

بسمه تعالی  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
معاونت آموزشی  
مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی

فرم ارسال خلاصه فرایند جشنواره آموزشی شهید مطهری - 1400

نام و نام خانوادگی درخواست کننده: الهام زارعان

دانشکده محل خدمت: پزشکی شماره تلفن همراه: ۰۹۱۳۱۸۴۰۹۰۱

شماره تلفن ثابت: ۰۳۸۳۲۲۲۵۰۸۱ پست الکترونیک: ezarean@gmail.com

(۱) عنوان فارسی: ادغام آموزش طب اعتیاد در برنامه ی درسی پزشکی عمومی بر مبنای مدل کرن:  
گامی جهت توانمندسازی پزشکان عمومی فارغ التحصیل

(۲) عنوان انگلیسی:

Integrate addiction medicine training into the medical education curriculum based on the Kern model

(۳) حیطه نوآوری:

■ تدوین و بازنگری برنامه های آموزشی

یاددهی و یادگیری

ارزشیابی آموزشی (دانشجو، هیات علمی و برنامه)

مدیریت و رهبری آموزشی

یادگیری الکترونیکی

طراحی و تولید محصولات آموزشی

۴) محل انجام فرایند:

دانشکده: پزشکی	گروه آموزشی: پزشکی	بیمارستان:
----------------	--------------------	------------

۵) مدت انجام فرایند:

تاریخ شروع: ۹۷/۲/۲۷	تاریخ پایان: ۹۸/۱۲/۲۰ (با توجه به اپیدمی کرونا، امکان ادامه ی اجرای برخی از قسمتها وجود نداشت.)
---------------------	---

۶) اطلاعات صاحبان و همکاران فرایند (ردیف قابل افزایش است)

ردیف	نام و نام خانوادگی	موقعیت دانشگاهی (هیأت علمی/کارشناس/دانشجو)	نوع همکاری (صاحب اصلی <sup>۱</sup> /صاحب/همکار)	درصد مشارکت	امضا
۱	الهام زارعان	استادیار	صاحب اصلی فرایند	۷۰	
۲	معصومه معزی	دانشیار	همکار اصلی	۱۵	
۳	الهام سقایی	استادیار	همکار اصلی	۵	
۴	فریبا فتح اللهی	استادیار	همکار اصلی	۵	
۵	سعید مردانی	استادیار	همکار اصلی	۵	
مجموع					۱۰۰٪

<sup>۱</sup> حداکثر دو نفر از صاحبان فرایند می توانند به عنوان صاحب فرایند اصلی معرفی شوند. در صورتی که بیش از این تعداد صاحب اصلی فرایند در فرم گنجانده شوند به ترتیب قرار گرفتن در متن، دو نفر اول به عنوان صاحبان اصلی تعیین می شوند.

(۷) هدف کلی:

طراحی، اجرا و ارزشیابی ادغام آموزش اعتیاد در برنامه ی درسی پزشکی عمومی بر مبنای مدل کرن

(۸) اهداف ویژه/اهداف اختصاصی:

۱- طراحی برنامه ی آموزشی اختلالات مصرف مواد بر مبنای مدل کرن

۲- اجرای برنامه ی آموزشی تدوین شده

۳- ارزشیابی برنامه ی اجرا شده

(۹) بیان مسئله (ضرورت انجام و اهمیت اهداف انتخابی را ذکر کنید):

پدیده ی اعتیاد معطلی جهانی است که گریبانگیر بسیاری از دولت‌ها و کشورها شده و هزینه‌های هنگفتی را به لحاظ مادی و معنوی بر دوش ملت‌ها تحمیل کرده است؛ به گونه‌ای که مواد مخدر و روان گردان‌ها در کنار فقر، مشکلات زیست- محیطی و تهدیدات هسته‌ای یکی از چهار بحران جامعه ی جهانی به شمار می‌روند. (۱) براساس آخرین گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد<sup>۲</sup> در سال ۲۰۱۸، مصرف مواد یک نگرانی برای جامعه ی جهانی بوده و میزان مصرف مواد غیرقانونی رو به افزایش است. به‌طور کلی حداقل ۵/۶٪ از افراد ۱۵ تا ۶۴ ساله حداقل یک‌بار ماده‌ای را مصرف کرده‌اند و آمار جهانی مرگ ناشی از مصرف مواد، به‌طور اولیه مخدرها، از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۵، ۶۰٪ افزایش یافته است. (۲) براساس آخرین گزارشات منتشر شده، نرخ شیوع اعتیاد در ایران، ۲/۵۶٪ با آمار تقریبی ۱/۳۲۵/۰۰۰ نفر می‌باشد. سن شروع اعتیاد از ۲۳ به ۱۵ سال کاهش یافته و ۵۸٪ معتادان ایران زیر ۳۴ سال سن دارند. (۳) در کشور ما بار اختلاف مصرف مواد، پس از سوانح و حوادث، بیماری‌های قلبی- عروقی و افسردگی در رده ی چهارم طبقه‌بندی بار بیماری‌ها قرار دارد. (۴) اثرات مخرب مصرف مواد گریبان‌گیر خود فرد، خانواده‌ها و جوامع می‌شود. بسیار محتمل است که پزشکان در تمامی شاخه‌های طب با مشکلات سلامتی ناشی از مواد مواجه شوند و با توجه به جایگاه پزشکان عمومی در سلامت جامعه و اینکه اغلب اولین متخصصین سلامت هستند که چنین بیمارانی را ویزیت می‌کنند؛ می‌توانند نقش مهمی در بیماری‌یابی، ارجاع و حتی درمان ایشان ایفا کنند. پزشکان نقشی کلیدی را در نه تنها بهبود وضعیت بیماران بلکه در ارتقای سطح سلامت ملی در جوامع دارا می‌باشند. اختلالات مصرف مواد، اغلب با وجود شرایطی هم‌زمان از جمله اختلالات روانپزشکی و جسمی پیچیده می‌شوند. (۵، ۶) با توجه به رنج گسترده ی عوارض طبیی و همبودی‌ها که اغلب همراه با اختلالات مصرف مواد وجود دارند؛ تمامی پزشکان نیاز به اطلاعاتی پایه‌ای درباره ی ارزیابی و مدیریت بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد دارند. (۷، ۸) به‌رحال همه ی پزشکان، اختلالات مصرف مواد را شرایطی طبیی در نظر نمی‌گیرند و بنابراین درمان این بیماران را جزو وظایف درمانی خود نمی‌دانند. (۷، ۹-۱۳)

مطالعات نشان داده‌اند پزشکان عموماً دیدگاهی منفی و بدبینانه نسبت به اختلالات مصرف مواد داشته و به صورت روتین چنین بیمارانی را غربالگری نکرده، از کار کردن با آنها احساس راحتی نمی‌کنند و درمان آنها را پاداش دهنده نمی‌یابند. (۷) به علاوه نشان داده شده است که

