



Nursing Care Challenges in Patients with Substance Use Disorders: Systematic Review

Moghaddam F¹, Arsalani N², Ahmadi M¹, Taghlili F¹, Naseh L¹, Fallahi- Khoshknab M^{3*}

1-PhD Student of Nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

2-Associate Professor, Iranian Research Center on Aging, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

3- Professor of Nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Corresponding author: Fallahi-Khoshknab M, Professor of Nursing, Department of Nursing, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Email: fallahi@uswr.ac.ir

Received: 15 Aug 2022

Accepted: 6 Nov 2022

Abstract

Introduction: Hospitalized patients with substance use disorders are known as one of the biggest challenges in the health system. In this regard, there is strong evidence that nurses face challenges in caring for these patients. The present study has been conducted with the aim of reviewing these challenges and Strategies.

Methods: This research was done by systematic review method. Search with keywords comorbidities, nursing care, Dual diagnosis, Substance-Related Disorders, substance use disorders, substance abuse, drug abuse, multimorbidity, concurrent disorders, and co-existing disorders have been performed in electronic databases Sid, Magiran, Civilica, google scholar, and pub med from 1998 to 2022. Articles in English and Persian containing challenges or solutions related to the problems of nursing care of patients with co-morbidities with substance use disorders, qualitative, quantitative, Mixed, and review studies, and articles with access to their full text were included in the study. Location restrictions were not considered.

Results: The results of 23 studies show that nurses in the nursing care of patients with substance use disorders, in four areas of Emotional (48% Studies), caring (39%), educational (48%), and supportive (43%) with challenges such as feelings of burnout, risk, lack of knowledge, lack of skills and ambiguity of role Etc. are encountered.

Conclusions: According to the results of the study, nurses need additional training and support to care for these patients. Applied training along with at least a moderate level of role support and emotional support by improving qualifications, knowledge, and skills can be effective in solving the problems related to the care of these patients. The development of guidelines, policies, and specific government policies, to care for these patients, can prevent the confusion and inability of nurses to care. In addition, close communication and links between health service providers and experts in the field, the promotion of interdisciplinary partnerships, and working alliances can be used to solve care challenges and obstacles.

Keywords: Comorbidity, Nursing care, Substance-related disorders, Substance abuse, Systematic Review.



چالش های مراقبتی در پرستاری از بیماران بستری دارای اختلالات مصرف مواد: مروری نظام مند

فاطمه مقدم^۱، نرگس ارسلانی^۲، مریم احمدی^۱، فاطمه تقیلی^۱، لادن ناصح^۱، مسعود فلاحی خشکناپ^{۳*}

۱- دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۲- دانشیار مرکز تحقیقات سالمندی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

۳- استاد گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مسعود فلاحی خشکناپ، استاد گروه پرستاری، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
ایمیل: fallahi@uswr.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۷/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۵/۲۴

چکیده

مقدمه: بیماران بستری دارای اختلالات مصرف مواد، به عنوان یکی از چالش های بزرگ در نظام سلامت شناخته می شوند. در این راستا شواهد قوی وجود دارد که پرستاران در مراقبت از این بیماران با چالش های زیادی مواجه هستند. مطالعه حاضر، با هدف مروری بر چالش ها و راهکارهای ارائه شده، انجام شده است.

روش کار: تحقیق حاضر، به روش مرور نظام مند انجام شده است. جستجو با کلید واژه های فارسی بیماری های همبود، بیماری های همزمان، چند بیماری، مراقبت پرستاری و اختلالات مصرف مواد، اختلالات مرتبط با مواد، سوء مصرف مواد و همچنین واژگان کلیدی انگلیسی comorbidities, nursing care, Dual diagnosis, Substance-Related Disorders, substance use disorders, substance abuse, druge abuse, multymorbidity, cunccurrent disorders, co-existing disorders های داده الکترونیکی sid, magiran, Civilica, google scholar و pub med از سال ۱۹۹۸ تا سال ۲۰۲۲ انجام گرفته است. مقالات به زبان های انگلیسی و فارسی، حاوی چالش ها یا راهکارهای مربوط به مشکلات مراقبت پرستاری از افراد دارای اختلالات مصرف مواد، مطالعات کیفی، کمی، ترکیبی و مروری و امکان دسترسی به متن کامل، وارد مطالعه شدند. محدودیت مکانی در نظر گرفته نشد.

یافته ها: نتایج بررسی ۲۳ مطالعه نشان می دهد، پرستاران در مراقبت از بیماران بستری دارای اختلالات مصرف مواد، در چهار حیطه عاطفی (۴۸٪ مطالعات)، مراقبتی (۳۹٪)، آموزشی (۴۸٪) و حمایتی (۴۳٪)، با چالش هایی مانند احساس فرسودگی، خطر، کمبود دانش، عدم مهارت و ابهام نقش مواجه هستند.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج مطالعه، پرستاران نیاز به آموزش و حمایت اضافی برای مراقبت از این بیماران دارند. آموزش کاربردی همراه با حداقل سطح متوسط حمایت نقش و نیز حمایت های عاطفی با ارتقا صلاحیت ها، دانش و مهارت می تواند در رفع مسائل مربوط به مراقبت از این بیماران موثر باشد. توسعه دستورالعمل ها، خط مشی ها و سیاست های دولتی مشخص، جهت مراقبت از این بیماران، می تواند مانع سردرگمی و ناتوانی پرستاران در مراقبت شود. علاوه بر این، ارتباطات و پیوندهای تنگاتنگ ارائه دهندگان خدمات سلامت با متخصصین حوزه، ارتقا مشارکت های بین رشته ای و اتحاد کاری می تواند جهت رفع چالش ها و موانع مراقبتی بکار گرفته شود.

کلیدواژه ها: همبودی، مراقبت پرستاری، اختلالات مرتبط با مواد، سوء مصرف مواد، مرور نظام مند.

از دهه ۱۹۹۰، تحقیقات و علاقه بالینی زیادی در حوزه بیماری‌های همبودی گزارش شده است (۱). با بررسی متون، چارچوب‌های متعددی را برای دسته‌بندی سطوح یا انواع مختلف همبودی می‌توان یافت (۴-۲). افراد مبتلا به بیماری‌های همبودی، به عنوان یکی از بزرگترین چالشها برای مراقبت‌های بهداشتی مدرن شناخته می‌شوند (۵). این بیماری‌ها، نرخ بالایی در استفاده از مراقبت‌های بهداشتی و هزینه‌های مرتبط را دارا می‌باشند (۹-۶). در واقع، بیماری‌های همبودی، به عنوان یکی از مسائل بزرگ در تصمیم‌گیری بالینی است که کمتر به آن پرداخته شده است (۱۰). در این راستا، در نظر نگرفتن کل زمینه بیمار، می‌تواند هشدار برای ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باشد (۱۱، ۱۲). همبودی بین اختلالات مصرف مواد و سایر بیماری‌های پزشکی، شایع است. سوء مصرف مواد مختلف، با طیف وسیعی از اثرات فیزیولوژیک مرتبط است که می‌تواند بر سیستم‌های قلبی عروقی، گوارشی، خونی، ریوی و عصبی تأثیر بگذارد و مدیریت بیماریها را نیز پیچیده تر کند. در نتیجه، تداخل مصرف مواد با بیماریهای موجود، می‌تواند منجر به نتایج درمان ضعیف، هم برای اختلالات مصرف مواد و هم سایر شرایط پزشکی شود (۱۵-۱۳).

بیماران بستری با تشخیص‌های مختلف طبی که دارای اختلالات مصرف مواد می‌باشند، در بیمارستانها آمار بالایی دارند (۱۷، ۱۶). بیماری‌های مزمنی مانند فشار خون بالا، آرتروز، دیابت، بیماری مزمن کلیه، آسم، COPD، بیماری ایسکمیک قلب، سرطان و هیپاتیت مزمن ویروسی در بیماران دارای اختلالات مصرف مواد، نسبت به افراد بدون آن، شیوع بیشتری دارد (۱۸). افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد، علاوه بر بیماری زمینه‌ای دیگر، با توجه به مشکلات ناشی از مصرف مواد، در هنگام بستری شدن در بیمارستان، به مراقبت‌های ویژه‌ای نیاز دارند (۱۹). این بیماران اغلب درمان‌های ناکافی را دریافت می‌کنند و گاهی حتی مصرف مواد، در سیستم‌های مراقبت‌های اولیه تشخیص داده نمی‌شود و این در حالیست که توانایی مدیریت بیماریهای همبودی، به آگاهی از مصرف مواد و اثرات احتمالی آن بر بیماری‌های دیگر بستگی دارد (۱۵). جهت مدیریت این بیماری‌ها، راهکارها و دستورالعمل‌هایی در متون بیان شده است. از جمله آنها می‌توان به مدل‌های مراقبتی یکپارچه، خط مشی مراقبت از بیماران آسیب پذیر، مشارکت و اتحاد تیم درمان در درمان افراد مبتلا به بیماریهای همبود اشاره کرد (۲۰، ۲۱).

پرستاران در میان کارکنان بهداشت و درمان، بزرگترین گروه ارائه دهندگان خدمات سلامت بوده و مراقبت‌های ۲۴ ساعته از بیماران را بعمل می‌آورند (۲۲) و نیز عملکرد آنها تأثیر بسزایی در بهبود بیماران، بویژه پیامدهای مربوط به بیماران بستری دارای اختلالات مصرف مواد دارد. همچنین شواهد نشان می‌دهند، ارائه دهندگان خدمات سلامت در ارائه مراقبت‌ها به این بیماران با مشکلاتی مانند نگرش منفی، ناامیدی در مراقبت، استرس و نارضایتی از مراقبت، مواجه هستند (۲۱، ۱۹، ۱۸). شناخت چالش‌های پرستاران در مراقبت از این بیماران می‌تواند جهت ارائه مراقبت‌های بهینه و جلوگیری از پیامدهای نامطلوب، ضروری باشد. بنابراین، هدف از این مطالعه، مروری بر پژوهش‌های انجام شده، در خصوص چالش‌های پرستاران در ارائه مراقبت به افراد بستری دارای اختلالات مصرف مواد و بیان راهکارهای ارائه شده، است.

