





پرسش و پاسخ

درباره پیشگیری و درمان اعتیاد

(ویژه نوجوانان، جوانان و سربازان)

گردآوری و تدوین:

دکتر داود میرزائی مقدم

آزاده اولیائی

هادی حمیدی فر

امیر سیاح

زیر نظر:

اداره کل فرهنگی پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر - ریاست جمهوری

اداره کل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با مواد مخدر - ریاست جمهوری

اداره سرباز معاونت نیروی انسانی ستاد کل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران

معاونت سلامت اجتماعی سازمان بهزیستی کشور

عنوان و نام پدیدآور: ۴۷ پرسش و پاسخ درباره پیشگیری و درمان اعتیاد (ویژه نوجوانان، جوانان و سربازان) / گردآوری و تدوین داود میرزائی مقدم ... او دیگران؛ زیر نظر اداره کل فرهنگی پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر ... او دیگران.

مشخصات نشر: تهران: سخنوران، ۱۴۰۳.

مشخصات ظاهری: ۵۲ ص.

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۳۵۶-۶۰۰-۰

وضعیت فهرست نویسی: فیا

پادداشت: گردآوری و تدوین داود میرزائی مقدم، آزاده اولیائی، هادی حمیدی فر، امیر سیاح.

پادداشت: زیر نظر اداره کل فرهنگی پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر، ریاست جمهوری، اداره کل درمان و حمایت های اجتماعی، ستاد مبارزه با مواد مخدر، ریاست جمهوری، اداره سرباز معاونت نیروی انسانی ستاد کل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران، معاونت سلامت اجتماعی سازمان بهزیستی کشور.

عنوان گسترده: چهل و هفت پرسش و پاسخ درباره پیشگیری و درمان اعتیاد (ویژه نوجوانان، جوانان و سربازان).

موضوع: اعتیاد -- پیشگیری -- پرسش ها و پاسخ ها؛ Questions and answers -- Prevention -- Drug addiction

اعتیاد -- درمان -- پرسش ها و پاسخ ها؛ Questions and answers -- Treatment -- Drug addiction

شناسه افزوده: میرزائی مقدم، داود، ۱۳۵۱ -

شناسه افزوده: ستاد مبارزه با مواد مخدر. اداره کل فرهنگی و پیشگیری

رده بندی کنگره: HV۵۸۰۱

رده بندی دیویی: ۳۶۲/۲۹۳

شماره کتابشناسی ملی: ۹۹۶۸۲۵۲

■ ۴۷ پرسش و پاسخ درباره پیشگیری و درمان اعتیاد

گردآوری و تدوین: داود میرزائی مقدم - آزاده اولیائی - هادی حمیدی فر - امیر سیاح

صفحه بندی و طراحی جلد: سخنوران

ناشر: سخنوران

سال و نوبت چاپ: ۱۴۰۴ / اول

شمارگان: ۱۰۰ جلد

شابک: ۹۷۸-۶۲۲-۸۳۵۶-۶۰۰-۰

قیمت: ۱۷۰۰۰ تومان

آدرس: تهران، خیابان انقلاب، ابتدای خیابان حافظ، شماره ۳۲۰، واحد ۵

تلفن: ۰۹۱۹۳۶۱۶۶۱۳

نشانی فروشگاه اینترنتی: www.svnpub.com

حق چاپ و نشر برای مؤلف محفوظ است.

پیشگفتار

جامعه امروزی در دهه‌های اخیر تغییرات اجتماعی و دگرگونی‌های عمیقی را در ابعاد مختلف فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی تجربه کرده است (نعمتی، بدری گرگری، ادیب و کاشفی؛ ۱۴۰۲) و با وجود بهره‌مندی از ره‌آوردهای گوناگون مدرنیته، آسیب‌های اجتماعی گوناگون، نظام اجتماعی را تهدید می‌کند. اختلال مصرف موادمخدر با توجه به گستره بروز و شیوع آن در جوامع مختلف، به عنوان یک مسئله اجتماعی، برای بسیاری از دولت‌ها، متخصصان، صاحب‌نظران و خانواده‌ها، دغدغه شده است (میرزائی مقدم، شیرینی و محسنی؛ ۱۴۰۲، نعمتی و همکاران؛ ۱۴۰۲). مصرف موادمخدر، یک امر اجتماعی کلی و به مثابه واقعیت اجتماعی^۱ است که وجوه ارتباطی در هم تنیده‌ای دارد و به باور کارشناسان، چالش اجتماعی پیچیده‌ای است که دامنه آسیب‌زایی آن گروه سنی، شغلی و تحصیلی خاصی را نمی‌شناسد (اندرسون^۲، ۲۰۱۶) و به طور قابل توجهی بسیاری از حوزه‌های زندگی جوانان جوانان (سلامت جسم و روان، زندگی اجتماعی، الگوهای دوست‌یابی و ازدواج، ثبات کار و آینده) را حتی تا بزرگسالی، تحت الشعاع، قرار می‌دهد (کهلمیر^۳، ۲۰۱۹). جوانان با انتخاب‌های پرمخاطره و تأکید بر ارزش پاداش و

¹ Social Fact

² Anderson

³ Kohlmeier

دریافت فوری آن (هیمن؛ ۲۰۰۹ و نارنجی‌ها؛ ۱۴۰۰)، بدون در نظر گرفتن عواقب منفی رفتارهای پرخطر، خیلی سریع به انتخاب‌های پر مخاطره پاسخ می‌دهند (رینولدز، باسو، میلر، ویتسید و کومبس^۱، ۲۰۱۹) و ممکن است به مصرف مواد اعتیادآور (مارسدن^۲ و همکاران، ۲۰۲۰) الکل (نوردک^۳ و همکاران، ۲۰۲۱؛ مک کتا^۴، موریسون و کیز، ۲۰۲۱؛ کاپاسو^۵ و همکاران، ۲۰۲۱ به نقل از گراوند، ۱۴۰۲) و بیش مصرفی یا آوردن شدن گرایش یابند (روگرس، شپرد، گاری و زوالینسکی^۶، ۲۰۲۰ به نقل از گراوند، ۱۴۰۲). مصرف مواد می‌تواند دوران نوجوانی و جوانی که یک دوره پیچیده و مهم برای رشد مغز و بدن است را با تغییرات مغزی منفی، همراه نماید (کلیسترا، کریت، کامپیل و بریکنر^۷، ۲۰۱۴). ترکیبات مواد روانگردان جدید (NPS^۸) می‌تواند با ایجاد مسیرهای عصبی بین حافظه و سیستم پاداش، اثرات درازمدت بر مغز داشته باشد (وهاب، بهاروم، رحمان، زولکیفلی، عزمی و احمد^۹، ۲۰۲۱؛ بیگی و طالع‌پسند؛ ۱۳۹۴ و خیرخواه؛ ۱۴۰۰). بخش‌های پاداش و حافظه مغز در دوران نوجوانی و جوانی بیشتر از بخش‌های تصمیم‌گیری و کنترل، رشد می‌کنند که این امر باعث می‌شود، فرد به اعمال مخاطره‌انگیز مثل مصرف مواد مخدر گرایش پیدا کرده و عواقب احتمالی رفتار خود را در نظر نگیرد (میرزائی مقدم، شیرینی و محسنی؛ ۱۴۰۲). این تغییرات می‌تواند نوجوان و جوان را به سمت مصرف مواد مخدر و روانگردان، سوق دهد (برولاند