<sup>۲</sup> - United Nations Office on Drugs and Crime

داشتن درکی منفی نسبت به مبتلایان به اختلالات مصرف مواد؛ به عنوان مثال، در نظر گرفتن آنها به عنوان مجرم، خطرناک یا مقاوم به درمان، این نگرش منفی را تقویت می‌کند. (۹، ۱۴) در حقیقت، انگ زدن به این بیماران در میان پزشکان مانند سایر افراد جامعه، چالشی بزرگ بر سر راه رسیدگی به ایشان می‌باشد. (۱۵، ۱۶) مضاف بر آن، پزشکان اغلب دانش و مهارت کافی برای ارزیابی و درمان اختلالات مصرف مواد ندارند. (۹، ۱۷) Geller و همکاران معتقدند فقدان کوریکولوم مکفی و مواجهه با اعتیاد end-stage ممکن است در ایجاد نگرش منفی نسبت به این بیماران نقش داشته باشند. (۱۸) از سویی دیگر خود مصرف‌کنندگان مواد نیز نگران انگ خوردن و درمان نامناسب هستند. به نظر می‌رسد آموزش‌های لازم و آشنایی با مدل زیست‌شناختی - روانشناختی اجتماعی در اتیولوژی اعتیاد می‌تواند در اصلاح این دیدگاه منفی کمک‌کننده باشد. ارتقای کوریکولوم آموزش پزشکی با روش‌های آموزشی عملی و تعاملی به منظور افزایش دسترسی سوء مصرف‌کنندگان مواد به درمان، نیازی محسوس می‌باشد. (۸) در ایران، با وجودی که اعتیاد هزینه‌های بسیاری را چه به لحاظ مادی و چه به لحاظ معنوی بر دوش افراد و جامعه تحمیل می‌کند و به‌رغم تمامی تأکیدات بین‌المللی؛ هیچ زمانی به‌طور اختصاصی در کوریکولوم آموزش پزشکی به این مهم اختصاص داده نشده است. در آخرین کوریکولوم ابلاغی وزارت بهداشت در سال ۱۳۹۶ نیز تنها ۱-۲ جلسه در درس روانشناسی سلامت و کارآموزی روانپزشکی برای آن در نظر گرفته شده است (۱۹) که براساس اهمیت موضوع بسیار ناچیز بوده و تجدیدنظر در این مهم، ضروری به نظر می‌رسد. از طرفی دو رویکردی که به ویژه به صورت مکمل در پیشگیری از اعتیاد نقش دارند عبارتند از: (۱) آموزش مهارت‌های زندگی برای بالا بردن توانایی فرد به‌منظور مقاومت در برابر مصرف مواد و (۲) کاهش دسترسی به مواد از طریق تغییرات اجتماعی (مثلاً افزایش قیمت مواد و...) (۲۰)

در درس آداب پزشکی به برخی از مهارت‌های زندگی پرداخته شده است اما با توجه به اینکه آموزش این مهارت‌ها به دانشجویان پزشکی جدا از اثرات بسیار مفیدی برای خود آنها از جنبه‌های مختلف می‌تواند داشته باشد (مثل پیشگیری از اعتیاد در آنها و ...)؛ از نظر انتقال آموخته‌ها به جامعه و استفاده از آنها برای کمک به ارتقای سلامت جامعه و پیشگیری از اعتیاد نیز ارزشمند است؛ این میزان ناکافی بوده و با در نظر داشتن این مهم که مشخص شده رویکرد آموزش مهارت‌های زندگی در پیشگیری از اعتیاد می‌تواند در کوتاه‌مدت و میان‌مدت مؤثر باشد ولی تأثیرات طولانی‌مدت آن نیازمند جلسات یادآور (Booster) می‌باشد؛ به نظر می‌رسد برگزاری کارگاه‌های مهارت‌های زندگی به صورت دوره‌ای و با تأکید بر نقش آن در پیشگیری از اعتیاد کمک‌کننده است.

براساس تمامی مواد ذکر شده و اینکه امکان تغییر ۲۰٪ سرفصل‌ها به دانشگاه‌ها داده شده است؛ بر آن شدیم که طرحی چند مرحله‌ای را به منظور گنجانیدن مطالبی در خصوص اختلالات مصرف مواد به آموزش پزشکی اجرا کنیم. بر اساس مدل کرن در مرحله اول برای مستند سازی نیازهای آموزشی، نیازسنجی از کارورزان و پزشکان عمومی طرحی انجام شد و سپس آموزش‌هایی به هر ۴ مقطع آموزش پزشکی عمومی (علوم پایه، فیزیوپاتولوژی، کارآموزی و کارورزی) اضافه شد.

۱۰) مرور تجربیات و شواهد خارجی (با ذکر رفرانس):

جای خالی آموزش درمان و مدیریت اختلالات مصرف مواد برای دانشجویان پزشکی به دنبال پژوهش‌هایی که در اوایل دهه ۸۰ میلادی

و البته به‌طور عمده در کشورهای انگلیسی زبان انجام شد؛ مشخص گردید. این مطالعات بیان کردند که نیاز است دوره‌هایی اختصاصی برای تغییر مهارت و نگرش متخصصین سلامت در رابطه با اختلالات مصرف مواد صورت پذیرد و بر آموزش پزشکان مراقبت اولیه<sup>۳</sup> تأکید کردند. (۲۱-۲۳) اندکی بعد دانشکده‌ی پزشکی دانشگاه جان هاپکینز (۲۴) کوریکولومی را با هدف ایجاد تغییراتی عمده در دانش، نگرش و عقاید دانشجویان پزشکی در مورد مسئولیت‌های ایشان در قبال اختلالات مصرف مواد و الکل طراحی کرد. ۱۰ سال بعد، Crome نیز بر پایه‌ی پژوهشی که بر روی ۲۳ دانشکده‌ی پزشکی در بریتانیا انجام شده نشان داد آموزش پزشکان عمومی در رابطه با اختلالات مصرف مواد و الکل ناکافی است (۲۵) و به این موضوع در ساعات آموزشی دانشجویان پزشکی بسیار ضعیف پرداخته شده است. (۲۶، ۲۷) این آموزش‌ها عمدتاً در خلال دروس روانپزشکی و فارماکولوژی ارائه می‌شد و این عقیده‌ی نادرست را که سوءمصرف مواد، صرفاً موضوعی تخصصی است تقویت می‌کرد. (۲۸) پیشتر نیز به دنبال اقداماتی که توسط سازمان جهانی بهداشت<sup>۴</sup> و دانشگاه ST George's لندن انجام شده بود، WHO به تمامی دولت‌ها تأکید کرده بود که سوءمصرف مواد باید در کوریکولوم آموزش پزشکی گنجانده شود و به دنبال آن‌ها سازمان ملل متحد نیز به اهمیت این موضوع اذعان داشت و به دنبال این موارد، در بریتانیا اقداماتی چند مرحله‌ای به منظور نیازسنجی و گنجاندن مباحثی در آموزش پزشکی صورت پذیرفت. (۲۹)

در کانادا نیز پژوهشی نشان داد که دانشجویان پزشکی به دنبال دریافت آموزش‌های مربوطه می‌توانند نگرش و سطح راحتی خود را در برخورد با زنان باردار مصرف کننده‌ی درمان سوءمصرف مواد بهبود بخشند. به دنبال انتشار نتایج این پژوهش، قدم‌های آغازین برای گنجاندن درمان سوءمصرف مواد در کوریکولوم آموزش پزشکی در دانشکده‌های پزشکی کانادا برداشته شد. (۳۰)