روش کار

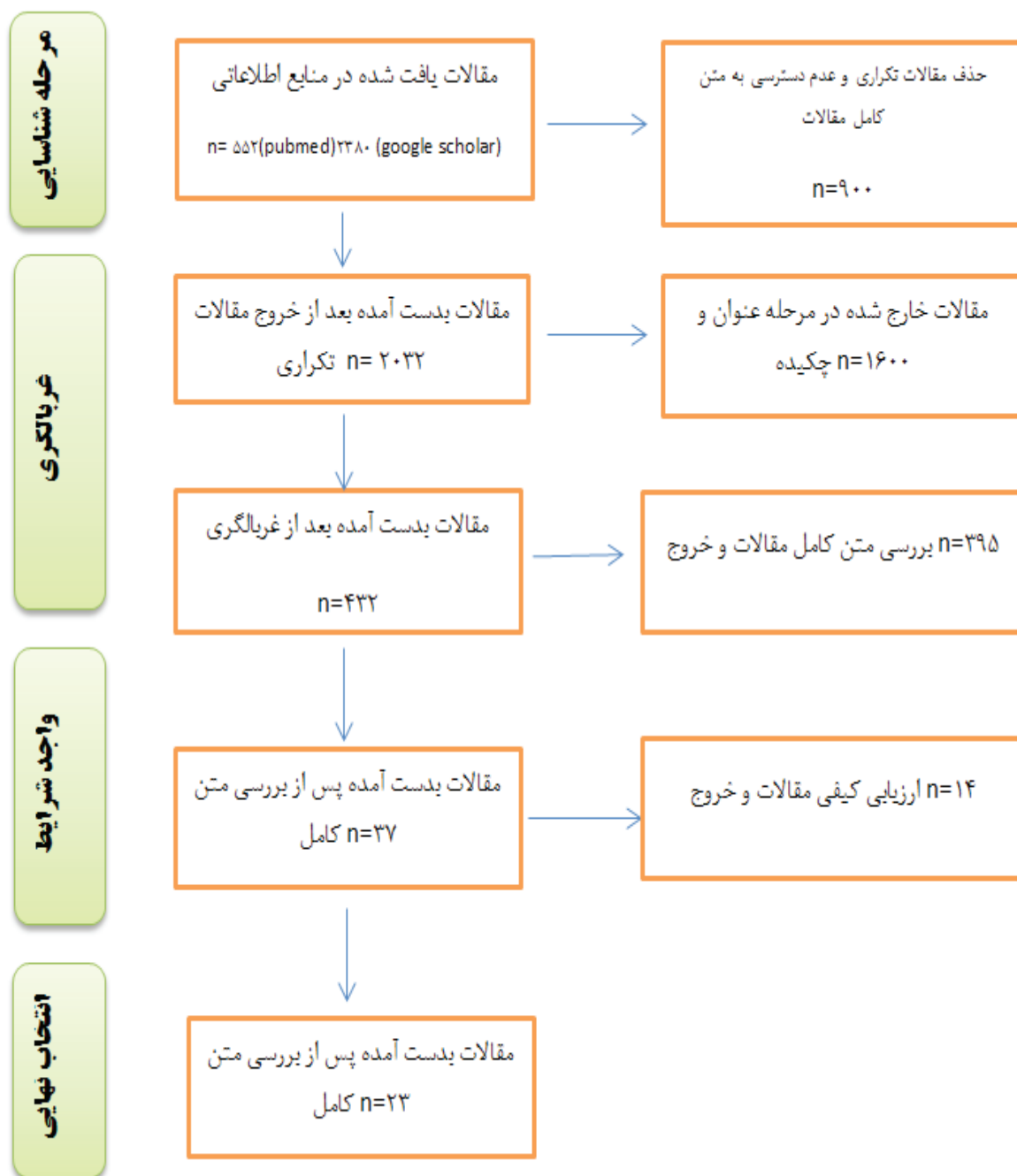
مقاله حاضر، یک مطالعه مرور نظام مند است که در سال ۱۴۰۰ انجام شده است. جستجو در پایگاههای داده الکترونیک Sid، Civilica، Magiran، Google scholar و Pub med انجام گرفت. مقالات فارسی و انگلیسی زبان منتشر شده در زمینه موضوع مطالعه، مطالعات کیفی، کمی، ترکیبی و مروری و نیز مقالاتی که متن کامل آن‌ها در دسترس باشد، وارد بررسی شدند. محدودیت مکانی نیز، در نظر گرفته نشد. مقالات منتشر شده از سال ۱۹۹۸ تا ۲۰۲۲ مورد بررسی قرار گرفت. همچنین مقالات منتشر شده به زبان‌های دیگر، مطالعات مربوط به اطفال و مطالعات با یافته‌های مبهم، از بررسی خارج شدند. جستجو با واژگان کلیدی منطبق با سرعنوان پزشکی (MESH) و همچنین واژگان مرتبط مستخرج از مرور متون مقدماتی، شامل بیماریهای همبودی، بیماریهای همزمان، چند بیماری، مراقبت پرستاری و اختلالات مصرف مواد، اختلالات مرتبط با مواد و همچنین واژگان کلیدی Comorbidities, Nursing care, Dual diagnosis, Substance-Related Disorders, Substance use disorders, Substance abuse, Druge abuse, Multymorbidity, Cuncurrent disorders, Co-existing disorders در پایگاه‌های اطلاعاتی برای یافتن مقالات بالقوه مرتبط، انجام شد (جدول ۱). در مجموع ۲۹۳۲ مقاله در جستجوی اولیه استخراج گردید. ۹۰۰ مقاله بدلیل تکراری بودن و یا عدم دسترسی به متن کامل از مطالعه خارج شد. مقالات باقیمانده، از جهت عنوان و چکیده بررسی و در این مرحله ۱۶۰۰ مقاله از

مطالعه حاضر، ملاحظات اخلاقی از جمله شرط امانت و صداقت مورد توجه قرار گرفته است و با توجه به نوع مطالعه، پژوهش حاضر، کد اخلاق ندارد.

مطالعه خارج شد. با بررسی متن کامل مقالات، ۳۹۵ مقاله و در ارزیابی کیفی نیز ۱۴ مقاله از مطالعه خارج گردید. در نهایت، ۲۳ مقاله مورد بررسی قرار گرفت (نمودار ۱). در

جدول ۱: استراتژی جستجو در پایگاه Pubmed

«Comorbid*» OR «multimorbid*» OR «co-existence» OR nurs* OR «Dual diagnosis» OR «concurrent disease» AND «Substance-Related Disorder*» OR «Substance Abuse» OR «drugs abuse»



نمودار ۱: فرآیند بررسی و انتخاب مقالات بازبایی شده بر مبنای نمودار PRISMA

چهار حیطه چالش‌های عاطفی، مراقبتی، آموزشی و حمایتی طبقه‌بندی شدند. زیر شاخه‌های چالش‌ها در (جدول ۳) و نیز راهکارهای این چالش‌ها در (جدول ۴) ارائه گردیده است.

با مرور گزیده مطالعات (جدول ۲)، چالش‌های پرستاران در مراقبت از بیماران بستری دارای اختلالات مصرف‌مواد، در

جدول ۲: مشخصات کلی مطالعات مرور شده

عنوان	نویسنده و سال انتشار	نوع مطالعه	جمعیت هدف	محیط پژوهش	حجم نمونه	یافته‌ها
استفاده از مواد، هنگام بستری در بیمارستان: دیدگاه بیمار و ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی (۲۳)	Strike (۲۰۲۰)	کیفی - توصیفی	بیماران و متخصصان بهداشتی مانند پزشکان، پرستاران و مددکاران اجتماعی	بیمارستان عمومی در تورنتو و اوتاوا	در مجموع ۵۰ نفر	شکاف در راهنمایی‌های سازمانی برای نحوه واکنش مناسب به مصرف‌مواد در بیمارستان، پنهان کردن مصرف‌مواد توسط بیماران، مشکل در باور و مدیریت درد،
نگرش پرستاران نسبت به بیماران مبتلا به اختلالات مصرف‌مواد، تحلیل کمی تأثیر یک کارگاه آموزشی (۲۴)	Jackman et al (۲۰۲۰)	کمی	پرستاران	بیمارستان سلامت روان در آمریکا	۳۸	اثربخشی کارگاه آموزشی را در بهبود نگرش پرستاران نسبت به بیماران مبتلا به SUD
استفاده از پرستاران برای بهبود مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات همزمان در محیط‌های بستری بهداشت روانی: مرور مفهومی (۲۵)	Garrod et al (۲۰۲۰)	مرور مفهومی	پرستاران	بیمارستان سلامت روان	۳۲	با سطوح بالاتر آموزش، نگرش‌ها و شیوه‌های ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی بهبود می‌یابد. در این مطالعه، چهار مضمون شناسایی شد: (۱) آموزش به عنوان مداخله‌ای برای بهبود نگرش‌ها و افزایش اعتماد به نفس و دانش (۲) استراتژی‌هایی برای حمایت از تغییر عملکرد (۳) چارچوب‌هایی برای هدایت مراقبت (۴) فرصت‌هایی برای گسترش دامنه عملکرد پرستاری.
"شما به عنوان یک پرستار با خودتان در جنگ هستید": دیدگاه پرستاران در درمان افراد بستری که با اختلال مصرف‌مواد افیونی همراه هستند. (۲۶)	Horner et al (۲۰۱۹)	کیفی	پرستاران	بخش‌های داخلی بیمارستان توفت بوستون	۲۲	داده‌ها در شش مقوله طبقه‌بندی شدند: (۱) انگ، (۲) ارزیابی و درمان درد، (۳) احساس فرسودگی، (۴) ارتباط بین ارائه دهندگان، (۵) ایمنی و امنیت و (۶) فرصت‌هایی برای تغییر. این مضامین در چهار سطح اکولوژیکی-اجتماعی-اکولوژیکی سازماندهی شدند: بافت اجتماعی، محیط بیمارستان، تعاملات بین فردی و عوامل فردی.
تجارب پرستاران حرفه‌ای پیشرفته در مراقبت از بیماران مبتلا به اختلال مصرف‌مواد و درد مزمن (۲۷)	Marie (۲۰۱۶)	کیفی روایتی	پرستاران حرفه‌ای پیشرفته	بیمارستانی در شهر لووا	۲۰	سوق بیماران مبتلا به SUD و درد به سمت خودشان، موانع بسیار برای مراقبت ایمن و مؤثر، عدم پوشش بیمه‌ای و دسترسی جغرافیایی به متخصصان اعتیاد، روانشناسان و روش‌های غیرطبیعی،
برداشت پرستاران از مراقبت از زنان باردار که از مواد افیونی استفاده می‌کنند (۲۸)	Shaw (۲۰۱۶)	تئوری زمینه‌ای	پرستاران	مراکز زایمان شهری در ایالت واشنگتن	۱۲	پایین بودن درک عمومی از پذیرش و اولویت بندی برای دریافت مداخلات نجات‌بخش برای افراد دارای SUD،