¹Reynolds, Basso, Miller, Whiteside & Combs

²Marsden

³Nordeck

⁴McKetta, Morrison & Keyes

⁵Capasso

⁶Rogers, Shepherd, Garey & Zvolensky

⁷Colistra, Crite, Campbell & Brickner

⁸New Psychoactive Substances

⁹Wahab, Baharom, Rahman, Zulkifly, Azmi & Ahmad

سلسنگ، فولوگ و آسلوند (۲۰۲۱)؛ وایتیما^۱، (۲۰۱۷). در مقایسه با بزرگسالان، مسیرهای عصبی مغز نوجوانان و جوانان که در حافظه دخیل هستند، بیشتر از بزرگسالان در برابر موادمخدر و الکل، آسیب‌پذیرند، چراکه به دلیل رشد و تکامل مغز، عملکرد حافظه و سلول‌های مغز، کاهش می‌یابد. مصرف مکرر و طولانی مدت موادمخدر یا الکل در دوران نوجوانی و جوانی می‌تواند بیماری‌های مختلف در بزرگسالی را افزایش دهد (اسمیت^۲، ۲۰۱۳)؛ چراکه مصرف موادمخدر بسیار پیش‌رونده بوده و هرچه سن اولین تجربه مصرف مواد، پایین‌تر باشد، احتمال ادامه آن در سنین بالاتر بیشتر است (جوردن و اندرسون^۳، ۲۰۱۶؛ به نقل از قره‌داغی و همکاران، ۱۴۰۱) بنابراین، اختلال مصرف مواد نوجوانان و جوانان، تأثیر بسیار زیادی بر سلامت روان و بهزیستی آنان دارد و عواقب زیانبار بیشتری را نسبت به بزرگسالان برای آنها در پی دارد (کیان ارشی و همکاران، ۱۴۰۱) اما سؤالی که همواره ذهن پژوهشگران را به خود مشغول داشته، آن است که در شرایط یکسان، چه عواملی سبب‌ساز گرایش به سمت رفتارهای پرخطر از سوی عده خاصی از نوجوانان و جوانان است؟ یکی از عوامل مؤثر در فرآیند رفتارهای پرخطر، هیجان‌خواهی^۴ است (ائز، چو کوورجی، آیدوکو و افیگواز^۵، ۲۰۲۰؛ واگنر^۶، ۲۰۰۱ به نقل از گراوند، ۱۴۰۲).

گزارش سازمان بهداشت جهانی^۷ نشان می‌دهد که بسیاری از کشورها در معرض افزایش مصرف موادمخدر، روانگردان و الکل در میان نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله هستند. بنابراین مصرف موادمخدر و روانگردان توسط

¹ Waithima

² Smith

³ Jordan & Anderson

⁴ Sensation seeking

⁵ Eze, Chkwurji, Idoko & Ifeagwazi

⁶ Wagner

⁷ World Health Organization (WHO)

نوجوانان و جوانان، نه تنها در کشورهای در حال توسعه بلکه در کشورهای توسعه یافته نیز به نگرانی عمده تبدیل شده است (دفتر مقابله با موادمخدر و جرایم سازمان ملل، ۲۰۲۰). پژوهش‌های بسیاری، عوامل مؤثر بر مصرف موادمخدر و چرایی گرایش به مصرف مواد را مورد بررسی قرار داده‌اند که از جمله آنها به تقلید از والدین، اطرافیان و دوستان، دسترسی آسان به سیگار و قلیان، نبود تفریحات و سرگرمی جذاب جایگزین در زندگی (قاسم‌زاده، ۱۴۰۲؛ راملاقان، پلتز و پنگید^۱؛ ۲۰۲۱)، حاشیه‌نشینی، فشار همتایان و به همان میزان، فقر (اوندیکو، بیرچ و گاکورو^۲؛ ۲۰۱۹) اشاره شده است. هم‌چنین بر اساس آخرین یافته‌های پژوهشی دوران جوانی یکی از حساس‌ترین دوره‌های زندگی فرد است. جوان با ویژگی‌ها و نیازهای خاصی نظیر هیجان-طلبی، اثبات خود، اعلام استقلال، در این دوران که بحران و شورش نامیده می‌شود، ممکن است به بیراهه کشیده شود (میرزائی مقدم و همکاران؛ ۱۴۰۳).

بر این اساس، مجموعه سئوالات پیش‌رو سعی دارد به سربازان عزیز این مرز و بوم که به فرمایش بزرگان، زینت نظام و کشور هستند اطلاعات کارشناسی و مبتنی بر شواهد علمی و میدانی، درباره عوامل محافظ و خطر در سن جوانی در زمینه خطرات گرایش به مصرف موادمخدر، ارائه نماید.

دکتر داود میرزایی مقدم

سرپرست گروه نویسندگان

¹Ramlagan, Peltzer & Pengpid

²Ondigo, Birech & Gakuru

فهرست

پیشگفتار ۵

مقدمه ۱۲

بخش اول: پیشگیری ۱۵

۱. منظور از پیشگیری اولیه چیست؟ ۱۵
۲. اختلال مصرف مواد اعتیادآور (اعتیاد) چیست؟ ۱۶
۳. قدرت تطابق با محیط چگونه میتواند در تحمل شرایط سخت به ما کمک کرده و از ما محافظت کند؟ ۱۶
۴. چگونه می‌توان با شرایط بحرانی مواجه شد؟ ۱۷
۵. تاب‌آوری چیست؟ ۱۸
۶. عوامل خطر ایجاد زمینه مصرف مواد و الکل در محیط‌های سربازی کدامند؟ ۱۹
۷. چگونه می‌توانیم از بروز اختلال روانی در دوران سربازی پیشگیری کرده و با سختی‌های آن کنار بیاییم؟ ۲۱
۸. استرس شغلی به چه عواملی بستگی دارد؟ ۲۱
۹. اعتماد به نفس چه تأثیری در پیشگیری از مصرف مواد اعتیادآور دارد؟ ۲۲
۱۰. مهارت‌های موثر زندگی در پیشگیری از مصرف مواد اعتیادآور کدامند؟ ۲۳
۱۱. ویژگی‌های یک دوست خوب چیست؟ ۲۳
۱۲. آیا میتوانم خودم مصرف نکنم ولی دوست مصرف‌کننده داشته باشم؟ ۲۴
۱۳. آیا ممکن است با وجود تنفر از مواد باز هم به سمت مواد گرایش پیدا کنیم؟ ۲۵

۱۴. چرا اسامی مواد زیبا و وسوسه برانگیز است؟ ۲۵.
۱۵. کاهش تقاضای مصرف مواد چگونه قابل مدیریت است؟ ۲۶.
۱۶. کدام اختلالات روانی زمینه ساز مصرف مواد اعتیادآور است؟ ۲۷.
۱۷. دروازه شروع مصرف مواد کدام است؟ ۲۷.
۱۸. بیشترین شیوع مصرف مواد مربوط به کدام ماده است؟ ۲۷.
۱۹. بیشترین ماده مصرفی در بین نوجوانان و جوانان کدام ماده است؟ ۲۸.
۲۰. آیا افراد مصرفکننده مواد از طریق ظاهر قابل شناسایی هستند؟ ۲۸.
۲۱. آیا مصرف مواد مخدر باعث افزایش انرژی و تمرکز میشود؟ ۲۹.
۲۲. آیا منبع مطمئنی برای دریافت اطلاعات مربوط به پیشگیری و درمان مصرف مواد وجود دارد؟ ۲۹.

بخش دوم: آشنایی با برخی مواد اعتیادآور و اثرات آنها ۳۱

۲۳. آیا مصرف مواد اعتیادآور یک جرم است یا بیماری؟ ۳۱.
۲۴. انواع تست‌های تشخیص مصرف مواد کدام است؟ ۳۲.
۲۵. آیا مصرف داروهای آرامبخش اعتیادآور است؟ ۳۲.
۲۶. زولپیدم چیست و برای چه مواردی تجویز میشود؟ ۳۳.
۲۷. ترامادول چیست و مصرف غیرمجاز آن چه عوارضی دارد؟ ۳۳.
۲۸. ریتالین چیست و برای چه افرادی قابل استفاده است؟ ۳۴.
۲۹. آیا کشیدن قلیان اعتیادآور است؟ عوارضش چیست؟ ۳۴.
۳۰. آیا مصرف تفننی مشروبات الکلی اعتیادآور است؟ ۳۵.
۳۱. گل چیست و مهم‌ترین عوارض آن کدام است؟ ۳۵.
۳۲. حشیش از چه گیاهی به دست می‌آید و روش‌های مصرف آن چیست؟ ۳۶.
۳۳. کمیکال چیست و چه عوارضی دارد؟ ۳۶.
۳۴. مصرف تریاک چه عوارضی دارد؟ ۳۷.
۳۵. شیشه چیست و مهم‌ترین عوارض آن کدام است؟ ۳۷.
۳۶. هروئین چیست و در چه شکلهایی مصرف میشود؟ ۳۸.
۳۷. کنامین چیست و چگونه مصرف می‌شود؟ ۳۹.
۳۸. کوکائین چیست علائم و روش مصرف آن چگونه است؟ ۳۹.