آموزش مناسب می‌تواند به منظور آماده‌سازی پزشکان برای کار با مبتلایان به اختلالات مصرف مواد کمک‌کننده باشد. (۱۲، ۳۱-۳۳) در مطالعات مختلفی نشان داده شده است که حتی دوره‌های کوتاه نیز می‌تواند دانش طب اعتیاد را ارتقاء بخشد. (۳۴-۳۶) در طول ۱۵ سال گذشته، افزایش تدریجی در انتشار مقالات مرتبط با آموزش طب اعتیاد روی داده است و در واقع اهمیت نیاز به توسعه‌ی این آموزش‌ها به صورت بین‌المللی شناخته شده است. (۳۷) چندین مطالعه که عمدتاً در کشور آمریکا انجام شده‌اند این نیاز را در سطح دانشجویان پزشکی و نیز فارغ‌التحصیلان نشان داده‌اند. (۱۰، ۱۱، ۱۳، ۳۸، ۳۹) این مقالات تأکید کرده‌اند که عموماً در سطح دانشجویان پزشکی در حال تحصیل (undergraduate) با نبود آموزش‌ها لازم در طب اعتیاد مواجه هستیم و ساعات آموزشی طب اعتیاد، نصف تعداد ساعاتی است که به سایر بیماری‌های مزمن مثل پرفشاری خون و دیابت قندی اختصاص داده می‌شود. (۱۳) به علاوه، بیشتر دانشجویان فارغ‌التحصیل اذعان می‌کنند که در درمان معتادان ناتوان‌اند در حالی که برای درمان سایر بیماری‌های مزمن این توانمندی را دارند. (۴۰)

Aramaos و همکاران نیز در مطالعه‌ای که در یونان انجام شد و در سال ۲۰۱۸ منتشر گردید؛ بیان کردند در یونان نیز جای خالی آموزش دانشجویان پزشکی در مورد مدیریت و درمان اختلالات مصرف مواد احساس می‌شود و نیاز است کوریکولومی با هدف ارتقای سطح دانش و نگرش پزشکان مراقبت اولیه طراحی گردد. (۴۱)

از طرف دیگر چندین مطالعه نیز تلاش‌های ملی برای توسعه‌ی آموزش موارد مربوط به اعتیاد را در کوریکولوم توصیف کرده‌اند. (۳۷) سند راهنمای کوریکولوم که در انگلستان (۲۹) برای فاز اول گنجاندن آموزش اعتیاد در کوریکولوم آموزش پزشکی صورت گرفت سه هدف اصلی داشت که شامل موارد زیر بود:

۱- دانشجویان باید قادر گردند سوءمصرف مواد را ارزیابی کرده و تشخیص دهند و بتوانند این اختلالات و مشکلات اجتماعی و سلامتی

<sup>۳</sup> - Primary care physicians

<sup>۴</sup> - World Health Organization (WHO)

مرتبط با آنها را مدیریت کنند و در پیشگیری از اعتیاد سهیم باشند.

۲- دانشجویان باید از اثرات سوء مصرف مواد روی رفتار و سلامتی خود و نیز عملکرد حرفه‌ای خود آگاه باشند.

۳- آموزش دانشجویان باید انگ و تبعیضی که مبتلایان به اختلالات مصرف مواد از آن رنج می‌برند را به چالش بکشند.

علاوه بر این سه هدف اصلی، ۶ برون‌ده یادگیری نیز مورد توافق قرار گرفتند که هر کدام می‌توانستند به صورتی منعطف در بخش‌های مختلف کوریکولوم ادغام گردند. این ۶ حوزه‌ی کلیدی شامل موارد زیر بودند:

۱- مدل بیوسایکوسوشیال اعتیاد

۲- حرفه‌ای‌گری، صلاحیت کاری و سلامت خود دانشجویان

۳- ارزیابی طبیی بیماران

۴- اپیدمیولوژی و سلامت ملی

۵- مداخلات درمانی

۶- بیماری‌های خاص و موضوعات تخصصی

در مطالعات بعدی نیز موارد زیر به‌عنوان ضروریات مطرح شدند:

غربالگری، پیشگیری و انجام مداخلات مختصر (brief intervention) در بیماران مبتلا به اختلالات مصرف مواد، ارزیابی و تشخیص این اختلالات، مدیریت و درمان اختلالات مصرف مواد (مثلاً موقعیت‌های اورژانسی شامل مسمومیت و علائم ترک) و ارزیابی، مدیریت و ارجاع بیماران نیازمند خدمات تخصصی‌تر (۴۲-۴۵)

۱۱) مرور تجربیات و شواهد داخلی (در این بخش سوابق اجرایی این نوآوری در دانشگاه و کشور به طور کامل ذکر و رفرنس ذکر شود): علی‌رغم جست‌وجوهای متعدد در میان منابع فارسی و انگلیسی در خصوص وجود مطالعاتی مشابه در ایران که به ارزیابی نیازهای آموزشی و یا ادغام آموزش‌هایی در مورد اختلالات سوءمصرف مواد پرداخته باشند؛ تنها یک مطالعه یافت شد. در این مطالعه رجب علیپور و همکاران به ارزیابی واحدهای درسی در مورد پیشگیری از مصرف مواد در کوریکولوم‌های آموزشی در ایران پرداختند و در نهایت بیان داشتند که علی‌رغم اهمیت بالای موضوعات مرتبط با مصرف مواد برای دانشجویان، در اغلب موارد هیچ واحدی برای پیشگیری و آشنایی با پیامدهای جسمانی، اجتماعی و فیزیولوژیک مصرف مواد وجود نداشت. (۴۶)

۱۲) شرح فعالیت صورت گرفته را بنویسید (آماده سازی، چگونگی تجزیه و تحلیل موقعیت و تطبیق متدولوژی، اجرا و ارزشیابی را در این بخش بنویسید):

این فرآیند در حیطه‌ی تدوین و بازنگری برنامه‌های آموزشی و در سه مرحله صورت گرفت:

۱- تدوین برنامه‌ی آموزشی بر اساس مدل دیوید کرن:

الف) شناسایی مشکل و ارزیابی نیازها

در این مرحله سرفصهای آخرین کوریکولوم آموزش پزشکی ارزیابی گردید. همچنین نیازسنجی شفاهی از اساتید و کارشناسان آموزشی و پزشکان عمومی فارغ التحصیل و کارورزان ماههای انتهایی صورت گرفت. بر این اساس مشکل ناکافی بودن آموزشهای لازم در مورد اعتیاد مشخص گردید.

ب) نیازسنجی

به منظور مستند سازی و تعیین دقیق نیازهای آموزشی فراگیران، از ۲۳۰ نفر از پزشکان عمومی و کارورزان با استفاده از پرسشنامه ای محقق ساخته نیازسنجی به عمل آمد. روایی پرسشنامه ی مذکور با نظرخواهی از ۵ نفر از اعضای هیئت علمی (روانپزشک، متخصص پزشکی اجتماعی و آموزش پزشکی) و پایایی درونی با آلفا کرونباخ ۰/۸۵ تایید شد.