انگ (stigma) در میان متخصصان بهداشت نسبت به بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد و پیامدهای آن برای ارائه مراقبت های بهداشتی: مرور نظام مند (۲۹)	Van Boekel et al (۲۰۱۵)	مرور نظام مند	متخصصان بهداشت	بخش های مختلف درمانی و مراقبتی	۲۸	نگرش منفی نسبت به بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد، خشونت، دستکاری، و انگیزه ضعیف به عنوان عوامل بازدارنده در ارائه مراقبت های بهداشتی، آموزش، تمرین و ساختارهای ناکافی
چالش ها در عملکرد پرستاری: ادراکات پرستاران در مراقبت از بیماران بستری در بخش های داخلی - جراحی همراه با سوء مصرف/وابستگی به مواد (۳۰)	Nevill & Roan (۲۰۱۴)	کیفی	پرستاران	بخش های داخلی جراحی	۲۴	وظیفه اخلاقی مراقبت، ادراکات منفی نسبت به بیماران مبتلا به سوء مصرف / وابستگی به مواد، نیاز به آموزش بیشتر، همدردی و مسائل مربوط با مدیریت درد،
نگرش پرستاری نسبت به بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد و درد (۳۱)	morgan (۲۰۱۴)	تئوری زمینه ای	پرستاران و یک مصاحبه با پرستار متخصص اعتیاد	بخش های مختلف بیمارستانی	۱۵	تولید نظریه نگرش پرستاران نسبت به بیماران SUD بستری دارای درد
نگرش پرستاران نسبت به مراقبت از بیماران وابسته به مواد شهر یاسوج در سال ۲۰۱۴ (۳۲)	Fegghi & Malekzadeh (۲۰۱۴)	توصیفی همبستگی	پرستاران	بیمارستان های عمومی یاسوج	۲۰۰	نگرش مثبت، افزایش دوره های آموزش عالی و آموزش ضمن خدمت نسبت به مسائل اختلالات مصرف مواد،
شناسایی ادراکات کادر پرستاری داخلی، جراحی از بیمار سوء مصرف کننده مواد (۳۳)	Burleson et al (۲۰۱۳)	توصیفی مقطعی	پرستاران بخش های داخلی - جراحی	بخش های داخلی جراحی	۱۳۵	نگرش سازنده و تعهد درمانی نسبتاً بالا و احساس مسئولیت حرفه ای و حمایت بالینی نسبت به بیماران سوء مصرف کننده مواد،
مدیریت مراقبت ناهماهنگ مصرف کنندگان مواد در بخش های داخلی، دیدگاه پرستاران و بیماران: مطالعه تئوری زمینه ای (۳۴)	Monks et al (۲۰۱۲)	تئوری زمینه ای	بیماران و پرستاران	بخش های داخلی	۴۱	عدم آگاهی نسبت به مراقبت و بی اعتمادی و کناره گیری، مراقبت ناهماهنگ، فقدان آمادگی آموزشی، نگرش های منفی و تجربه تعارض، پرخاشگری و غیرقابل اعتماد بودن و تاثیر بر رابطه پرستار-بیمار، ناهماهنگی و نابرابری، حمایت نقش،
ادراک کارکنان در ارائه مراقبت به افراد مبتلا به مشکلات سلامت روانی و مصرف مواد غیرمجاز (۳۵)	Howard & Holmshow (۲۰۱۰)	مطالعه ترکیبی	کارکنان چندرشته ای	بخش های بستری سلامت روان	۸۴	عدم آموزش، مشکل در دسترسی به ساختارهای پشتیبانی،
ملاحظات پرستاری برای تشخیص دوگانه در سلامت روان (۳۶)	Edward & Munro (۲۰۰۹)	مروری	پرستاران سلامت روان	بخش های مختلف بیمارستانی	۱۸۵	شکاف در ارائه خدمات، لزوم مهارت های پرستاری در تشخیص مصرف مواد و آگاهی از پیامدهای مراقبت،
همبودی سلامت روان و مشکلات سوء مصرف مواد: مروری بر نگرش ها و ادراک گزارش شده کارکنان (۳۷)	Adams (۲۰۰۸)	مروری	متخصصان سلامت روان و پرستاران	بخش های سلامت روان	۱۸	متفاوت بودن نگرش، بسته به موضوعات زمینه ای مربوط به عملکرد، تصور منفی تقریباً کلی از کمبودهای خدماتی و کفایت آموزش،

فاطمه مقدم و همکاران

مشکلات در درک مفهوم تشخیص دوگانه، احساس عدم مهارت هنگام کار با افرادی که دارای تشخیص دوگانه هستند، تلاش برای کار در سیستمی که به دنبال اجتناب از افراد مبتلا به تشخیص دوگانه است، افزایش کار مشترک بین متخصصان، بهبود آموزش و تحقیقات،	۷	مراکز سلامت روان	پرستاران سلامت روان جامعه	پدیدارشناسی	Coombes et al (۲۰۰۷)	تجربه زیسته پرستاران سلامت روان جامعه با افرادی که تشخیص دوگانه دارند: یک مطالعه پدیدارشناسی (۳۸)
تاثیر مثبت برنامه آموزشی در بهبود نگرش درمانی و دانش پرستاران،	۴۹	بخش مراقبت های اولیه در NHS در غرب اسکاتلند	پرستار بهداشت روان	کارآزمایی بالینی	Munro et al (۲۰۰۷)	بررسی تاثیر آموزش بر نگرش و دانش درمانی پرستاران بهداشت روان در مورد بیماری های همراه: یک کارآزمایی تصادفی کنترل شده (۳۹)
عدم تداوم مراقبتها و تغییر کارکنان، کمبود منابع مالی، عدم تمایل به کار کردن روی بیماران با تشخیص دوگانه، فقدان سیاستهای دولتی، بررسی نیازهای آموزشی کارکنان، اتحاد کاری ^۴ ،	-	مراکز خدمات سوء مصرف مواد و بهداشت روانی	کارکنان خدمات سلامت روان	مروری	Askey (۲۰۰۷)	تشخیص دوگانه: یک مسئله درمانی چالش برانگیز در زمان ما (۲۱)
تبعیض ^۵ ، خطر، دانش و تجربه محدود پرستاران،	۱۸	بخش های عمومی مراکز مراقبت های اولیه	پرستاران	کیفی	Pevkover & chidlaw (۲۰۰۷)	خیلی ترسیده ام که نمی توانم مراقبت کنم؟ گزارش های پرستاران بخشها که با مددجویان مبتلا به سوء مصرف مواد کار می کنند. (۴۰)
نقشی پیچیده و استرس زا، نیاز به سطوح بالایی از مهارت، نامیدی، رنجش و ناتوانی،	۱۳	مراکز سلامت روان جوامع روستایی	متخصصان سلامت روان روستایی شامل پرستاران، روانپزشک، روانشناسان و مددکاران اجتماعی	پدیدارشناسی	Deans & Soar (۲۰۰۵)	مراقبت از مراجعین با تشخیص دوگانه در جوامع روستایی در استرالیا: تجربه متخصصان سلامت روان (۱۳)
شکاف دانش و مهارت در ارزیابی و مدیریت مشکلات الکل و مواد، سطح دانش کافی، نگرش های مثبت نسبت به بیماران دارای اختلالات مصرف مواد، سودمندی برنامه های آموزشی ویژه برای تقویت مهارت های پرستاران در ارزیابی و مدیریت اختلالات مرتبط با مواد،	۳۰۲	مراکز خدمات بهداشت روان	پرستاران	نظرسنجی	Happell et al (۲۰۰۲)	دانش، نگرش و باور پرستاران در مورد مصرف مواد: یک نظرسنجی پرسشنامه ای (۴۱)
پذیرش بیشتر سوء مصرف کنندگان الکل و مواد در سال های اخیر، درک مصرف کنندگان مواد بعنوان افراد غیراخلاقی، از نظر شخصیتی معیوب و بهبود نیافتنی،	۱۴	مراکز بهداشت روان و درمان سوء مصرف مواد	پرستاران	مروری	Howard & Chung (۲۰۰۰)	نگرش پرستاران به سوء مصرف کنندگان مواد: نظرسنجی (۴۲)
کمبود آگاهی و دانش، نگرش منفی نسبت به مراقبت از این بیماران، عدم تمایل به مراقبت، احساس نامیدی و عدم کفایت در مراقبت، نیاز به آموزش، اصلاح محتوای درسی،	-	بخش های سلامت روان	-	مروری	Gafoor & Rassool (۱۹۹۸)	وجود همزمان اختلالات روانپزشکی و سوء مصرف مواد: کار با بیماران مبتلا به تشخیص دوگانه (۴۳)