بخش سوم: درمان اعتیاد..... ۴۱

۳۹. درمان اعتیاد چگونه ممکن است؟..... ۴۱
۴۰. راه‌های درمان اعتیاد کدام است؟..... ۴۲
۴۱. سم‌زدایی چیست؟..... ۴۲
۴۲. منظور از روش درمان نگهدارنده چیست؟..... ۴۳
۴۳. منظور از مراکز درمانی اقامتی چیست؟..... ۴۴
۴۴. منظور از مراکز تی‌سی (TC: THERAPEUTIC COMMUNITY) در درمان مصرف مواد اعتیادآور چیست؟..... ۴۵
۴۵. داروهای درمان اعتیاد کدامند؟..... ۴۵
۴۶. بهترین روش درمان اعتیاد، کدام است؟..... ۴۶
۴۷. مشتقات کپسول‌های دست‌ساز ترک مصرف مواد چیست؟..... ۴۷

سخن آخر..... ۴۹

فهرست منابع..... ۵۱

مقدمه

مصرف مواد اعتیادآور یکی از مشکلات اصلی و چالش‌های پیش‌روی اکثر کشورهای دنیا در گروه‌های سنی، جنسی و شغلی مختلف است که هر ساله موجب ایجاد خسارت‌های اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی قابل توجه و کاهش سلامت اجتماعی می‌شود و کارکنان وظیفه نیروهای مسلح نیز به دلایل گوناگون نظیر وجود استرس بالایی ناشی از انجام وظایف جدید در محیط‌های نظامی، تأثیر همسالان، دوری از خانواده، ترس از آینده و ... در معرض این آسیب بزرگ اجتماعی هستند. بر اساس شواهد، از طریق آموزش-های کاربردی و مشارکتی و ارتقاء دانش و بینش مخاطبان، می‌توان امیدوار بود مصرف مواد اعتیادآور به تعویق افتاده یا بروز ننماید. در همین راستا برای حفظ نسل فردای کشور عزیزمان، اداره کل فرهنگی پیشگیری ستاد مبارزه با مواد مخدر - ریاست جمهوری، معاونت سلامت اجتماعی سازمان بهزیستی کشور و اداره سرمایه انسانی سرباز ستاد کل نیروهای مسلح جمهوری اسلامی ایران پس از سلسله مباحث کارشناسی و نیازسنجی‌های انجام شده در ۴ جلسه کمیته ملی فرهنگی پیشگیری، با هدف ارائه یک منبع خلاصه، مفید و کاربردی برای استفاده سربازان و مربیان آموزشی در محیط‌های سربازی درباره موضوع مهم و زیربنایی پیشگیری از گرایش جوانان به مصرف مواد اعتیادآور، با استفاده از تجارب کارشناسان متخصص پیشگیری و درمان



اعتیاد، بر آن شدند تا کتاب ۴۷ سوال شایع درباره پیشگیری و درمان مصرف موادمعتیادآور در محیط‌های سربازی را به زیور طبع، آراسته نمایند. متن اولیه پس از اعلام نظر کارشناسان و متخصصان امر، اصلاح و در کارگاه‌های آموزشی استان تهران (و استان‌های هم‌جوار) و همدان (و استان‌های هم‌جوار) و "و مرکز آموزش رزم مقدماتی ۰۵ کرمان" با حضور مربیان آموزشی، روانپزشکان و پزشکان فعال در مراکز رزم مقدماتی استان‌های یادشده کارآزمایی و نظرات کاربران به صورت حضوری و مجازی گردآوری و مجدداً در نسخه نهایی، لحاظ شد.

با تشکر از گروه تدوین و گردآوری کتاب (جناب آقایان دکتر داود میرزائی مقدم، هادی حمیدی‌فر و امیر سیاح و سرکار خانم آزاده اولیائی)، جناب آقای دکتر علی شفیعی (رئیس وقت محترم اداره درمان کل درمان و حمایت‌های اجتماعی ستاد مبارزه با موادمخدر) اعضای محترم کمیته ملی فرهنگی پیشگیری و همه عزیزانی که با ارائه نظرات کاربردی و اصلاحی ارزشمند خود، زمینه تدوین و انتشار این اثر را فراهم نمودند تأکید می‌نماید اثر حاضر در تلاش است در سه حوزه مهم پیشگیری، آشنایی با برخی موادمعتیادآور و اثرات آنها و درمان مصرف موادمعتیادآور، به پرسش‌های مطرح شده، پاسخ‌های کوتاه، کارشناسی و باورپذیر، دهد. تقاضا دارد، مخاطبان ارجمند، مربیان محترم آموزشی و مطالعه‌کنندگان بزرگوار، پس از مطالعه آن، با بازخوردهای خود (از طریق ایمیل davudm1351@yahoo.com)، مسیر تکمیل و انتشار منابع خلاصه و کاربردی در زمینه یادشده را هموار سازند. به امید سربلندی کشور عزیزمان و دوری از آسیب‌های اجتماعی.

محمدهادی عسکری

مدیرکل فرهنگی پیشگیری ستاد مبارزه با موادمخدر

بخش اول پیشگیری



۱. منظور از پیشگیری اولیه چیست؟

پیشگیری اولیه کلیه مداخلات و اقداماتی است که به منظور جلوگیری از شروع و بروز مصرف مواد اعتیادآور انجام می‌گردد و دارای سه سطح همگانی، انتخابی و موردی است.

پیشگیری همگانی: شامل کلیه افراد جامعه که تاکنون تجربه مصرف مواد را نداشته‌اند.

پیشگیری انتخابی: انتخاب یک گروه از جامعه هدف (سربازان، دانش-آموزان و دانشجویان و...)

پیشگیری موردی: یک گروه پر خطر مانند کودکان دارای والد معتاد، فرزندان طلاق، یا همسران افراد مصرف‌کننده، نوجوانان و جوانان دارای تجربه مصرف مواد که بیشتر در معرض گرایش به مصرف مواد اعتیادآور هستند.



۲. اختلال مصرف مواد اعتیادآور (اعتیاد) چیست؟

اختلال مصرف مواد اعتیادآور یکی از بغرنج‌ترین و پیچیده‌ترین مسایل انسان در زندگی مدرن و تهدیدی جدی برای سلامت جسمی و روانی جوامع بشری است. تقریباً تمامی افراد جامعه در معرض خطر مصرف مواد اعتیادآور هستند اما ۹۵٪ از افراد جامعه توانسته‌اند شرایط دشوار و پر استرس را تحمل کرده با بکارگیری مهارت‌های زندگی و تصمیم‌گیری صحیح از خطرات انواع مصرف مواد اعتیادآور در زمینه‌های گوناگون مانند قرص‌ها و داروهای مختلف، سیگار، قلیان و اعتیادهای رفتاری مانند قمار، بازی‌های شرط‌بندی آنلاین و ... در امان بمانند. اختلال مصرف مواد اعتیادآور (اعتیاد) به لحاظ مفهومی یک بیماری جسمی، مزمن و عودکننده است که در اثر عوامل ژنتیکی، فیزیولوژیک و اجتماعی، رشد و بروز پیدا می‌کند و وجه مشخص این بیماری، اختلال در کنترل انجام عمل یا احساس اجبار در انجام یک عمل مشخص با وجود آگاهی نسبت به عواقب خطرناک آن است. وابستگی به مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی یا عادت‌های ناهنجار، یک اختلال روان‌پزشکی و روان‌شناسی بوده که از یک سو معنای سلامتی و خوشبختی را در زندگی فرد و خانواده او از بین می‌برد و از سوی دیگر آسیب‌های اجتماعی و اقتصادی بیشماری را به همراه دارد.