ج) تعیین اهداف

بر اساس نتایج نیازسنجی و نیز بر اساس موارد توصیه شده در کوریکولومهای کشورهای دیگر (۱)، اهداف آموزشی به صورت زیر تعیین گردیدند:  
علوم پایه:

۱- آگاهی دانشجویان در زمینه ی مهارتهای ده گانه ی زندگی و تاثیر آن در پیشگیری از اعتیاد

۲- آگاهی دانشجویان در زمینه ی علل ایجاد اعتیاد، اپیدمیولوژی آن، انواع مواد و تأثیرات آنها و نحوه ی پیشگیری از آن

۳- آگاهی دانشجویان در زمینه ی فاکتورهای محافظت کننده و مخاطره آمیز و هم بیمارآیی در اعتیاد

فیزیوپاتولوژی:

۱- آگاهی دانشجویان در زمینه ی انواع مواد مورد سوء مصرف، خصوصیات فارماکولوژیک و اثرات آنها

۲- آگاهی دانشجویان در زمینه ی انواع درمانهای دارویی وابستگی به اوبیوئیدها و خصوصیات فارماکولوژیک آنها

کارآموزی:

آگاهی دانشجویان در زمینه ی انواع مواد مورد سوء مصرف و اثرات آنها، درمانهای موجود (دارویی و روانشناختی)، مراکز درمانی و نحوه ی ارجاع این بیماران و خانواده های آنها برای دریافت خدمات تخصصی

کارورزی:

توانمندسازی دانشجویان در مدیریت پرخاشگری و بی قراری فرد مصرف کننده ی مواد محرک (مت آمفتامین)، بیش مصرف اوبیوئیدها و الکل و سندرم ترک آنها

د) تعیین استراتژیهای آموزشی:

۱- برگزاری کارگاه مهارتهای زندگی برای دانشجویان ترم ۳ پزشکی (با توجه به اینکه تعدادی از دانشجویان در ماههای ابتدایی ورود به دانشگاه دچار مشکلات تطابقی شده و در عین حال به دلیل دوری از خانواده و تجربه ی شرایط جدید، خود نیز در معرض خطر مصرف مواد هستند؛ این کارگاه برای دوره ی علوم پایه در نظر گرفته شد.)

۲- گنجاندن سرفصلهایی در درس روانشناسی

۳- گنجاندن سرفصلهایی در درس فارماکولوژی

۴- بازدید از نمایشگاه اعتیاد در فیلد کارآموزی پزشکی اجتماعی و ارائه آموزشهایی بر اساس اهداف فوق الذکر

۵- ارائه ی آموزشهایی در خصوص مدیریت پرخاشگری و بی قراری فرد مصرف کننده ی مواد محرک (مت آمفتامین)، مدیریت بیش مصرف اوبیوئیدها و الکل و سندرم ترک آن در کارورزی بخش مسمومیتها

ه) اجرا

و) ارزشیابی

بر اساس اهداف ذکر شده نحوه اجرا و ارزشیابی تعیین شد.

۲- اجرای برنامه ی آموزشی تدوین شده



آموزش‌ها طبق هماهنگی با واحد توسعه‌ی آموزش دانشکده پزشکی و تبیین اهداف و کسب رضایت، در خلال ساعات درسی دانشجویان ارائه می‌شد. برای دانشجویان ترم ۲ پزشکی، در خلال درس روانشناسی ۲ جلسه‌ی حضوری ۲ ساعته برگزار گردید. جلسات مذکور به صورت تعاملی و از طریق ارائه‌ی پاورپوینت اجرا شدند و در انتها نیز جزوه‌ی آموزشی تهیه شده در این رابطه جهت مطالعه‌ی بیشتر در اختیار دانشجویان قرار گرفت. دانشجویان آموزش‌هایی را شامل مقدمه، تعاریف، اتیولوژی و اپیدمیولوژی وابستگی به مواد، فاکتورهای محافظت‌کننده و مخاطره‌آمیز و هم‌بیماری در جلسه‌ی اول و معرفی انواع مواد و تأثیرات آنها و نیز پیشگیری از اعتیاد و چندکلامی در خصوص درمان آن و پیشگیری از عود و مراحل تغییر دریافت کردند. برای دانشجویان ترم ۳ پزشکی نیز کارگاهی ۶ ساعته در خصوص آشنایی با مهارت‌های زندگی برگزار گردید. دانشجویان ترم ۶ آموزش‌هایی را در خلال درس فارماکولوژی دریافت کردند که شامل ۲ جلسه‌ی ۲ ساعته بود. در جلسه‌ی اول توضیحاتی در مورد انواع ترکیبات اعتیادآور و خصوصیات آنها و در جلسه‌ی دوم آموزش‌هایی در مورد فارماکولوژی درمان‌های دارویی اعتیاد ارائه شد. برای دانشجویان کارآموزی فیلد بهداشت، برنامه‌ی ۴ ساعته‌ی بازدید از نمایشگاه اعتیاد و ارائه‌ی آموزش‌هایی در مورد انواع مواد مورد سوءمصرف و اثرات آنها، درمان‌های موجود (دارویی و روانشناختی)، مراکز درمانی و نحوه‌ی ارجاع این بیماران و خانواده‌های آنها برای دریافت خدمات تخصصی از طریق ارائه‌ی پاورپوینت و پرسش و پاسخ صورت پذیرفت و در نهایت دانشجویان دوره‌ی کارورزی مسمومیت‌ها نیز آموزش‌هایی را در رابطه با مدیریت اورژانس‌های مواد شامل مدیریت پرخاشگری و بی‌قراری فرد مصرف‌کننده‌ی مواد محرک (مت‌آمفتامین)، مدیریت بیش مصرف اوپیوئیدها و الکل و سندرم ترک آنها دریافت کردند. تمامی آموزش‌ها توسط اعضای هیأت علمی دانشگاه ارائه گردیدند.

۳- ارزشیابی برنامه‌ی اجرا شده

ابزار ارزشیابی در این پژوهش، پرسشنامه‌های پژوهشگر ساخته‌ی نیازسنجی، آگاهی‌سنجی و سنجش نگرش و رضایت بودند. آگاهی شرکت‌کنندگان از طریق پرسشنامه‌های چهارگزینه‌ای که در آن هر سوال یک پاسخ صحیح داشت و نیز پرسشنامه‌ی لیکرت (نمره یک به پاسخ بسیار ضعیف و نمره ۵ به پاسخ بسیار زیاد تعلق می‌گرفت) سنجیده شد. پرسشنامه‌های آگاهی‌سنجی قبل و بلافاصله پس از آموزش‌ها تکمیل گردید و در انتهای هر مداخله نیز پرسشنامه‌ی سنجش نگرش و رضایت تکمیل شدند. روایی پرسشنامه‌ها با نظرخواهی از ۵ نفر از اعضای هیئت علمی (روانپزشک، متخصص پزشکی اجتماعی و آموزش پزشکی) و پایایی درونی با آلفا کرونباخ ۰/۸۱ برای آگاهی‌سنجی فارماکولوژی مواد اعتیادآور، ۰/۷۸ برای آگاهی‌سنجی آموزش‌های ادغام شده به درس روانشناسی و ۰/۸۴ برای آگاهی‌سنجی اورژانس‌های مواد و ۰/۸۷ برای پرسشنامه‌های سنجش نگرش و رضایت تایید شدند. پس از اجرای آموزش‌ها، داده‌ها جمع‌آوری شده و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 24 و در سطح معناداری  $p < 0/05$  مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. از روش‌های آماری توصیفی شامل تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار و استنباطی شامل تی مستقل (Independent t-test) و وابسته (Paired t-test) برای آنالیز آماری داده‌ها استفاده شد.