جدول ۳: چالش های پرستاران در مراقبت از افراد بستری دارای اختلالات مصرف مواد و بیماری های همبود

حیطه چالش و درصد مطالعات مربوطه	موارد مطرح شده
عاطفی (۴۸٪ مطالعات)	انگ (استیگما)، احساس فرسودگی، ادراک منفی، همدردی، احساس خطر، اعتماد بنفیس، تعارض، تبعیض، خشونت و پرخاشگری، دستکاری، بی مسئولیتی، نگرش منفی، نقش استرس زا، ناامیدی و انگیزه ضعیف، رنجش و خستگی، بی اعتمادی و کناره گیری
مراقبتی (۳۹٪ مطالعات)	مدیریت و ارزیابی درد، وظیفه اخلاقی مراقبت، مشکل در تصمیم گیری های چند رشته ای، فقدان ارتباطات مناسب بین حرفه ای، عدم مهارت و کفایت، حضور کم بر بالین، کاهش مشارکت شخصی، مشکل در تصمیم گیری های چند رشته ای، نقش پیچیده، آمادگی و تجربه محدود، ناتوانی، سازماندهی متفاوت بیماری ها، ماهیت متغیر بیماری، تغییر کارکنان، مراقبت ناهنجار و ناهماهنگ
آموزشی (۴۸٪ مطالعات)	فقدان آموزش کافی، مشکل در درک مفهوم تشخیص دوگانه، فقدان تعریف مشخص برای بیماری های همزمان، عدم آگاهی از مراقبت و مشکلات بیماری، دانش محدود
حمایتی (۴۳٪ مطالعات)	ایمنی و امنیت، حمایت از نقش، عدم دسترسی به ساختارهای حمایتی، کمبود منابع مالی، ترتیبات اداری و مدیریتی، فقدان راهنمای مراقبتی، فقدان سیاستهای دولتی، عدم پوشش بیمه ای، دسترسی به متخصصان، دسترسی به روش های غیرطبیعی، نگرانیهای قانونی

جدول ۴: راهکارهای مطرح شده در مقالات منتخب

نویسندگان	راهکارهای توصیه شده
Garrod et al (2020), Jackman et al (2020), Marie (2016), Howard & Holmshow (2010), Askey (2007), Munro et al (2007), Coombs et al (2007), Gafoor & Rassool (1998), Van Boekel et al (2015), Fegghi & Malekzadeh (2014), Deans & Soar (2005), Nevill & Roan (2014), Happell et al (2002), Van Boekel et al (2015), Monks et al (2012)	بکارگیری برنامه های آموزشی
Coombs et al (2007)	آموزش همراه با حمایت نقش ارتقا کار مشترک بین متخصصان و ارائه دهندگان خدمات
Askey (2007)	ارتقا و بهبود تحقیقات
Gafoor & Rassool (1998)	ارزیابی نیازهای آموزشی
	اصلاح محتوای درسی پرستاری

نامیدی و انگیزه ضعیف، رنجش و خستگی، بی اعتمادی و کناره گیری اشاره کرده اند (۴۳، ۳۸، ۳۴، ۲۹، ۲۱، ۱۳). بر اساس یافته ها، در روابط متقابل با بیماران دارای اختلالات مصرف مواد، بی اعتمادی در جریان بود. بیماران این ویژگی را تشخیص می دادند و این سبب واکنش های منفی از سوی آنها می شد. پرستاران در مقایسه با سایر بیماران بستری، زمان و تعامل کمتری با بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد داشتند. پیامد این بی اعتمادی متقابل، تشدید رفتار منفی بود که در مواردی به درگیری شامل آزار کلامی یا فیزیکی نسبت به پرستاران و سایر اعضای تیم مراقبت های بهداشتی ختم می شد. در موارد دیگر، منجر به ترخیص اجباری یا ترخیص با رضایت شخصی بیماران قبل از حل مشکلات پزشکی آنها می شد. محدود کردن تعامل، به این معنی بود که پرستاران نسبت به نیازهای بیماران، به ویژه در رابطه با اعتیاد و مشکلات مرتبط با آن، حساس نیستند. همچنین، پرستاران احساس

شایستگی های پرستاران، به عنوان بزرگترین گروه حرفه ای در ارائه خدمات سلامت به بیماران بویژه افراد مبتلا به بیماری های همبود، قابل توجه می باشد و موقعیت منحصر به فردی برای ارائه مراقبت بهینه به این بیماران دارا می باشند. با این حال، مشکلات پرستاران در مراقبت از بیماران بستری دارای اختلالات مصرف مواد در مطالعات متعدد برجسته شده است. مراقبت از این جمعیت چالش برانگیز، می تواند فشار قابل توجهی بر پرستاران ایجاد کند که با آسیب پذیری بالایی در مسائل فرسودگی و رضایت شغلی همراه است (۲۶). در بررسی مقالات منتخب، اولین چالش پرستاران در مراقبت از این بیماران، مربوط به حیطه عاطفی بود. در این خصوص، مقالات به مواردی مانند انگ (استیگما)، احساس فرسودگی، ادراک منفی، همدردی، احساس خطر، کاهش اعتماد بنفیس، تعارض، تبعیض، خشونت و پرخاشگری، دستکاری بیماران، بی مسئولیتی بیماران، نگرش منفی، نقش استرس زا،

بود که در طول مصاحبه های برخی مطالعات بیان شد. نمونه هایی از این ناامیدی، شرح کار با بیمارانی بود که به درمانها به کندی پاسخ می دادند. ناامیدی تجربه شده توسط پرستاران با آگاهی آنها از نتیجه احتمالی، افزایش می یافت بویژه زمانی که می دیدند برخی از ارائه دهندگان خدمت، درک محدودی از مسائل تشخیصی دوگانه و همبودی دارند، که متأسفانه گاهی اوقات منجر به پیامدهای منفی برای بیمارانی می شد (۴۳، ۲۶، ۱۳). علاوه بر این، یک عنصر کلیدی در درک پرستاران، دستکاری و بی اعتمادی به این بیماران بود. آنها بر این باورند که عنوان یک ارائه دهنده مراقبت های بهداشتی، همیشه باید مراقب خود باشند زیرا بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد به خوبی در دستکاری رویدادها و افراد به نفع خودشان ماهر هستند (۳۴، ۳۰، ۲۹). همچنین، خشم پرستاران در مراقبت از این بیماران همراه با غم و اندوه بود. وقتی چرخه زندگی بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد و بیماری های همبود را مشاهده می کردند که بعد از ترخیص در اثر مصرف زیاد مواد، فوت می شدند، این بسیار برای پرستاران مراقب آنها دردناک بود (۲۶).

چالش دوم، در خصوص مسائل مربوط به مراقبت می باشد. مقالات به مفاهیمی مانند مدیریت و ارزیابی درد، وظیفه اخلاقی مراقبت، مشکل در تصمیم گیری های چند رشته ای، فقدان ارتباطات مناسب بین حرفه ای، عدم مهارت و کفایت، حضور کم بر بالین، کاهش مشارکت شخصی، نقش پیچیده، آمادگی و تجربه محدود، ناتوانی در مراقبت، سازماندهی متفاوت بیماری ها، ماهیت متغیر بیماری، تغییر کارکنان، مراقبت ناهنجار و ناجور اشاره نموده بودند. مراقبت ناهنجار مفهومی جهت توضیح پیچیدگی تعامل پرستار و بیمار و روابط دخیل در ارائه مراقبت به بیماران مبتلا به بیماری های همبود است. مراقبت ناهنجار در نتیجه عدم آگاهی، دانش و نیز بی اعتمادی و گسستگی ایجاد می شود. پیچیدگی مدیریت و مراقبت و نیز تأثیر متقابل بین ادراکات، نگرش ها و رفتار، منجر به دوری و تشدید بی اعتمادی بین پرستاران و بیماران می شود (۳۴). برخی از پرستاران دریافتند که مراقبتی که ارائه می کنند، بیشتر یک فرآیند آزمون و خطا است. آنها احساس عصبی بودن، ساده لوحی و در هم شکستن را هنگام مواجهه با اولین بیمار خود با همبودی توصیف کردند. این احساسات به حس بی کفایتی در ارائه مراقبت کمک می کرد (۴۳، ۳۸، ۱۳). پرستاران از عدم تمایل خود به صحبت در مورد مسائل مربوط به مواد یا مصرف مواد در حین انجام ارزیابی های اولیه، هنگام پذیرش در