۳. قدرت تطابق با محیط چگونه می‌تواند در تحمل شرایط سخت به ما کمک کرده و از ما محافظت کند؟

با تغییر و ارتقاء دانش، نگرش، رفتار و کسب مهارت‌ها می‌توانیم با شرایط سخت و مشکلات زندگی کنار آمده و با آنها تطابق پیدا کنیم. یکی از محیط‌هایی که جوانان در مرحله‌ای از زندگی به آنجا وارد می‌شوند پادگان و محل انجام



خدمت سربازی است که به دلیل ناآشنایی جوانان با محیط و مقررات آن، ممکن است آنها را با استرس مواجه کند. اما اگر انسان در آگاهی خود تغییر ایجاد کند و توانایی انجام رفتار سازگارانه و مثبت خود را بالا ببرد می‌تواند با چالش‌ها و ضروریات زندگی روزمره، کنار بیاید و هیجانات و احساسات خود مثل خشم، اندوه، ترس، نفرت، شرم، عشق، شادمانی و شگفتی را کنترل کند. اولین گام در مسیر کسب مهارت سازگاری، شناسایی خود، احساسات و افکار است. هر کس باید با خودمدیریتی یعنی کنترل واکنش‌های هیجانی در شرایط مختلف آشنا باشد. دومین گام، داشتن مهارت هم‌دلی به معنای درک دقیق احساسات، عواطف و هیجانات دیگران و توانایی خود را جای دیگران گذاشتن است. سومین گام، مهارت مدیریت ارتباطی به معنای کنترل و مدیریت ارتباط با دیگران به منظور ایجاد یک شبکه ارتباطی خوب است یعنی باید بتوانیم با ایجاد تعادل در ارتباط با دیگران، مورد قبول آنها واقع شده و از آسیب‌هایی که احتمال دارد در رابطه با دیگران به ما وارد شود جلوگیری کنیم. مطالعات، نشان داده‌اند صفات شخصیتی مثبت مانند اعتماد به نفس بالا، خود ارزشمندی، خوش‌خُلقی، خوش‌برخوردی، انعطاف‌پذیری، مقاومت در برابر فشار دوستان و داشتن مهارت‌های اجتماعی برقراری ارتباط مؤثر، نقش اساسی در عبور از گذرگاه‌های سخت زندگی دارد.

۴. چگونه می‌توان با شرایط بحرانی مواجه شد؟

افراد به دو صورت با شرایط بحرانی مواجه می‌شوند:

- مقابله صحیح در برابر شرایط سخت با بکارگیری تکنیک‌هایی نظیر صحبت و درد دل با افراد مناسب، بکارگیری مهارت حل مشکل، مشورت با افراد آگاه و قابل اعتماد، برنامه‌ریزی جدی و پیگیری



- مقابله غلط با شرایط بحرانی مانند انتظار پیدا شدن راهکار سریع و معجزه‌آسای مشکل، واکنش غیرمنطقی و افراطی، واکنش‌های هیجانی مثل بی‌تابی، عصبانیت، پرخاشگری، خیال‌پردازی، فرار از موقعیت با استفاده از مصرف مواد اعتیادآور یا الکل، اقدام به خودکشی، استفاده از زورگویی یا تهدید، دزدی و تقلب؛

در مجموع باید هر کدام از ما با داشتن مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری بتوانیم با کفایت، لیاقت و دانایی، بدون سرزنش خود با شرایط بحرانی، مواجه شویم و تصور نکنیم دنیای خوب، دنیای بدون مشکل است. در حل مشکلات سخت، عجله نکرده، احساس درماندگی و ناامیدی نکنیم و پیامد تصمیمات خود را پیش‌بینی کرده و به آنها فکر کنیم.

۵. تاب‌آوری چیست؟

تاب‌آوری یک مهارت مهم (در پیشگیری از اعتیاد) است که از فردی به فرد دیگر، متفاوت است، می‌تواند به مرور زمان رشد کرده یا کاستی یابد. معنای آن ظرفیت افراد برای سالم ماندن، مقاومت و تحمل در شرایط سخت و پرخطر است که ما را قادر می‌سازد نه تنها بر شرایط دشوار پیروز شویم، بلکه طی آن و با وجود آن، رشد کنیم. بر این اساس، تاب‌آوری به معنای موفق بودن، زندگی کردن و رشد خود در شرایط دشوار و با وجود عوامل خطر و چالش‌های زندگی است. وقتی ما در معرض مشکل یا چالش قرار می‌گیریم ولی دچار آسیب نمی‌شویم؛ در حقیقت تاب‌آورده و از ظرفیت‌های موجود خود در دست‌یابی به موفقیت و رشد در زندگی، استفاده کرده‌ایم فرد تاب‌آور ضمن غلبه بر مشکلات و استرس‌های پیش آمده با آگاهی و بهره‌گیری از توانایی‌های خود، احساسات خود را نیز می‌شناسد. کارشناسان معتقدند تاب‌آوری مهم‌ترین



کلید مواجهه درست با شرایط ویژه و نسبتاً سخت خدمت سربازی است و حکم مرکزی را دارد که ما را با تجربه کرده و به سوی سلامت و مواجهه با شرایط سخت‌تر زندگی آینده در محیط کار و شغل و تاهل، هدایت می‌کند. به این ترتیب، فرد تاب‌آور ضمن غلبه بر مشکلات و استرس‌های پیش آمده از آنها به عنوان سرمایه‌ای برای غلبه بر مشکلات شدیدتر در آینده استفاده می‌کند و همواره سعی می‌کند رفتار درست را انجام دهد. فردی که به نقطه تاب‌آوری می‌رسد به توانایی‌های خود آگاه بوده، احساسات خود را می‌شناسد، به یک هدف مهم در پیش‌رو فکر کرده و اگر هم اشتباه کند از اشتباه خود درس می‌گیرد. نکات کلیدی و طلایی در خصوص دستیابی به مهارت تاب‌آوری؛ داشتن معنا و هدف در زندگی، توسعه ارتباطات سالم، انعطاف‌پذیری نسبت به تغییرات، مراقبت در تغذیه و سلامتی، آموزش مقابله با مشکلات، خوش‌بینی، ایجاد دلبستگی مثبت، تقویت معنویت در خود، ورزش و داشتن سبک زندگی سالم است. همواره در مقابله با سختی‌ها به این بیندیشیم که باید تلاش کنیم، تنها نیستیم، نگاه خدا دنبال ماست و این جمله را در ذهن خود زمزمه کنیم: "این نیز بگذرد" و برای حل مسأله، به فکر باشیم.

۶. عوامل خطر ایجاد زمینه مصرف مواد و الکل در محیط‌های سربازی کدامند؟

با بررسی مقالات و متون علمی درمی‌یابیم کارشناسان از خدمت سربازی به عنوان گذرگاه مردانگی نام برده‌اند. خدمت سربازی، ما را برای شرایط سخت آماده کرده، توان ما را برای مقابله با مشکلات افزایش داده و منجر به بلوغ اجتماعی ما می‌شود. اما بررسی‌های روانشناسان اجتماعی نشان می‌دهد شروع خدمت اجباری، در یک نقطه حیاتی از زندگی جوانان رخ داده و



مصادف با زمانی است که آنها در حال تصمیم‌گیری برای تحصیلات عالی، ورود به بازار کار و ازدواج هستند. برخی منابع به هم‌زمانی خدمت سربازی با زمان اوج تمایل جوانان برای شروع رفتارهای ضد اجتماعی و مقاومت در برابر ساختارها و قوانین موجود جامعه، اشاره می‌کنند. شروع خدمت سربازی می‌تواند به چند روش، منجر به بروز فشار روانی و استرس در افراد سالم شود و اگر جوانان، مهارت مقابله با شرایط سخت و تاب‌آوری را نیاموخته باشند یا درست به کار نگیرند، برای تحمل شرایط؛ ممکن است به سمت مصرف سیگار، مواد و الکل بروند. منابع استرس و فشار روانی که عوامل خطر در این برهه از زندگی جوانان محسوب می‌شوند عبارتند از:

- جدا شدن فرد جوان از محیط فرهنگی و خانوادگی خود؛ جریانی شبیه به مهاجرت
- احساس ایستایی در مسیر زندگی
- دوری از خانواده و از دست دادن حمایت‌های روانی ایشان
- شکل‌گیری گروه همسالان جدید و به دور از نظارت‌های معمول خانوادگی
- محدودیت در انجام واکنش‌های مقابله‌ای برای تخلیه هیجانات و کاهش خشونت‌های موردی
- ایجاد استرس و ترس به دلیل ایجاد شرایط فرمان‌برداری بدون چون و چرا
- احساس ناکارآمدی به دلیل عدم انجام احتمالی کارخواسته‌های مقام مافوق
- تویخ و تنبیه احتمالی در برابر همتایان
- فشار روحی روانی ناشی از مکان سربازی مانند مناطق مرزی، زندان، ایستادن در مکان‌های پر سر و صدا مانند چهارراه‌ها و ...