۱۳) نتایج حاصل از این فعالیت و این که فعالیت ارائه شده چگونه موفق شده است به اهداف خود دست یابد را تشریح کنید:

یافته‌های نیازسنجی

در مورد اکثر سوالات نمره خودارزیابی آگاهی و توانمندی کارورزان و دانش آموختگان پزشکی در حد متوسط بود. میانگین اکثر نمرات آگاهی و توانمندی شرکت کنندگان بر حسب جنس و دانشگاه محل تحصیل تفاوت معنی داری نداشت. میانگین نمرات خودارزیابی آگاهی بر حسب وضعیت تحصیلی در اکثر سوالات به طور معنی داری در گروه دانش آموختگان بیشتر بود ولی میانگین نمرات خودارزیابی سوالات توانمندی بین دو گروه دانش آموخته و کارورز تفاوت معنی داری وجود نداشت. بر اساس ارزیابی صورت گرفته افرادی که نمرات بالاتری در پرسشنامه ی نیاز سنجی داشتند؛ در بیشتر موارد منبع کسب اطلاعات خود را خودآموزی یا مطالعه ی شخصی ذکر کردند. در مورد ۴ سوال اول آگاهی (میزان آگاهی از انواع مواد اعتیادآور، شایع ترین مواد موجود در ایران، سن شایع مصرف مواد در ایران و شایع ترین مقطع سنی برای گرایش به مواد) اکثر شرکت کنندگان (۷۰٪-۸۰٪) میزان آگاهی خود را در حد متوسط یا خوب می دانستند. در مورد سایر سوالات آگاهی (آشنایی با راه های پیشگیری از وابستگی به مواد، اثرات انواع مواد و تشخیص وابستگی به آنها، تفاوت بین سومصرف مواد و وابستگی، آگاهی از مراحل وابستگی، آشنایی با مدل بیوسایکوسوشیال در خصوص اتیولوژی وابستگی به مواد، ارتباط بین وابستگی به مواد و بیماری های روانپزشکی، آشنایی با انواع درمان های دارویی وابستگی به مواد، آشنایی با مهارت های زندگی و نقش آن در پیشگیری از اعتیاد، آشنایی با انواع مراکز موجود جهت کمک به بیماران، آشنایی با روش های درمان وابستگی به الکل) اکثر شرکت کنندگان (۷۰٪-۸۰٪) آگاهی خود را متوسط یا ضعیف ارزیابی کرده بودند. بیشترین نیاز به آموزش در دوره پزشکی عمومی مربوط به بیمار دچار وابستگی به مواد غیر قانونی (سو مصرف مواد) بود که ۸۷/۸٪ از دانش آموختگان پاسخ گو به سوال، میزان نیاز به آموزش را در حد زیاد ۴۸/۶٪ و خیلی زیاد ۳۹/۲٪ می دانستند. در مورد سایر مواجهه ها (بیش مصرف مواد اویپویدی از جمله متادون، بی قراری و پرخاشگری مصرف کننده مواد محرک از جمله مت آمفتامین(شیشه)، بیماری که برای ترک مصرف مواد مراجعه کرده به ترتیب ۷۶/۷٪، ۷۶/۷٪ و ۷۴/۶٪ از دانش آموختگان پاسخ گو به سوال، میزان نیاز به آموزش را در حد زیاد و خیلی زیاد می دانستند. در بخش انتهایی پرسشنامه های نیازسنجی با سوالاتی تشریحی میزان مفید بودن برگزاری جلسات آموزشی مهارتهای زندگی، مدیریت بیش مصرف اویپویدها و پرخاشگری و بی قراری فرد مصرف کننده ی مت آمفتامین سنجیده شد. اغلب شرکت کنندگان میزان مفید بودن را بسیار زیاد یا زیاد عنوان کرده بودند. اغلب شرکت کنندگان، آموزش کنونی دوره ی پزشکی عمومی را از نظر آگاهی و توانمند سازی دانشجویان پزشکی در مورد اعتیاد و رویکرد و مدیریت برخورد با این بیماران ناکافی می دانستند و بسیاری پیشنهاد آموزش عملی و در عرصه ی مبتلایان به اختلالات مصرف مواد را مطرح کرده بودند. بسیاری نیز عنوان کرده بودند آموزشها در دوره ی تحصیل آنها محدود به یک تا دو جلسه در دوره ی کارآموزی روانپزشکی بوده است که با توجه به تعداد زیاد مراجعین کافی نمی باشد.

یافته های آموزشهای ادغام شده در درس روانشناسی

آگاهی سنجی:

اختلاف بین میانگین نمره کل خود ارزیابی قبل و بعد از مداخله معنادار بود. ( $p < 0.001$ )

اختلاف بین میانگین نمره کل پرسشنامه ی آگاهی سنجی چهارگزینه ای قبل و بعد از مداخله معنادار بود. ( $p < 0.001$ )

نتایج حاکی از ارتقای سطح آگاهی فراگیران بود.

سنجش نگرش و رضایت

در این بخش نمره کل بیش از ۶۷ حد بالای نگرش، نمره ۳۴ تا ۶۷ نگرش متوسط و نمره ۲۰ تا ۳۳ نگرش پایین در نظر گرفته شد. میانگین نمره کل نگرش در این مطالعه ۸/۴۱ + ۷۶/۶۹ حاصل گردید که نشان از نگرش مطلوب فراگیران از برنامه ی آموزشی مورد نظر بود و ۶۶/۶۶٪ از دانشجویان رضایتمندی زیاد یا بسیار زیاد و ۳۳/۳۳٪ رضایت مندی متوسط را از این برنامه عنوان نمودند.

**یافته های آگاهی، نگرش و رضایت سنجی از برنامه ی کارگاه مهارت‌های زندگی**

در این بررسی نمره کل بیش از ۱۰۰ حد بالای نگرش، نمره ۹۹ تا ۷۰ نگرش متوسط و نمره ۲۶ تا ۶۹ نگرش پایین در نظر گرفته شد. میانگین نمره کل نگرش در این مطالعه ۱۱۱/۶۸ + ۶/۶۴ بود که نشان از نگرش مطلوب و رضایتمندی فراگیران از برنامه ی آموزشی مورد نظر بود. ۸۷/۵٪ از دانشجویان در مورد مباحث ارائه شده در کارگاه (انواع مهارت‌های زندگی) آگاهی کم یا بسیار کم داشتند و تقریباً ۱۰۰٪ شرکت کنندگان پس از اتمام کارگاه افزایش آگاهی خود را زیاد یا بسیار زیاد عنوان کردند. ۸۷/۵٪ آگاهی از مهارت‌های زندگی را ضروری دانسته و ۸۱/۳٪ اعتقاد داشتند تمامی دانشجویان بایستی چنین کارگاه‌هایی را بگذرانند.

یافته های آموزش‌های ادغام شده در درس فارماکولوژی

آگاهی سنجی:

اختلاف بین میانگین نمره کل خود ارزیابی قبل و بعد از مداخله معنادار بود. ( $p < 0.001$ )

اختلاف بین میانگین نمره کل پرسشنامه ی آگاهی سنجی چهارگزینه ای قبل و بعد از مداخله معنادار بود. ( $p < 0.001$ )

نتایج حاکی از ارتقای سطح آگاهی فراگیران بود.

سنجش نگرش و رضایت

۸۸٪ از دانشجویان از آموزش فارماکولوژی مواد اعتیادآور در حد زیاد و خیلی زیاد رضایت داشتند و رضایت ۱۱٪ در حد متوسط بود. ۸۸٪ از دانشجویان از آموزش فارماکولوژی مواد اعتیادآور در حد زیاد و خیلی زیاد رضایت داشتند و رضایت ۱۱٪ در حد متوسط بود. در این بخش نمره کل بیش از ۶۷ حد بالای نگرش، نمره ۳۴ تا ۶۷ نگرش متوسط و نمره ۲۰ تا ۳۳ نگرش پایین در نظر گرفته شد. میانگین نمره کل نگرش در این مطالعه  $76/4 \pm 8/71$  حاصل گردید که نشان از نگرش مطلوب فراگیران از برنامه ی آموزشی مورد نظر بود.