اضطراب و خطر در خصوص تعامل با این بیماران داشتند. غیرقابل پیش بینی بودن رفتار این بیماران و خشونت و خصومت آنها همگی منجر به کناره گیری از ارائه مراقبت ها می شد. برخی از پرستاران به استحکام گفتاری اشاره کرده اند که می تواند نگرانی های ایمنی را کاهش دهد. اکثر پرستاران که مراقبت از بیمارانی را که از مواد استفاده می کردند مدیریت می کردند، این را یک کار احساسی می دانستند. آنها از احساس خستگی ذهنی صحبت می کردند. محیط کاری به عنوان محیطی با ارباب و ترس تلقی می شد. پرستاران به خصوص زمانی که درگیری و خشونت در بخش شروع به تشدید می شد، احساس ناتوانی در ارائه مراقبت می کردند (۴۳، ۳۸، ۳۴، ۲۹، ۲۱، ۱۳). همچنین، پرستاران میزان بیشتری از رفتارهای خشونت آمیز و پرخطرانه را از بیمارانی که استفاده کننده مواد بودند، تجربه کرده اند. این امر به تأثیرات مستقیم روانی مواد بر رفتار افراد و نیز عوامل تبعی ناشی از آن مانند خرید و فروش مواد در محیط های بستری و تلاش برای حذف مواد از افراد، نسبت داده می شد (۳۵). همچنین، پرستاران نگران بیماران و اعضای خانواده آنها بودند. برخلاف همدلی، ابراز همدردی توسط پرستاران مشهود بود و نشان می داد که چگونه نسبت به بیماران و خانواده هایشان که با سوء مصرف/وابستگی به مواد مواجه بودند، احساس نگرانی می کردند (۳۰). تعدادی از پرستاران در کار با این بیماران ابراز ناامیدی و خستگی می کردند. پرستاران توضیح دادند که وقتی بیماران، مزاحم و به طور بالقوه خطرناک هستند، شرایط کاری سختتر می شود (۴۳، ۲۶، ۱۳). بر اساس نتایج مطالعات، متخصصان سلامت، بویژه پرستاران نگرش های تحقیرآمیز و منفی بیشتری نسبت به بیماران مبتلا به اختلال مصرف مواد در مقایسه با بیماران مبتلا به سایر بیماری های روان، دارند. و پرستارانی که تجربه شخصی و خانوادگی و همچنین تخصص در ارائه خدمات به بیماران دارای اختلالات مصرف مواد دارند، نگرش مثبت تری به این بیماران داشته و آنها را نه یک سوء مصرف کننده مواد بلکه بعنوان یک بیمار تلقی می کنند و تمایل و توانایی بیشتری برای ارائه خدمات بدون قضاوت دارند (۴۳، ۴۲، ۳۵، ۳۴، ۲۹، ۲۸، ۲۱). همچنین، ارائه دهندگان خدمات سلامت شاغل در شهرهای کوچک، تمایل دارند نگرش های قضاوت کننده تر داشته باشند که می تواند ناشی از انزوا و حمایت محدود از آنها باشد (۱۳). اما، نتایج برخی مطالعات دیگر حاکی از نگرش مثبت و تعهد درمانی و مراقبتی پرستاران نسبت به این بیماران است (۳۳). سرخوردگی و ناامیدی، احساس غالبی

بخش صحبت کردند. عدم فهم و درک مشکلات استفاده از مواد به عنوان دلیلی برای محدود کردن فرآیند ارزیابی ارائه می‌شد. این بی‌میلی توسط بیمارانی که احساس می‌کردند اهمیت اطلاعاتی که ارائه می‌دهند، مورد توجه قرار نگرفته یا به آنها عمل نشده است، تشخیص داده می‌شد. برخی از پرستاران از انجام عمدی ارزیابی اولیه و تمرکز بر دلایل فیزیکی پذیرش صحبت کردند. این ارزیابی سطحی، مشکلاتی را برای برخی از بیماران ایجاد کرد. زیرا مسائل روانی و اجتماعی مرتبط با اعتیاد یا بعبارت بهتر اختلالات همبود آنها، مدنظر قرار نمی‌گرفت. همچنین، بر اساس تجربیات پرستاران، وقتی بیماران حس نفرت انگیز و آزاردهنده بودن را درک می‌کنند، هنگام پذیرش با یک دیوار و مانع تدافعی از جانب بیماران مواجه می‌شوند و این منجر به ارزیابی ناقص می‌شود (۲۶). بسیاری از پرستاران تعارض درونی بر سر ارزیابی و درمان درد را توصیف کردند و نگران بودند که دادن داروی درد به اعتیاد بیماران کمک کند. عدم اطمینان در زمان یا نحوه درمان درد در زمینه اعتیاد، پیچیده بود. یکی دیگر از منابع تنش، باور کردن درد بود، زیرا منشأ و شدت میل به مواد، ممکن است نشان دهنده درد نباشد، بلکه اعتیاد و وابستگی را نشان دهد (۳۴، ۳۱، ۲۶). همچنین، پرستاران اشاره کردند که پروتکل‌های استاندارد شده می‌توانند محدودیت‌ها و انتظارات درد را بین تیم مراقبت و بیمار تسهیل کنند. چند پرستار به قرارداد درد اشاره کردند. این قرارداد درد بین ارائه دهندگان و بیماران با هدف ایجاد انتظارات در مورد کنترل درد و ایمنی بیمار در طول مدت اقامت در بیمارستان است. پرستاران این قرارداد را راهی برای اجتناب از نه گفتن مداوم به بیماران و در عوض امکان رجوع به شرایط توافق شده توصیف کردند (۲۶). برخی از پرستاران بیان کردند، دیدن افراد معتاد به مواد دیدگاه آنها را نسبت به بیمارانی که واقعاً درد دارند و برای تسکین به داروی مسکن نیاز دارند، تحت تأثیر قرار داده است. اکنون به هر کسی که مدام تقاضای داروی مسکن می‌کند، تردید می‌کنند (۳۰). در مجموع، عدم مهارت و آگاهی کافی در ارائه خدمات سلامت به بیماران مبتلا به بیماری‌های همبود و موقعیت‌های پیچیده بالینی که نیاز به سطح بالایی از صلاحیت‌ها را می‌طلبد، سبب کاهش اعتماد بنفوس و انگیزه پرستاران شده و باعث ناتوانی و نیز چرخه منفی عدم مشارکت می‌شود (۳۴، ۲۹، ۱۳). از دیگر چالش‌های این حیطه، در خصوص کار چند رشته‌ای/ بین‌سازمانی بود. همه اعضای تیم مراقبتی در بحث‌های جلسات چند رشته‌ای شرکت نمی‌کردند و این ممکن است

به دلیل عدم اعتماد به نفس بوده باشد، اگرچه این افراد ممکن بود، ایده‌هایی برای بهترین راه حل برای مشکلات مراقبت از این بیماران داشته باشند. علاوه بر این، کارکنانی که موقعیت‌های ناراحت‌کننده‌ای را در مورد بیمارانی که از مواد استفاده می‌کردند، تجربه کرده بودند و یا در مورد نحوه رسیدگی به مسائل تبعی مطمئن نبودند، به عنوان دلایل کناره‌گیری از بحث در جلسات چند رشته‌ای تلقی می‌شدند (۳۵). در نهایت وظیفه اخلاقی مراقبت نیز، به عنوان ارائه خدمات پرستاری با استفاده از حمایت، شفقت و درک برای ارائه مراقبت عادلانه بدون توجه به ماهیت مشکلات سلامتی بیمار، تعریف می‌شود که این هم یکی از چالش‌های مهم مراقبت بود و پرستاران علی‌رغم مشکلات مراقبتی، نگرانی را در خصوص رعایت اخلاق در مراقبت ابراز می‌داشتند (۳۰).

چالش سوم، در ارتباط با مسائل آموزشی بود. فقدان آموزش کافی، مشکل در درک مفهوم همبودی، فقدان تعریف مشخص برای بیماری‌های همبود، عدم آگاهی از مراقبت و مشکلات بیماری و نیز دانش محدود، از جمله چالش‌های مربوط به این حیطه بود. بر اساس نتایج مطالعات، پرستاران چالش عدم آگاهی و دانش را در خصوص مراقبت از بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد و بیماری‌های همبود دارند (۳۷، ۳۵، ۳۴، ۳۰، ۲). ارائه دهندگان خدمات سلامت جوان‌تر نسبت به نسل قدیمی‌تر، درک کمتری نسبت به همبودی داشتند که این احتمالاً به دلیل فقدان دانش و درک راهبردهای تشخیص‌های دوگانه است (۱۳). برخی از پرستاران اعلام کردند، هیچ‌گونه آموزش رسمی در این خصوص ندیده‌اند و این سبب عدم کفایت و اعتماد بنفوس آنها در ارائه مراقبت شده است و این مساله توسط بیماران قابل شناسایی بوده و سبب از هم گسیختگی رابطه متقابل پرستاران و بیماران می‌شود. فقدان دانش بر جنبه‌های دیگر مراقبت‌های پرستاری روتین، مانند آموزش به بیمار نیز تأثیر داشته است (۲۶). عدم آگاهی، آنها را در موقعیت‌های تحقیر آمیزی قرار داده که در آن قادر به پاسخگویی دقیق به سؤالات بیماران نبودند. پرستاران بر این باور بودند که قبل از شروع به کار باید دانش و درک لازم در خصوص همبودی وجود داشته باشد (۱۳). علاوه بر این، میزان دانش و آگاهی می‌تواند در قضاوت اجتماعی پرستاران تأثیر بگذارد. فقدان دانش برای مراقبت، به این معنی است که پرستاران قادر به تعامل پایدار با این بیماران نبوده و گاهی اوقات تمایلی به آن ندارند (۲۶). در حال حاضر، سیاست‌های خدمات سلامت در زمینه مراقبت و درمان همبودی، منجر به آموزش اضافی