۷. چگونه می‌توانیم از بروز اختلال روانی در دوران سربازی پیشگیری کرده و با سختی‌های آن کنار بیاییم؟

- ذهن خود را آماده کنیم؛ خدمت سربازی، بخشی از زندگی ماست و بهر حال باید آن را بگذرانیم.
- اجازه ندهیم نگرانی بر ما غلبه کند؛ بپذیریم که نگرانی‌هایی در این زمینه وجود دارد. اصلاً قرار نیست محیط سربازی مانند محیط خانه باشد و حتماً مافوق، رفتاری بسیار متفاوت‌تر از پدر دارد.
- در سربازی قرار نیست همیشه طبل بزرگ زیر پای چپ باشد؛ در طی مدت سربازی، حتماً زمان‌های آزاد داریم که بتوانیم از آنها استفاده کنیم. برای این زمان‌ها برنامه‌ریزی داشته باشیم و سعی کنیم از آنها به نفع خود استفاده نماییم.
- سربازها هم اشتباه می‌کنند؛ با شروع سربازی شرایط مختلفی را تجربه خواهیم کرد. افسر مافوق چیزی از ما، روحیه و توانمندی‌هایمان نمی‌داند و فقط می‌خواهد همه چیز در حیطه او خوب پیش رود. به خود بگوییم و باور داشته باشیم که ممکن است، اشتباه کنیم و برای جبران آن به زمان بیشتری نیاز داریم. هر انسانی اشتباه می‌کند؛ حتی سربازها.

۸. استرس شغلی به چه عواملی بستگی دارد؟

استرس شغلی به عوامل فردی و اجتماعی، محیطی بستگی دارد. عوامل فردی منجر به استرس، شامل نداشتن مهارت‌های لازم مخصوصاً خودآگاهی و اعتماد به نفس، عوامل مربوط به سن و جنسیت، دارا بودن زمینه‌های بیماری‌های روانی مانند افسردگی می‌شود. عوامل محیطی اجتماعی نیز در بروز استرس شغلی تأثیر دارد؛ مهم‌ترین آنها شامل این موارد است: سختی کار، نوبت کاری، شیفت‌های کار و به هم خوردن ساعات



بیولوژیک بدن، رفتارهای تهاجمی - انفعالی، ساعت کار زیاد، اذیت و آزارهای شغلی، رفتارهای نامناسب مقام بالا دست با زیردست، تشریفات سخت اداری (نظامی)، ابهام نقش، تعارض نقش، کم‌باری و گران‌باری شغلی، ضعف در مهارت‌های ارتباطی با مافوق و هم‌تایان، زورگویی، خشونت، آزار کلامی، سوء استفاده و آزار قومیتی.

۹. اعتماد به نفس چه تاثیری در پیشگیری از مصرف مواد اعتیادآور دارد؟

یکی از مهارت‌های اساسی و مهم در پیشگیری از بروز مصرف مواد اعتیادآور، اعتماد به نفس است. احساس ناامنی و اضطراب در افراد با اعتماد به نفس پایین باعث افزایش مصرف مواد اعتیادآور می‌شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهد بسیاری از مصرف‌کنندگان مواد به دلیل نداشتن مهارت اعتماد به نفس در پاسخ به تعارف مواد توسط دوستان خود تسلیم شده و به مصرف مواد روی آورده‌اند. آموزش اعتماد به نفس گامی مهم در پیشگیری از مصرف مواد اعتیادآور است و به همین دلیل تاکید بر یادگیری مهارت نه گفتن توصیه موکد می‌شود. نه گفتن راهکارهای زیادی دارد که با شرکت در جلسات مشاوره و روانشناسی آموخته می‌شود اما در اینجا به چند تکنیک آن اشاره می‌کنیم:

- خیلی دوست داشتیم با تو همراهی کنم ولی به مصرف سیگار به خاطر عوارض اون اعتقادی ندارم.
- درسته که حشیش، حالت خوشایند زودگذر ایجاد می‌کنه ولی به خاطر از دست دادن حافظه کوتاه مدت، اون رو مصرف نمی‌کنم.
- نه ممنون من به خاطر حفظ سلامتیم؛ حشیش مصرف نمی‌کنم.



۱۰. مهارت‌های موثر زندگی در پیشگیری از مصرف مواد اعتیادآور کدامند؟

به طور کلی همه مهارت‌های زندگی در پیشگیری از مصرف مواد اعتیادآور موثر است اما در اینجا به چند مورد از مهم‌ترین و اثرگذارترین آن اشاره می‌کنیم:

- مهارت نه گفتن: توانمندی در پاسخ منفی به درخواست‌های غیرمنطقی دیگران.
- اعتماد به نفس و خود آگاهی: آگاهی به نقاط قوت و توانمندی‌های فردی.
- تصمیم‌گیری و حل مسئله: توان انتخاب، راهکار مناسب کم هزینه در تعارضات زندگی.
- کنترل خشم: توان مدیریت خشم بدون آسیب رساندن به خود و دیگران
- مهارت‌های برقراری ارتباط موثر بین فردی: توانمندی در مدیریت ارتباط موثر و موفق صحیح و مبتنی بر احترام متقابل با دیگران.

۱۱. ویژگی‌های یک دوست خوب چیست؟

تحقیقات و شواهد نشان می‌دهد بیش از ۳۵ درصد آغاز مصرف مواد توسط دوستان و یا به خاطر دوستان اتفاق افتاده است. شاید بتوان گفت زمینه‌ساز بخش زیادی از موفقیت‌های شغلی و اجتماعی ما دوستان هستند. دوست خوب باید در محدوده سنی خود فرد باشد. حسود نباشد. در زمان خطر در کنار او باشد. تا جای ممکن، موقعیت اجتماعی دوستان باید با هم برابر بوده، مؤدب و رازدار باشند.



۱۲. آیا می‌توانم مصرف نکنم ولی دوست مصرف‌کننده داشته باشم؟

از قدیم گفته‌اند؛ "همنشین تو از تو «به» باید"، این مسئله از همه عوامل دیگر مهم‌تر است. می‌توان گفت کسی که با فرد دارای اختلال مصرف مواد رفت و آمد دارد به احتمال خیلی زیاد مصرف‌کننده می‌شود. در یک تجربه‌نگاری آمده است کارمند یک کارخانه صنعتی مصرف‌کننده‌های محل کار را شناسایی و آنها را برای درمان به کلینیک ارجاع می‌داد. او از این کار به عنوان کار خوب و انسانی یاد می‌کرد. اما پس از گذشت مدتی؛ بعد از ایجاد رابطه دوستانه با آنها و تشویقشان به ترک مصرف مواد اعتیادآور، یک روز خود به مرکز درمانی مراجعه کرده و گفته امروز آمدم برای ترک مصرف مواد! همه تعجب کرده از او پرسیدند تو که همه را برای ترک تشویق می‌کردی، تو دیگر چرا؟ پاسخ داد: "همین طرح دوستی و نشست و برخاست در جمع مصرف‌کننده‌ها باعث شد من هم گرفتار شوم و نتوانم ترک کنم... من که از هر چه معتاد و مصرف مواد حالم به هم می‌خورد امروز خودم یکی از آنها هستم". دوستی با این افراد باعث می‌شود در شرایط خاصی مثل غم، سوگ یا اصرار دوستان برای فقط یک بار مصرف، **بیماری مسری مصرف مواد** به ما هم سرایت کند. فرد با اولین مصرف می‌بیند اتفاق خاصی نیفتاد و اصطلاحاً ترسش می‌ریزد و بعد با دل و جرأت بیشتری مصرف می‌کند. واقعاً فشار همتایان و دوستان را نباید نادیده گرفت. حضور در هر جمعی خواسته یا ناخواسته انسان را شبیه آنها می‌کند. معمولاً این تغییرات به مرور زمان اتفاق افتاده و خود فرد متوجه تغییرات نمی‌شود.