### یافته های آگاهی، نگرش و رضایت سنجی از برنامه ی بازدید از نمایشگاه اعتیاد

۷۲٪ از شرکت کنندگان میزان افزایش آگاهی خود در مورد موضوعات تدریس شده را زیاد یا بسیار زیاد عنوان کردند. ۶۳٪ اعتقاد داشتند باید زمان بیشتری به این دوره های آموزشی در خصوص اعتیاد اختصاص داده شود. ۸۱٪ نیز معتقد بودند آموزشهای لازم درباره ی اختلالات مصرف مواد در دوران کاری آینده میتواند برای آنها مفید باشد. میانگین نمره کل نگرش در این مطالعه  $68 \pm 1/5$  به دست آمد که نشاندهنده ی نگرش مطلوب شرکت کنندگان می باشد. ۸۱٪ نیز از این برنامه ی آموزشی رضایت زیاد یا بسیار زیاد داشتند. یافته های آموزشهای ادغام شده در کارورزی مسمومیتها

سنجش آگاهی و توانمندی

اختلاف بین میانگین نمره کل خود ارزیابی قبل و بعد از مداخله معنادار بود. ( $p < 0.001$ )

اختلاف بین میانگین نمره کل پرسشنامه ی چهارگزینه ای قبل و بعد از مداخله معنادار بود. ( $p < 0.001$ )

نتایج حاکی از ارتقای سطح آگاهی و توانمندی فراگیران بود.

سنجش نگرش و رضایت

در این بخش نمره کل بیش از ۶۷ حد بالای نگرش، نمره ۳۴ تا ۶۷ نگرش متوسط و نمره ۲۰ تا ۳۳ نگرش پایین در نظر گرفته شد. تمامی شرکت کنندگان رضایت زیاد یا بسیار زیاد از این برنامه ی آموزشی داشتند. میانگین نمره کل نگرش در این مطالعه  $78/75 \pm 6/56$  بود که نشان از نگرش مطلوب فراگیران به برنامه ی آموزشی اورژانسهای مصرف مواد است.

نتایج مطالعه حاضر در بخش نیازسنجی نشان داد که میزان آگاهی و توانمندی فراگیران و دانش آموختگان پزشکی در حیطه اعتیاد در حد متوسط و ضعیف می باشد و با توجه به نقش غیر قابل انکار پزشکان عمومی در عرصه ارائه خدمات در زمینه مدیریت اعتیاد، اصلاح کوریکولوم آموزش پزشکی ضرورت دارد. همچنین با توجه به اثر بخشی مداخلات اجرا شده بر سطح آگاهی فراگیران در حیطه اعتیاد لزوم اجرای مستمر برنامه های آموزشی به منظور ایجاد تغییرات مفید در فعالیت شغلی آتی دانشجویان اهمیت فراوان دارد که این کار از طریق

تغییر در کوریکولوم آموزشی و ارتقا فیلد آموزش بالینی اعتیاد امکان پذیر می باشد. همچنین در ارزشیابی برنامه فراگیران رضایت بالایی از اجرای این برنامه مداخله ای داشته که بیانگر احساس نیاز آنها به این مبحث آموزشی به عنوان جزئی از نیازهای فعالیت های شغلی آینده آنها می باشد. در مجموع میتوان گفت همانند آنچه حدود ۲۰ سال قبل کشورهایی چون انگلستان و آمریکا به آن پرداختند و به تدریج اهمیت آن به صورت بین المللی شناخته شد؛ در ایران نیز جای خالی آموزش دانشجویان پزشکی در مورد مدیریت و درمان اختلالات مصرف مواد احساس میشود و نیاز است کوریکولومی با هدف ارتقای سطح دانش و نگرش پزشکان عمومی طراحی گردد. بر اساس جستجوهای که صورت گرفت به نظر میرسد این پژوهش اولین مطالعه ای است که به بررسی این موضوع پرداخته است. یکی از مواردی که در مرحله ی نیازسنجی مشخص گردید و نیز حین آموزشها، دانشجویان به آن تاکید داشتند؛ ارائه ی آموزشها در عرصه و به صورت عملی بود که به دلیل نبود مراکز آموزشی ترک اعتیاد این امکان میسر نشد. مداخلات اجرا شده در مطالعه حاضر دارای محدودیت هایی بود از جمله آنکه در این مداخلات تنها آگاهی دانشجویان با استفاده از پرسشنامه خودارزیابی و آزمون آگاهی سنجیده شد و با توجه به آنکه ارزیابی دانش تنها یکبار پس از مداخله سنجش شد امکان ارزیابی تداوم میزان دانش فراگیران و تاثیر آن بر فعالیت های شغلی آتی فراگیران میسر نگردید. علاوه بر این تاثیر مداخلات بر عملکرد دانشجویان مورد سنجش قرار نگرفت. البته ذکر این نکته مهم است که عملکرد فراگیران را می توان در مراکز آموزشی درمان اعتیاد و یا بعد از پایان دوره پزشکی عمومی و در زمان ارائه خدمات سلامت ارزیابی نمود که با توجه به اجرای مداخله برای گروه دانشجویان پزشکی و نبود مراکز آموزشی ترک اعتیاد امکان سنجش عملکرد دانشجویان فراهم نبود لذا در صورت اصلاح کوریکولوم آموزشی لازم است مراکز آموزشی درمان اعتیاد نیز در دانشگاه ها راه اندازی شود تا مفاهیم به شکل کاربردی آموزش داده شود.

#### پیشنهادهات:

با توجه به محدودیت های اجرای این مطالعه پیشنهاد می گردد در مطالعات آتی موارد زیر مورد توجه قرار گیرد:

- ۱- ارزیابی وضعیت موجود آموزش طب اعتیاد در دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور
- ۲- نیازسنجی آموزشی دوره ای پزشکان عمومی از طریق سنجش دانش و عملکرد آنها در مواجهه با مساله اعتیاد با استفاده از روش های مختلف ارزشیابی
- ۳- سنجش نگرش و عملکرد و دانش فراگیران به دنبال اجرای مداخلات اعتیاد به صورت دوره ای و به مدت طولانی به منظور مشاهده میزان ماندگاری مفاهیم آموزشی
- ۴- نیازسنجی دوره ای پزشکان و دانشجویان به منظور سنجش تاثیر مداخلات اجرا شده در زمینه اعتیاد و برنامه ریزی بهتر آموزشی
- ۵- ایجاد کلینیکها یا مراکزی جهت آموزش عملی و در عرصه

۱۴) اقدامات انجام شده برای تعامل با محیط (که در آن فعالیت نوآورانه به محیط معرفی شده است) را تشریح کنید:  
۱- پیش‌نویس مقاله کیفی منتج از کار تهیه شده است.

۲- گزارش کامل به رئیس و معاون پژوهشی دانشکده پزشکی ارائه شد.

۳- نتایج و گزارش اجرای هر مرحله در جلسات متعدد در کمیته علمی و اجرایی ارائه شد تا راهکارهای پیشنهادی همکاران اخذ و در مرحله ی بعدی اعمال گردد.