کرده و احساس خطر می کنند تا جاییکه تمایل به مراقبت در کنار همکار خود دارند. بنابراین در مواجهه با مددجوی پرخطر، این مراقب است که آسیب پذیر بوده و نیاز به حمایت امنیتی دارد (۴۰). پرستاران توسل به امنیت را، در موقعیت‌هایی توصیف کردند که در آن بیماران یا همراهان آنها، رفتار تهاجمی از خود نشان می‌دادند و ایمنی فردی دغدغه‌ای بود که بیشتر توسط پرستاران زن مطرح می‌شد (۲۶). ایمنی یک نگرانی اساسی پرستاری بود. اظهارات ترس و دلهره و گزارش نیاز به محافظت از خود در برابر آسیب فیزیکی بیان می‌شد. پرستاران گزارش دادند، بیماران ممکن است پرخاشگر و بالقوه تهدید کننده، باشند، بنابراین، دلیلی برای دیدگاه منفی برخی از پرستاران نسبت به مراقبت از این بیماران فراهم می‌کند. با وجود خطرات آشکار و بالقوه این بیماران، اما همچنان، مراقبت از بیمار و وظیفه اخلاقی مراقبت از آنها یک دغدغه اصلی برای پرستاران است (۳۰). در مطالعات، مضامین خطر و آسیب پذیری جهت تبیین خدمات مراقبتی حداقلی به مددجویان استفاده شده است. با این حال، نباید فراموش کرد که این افراد بدلیل مشکلات جسمی و روانی بسیار آسیب پذیر و نیازمند مراقبت هستند (۴۰). در خصوص مدلها، پروتکلها و دستورات عملیاتی درمانی، می‌توان گفت در گذشته، مدل سربال یا نوبتی درمان دو یا چند بیماری استفاده می‌شد، به این معنی که یک بیماری، قبل از شروع درمان بیماری دیگر، درمان می‌شد. ثابت شده است، این مدل مشکل ساز است، زیرا این شرایط همراه، اغلب به یکدیگر مرتبط می‌شوند، که منجر به پیش آگهی ضعیف می‌شود. مدل دیگری که گاهی اوقات اجرا می‌شود، مدل موازی است که به موجب آن مددجو به صورت جداگانه اما همزمان، دو اختلال درمان می‌شود. اگر ارتباط بین سازمانی خوبی بین خدمات وجود داشته باشد، این مدل می‌تواند به طور موثر، کارآمد باشد (۲۱). اما، این مدل یکپارچه است که در حال حاضر موثرترین مدل درمانی موجود برای درمان بیماری‌های همبود در نظر گرفته می‌شود. این مدل، مستلزم آن است که مداخلات دو بیماری به طور همزمان در یک رویکرد هماهنگ ارائه شوند، اما به منظور تسهیل این رویکرد، داشتن کارکنان ماهر و آموزش دیده ضروری است (۳۶، ۲۷، ۲۱، ۲۰). اکثر پرستاران از عدم شفافیت در خط‌مشی‌ها و رویه‌ها که بتواند در تصمیم‌گیری‌ها و مداخلات مراقبتی کمک کننده باشد، صحبت کردند (۳۵)، ۲۳. آنها همچنین، نیاز به خدمات حمایتی اضافی را برای خود و همچنین بیمارانشان از سوی متخصصانی که تخصص

برای متخصصان بهداشتی نشده است و در نتیجه آنها، فاقد مهارت و دانش لازم هستند و در نتیجه، هنگام درمان و مراقبت از یک بیمار با همبودی، متخصصان بهداشت متوجه شدند که این مراجعان در درمان خود فاقد انگیزه کلی هستند. این موقعیت‌ها باعث می‌شود که متخصصان بهداشت احساس درماندگی و ناتوانی کنند و آنها را به این باور برساند که نیاز به یک سیستم تخصصی تر وجود دارد (۱۳). به طور کلی، ارائه خدمات به بیماری‌های همبود با پیچیدگی‌هایی همراه است، که بسیاری از آنها به ایجاد موانعی برای جلوگیری از ارائه خدمات منسجم و جامع کمک می‌کنند. فقدان چارچوب‌های طبقه‌بندی واحد و توافق شده برای بیماری‌های همراه توسط ارائه‌دهندگان، محققان و سیاست‌گذاران، همچنین فقدان شواهد و تحقیقات کافی و نیز مشکل در درک مفهوم بیماری‌های همبود، به پیچیدگی بیشتر آن می‌افزاید و به طور بالقوه، درک مشترک مشکلات را کاهش می‌دهد و بر ارائه خدمات و انجام تحقیقات تأثیر می‌گذارد (۳۸، ۲). طبق گزارش پرستاران، آموزش ممکن است مدیریت مراقبت از بیمارانی را که از مواد و داروهای غیرمجاز استفاده می‌کنند، بهبود ببخشد و این نیاز به ادغام آن در برنامه درسی پرستاران دارد (۳۴). بنابراین بعلاوه مسائل پیشگفت آموزش منسجم، رسمی و کاربردی می‌تواند تا حدودی سبب حل مشکلات و موانع ارائه بهینه خدمات سلامت گردد (۳۹، ۲۶، ۲۵).

چالش چهارم، مربوط به مسائل حمایتی است که شامل ایمنی و امنیت، حمایت از نقش، عدم دسترسی به ساختارهای حمایتی، کمبود منابع مالی، ترتیبات اداری و مدیریتی، فقدان راهنمای مراقبتی، فقدان سیاستهای دولتی، عدم پوشش بیمه‌ای، دسترسی به متخصصان، دسترسی به روش‌های غیرطبیبی و نگرانی‌های قانونی می‌باشد. عدم حمایت نقش، به عنوان یک چالش بزرگ پرستاران شناسایی شده است. بر اساس نتایج مطالعات، مداخلات آموزشی زمانی در نگرش درمانی پرستاران تأثیر مثبت می‌گذارد که حمایت نقش در سطح متوسط و بالا صورت گیرد. بدون حمایت نقش، پرستاران اعتماد بنفس خود را از دست می‌دهند و در نتیجه از بیمار جدا می‌شوند. حمایت نقش می‌تواند بصورت نظارت رسمی یا فرایند غیررسمی باشد که در آن ارائه دهنده مراقبت، تشویق و بازخورد دریافت می‌کند. بنابراین، عملکرد بالینی پرستاران فقط به دانش و مهارت‌های فردی آنها بستگی ندارد، بلکه محصول آموزش و سطح بالایی از حمایت، مشاوره و راهنمایی پرستاران است (۲۹). بسیاری از پرستاران در مراقبت، پرخاشگری بیماران را تجربه

زیادی در روانپزشکی و سوء مصرف مواد داشته باشند بیان کردند (۳۰). در مطالعه ای دیگر، پرستاران مشکلاتی را در دسترسی به روش های سنتی برای کمک به جمعیت بیماران خود در مدیریت درد گزارش کردند. آنها بیان کردند، شرکت های بیمه فقط برای مواد افیونی، هزینه پرداخت می کنند. آنها دسترسی جغرافیایی محدود به روش های سنتی مانند طب سوزنی، ماساژ درمانی و روانشناسی را اشاره کردند. علاوه بر این، آنها بیان کردند که برخی از بیمارانشان مدالیت هابی را که زمان و تلاش بیشتری را می طلبد، نمی خواهند. یکی از پرستاران اظهار داشت که برخی از بیماران او، خواهان «رفع سریع» درد هستند. (۲۷).

از دیگر چالش های این حیطه مربوط به نگرانی های قانونی بود. قانون سوء استفاده از مواد (۲۰۰۸) انگلیس می گوید: این یک تخلف است که هر فردی که در مدیریت هر محل دخیل است، آگاهانه اجازه می دهد فعالیت های خاصی در ارتباط با استفاده غیرقانونی مواد انجام شود. این مساله بر اضطراب کارکنان تأثیر گذاشته بود. پرستاران در مورد ادراکات خود در مورد پیچیدگی های این موقعیت ها بحث می کردند و نگرانی خود را در مورد جنبه های قانونی که از آنها مطمئن نبودند، ابراز می کردند. اکثر پرستاران عدم حمایت در زمینه های دسترسی به یک سرپرست با دانش بالا در زمینه استفاده از مواد، مدیران بسیار پرمشغله و دشواری دسترسی به مشاوره و نظارت بیشتر را گزارش کردند. علاوه بر این، ساختارها در جای خود قرار نداشتند و ساز و کارهای حمایتی در خصوص چارچوب ها و دستورالعمل ها برای تصمیم گیری در مورد استفاده از مواد، وجود نداشت. (۳۵).

بحث

مراقبت، یک مفهوم مرکزی و اصلی در پرستاری است و پرستاران به دلیل نگرش های مراقبتی و مهارت های حرفه ای خود به خوبی شناخته شده اند. بیماران بستری دارای اختلالات مصرف مواد، شامل گروه بیماران آسیب پذیر بوده و دیدگاه و عملکرد پرستاران می تواند تأثیر بسزایی در پیامدهای مراقبتی و درمانی این بیماران داشته باشد (۴۴). بنابراین، مطالعه حاضر با هدف مروری بر چالش های پرستاران در مراقبت از بیماران بستری دارای اختلالات مصرف مواد و راهکارها، انجام شده است. بر اساس یافته های مطالعه حاضر، این چالش ها در چهار حیطه عاطفی، مراقبتی، آموزشی و حمایتی طبقه بندی می شوند. بر اساس یافته ها، افراد مبتلا به اختلالات مصرف مواد،

نه تنها در مصرف مواد با مشکلاتی روبرو هستند، بلکه با پاسخ های منفی محیط اجتماعی خود مانند انکار، طرد اجتماعی و یا تبعیض مواجه می شوند. دنیای اجتماعی بیمارستان یا محیط مراقبت های بهداشتی، تابع همان فرآیندهای سیستم اجتماعی بزرگتر است. زیرا افرادی که در محیط مراقبت های بهداشتی به کار گرفته می شوند، جزئی از اعضای کل جامعه هستند. بنابراین، بسیاری از کارکنان مراقبت های بهداشتی ناآگاهانه برچسب ها را تداوم می بخشند و به انگ و به حاشیه راندن افراد دارای اختلالات مصرف مواد کمک می کنند. انگ زنی به فرآیندی اشاره دارد که در آن نگرش های منفی ممکن است منجر به طرد یا تبعیض شود (۳۱). ولین (۱۹۸۳) سه دسته از صفات را که توسط متخصصان مراقبت های بهداشتی انگ می شوند، فهرست کرد: ۱) ویژگی های اجتماعی، مانند سن، نژاد، مذهب و وضعیت تحصیلی پایین. ۲) رفتار بیماران، به ویژه رفتاری که مقام یا اوتوریتی پزشکی را رد می کند و ۳) ویژگی های فیزیکی، مانند بیماری مزمن و بدخیم، که به خوبی به درمان پاسخ نمی دهند (۴۵). واضح است که بیماران بستری مبتلا به اختلالات مصرف مواد دارای برخی از این ویژگی ها هستند، مانند رد قدرت پزشکی و بیماری مزمن که به خوبی به درمان پاسخ نمی دهد.