۱۳. آیا ممکن است با وجود تنفر از مواد باز هم به سمت مواد گرایش پیدا کنیم؟

حتماً شنیده‌اید که می‌گویند: "تقریباً هیچ کس به امید خدا و از اول دلش نمی‌خواست معتاد شود". بسیاری از مواقع، افراد بدون اطلاع از چیستی مواد و حتی به عنوان یک مسکن و آرام‌بخش (تحت تأثیر اطلاعات غلط و تبلیغات زیاد مافیای مواد مخدر) شروع به مصرف یک ماده می‌کنند و در برخی موارد هم بخاطر نداشتن مهارت‌های زندگی در جدال با مشکلات زندگی به توصیه دوستان خود با این نیت که فقط یکبار مصرف کنند شروع به مصرف مواد کرده و پس از دریافت حس لذت کاذب اولین بار مصرف، آن حس تنفر قبل از شروع مصرف کم کم به اشتیاق تبدیل شده و روند افزایش مصرف برای پیدایش آن حال خوب اولین بار مصرف ادامه پیدا کرده و آنقدر پیش می‌رود که فرد وابسته به مصرف مواد می‌شود.

۱۴. چرا اسامی مواد زیبا و وسوسه برانگیز است؟

یکی از شگردهای مافیای مواد مخدر، تغییر نام مواد است تا بتوانند از برچسب "ترس‌آور" آن جلوگیری کنند و مورد استقبال جوانان قرار گیرد. مثلاً ماشروم، کراک و گل، نمک حمام، K2 و... از جمله این اسامی است. اسامی زیبا علاوه بر جدید بودن باعث می‌شود در جستجوهای مختلف با نام جدید برای مضرات آن ماده فوراً مطلبی پیدا نشود. لذا در شروع انتشار آن حتی در جستجوهای علمی ممکن است مطالبی یافت نشود و پس از بروز اولین عوارض آن کم کم مطالب فضای مجازی و منابع اطلاعاتی کامل شده و سایر افراد متوجه عوارض مواد جدید می‌شوند. پس تغییر نام و گذاشتن اسامی زیبا فقط راهی برای فریب مصرف‌کننده، بازاریابی و گرایش به مصرف مواد است.



۱۵. کاهش تقاضای مصرف مواد چگونه قابل مدیریت است؟

از قدیم گفته‌اند: "یکی از دلایل مصرف مواد؛ رفیق بد و دغال خوب است!" اگرچه این نکته مزاح است اما در کالبدشکافی علل گرایش به مصرف مواداعتیادآور می‌توان به این نکته مهم توجه کرد که امروز موادمخدر در بازار قاچاق، همانند یک کالا است و تا زمانی که برای یک کالا، تقاضا وجود داشته باشد عرضه آن نه تنها متوقف نشده بلکه با استفاده از دروغ و بزرگ‌نمایی هر روز جذاب‌تر می‌شود. پس می‌توان گفت بازار قاچاق موادمخدر هیچ‌وقت از بین نمی‌رود اما ما جوانان می‌توانیم با اطلاع از پشت پرده تبلیغات دروغ و فریبنده سوداگران مرگ، به دام آنها نیفتیم. اگرچه که بسترهای اجتماعی نامناسب، فشارهای اجتماعی، وضعیت نابسامان اقتصادی، همسایگی با بزرگترین تولیدکننده موادمخدر در جهان (با ۷۵٪ تولید موادمخدر در دنیا) در افزایش روند مصرف مواداعتیادآور، مؤثرند اما جای این سؤال مهم هست که آیا همه افرادی که دچار مشکلات اقتصادی، خانوادگی و ... می‌شوند به موادمخدر پناه می‌برند؟ پاسخ منفی است. هر یک از ما باید خود را برای مواجهه با شرایط سخت آماده کنیم و با کسب مهارت‌های زندگی، بر مشکلات پیروز شویم یا با آنها کنار بیاییم. فراموش نکنیم پناه بردن به موادمخدر برای فراموشی مشکلات یک راه میان‌بری است که به بهای از بین رفتن زندگی ما و پر کردن جیب قاچاقچیان، منجر می‌شود.



۱۶. کدام اختلالات روانی زمینه ساز مصرف مواد اعتیادآور است؟

به طور کلی بسیاری از بیماری‌های روانی زمینه‌ساز گرایش افراد به مصرف مواد اعتیادآور است؛ اما مهم‌ترین آنها افسردگی، اضطراب شدید، بیش‌فعالی و کم‌توجهی، اختلالات خلقی، استرس‌های پس از سانحه، رفتارهای ضداجتماعی و ترس‌های بیمارگونه است. مداخلات روانشناختی نشان می‌دهد اختلالات خلقی و روانی، زمینه‌ساز مصرف مواد است و از طرف دیگر، مصرف مواد سبب تشدید اختلالات مزبور در فرد می‌شود و علاوه بر بیماری روانی، اختلال مصرف مواد نیز به مشکلات فرد، اضافه می‌شود.

۱۷. دروازه شروع مصرف مواد کدام است؟

سیگار، قلیان و الکل به عنوان دروازه ورود (Gateway) به دنیای مصرف مواد اعتیادآور هستند شواهد نشان می‌دهد ۹۵ درصد افراد مصرف‌کننده دائمی مواد، از سیگار شروع کرده‌اند. مثلی عامیانه هست که می‌گوید: "توپ که از دروازه گذشت چه یک وجب چه ده وجب!" در مصرف مواد اعتیادآور نیز مصرف مواد دروازه‌ای حکم همان یک وجب اول را دارد. باید خیلی مراقب باشیم.

۱۸. بیشترین شیوع مصرف مواد مربوط به کدام ماده است؟

در بین جمعیت عمومی مصرف‌کنندگان مواد، بیشترین شیوع مصرف مربوط به تریاک است، ولی در بین نوجوانان و جوانان از جمله دانشجویان و سربازان مصرف حشیش و گل که به طور کلی به خانواده‌های کانابیس‌ها و مواد روان-گردان جدید (NPS) تعلق دارد شایع‌تر است. در بین معتادان متجاهر که



دارای سبک زندگی اعتیادی هستند مصرف شیشه بالاترین میزان شیوع را دارد. شواهد نشان می‌دهد این افراد به مصرف ترکیبی مواد مانند تریاک، شیشه، هروئین و حتی متادون روی می‌آورند.

۱۹. بیشترین ماده مصرفی در بین نوجوانان و جوانان کدام ماده است؟

بر اساس شواهد، حشیش و گل بیشترین ماده مصرفی در بین نوجوانان و جوانان است و به دلیل تبلیغات وسیع مافیای مواد مبنی بر اعتیادآور نبودن گل و حشیش، کانابیس‌های صنعتی (^۱NPS): مواد روانگردان جدید با ادعای عدم اعتیادآوری) شاهد گرایش روز افزون نوجوانان و جوانان به مصرف این گونه مواد هستیم که اثرات جبران‌ناپذیری روی مغز و قوای شناختی افراد برجای می‌گذارد.

۲۰. آیا افراد مصرف‌کننده مواد از طریق ظاهر قابل شناسایی هستند؟

امروزه به دلیل گسترش و تنوع مواد و مصرف آسان آن دیگر مانند گذشته مصرف مواد اعتیادآور از چهره افراد قابل شناسایی نیست و چه بسا فردی از نزدیکان ما علی‌رغم مصرف مواد به دلیل نداشتن علائم در ابتدا به نظر آید که مصرف‌کننده مواد نیست اما به لحاظ رفتاری و روانی کم‌کم تغییراتی در او ظاهر می‌شود که قابل بررسی بوده و او را از شرایط عادی خارج می‌کند.