۱۵) شیوه های نقد فرایند انجام شده و نحوه به کارگیری نتایج آن در ارتقای کیفیت فرایند را تشریح کنید:  
نقد فراگیران:

پس از هر مرحله، پرسشنامه های نظرسنجی برای سنجش رضایت، نگرش و آگاهی فراگیران به صورت کمی توزیع و بررسی شد.

پس از هر مرحله، مصاحبه‌های چهره به چهره فردی و گروهی با فراگیران انجام گردید و تحلیل محتوای کیفی بر روی آن انجام شد.

نقد صاحب نظران:

پس از هر مرحله، نظر صاحب نظران در خصوص موضوعات مطرح شده و باز خورد ارائه شده توسط دانشجویان گرفته و در ارتقای سطح کیفی برنامه به کار گرفته شد.

نقد همکاران:

در طول برنامه نظرات همکاران علمی و اجرایی در جلسات متعدد در طول برنامه مورد بررسی قرار گرفت و تعدیلات متناسب بار آن در برنامه انجام شد.

نتایج و گزارش اجرای مراحل و مشکلات آن در کمیته علمی و اجرایی ارائه و راهکارهای پیشنهادی همکاران اخذ و در برنامه اعمال گردید.

بازاندیشی‌ها و بازخوردهای همکاران علمی و اجرایی پس از اجرای هر یک از مراحل بررسی گردید و تعدیلات متناسب با آن در سایر مراحل انجام شد.

۱۶) سطح نوآوری

- در سطح گروه آموزشی برای اولین بار صورت گرفته است.
- در سطح دانشکده برای اولین بار صورت گرفته است.
- در سطح دانشگاه برای اولین بار صورت گرفته است.
- در سطح کشور برای اولین بار صورت گرفته است.

۱۷) چک لیست خودارزیابی فرایندهای جشنواره شهید مطهری برای بررسی موارد رد سریع تنها در صورتی که پاسخ به همه سوالات زیر «خیر» باشد، می توانید مرحله بعدی خودارزیابی را انجام دهید:

ردیف	موضوع	پاسخ
۱	فعالیت‌های خارج از حوزه آموزش اعضای هیات علمی یا یکی از رده‌های فراگیران علوم پزشکی <sup>۵</sup>	<input type="radio"/> خیر
۲	فعالیت‌های مرتبط با آموزش سلامت عمومی <sup>۶</sup>	<input type="radio"/> خیر
۳	فرایندی که در دوره‌های گذشته به عنوان فرایند دانشگاهی یا کشوری شناسایی و مورد تقدیر قرار گرفته‌اند	<input type="radio"/> خیر
۴	طرح‌هایی که صرفاً ماهیت نظریه پردازی دارند	<input type="radio"/> خیر
۵	پژوهش‌های آموزشی که ماهیت تولید علم دارند و نه اصلاح روندهای آموزشی مستقر در دانشگاه‌ها	<input type="radio"/> خیر
فرایندهایی که از نظر تواتر و مدت اجرا یکی از شرایط زیر را دارند:		
۶	در مورد فرایندهایی که اجرای مستمر دارند، مدت اجرای کمتر از شش ماه داشته باشند.	<input type="radio"/> خیر
	در مورد فرایندهایی که اجرای مکرر دارند حداقل دو بار انجام نشده باشند.	<input type="radio"/> خیر
	در مورد فرایندهایی که ماهیتاً اجرای یک باره دارند ولی تأثیر مستمر دارند مانند برنامه‌های آموزشی یا سندهای سیاست گذاری، مصوب مرجع ذی صلاح نشده باشند.	<input type="radio"/> خیر

<sup>5</sup> Undergraduate, Postgraduate and CME/CPD

<sup>6</sup> Public education

۱۸) چک لیست خودارزیابی فرایندهای جشنواره شهید مطهری برای بررسی معیارهای ارزیابی معیارهای دانش پژوهی تنها در صورتی که پاسخ به همه سوالات زیر «بلی» باشد، می‌توانید فرایند خود را برای بررسی در جشنواره شهید مطهری ارسال کنید:

ردیف	موضوع	پاسخ
۱	هدف مشخص و روشن دارد.	بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲	برای انجام فرایند مرور بر متون انجام شده است.	بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳	از روش مندی مناسب و منطبق با اهداف استفاده شده است.	بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴	اهداف مورد نظر به دست آمده اند.	بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۵	فرایند به شکل مناسبی در اختیار دیگران قرار گرفته است.	بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۶	فرایند مورد نقد توسط مجریان قرار گرفته است.	بلی <input checked="" type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

اینجانب به عنوان نماینده صاحبان فرایند، صحت کلیه مندرجات این فرم از جمله چک لیستهای خودارزیابی را تأیید می‌کنم.

نام و نام خانوادگی: الهام زارعان

امضا:

تاریخ: ۹۹/۹/۷

فهرست:



- .۱ Farahzadi H, Rahmanighasbeh M, Sarafigouhar E. The effects of environmental psychology and psychotherapy on the design of an addiction treatment center. Second International Conference on Research in Science and Engineering. 2016.
- .۲ United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report ۲۰۱۸: Opioid crisis, prescription drug abuse expands; cocaine and opium hit record highs. Available from : [https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2018/June/world-drug-report-2018\\_-opioid-crisis--prescription-drug-abuse-expands-cocaine-and-opium-hit-record-highs.html](https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2018/June/world-drug-report-2018_-opioid-crisis--prescription-drug-abuse-expands-cocaine-and-opium-hit-record-highs.html). Published June 26, 2018. Accessed Nov 2020.
- .۳ Sarami H, Ghorbani M , Minooyi M. A study of four decades of addiction epidemiological research in Iran research in Iran. addiction research. 2013;7(26):29-52. [In Persian].
- .۴ Nasehi A HH, Soltaninejhad K, Shadnia Sh, Saberizafarghandi M, Norouzi A. Clinical guide for treating poisoning with stimuli. Tehran. Sepidbarg. 2011. 9-10. [In Persian]
- .۵ Eisenberg S. Psychiatric comorbidity in the addictions treatment setting: Assessment, diagnosis, and treatment .Psychiatric Rehabilitation Skills. 2001;5(1):108-30.
- .۶ Basu D, Sarkar S, Mattoo SK. Psychiatric Comorbidity in Patients With Substance Use Disorders Attending an Addiction Treatment Center in India Over 11 Years: Case for a Specialized “Dual Diagnosis Clinic”. Journal of Dual Diagnosis. 2013;9(1):23-9.
- .۷ Miller NS, Sheppard LM, Colenda CC, Magen J. Why physicians are unprepared to treat patients who have alcohol- and drug-related disorders. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges. 2001;76(5):410-8.
- .۸ Polydorou S, Gunderson EW, Levin FR. Training physicians to treat substance use disorders. Curr Psychiatry Rep. 2008;10(5):399-404.
- .۹ Gilchrist G, Moskalewicz J, Slezakova S, Okruhlica L, Torrens M, Vajd R, et al. Staff regard towards working with substance users: a European multi-centre study. Addiction (Abingdon, England). 2011;106(6):1114-25.
- .۱۰ Pinxten WJ, De Jong C, Hidayat T, Istiqomah AN, Achmad YM, Raya RP, et al. Developing a competence-based addiction medicine curriculum in Indonesia: the training needs assessment. Substance abuse. 2011;32(2):101-7.
- .۱۱ Frost-Pineda K, VanSusteren T, Gold MS. Are physicians and medical students prepared to educate patients about alcohol consumption? Journal of addictive diseases. 2004;23(2):1-13.
- .۱۲ Soyka M, Gorelick DA. Why should addiction medicine be an attractive field for young physicians? Addiction (Abingdon, England). 2009;104(2):169-72.
- .۱۳ Strobel L, Schneider NK, Krampe H, Beißbarth T, Pukrop T, Anders S, et al. German medical students lack knowledge of how to treat smoking and problem drinking. Addiction (Abingdon, England). 2012;107(10):1878-82.
- .۱۴ Tang Y-l, Wiste A, Mao P-x, Hou Y-z. Attitudes, knowledge, and perceptions of Chinese doctors toward drug abuse. Journal of Substance Abuse Treatment. 2005;29(3):215-20.