بطور کلی، حفظ روابط مؤثر پرستار و بیمار و رویکردهای بدون قضاوت، اغلب در محیط پزشکی پرستار ما نادیده گرفته می شود (۳۱). نگرش های منفی پرستاران، همکاری و تعامل بین آنها و بیماران را کاهش می دهد و این ممکن است بر احساس توانمندی و عزت نفس این بیماران موثر بوده و متعاقباً بر نتایج درمان تأثیر بگذارد. شواهد نشان می دهد که متخصصان بهداشت در ارائه مراقبت های بهداشتی به افراد دارای اختلالات مصرف مواد در مقایسه با سایر بیماران، رویکرد تبعیض آمیز و اجتنابی تری دارند (۴۶). در نتیجه، آنها ویزیت های کوتاه تری انجام می دهند، همدلی کمتری نشان می دهند و در هنگام مراقبت از این بیماران، مشارکت شخصی را کاهش می دهند. این امر به دلیل رویکرد وظیفه محورتر متخصصان بهداشت هنگام کار با بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد، می تواند منجر به ارائه مراقبت های بهداشتی کمتر از استاندارد شود (۴۰). علاوه بر این، پاسخ منفی پرستاران به این گروه بیماران، بر خود پرستاران نیز تأثیر می گذارد. احساس گناه، شرم و اندوه در مورد عدم انجام وظایف حرفه ای، از جمله تنش های درونی آنها است که می تواند روی کیفیت مراقبت ها اثر سوء داشته باشد (۳۱). حتی مشخص شده است

کمک می کند. علاوه بر این، حمایت سازمانی باعث افزایش عزت نفس، دانش درک شده و احساس توانمندسازی در بین متخصصان سلامت می شود (۴۶، ۱۹).

مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی می باشد. عدم جستجو در دیگر پایگاههای اطلاعاتی، ممکن است سبب عدم دریافت مطالعات مرتبط دیگر شود. محدودیت دیگر مطالعه، مربوط به زبان مقالات بود که تنها از مقالاتی استفاده شد که به زبان های فارسی و انگلیسی منتشر شده بودند.

نتیجه گیری

طبق نتایج بدست آمده، پرستاران در چهار حیطة عاطفی، مراقبتی، آموزشی و حمایتی چالش هایی را تجربه می کنند. مراقبت از بیماران بستری دارای اختلالات مصرف مواد، یک مشکل پیچیده و شایع در جهان است. مرور ادبیات مربوط به آن، حاکی از موانع و پیچیدگی های بسیاری در ارائه خدمات مراقبتی است. بسیاری از پرستاران آموزش و مهارت ناکافی در مراقبت از این بیماران را بیان می کنند که خود منجر به کاهش اعتماد بنفیس، ناامیدی، خستگی و استرس و نهایتاً رنجش، خشونت و پرخاشگری در محل کار می شود. آموزش کاربردی همراه با حداقل سطح متوسط حمایت نقش و نیز حمایت های عاطفی و مدیریتی با ارتقا صلاحیتهای، دانش و مهارت می تواند در رفع مسائل مربوط به مراقبت از این بیماران موثر باشد. وجود دستورالعمل - ها و خط مشی ها و سیاستهای دولتی مشخص جهت مراقبت از این بیماران می تواند مانع سردرگمی و ناتوانی پرستاران در مراقبت شود. علاوه بر این، ارتباطات و پیوندهای تنگاتنگ ارائه دهندگان خدمات سلامت با متخصصین حوزه همبودی، ارتقا مشارکت های بین رشته ای و اتحاد کاری، می تواند راه حلی جهت رفع چالش ها و موانع مراقبتی باشد. حضور پرستاران متخصص و آموزش دیده در حوزه همبودی می تواند نگرش و ادراکات پرستاران را از کار با بیماران بستری دارای اختلالات مصرف مواد، بهبود بخشیده و با بهبود بالینی و عملکردی همراه شود. همچنین با اصلاح محتوای درسی در آموزش دانشگاهی و هم آموزش مداوم کارکنان و نیز گنجاندن مباحث مربوط به اختلالات مصرف مواد و بیماریهای همبودی می توان به غنای دانش و آگاهی پرستاران افزود. بنابراین مدیران پرستاری می توانند با شناسایی این چالش ها و مرور راهکارهای بیان شده، سبب ارائه مراقبت های بهینه به بیماران بستری دارای اختلالات مصرف مواد گردند. همچنین پیشنهاد می شود، مطالعات آتی بیشتر بر پیامد این چالش ها و تحقیقات

که اصطلاح اعتیاد، بر نگرش متخصصان نسبت به بیماران تأثیر می گذارد (۴۷، ۳۱). علاوه بر این، پرستاران جوانتر و آنهایی که تحصیلات بیشتری دارند، نسبت به پرستارانی که مسن تر هستند و سال های تحصیلی کمتری دارند، نگرش مطلوب تری نسبت به بیماران دارای اختلالات مصرف مواد دارند (۴۲). در مجموع لازم است، پرستارانی که با بیماران وابسته به مواد ارتباط دارند، از لحاظ نگرش و عملکرد خود نسبت به این گونه افراد، نهایت دقت و توجه را داشته باشند تا بتوانند با استفاده از علم و هنر خود با آنها ارتباط مثبت برقرار کنند و متعاقباً، نتایج مراقبت را بهبود بخشند، زیرا نگرش پرستار به عنوان مراقب، می تواند به آنها در تسریع روند بهبودی کمک کند.

همچنین، انگیزه و رضایت کم پرستاران در مراقبت از بیماران بستری دارای اختلالات مصرف مواد را می توان با درک پرستاران توضیح داد که این بیماران را به طور بالقوه خشن و بی مسئولیت تلقی می کنند و این ممکن است باعث ایجاد احساس ناامیدی در ارائه مراقبت بهینه، رنجش و ناتوانی در آنها شود (۱۹، ۱۳). علاوه بر این، رضایت کم پرستاران از مراقبت می تواند انگیزه درونی پرستاران را کاهش داده و سبب افت کیفیت مراقبت های بهداشتی گردد (۴۸). این نارضایتی در بین پرستاران ارائه دهنده مراقبت، پتانسیل به حاشیه رانده شدن بیماران و متعاقب آن کاهش در کیفیت مراقبت را بدنبال دارد (۳۱).

مدیریت درد نیز، چالش مهمی بود که در مطالعات مختلف به آن پرداخته شده بود (۳۱، ۲۹، ۲۷). به دلیل مصرف مواد و متعاقب آن تحمل بالا به داروهای ضد درد، بیماران مصرف کننده مواد، تحمل درد پایینی دارند، که نیاز به مسکن های قوی تر را افزایش می دهد (۴۹، ۳۱). با این حال، مراقبین اغلب تمایلی به تجویز مسکن های مؤثر ندارند، به ویژه برای مددجویانی که اختلال مصرف مواد افیونی دارند، زیرا آنها، یا درد را باور نمی کنند و یا از تشدید اعتیاد می ترسند (۳۱).

از سوی دیگر، آموزش و ساختارهای حمایتی ناکافی در کار با این گروه بیماران، ممکن است به نگرش های منفی و کاهش اعتماد بنفیس پرستاران کمک کند. مطالعات متعددی بر ضرورت و تأثیرات مثبت آموزش، به منظور توسعه دانش، مهارت ها و خودکارآمدی متخصصان بهداشت در کار با بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد تأکید کردند (۵۱، ۳۲، ۳۵، ۵۰). همچنین، حمایت سازمانی، مانند حمایت نقش، نظارت و امکان مشاوره با یک متخصص، به طور قابل توجهی به افزایش تمایل و رضایت برای کار با این بیماران

پرستاری دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تشکر و قدردانی می نمایم.

مربوط به دستورالعمل ها و مدل های مراقبتی معطوف گردد و همچنین، چالش های محیط های مراقبتی و درمانی مختلف، بصورت مجزا بررسی گردد.

تضاد منافع

نویسندگان این مطالعه، هیچ تضاد منافی را گزارش نمی کنند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از زحمات بی دریغ اساتید ارجمند گروه