¹ New Psychoactive Substance



۲۱. آیا مصرف مواد مخدر باعث افزایش انرژی و تمرکز می‌شود؟

بسیاری از بیماران با این تصور که مصرف مواد باعث افزایش انرژی و تمرکز می‌شود، برای اولین بار در دام مصرف مواد اعتیادآور گرفتار شدند. در فرهنگ پیشگیری از مصرف مواد اعتیادآور از این باور به عنوان «دام» یاد شده است به این اعتبار که فرد مصرف کننده به دنبال اولین دفعات مصرف، احساس تمرکز و انرژی کرده و همچنین فریب انرژی اولیه باعث می‌شود تا به مصرف خود ادامه دهد؛ غافل از اینکه چنین منبع انرژی و قوای جسمانی در بدن انسان ذاتاً وجود دارد اما در یک فاصله زمانی کوتاه، تمامی انرژی و قوای جسمانی ذاتی او بر اثر مصرف مواد تحلیل می‌رود به طوری که میزان انرژی و تمرکز وی از روزهای قبل از شروع مصرف نیز کمتر می‌شود و اصطلاحاً انرژی مورد نظر، "پیش‌خور" شده است. بسیاری از حوادث شغلی، سرقت‌ها، پرخاشگری‌ها و اُفت‌کارایی در محیط‌های کاری و سربازی ناشی از مصرف مواد است. برخی از منابع گفته‌اند، فرد معتاد تقریباً نصف افراد دیگر کارایی دارد.

۲۲. آیا منبع مطمئنی برای دریافت اطلاعات مربوط به پیشگیری و درمان مصرف مواد وجود دارد؟

خط ملی مشاوره و درمان مصرف مواد با شماره ۰۹۶۲۸۰ از ۸ صبح تا ۸ شب پاسخگوی سؤالات مرتبط با پیشگیری و درمان مصرف مواد اعتیادآور است. هم‌چنین می‌توان به سایت مبارزه با مواد مخدر dchq.ir و کانال یاریگران زندگی در رسانه‌های اجتماعی ایتا و بله مراجعه نمود.

بخش دوم

آشنایی با برخی مواد اعتیاد آور و اثرات آنها



۲۳. آیا مصرف مواد اعتیاد آور یک جرم است یا بیماری؟

بر اساس قوانین، در حال حاضر مصرف کننده ای که اقدام به خرید و فروش مواد کرده و تجاهر به مصرف مواد می کند **مُجرم** است. ولی چنانچه برای درمان مصرف مواد اعتیاد آور به مراکز درمانی مراجعه نماید در طول زمان درمان، بیمار تلقی و از امتیازات درمان بهره مند می شود. اما چنانچه بعد از درمان جسمی، تبعات رفتاری او همچنان به جا مانده و تجاهر به مصرف مواد در ملاء عام کند مجرم تلقی و در طرح های جمع آوری توسط فراجا یا دیگر عوامل انتظامی دستگیر و به کمپ اجباری ترک مواد (ماده ۱۶) هدایت می شود.



۲۴. انواع تست‌های تشخیص مصرف مواد کدام است؟

رایج‌ترین روش سنجش مصرف مواد اعتیادآور «کیت»‌های ادراری است. هر کیت مختص ماده‌ای خاص بوده و علاوه بر آن کیت‌های چندگانه که هم‌زمان چند ماده را با هم می‌سنجد، وجود دارد. علاوه بر کیت‌های ادراری؛ کیت بزاقی و آزمایش خون هم وجود دارد که به وسیله آنها هم می‌توان نسبت به تست شناسایی مصرف مواد اعتیادآور اقدام نمود.

۲۵. آیا مصرف داروهای آرام‌بخش اعتیادآور است؟

بله. داروهای آرام‌بخش، که به عنوان داروهای تضعیف و کندکننده سیستم عصبی مرکزی شناخته می‌شوند معمولاً برای افرادی تجویز می‌شوند که ممکن است با اضطراب، افسردگی یا مشکلات خواب، دست و پنجه نرم کنند. اگرچه تجویز این داروها برای چنین مواردی مفید است، اما آرام‌بخش‌ها به شدت اعتیادآور هستند. به دلیل احساس خوشایند و کاذبی که پس از مصرف این گونه داروها به دست می‌آید؛ فرد برای مدت محدودی، نگرانی‌ها و دلشوره‌های خود را از دست می‌دهد اما به مصرف آنها عادت می‌کند چرا که این داروها سریع عمل کرده و به سرعت، مغز و نحوه عملکرد مواد شیمیایی مغز را تغییر می‌دهند. دیده شده افراد حتی پس از یک هفته مصرف این گونه داروها، مجبور به استفاده پی در پی شده، وابستگی و پس از مدتی اجبار به مصرف همراه با افزایش میزان مصرف، برای شان اتفاق می‌افتد. قطع مصرف این داروها در افراد وابسته موجب بروز علائمی مانند بی‌خوابی، اضطراب شدید و اختلالات خلقی می‌شود.



۲۶. زولپیدم چیست و برای چه مواردی تجویز می‌شود؟

داروی آرام‌بخش و اعتیادآور زولپیدم با نام‌های تجاری زولپیریت، زولیناکس، زولیور و استیلنوکس در بازار دارویی ایران وجود دارد. این دارو هیچ وقت خط اول درمان بی‌خوابی نبوده و نیست و اگر بیمار با رعایت اصول بهداشتی خواب باز هم قادر به خوابیدن نبود، پزشک برای مدت محدود (حداکثر یک ماه) آن را تجویز می‌کند اما در صورت ادامه مصرف خودسرانه، بدن نسبت به اثرات دارو تحمل پیدا کرده و مقاوم می‌شود. لذا فرد مجبور می‌شود مقدار مصرف دارو را افزایش دهد. در حال حاضر افرادی هستند که برای درمان اعتیاد به زولپیدم بستری می‌شوند. این بیماران در صورت قطع ناگهانی دارو تشنج پیدا می‌کنند و باید در حین درمان از داروهای ضد تشنج استفاده کنند. یادمان باشد، زولپیدم به شدت اعتیادآور است و فقط با دستور پزشک قابل مصرف است.

۲۷. ترامادول چیست؟ و مصرف غیرمجاز آن چه عوارضی دارد؟

ترامادول یک داروی مُسکن با خواص مخدر است که در سالیان اخیر مصرف خودسرانه آن عوارض جبران‌ناپذیری برای مصرف‌کنندگان و خانواده آنان ایجاد نموده است. از آنجا که به علت فراوانی و ارزانی به سهولت در اختیار سربازان، کارگران و دانشجویان قرار گرفت بسیاری به آن وابسته شدند. در تحقیقات به عمل آمده در ایران مشخص شد حدود ۳۰ درصد معتادان، مصرف ترامادول را تجربه کرده‌اند، درمان وابستگی به آن بسیار دشوار بوده، گاهی بیماران برای سم‌زدایی، مجبور به بستری در بیمارستان می‌شوند. سالانه تعداد زیادی به علت عوارض تشنج (به دلیل مصرف غیرمجاز ترامادول) در بیمارستان بستری و برخی از آنان جان خود را از دست می‌دهند.



۲۸. ریتالین چیست و برای چه افرادی قابل استفاده است؟

ریتالین دارویی است که در اکثر موارد برای درمان بیش فعالی و کم توجهی توسط روانپزشک تجویز می شود. مصرف خودسرانه آن بسیار خطرناک است؛ بعضی از افراد مثل دانشجویان، کارگران و سربازان برای بیدار ماندن و افزایش تمرکز از آن استفاده نادرست می کنند. عوارض وابستگی به آن شامل از دست دادن تمرکز، نامنظم شدن ضربان قلب و تنفس، افسردگی حالت های سوءظن و هذیان، میل شدید به خودکشی، احساس حرکت و جنبش حشرات در زیر پوست و در برخی موارد مرگ است. به یاد داشته باشیم عوارض مصرف خودسرانه و غیرمجاز این دارو بسیار شبیه به ماده اعتیادآور «شیشه» است.

۲۹. آیا کشیدن قلیان اعتیادآور است؟ عوارض چیست؟

بعضی ها فکر می کنند قلیان خطر چندانی ندارد. هر بار مصرف قلیان حدود ۲۰ تا ۸۰ دقیقه طول کشیده و معادل ۵۰ تا ۱۰۰ نخ سیگار دود وارد بدن می کند. مصرف سیگار حدود ۷ دقیقه طول می کشد. برخلاف تصور رایج، عبور دود قلیان از آب باعث می شود دود آن مرطوب و سنگین شود، از آن گذشته داخل شیلنگ قلیان هم تاریک و مرطوب بوده و در انواع غیر یکبار مصرف، خطر عفونت های قارچی را که بیشتر در ریه ها رسوب می کند را افزایش می دهد. خطر انتقال سل و هیپاتیت از طریق شیلنگ قلیان ثابت شده است. دود قلیان مانند سیگار ۷۲ ماده سمی داشته و مواد سرطان زای حاصل از سوختن زغال هم به آن اضافه می شود. مطالعات نشان داده اند که خطر سرطان زایی قلیان از سیگار بسیار بیشتر است. فراموش نکنیم اگر می بینیم بعضی افراد، حتی ورزشکاران و تحصیل کرده ها از قلیان استفاده می کنند، مجوز مصرف، برای ما ایجاد نمی کند.



