Reynolds, K., Pietrzak, R. H., El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S., & Sareen,

- J. (2015). Prevalence of psychiatric disorders in US older adults: findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry, 14*(1), 74-81.
- Rothrauff, T. C., Abraham, A. J., Bride, B. E., & Roman, P. M. (2011). Substance abuse treatment for older adults in private centers. *Substance abuse, 32*(1), 7-15.
- Saberi, M., FaniSaberi, L., Mousavinasab, N., Zarghami, M., & Taraghi, Z. (2018). Substance use disorders in the elderly people referring to Addiction Treatment Clinics, 2017. *Iranian Journal of Health Sciences, 6*(2), 31-40.
- Sacco, P., Kuerbis, A., & Harris, R. (2020). Older adults and substance misuse. *The Routledge Handbook of Social Work and Addictive Behaviors, 247-261*.
- Savaskan, E., Fuchs, A., Hemmeter, U., Ibach, B., Indermaur, E., Klöppel, S., ... & Zullino, D. (2021). Recommendations for the Prevention, Diagnostics and Therapy of Addiction Disorders in the Elderly. *Praxis, 110*(2), 79-93.
- Satre, D. D., Hirschtritt, M. E., Silverberg, M. J., & Sterling, S. A. (2020). Addressing problems with alcohol and other substances among older adults during the COVID-19 pandemic. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 28*(7), 780-783.
- Schepis, T. S., & McCabe, S. E. (2016). Trends in older adult nonmedical prescription drug use prevalence: Results from the 2002–2003 and 2012–2013 National Survey on Drug Use and Health. *Addictive behaviors, 60*, 219-222.
- Schonfeld, L., King-Kallimanis, B. L., Duchene, D. M., Etheridge, R. L., Herrera, J. R., Barry, K. L., & Lynn, N. (2010). Screening and brief intervention for substance misuse among older adults: The Florida BRITE project. *American journal of public health, 100*(1), 108-114.
- Schonfeld, L., & Dupree, L. W. (1998). Relapse prevention approaches with the older problem drinker. *Southwest Journal on Aging, 14*, 43-50.
- Sosin, I., Mysko, G., Honcharova, O., Misna, O., & Minko, O. (2021). Clinical and therapeutic aspects of the alcohol addiction phenomenon in elderly women. *European Psychiatry, 64*(S1), S561-S561.
- Stahl, S. M. (2014). *Stahl's Essential Psychopharmacology Prescriber's Guide*. ed. G, Meghan M, editors.
- Sullivan, M., & Levin, F. (Eds.). (2016). *Addiction in the older patient*. Oxford University Press.
- Sullivan, M. A. (2016). *Conclusion. Addiction in the Older Patient, 293-304*.
- Tannenbaum, C. (2015). Inappropriate benzodiazepine use in elderly patients and its reduction. *Journal of psychiatry & neuroscience: JPN, 40*(3), E27.

- Tannenbaum, C., Martin, P., Tamblyn, R., Benedetti, A., & Ahmed, S. (2014). Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial. *JAMA internal medicine*, 174(6), 890-898.
- US. Department of Health and Human Services. (1999). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). *Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health*, 769-74.
- US. Department of Health and Human Services. (2013). Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA). *Results from the 2013 national survey on drug use and health: summary of national findings*. Rockville, MD.
- Vincent, G. K. (2010). *The next four decades: The older population in the United States: 2010 to 2050* (No. 1138). US Department of Commerce, Economics and Statistics Administration, US Census Bureau.
- West, N. A., Severtson, S. G., Green, J. L., & Dart, R. C. (2015). Trends in abuse and misuse of prescription opioids among older adults. *Drug and alcohol dependence*, 149, 117-121.
- Wu, L. T., & Blazer, D. G. (2014). Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. *International journal of epidemiology*, 43(2), 304-317.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

استناد به این مقاله: ناصری، اسماعیل. (۱۴۰۲). اختلالات مصرف مواد در سالمندان، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۴(۵۴)، ۱۳۹-۱۶۸.

DOI: 10.22054/QCCPC.2022.67520.2934



Counseling Culture and Psychotherapy is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.