References

1. Crawford V, Crome IB, Clancy C. Co-existing problems of mental health and substance misuse (dual diagnosis): a literature review. *Drugs: education, prevention and policy*. 2003 Jan 1; 10(1):1-74. <https://doi.org/10.1080/0968763031000072990>
2. Canaway R, Merkes M. Barriers to comorbidity service delivery: the complexities of dual diagnosis and the need to agree on terminology and conceptual frameworks. *Australian Health Review*. 2010 Aug 25; 34(3):262-8. <https://doi.org/10.1071/AH08723>
3. Valderas JM, Starfield B, Sibbald B, Salisbury C, Roland M. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *The Annals of Family Medicine*. 2009 Jul 1; 7(4):357-63 <https://doi.org/10.1370/afm.983>
4. Torrens M, Mestre-Pintó JI, Montanari L, Vicente J, Domingo-Salvany A. Patología dual: Una perspectiva europea Dual diagnosis: An European perspective. *Adicciones*. 2017; 29(1):3-5. <https://doi.org/10.20882/adicciones.933>
5. Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity inform health system design? *Public Health Rev*. *Public Health Rev* 2010;32:451-474 <https://doi.org/10.1007/BF03391611>
6. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet* 2012 Jul; 380(9836):37-43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2)
7. Lochner KA, Cox CS. Peer Reviewed: Prevalence of Multiple Chronic Conditions among Medicare Beneficiaries, United States, 2010. *Preventing chronic disease*. 2013; 10. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120137>
8. Taylor AW, Price K, Gill TK, Adams R, Pilkington R, Carrangis N, et al. Multimorbidity - not just an older person's issue. Results from an Australian biomedical study. *BMC Public Health* 2010; 10:718. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-718>
9. Anderson G. *Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care*. Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation; 2010.
10. Fraccaro P, Casteleiro MA, Ainsworth J, Buchan I. Adoption of clinical decision support in multimorbidity: a systematic review. *JMIR medical informatics*. 2015 Jan 7; 3(1):e3503. <https://doi.org/10.2196/medinform.3503>
11. Kuperman GJ, Bobb A, Payne TH, Avery AJ, Gandhi TK, Burns G, et al. Medication-related clinical decision support in computerized provider order entry systems: a review. *J Am Med Inform Assoc* 2007; 14(1):29-40. <https://doi.org/10.1197/jamia.M2170>
12. Antai-Otong D, Theis K, Patrick DD. Dual diagnosis: coexisting substance use disorders and psychiatric disorders. *Nursing Clinics*. 2016 Jun 1; 51(2):237-47. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.01.007>
13. Deans C, Soar R. Caring for clients with dual diagnosis in rural communities in Australia: The experience of mental health professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2005 Jun; 12(3):268-74. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00830.x>
14. Saberi Zafarghandi M B. Some mental health and addiction challenges in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology (Thought and Behavior)*. 2011; 2 (17): 157-161.
15. Han BH, Termine DJ, Moore AA, Sherman SE, Palamar JJ. Medical multimorbidity and drug use among adults in the United States. *Preventive medicine reports*. 2018 Dec 1; 12:214-9. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2018.10.007>
16. Nohsara S.h, Nasr Esfahani, M. Afkham Ebrahimi A. Opioid use in patients admitted to Hazrat Rasool Akram Hospital, Thought and

- Behavior 2004; 10(3), 227 -233.
17. Ahmadi-Nejad M, Jadidi F, Dehghani MR, Divsalar K. Studying prevalence and pattern of taking narcotic and ecstasy drugs by patients admitted to special care centers of Shahid Bahonar Hospital, Kerman, Iran. *Addiction & health*. 2012; 4(1-2):57.
 18. Wu LT, Zhu H, Ghitza UE. Multicomorbidity of chronic diseases and substance use disorders and their association with hospitalization: Results from electronic health records data. *Drug and alcohol dependence*. 2018 Nov 1; 192:316-23. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.08.013>
 19. Ford R, Bammer G, Becker N. Improving nurses' therapeutic attitude to patients who use illicit drugs: workplace drug and alcohol education is not enough. *International journal of nursing practice*. 2009 Apr; 15(2):112-8. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01732.x>
 20. Ziedonis DM. Integrated treatment of co-occurring mental illness and addiction: clinical intervention, program, and system perspectives. *CNS spectrums*. 2004 Dec; 9(12):892-904. <https://doi.org/10.1017/S1092852900009718>
 21. Askey J. Dual diagnosis: a challenging therapeutic issue of our time. *Drugs and Alcohol Today*. 2007 Dec 1. <https://doi.org/10.1108/17459265200700032>
 22. Mazhariadz F, Adib-Hajbaghery M. Concept Analysis of "Role strain" according to Walker and Avant's Approach. *IJNR*. 2021; 16 (3) :29-38
 23. Strike C, Robinson S, Guta A, Tan DH, O'Leary B, Cooper C, Upshur R, Chan Carusone S. Illicit drug use while admitted to hospital: Patient and health care provider perspectives. *Plos one*. 2020 Mar 5; 15(3):e0229713. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229713>
 24. Jackman KM, Scala E, Nwogwugwu C, Huggins D, Antoine DG. Nursing attitudes toward patients with substance use disorders: a quantitative analysis of the impact of an educational workshop. *Journal of addictions nursing*. 2020 Jul 1; 31(3):213-20. <https://doi.org/10.1097/JAN.0000000000000351>
 25. Garrod E, Jenkins E, Currie LM, McGuinness L, Bonnie K. Leveraging nurses to improve care for patients with concurrent disorders in inpatient mental health settings: a scoping review. *Journal of dual diagnosis*. 2020 Jul 2; 16(3):357-72. <https://doi.org/10.1080/15504263.2020.1752963>
 26. Horner G, Daddona J, Burke DJ, Cullinane J, Skeer M, Wurcel AG. "You're kind of at war with yourself as a nurse": Perspectives of inpatient nurses on treating people who present with a comorbid opioid use disorder. *PloS one*. 2019 Oct 24; 14(10):e0224335. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224335>
 27. Marie BS. The experiences of advanced practice nurses caring for patients with substance use disorder and chronic pain. *Pain Management Nursing*. 2016 Oct 1; 17(5):311-21. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2016.06.001>
 28. Shaw MR, Lederhos C, Haberman M, Howell D, Fleming S, Roll J. Nurses' perceptions of caring for childbearing women who misuse opioids. *MCN: The American Journal of Maternal/ Child Nursing*. 2016 Jan 1; 41(1):37-42. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000208>
 29. Van Boekel LC, Brouwers EP, van Weeghel J, Garretsen HF. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 2015 Jan 1; 57(7):489-97.
 30. Neville K, Roan N. Challenges in nursing practice. *The journal of nursing administration*. 2014 Jun 1; 44(6):339-46. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000079>
 31. Morgan BD. Nursing attitudes toward patients with substance use disorders in pain. *Pain Management Nursing*. 2014 Mar 1; 15(1):165-75. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2012.08.004>
 32. Fegghi F, Malekzadeh M. Nurses' Attitude towards the Care of Narcotic Patients in Yasuj in 2014. *International Journal of Pharmaceutical and Phytopharmacological Research*. 2018; 8(3):55-8.
 33. Burlinson SL. Identifying Medical/Surgical Nursing Staff Perceptions of the Drug-Abusing Patient. 2013.
 34. Monks R, Topping A, Newell R. The dissonant care management of illicit drug users in medical wards, the views of nurses and patients: a grounded theory study. *Journal of advanced nursing*. 2013 Apr; 69(4):935-46. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06088.x>
 35. Howard V, Holmshaw J. Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. *Journal of Psychiatric and Mental*

- Health Nursing. 2010 Dec; 17(10):862-72. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01620.x>
36. Edward KL, Munro I. Nursing considerations for dual diagnosis in mental health. *International journal of nursing practice*. 2009 Apr; 15(2):74-9. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01731.x>
 37. Adams MW. Comorbidity of mental health and substance misuse problems: A review of workers' reported attitudes and perceptions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2008 Mar; 15(2):101-8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01210.x>
 38. Coombes L, Wratten A. The lived experience of community mental health nurses working with people who have dual diagnosis: a phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2007 Jun; 14(4):382-92. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01094.x>
 39. Munro A, Watson HE, McFadyen A. Assessing the impact of training on mental health nurses' therapeutic attitudes and knowledge about co-morbidity: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2007 Nov 1; 44(8):1430-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.07.024>
 40. Peckover S, Chidlaw RG. Too frightened to care? Accounts by district nurses working with clients who misuse substances. *Health & social care in the community*. 2007 May; 15(3):238-45. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2006.00683.x>
 41. Happell B, Carta B, Pinikahana J. Nurses' knowledge, attitudes and beliefs regarding substance use: A questionnaire survey. *Nursing & health sciences*. 2002 Dec; 4(4):193-200. <https://doi.org/10.1046/j.1442-2018.2002.00126.x>
 42. Howard MO, Chung SS. Nurses' attitudes toward substance misusers. I. Surveys. *Substance use & misuse*. 2000 Jan 1; 35(3):347-65. <https://doi.org/10.3109/10826080009147701>
 43. Gafoor M, Rassool H. The co-existence of psychiatric disorders and substance misuse: working with dual diagnosis patients. *Journal of Advanced Nursing*. 1998 Mar; 27(3):497-502. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00545.x>
 44. Sleeper JA, Bochain SS. Stigmatization by nurses as perceived by substance abuse patients: A phenomenological study. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2013 Jul 1; 3(7):92. <https://doi.org/10.5430/jnep.v3n7p92>
 45. Volinn JJ. Health professionals as stigmatizers and destigmatizers of diseases: Alcoholism and leprosy as examples. *Social Science & Medicine*. 1983 Jan 1; 17(7):385-93. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90341-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90341-6)
 46. Curtis J, Harrison L. Beneath the surface: collaboration in alcohol and other drug treatment. An analysis using Foucault's three modes of objectification. *Journal of Advanced Nursing*. 2001 Jun; 34(6):737-44. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01803.x>
 47. Kelly JF, Westerhoff CM. Does it matter how we refer to individuals with substance-related conditions? A randomized study of two commonly used terms. *International Journal of Drug Policy*. 2010 May 1; 21(3):202-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2009.10.010>
 48. Saitz R, Friedmann PD, Winter MR, Lloyd-travaglini C, Moskowitz MA, Samet JH. Professional satisfaction experienced when caring for substance-abusing patients. *Journal of General Internal Medicine*. 2002 May 1; 17(5):373. <https://doi.org/10.1007/s11606-002-0043-4>
 49. Morley G, Briggs E, Chumbley G. Nurses' experiences of patients with substance-use disorder in pain: a phenomenological study. *Pain management nursing*. 2015 Oct 1; 16(5):701-11. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2015.03.005>
 50. McGoldrick KE. Attitudes of Anesthesiologists about Addiction and Its Treatment: A Survey of Illinois and Wisconsin Members of the American Society of Anesthesiologists. *Survey of Anesthesiology*. 2003 Aug 1; 47(4):244-5. <https://doi.org/10.1097/01.sa.0000087711.09114.51>
 51. Ding L, Landon BE, Wilson IB, Wong MD, Shapiro MF, Cleary PD. Predictors and consequences of negative physician attitudes toward HIV-infected injection drug users. *Archives of internal medicine*. 2005 Mar 28; 165(6):618-23. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.6.618>