- .۱۵ Barry CL, McGinty EE, Pescosolido BA, Goldman HH. Stigma, discrimination, treatment effectiveness, and policy: public views about drug addiction and mental illness. *Psychiatr Serv*. 2014;65(10):126۷۲-۹
- .۱۶ Broyles LM, Binswanger IA, Jenkins JA, Finnell DS, Faseru B, Cavaioia A, et al. Confronting inadvertent stigma and pejorative language in addiction scholarship: a recognition and response. *Substance abuse*. 2014;35(3):217-21.
- .۱۷ Cape G, Hannah A ,Sellman D. A longitudinal evaluation of medical student knowledge, skills and attitudes to alcohol and drugs. *Addiction (Abingdon, England)*. 2006;101(6):841-9.
- .۱۸ Geller G, Levine DM, Mamon JA, Moore RD, Bone LR, Stokes EJ. Knowledge, attitudes, and reported practices of medical students and house staff regarding the diagnosis and treatment of alcoholism. *Jama*. 1989;261(21):3115-20.
- .۱۹ Ministry of Health and Medical Education of Iran. General medicine education program. Available from : <https://arakmu.ac.ir/file/download/page/1540100052-pezeskhiomoomi-97.pdf>. Published 23 July 2017. Accessed October 2020.
- .۲۰ Strain Eric C. AJS-rd, introduction and overview. Sadock By, sodock VA, Ruij P .Kaplan and sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Volume II. 9th ed. Philadelphia: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS;2009:1237-1968.
- .۲۱ Kamerow DB, Pincus HA, Macdonald DI. Alcohol abuse, other drug abuse, and mental disorders in medical practice. Prevalence, costs, recognition, and treatment. *Jama*. 1986;255(15):2054-7.
- .۲۲ Hein K, Cohen MI, Litt IF, Schonberg SK, Meyer MR, Marks A, et al. Juvenile detention: another boundary issue for physicians. *Pediatrics*. 1980;66(2):239-45.
- .۲۳ Ewan CE, Whaite A .Training health professionals in substance abuse: a review. *The International journal of the addictions*. 1982;17(7):1211-29.
- .۲۴ Gopalan R, Santora P, Stokes EJ, Moore RD, Levine DM. Evaluation of a model curriculum on substance abuse at The Johns Hopkins University School of Medicine. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*. 1992;67(4):260-6.
- .۲۵ Crome IB. The Trouble with Training: substance misuse education in British medical schools revisited. What are the issues ?*Drugs: Education, Prevention and Policy*. 1999;6(1):111-23.
- .۲۶ Crome IB, Shaikh N. Undergraduate medical school education in substance misuse in Britain iii: can medical students drive change? *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2004;11(6):483-503.
- .۲۷ Glass IB. Undergraduate Training in Substance Abuse in the United Kingdom. *British Journal of Addiction*. 1989;84(2):197-202.
- .۲۸ Falkowski J, Ghodse AH. Undergraduate Medical School Training in Psychoactive Drugs and Rational Prescribing in the United Kingdom. *British Journal of Addiction*. 1989;84(12):1539-42.
- .۲۹ Goodair C. Improving the Landscape of Substance Misuse Teaching in Undergraduate Medical Education in English Medical Schools from Concept to Implementation. *Canadian Journal of Addiction*. 20۱۰-۵:(۳)۵;۱۴

- .۳۰ Bland E, Oppenheimer L, Brisson-Carroll G, Morel C, Holmes P, Gruslin A. Influence of an educational program on medical students' attitudes to substance use disorders in pregnancy. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2001;27.۹۰-۴۸۳:(۳)
- .۳۱ Robb N. Teaching on addiction issues lacking in medical school, specialists told. *Canadian Medical Association Journal*. 1998;158(5):640-1.
- .۳۲ Keller DS, Dermatis H. Current Status of Professional Training in the Addictions. *Substance abuse*.۴۰-۱۲۳:(۳)۲۰;۱۹۹۹ .
- .۳۳ O'Brien S, Cullen W. Undergraduate medical education in substance use in Ireland: a review of the literature and discussion paper. *Irish Journal of Medical Science*. 2011;180(4):787.
- .۳۴ Christison GW, Haviland MG. Requiring a one-week addiction treatment experience in a six-week psychiatry clerkship: effects on attitudes toward substance-abusing patients. *Teaching and learning in medicine*. 2003;15(2):93-7.
- .۳۵ Brown AT, Kolade VO, Staton LJ, Patel NK. Knowledge of addiction medicine among internal medicine residents and medical students. *Tennessee medicine : journal of the Tennessee Medical Association*. 2013;106(3):31-3.
- .۳۶ Barron R, Frank E, Gitlow S. Evaluation of an experiential curriculum for addiction education among medical students. *Journal of addiction medicine*. 2012;6(2):131-6.
- .۳۷ Ayu AP, Schellekens AF, Iskandar S, Pinxten L, De Jong CA. Effectiveness and Organization of Addiction Medicine Training Across the Globe. *European addiction research*. 2015;21(5):223-39.
- .۳۸ Kahan M, Midmer D, Wilson L, Liu E. Faculty Rating of Learning Objectives for an Undergraduate Medical Curriculum in Substance Abuse. *Substance abuse*. 2001;22(4):257-63.
- .۳۹ el-Guebaly N, Violato C. The international certification of addiction medicine: validating clinical knowledge across borders. *Substance abuse*. 2011;32(2):77-83.
- .۴۰ Fleming MF, Manwell LB, Kraus M, Isaacson JH, Kahn R, Stauffacher EA. Who teaches residents about the prevention and treatment of substance use disorders? A national survey .*The Journal of family practice*. 1999;48(9):725-9.
- .۴۱ Armaos R, Tsiboukli A. Medical students' training needs and attitudes on substance abuse: implications for medical education in Greece. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2019;26(6):508-16.
- .۴۲ Renner JA, Jr. How to train residents to identify and treat dual diagnosis patients. *Biological psychiatry*. 2004;56(10):810-6.
- .۴۳ Lande RG, Wyatt SA, Przekop PR, Jr. Addiction Medicine: A Model Osteopathic Medical School Curriculum. *The Journal of the American Osteopathic Association*. 2010;110(3):127-32.
- .۴۴ Rasyidi E, Wilkins JN, Danovitch I. Training the next generation of providers in addiction medicine. *The Psychiatric clinics of North America*. 2012;35(2):461-80.
- .۴۵ Samet JH, Galanter M, Bridden C ,Lewis DC. Association for Medical Education and Research in Substance Abuse. *Addiction (Abingdon, England)*. 2006;101(1):10-5.

.۴۶ Rajabalipour MR, Shafian H, Iranpour A. A Study of Courses Related to Drug Abuse Prevention in Medical Sciences Curriculum in Iran. Strides in Development of Medical Education. 2019;1.