۳۰. آیا مصرف تفننی مشروبات الکلی اعتیادآور است؟

الکل یکی از دروازه‌های شروع اعتیاد و مصرف آن نیز بسیار اعتیادآور است. به علت سهولت مصرف و عدم اعتقاد به اعتیادآور بودن آن در میان نوجوانان و جوانان، مصرف مشروبات الکلی رواج پیدا کرده است. مصرف الکل به هر میزان، عوارض بسیار بدی بر جسم و روان مصرف‌کننده بر جای می‌گذارد. از عوارض آن می‌توان به مشکلات کبدی، قلبی، امکان بروز سرطان از جمله مری، دهان و روده و هم‌چنین مشکلات مغزی، افت تصمیم‌گیری، قضاوت و ضعیف شدن حافظه، اشاره کرد. در کشور ما به دلیل ممنوعیت فروش آن برخی از افراد به صورت دست‌ساز در منزل اقدام به ساخت مشروبات الکلی می‌نمایند که مصرف آن باعث عوارض جبران ناپذیر از جمله کوری و مرگ شده است.

۳۱. گل چیست و مهم‌ترین عوارض آن کدام است؟

گل ماده جدیدی نیست؛ همان شاهدانه است که مافیای مواد برای بازاریابی و سود بیشتر نام جدید، وسوسه‌کننده و جذاب گل را برای آن انتخاب کرده‌اند. سرمنشأ ماده گل همان شاهدانه است و صمغ آن به حشیش معروف است. شواهد بالینی نشان می‌دهد مهم‌ترین عوارض مصرف گل شامل عفونت‌ها و سرطان ریوی، کاهش عملکرد جنسی، اختلال در حافظه کوتاه مدت، اختلال در سیکل قاعدگی، اختلال روانی مانند افسردگی، توهم، روان‌پریشی، ایجاد وابستگی شدید و سریع می‌شود و مهم‌تر از همه باعث سندروم بی‌انگیزگی، ناامیدی، بی‌تفاوتی و بی‌مسئولیتی در امور جاری زندگی می‌گردد.



۳۲. حشیش از چه گیاهی به دست می‌آید و روش‌های مصرف آن چیست؟

حشیش (کانابیس) از سرشاخه یا صمغ گیاه شاهدانه که شبیه به گیاه گزنه است به دست می‌آید که ماده‌ای به رنگ سبز خاکستری و گاهی قهوه‌ای است. روش‌های مصرف آن در قالب‌های استنشاقی و خوراکی رایج است. جالب است بدانید درصد T.H.C (تترا هیدروکانابینول) موجود در حشیش ایرانی تا سقف ۲۱ درصد (۳ برابر انواع موجود جهان) و گاهی بیشتر است که به همین دلیل عوارض جبران‌ناپذیر جسمی، روانی و رفتاری بر جای می‌گذارد. گاهی در جمع دوستان، مصرف حشیش به قصد لذت، تعارف می‌شود که به دلیل عوارض وابستگی روانی شدید به آن حتی یکبار مصرف آن توصیه نمی‌شود.

۳۳. کمیکال چیست و چه عوارضی دارد؟

کمیکال همان ماری جوانای صنعتی است که سالانه صدها نوع آن در دنیا ساخته می‌شود این ترکیبات هیچ کدام روش استاندارد برای ساخت ندارد به همین دلیل عوارض آنها ناشناخته، غیر قابل پیش‌بینی و خطرناک است. گاهی این ماده را با نمک حمام، مریم‌گلی و ماده اعتیادآور خطرناک فلوکا ترکیب می‌کنند که اثرات مغزی آن را افزایش می‌دهد. روش مصرف آن در کشور ما به صورت دود کردن و سیگاری است. عوارض آن بی‌قراری، توهم بینایی و شنوایی و مشکلات تمرکز و گیجی، تشنج و بی‌خوابی و در مواردی اختلال و نارسایی کلیه، حمله قلبی، سکته مغزی، بالا رفتن ضربان قلب فرد دیده شده و بسیار اعتیادآور است.



۳۴. مصرف تریاک چه عوارضی دارد؟

اگرچه پایه تولید تریاک، گیاهی، مسکن قوی و از بین برنده درد است اما برخلاف باورهای غلط رایج در میان مردم، در درمان بیماری‌ها از جمله قند خون و فشار خون موثر نیست. تریاک در واقع با خاصیت تسکین‌بخشی، صورت مسئله را پاک می‌کند اما اثری در درمان ریشه‌ای بیماری‌ها نداشته و بلکه به طور موقت آثار منفی آن را مثل درد از بین می‌برد. باورهای غلط مبنی بر اثر تریاک در درمان فشار خون، قند خون و مشکلات جنسی را نباید پذیرفت. بر اساس شواهد، به دلیل ایجاد تحمل و وابستگی در افراد بعد از مدتی حتی خاصیت مسکن بودن آن نیز از بین می‌رود و مجبور به افزایش میزان مصرف و حتی تغییر ماده مصرف، و گرایش به مواد سنگین‌تر و خطرناک‌تر مثل هروئین می‌شوند. مصرف مداوم آن احتمال ابتلا به سرطان ریه مری، حنجره و مثانه را افزایش می‌دهد. یک باور قدیمی غلط دیگر نیز در ذهن مردم وجود دارد که تریاک در سنین بالا حکم دارو دارد در صورتی که با مخفی کردن علائم بیماری‌های خطرناک، شرایط را برای تشخیص به موقع بیماری توسط پزشکان دشوار نموده و به مرگ فرد بیمار منجر می‌شود. مصرف هم‌زمان تریاک و موادی مانند الکل و آرام‌بخش‌ها بسیار خطرناک بوده و می‌تواند منجر به مرگ شود.

۳۵. شیشه چیست و مهم‌ترین عوارض آن کدام است؟

شیشه و ترکیبات نزدیک به آن نظیر اکستازی (قرص اکس) یک ماده روانگردان محرک اعصاب است و آفتامین موجود در آن با تاثیر بر مغز باعث شادی و هیجان کاذب در فرد می‌شود. مت‌آفتامین موجب بی‌خوابی و بی‌اشتهایی شدید شده در ظاهر پودری کریستالی سفید رنگ و تلخ مزه دارد. شبیه خرده یخ و انواع ایرانی آن شبیه نمک است که با وسیله‌ای به نام پایپ



مصرف می‌شود. در اوایل مصرف باعث لذت شدید شده و به مرور زمان در اثر ایجاد تحمل در بدن، لذت اولیه از بین می‌رود و مصرف‌کننده شیشه در همان ابتدا، ذخایر ذاتی لذت را در بدن خود از دست می‌دهد و به مرور زمان، لذت و تمرکز او کاهش می‌یابد، فرد شدیداً بی‌انرژی و کسل شده و برخلاف باور غلط رایج، هیچ اثر مثبتی در لاغری، تمرکز، مشکلات زناشویی و افسردگی ندارد. جنون (سایکوز) ناشی از مصرف شیشه می‌تواند برای مدت‌ها حتی بدون مصرف، در بیمار باقی بماند و موجب رفتارهای خشونت‌آمیز و خطرناک برای فرد و اطرافیان گردد. مواد محرک با ایجاد عوارض حاد و مزمن قلبی، سلامتی مصرف‌کنندگان را تهدید می‌کند و گاه موجب مرگ ناگهانی می‌شود.

۳۶. هروئین چیست و در چه شکل‌هایی مصرف می‌شود؟

هروئین یکی از مشتقات نیمه مصنوعی مورفین و با خاصیت اعتیادآوری بسیار بالاست. پودر بسیار نرم و سفید رنگی دارد اما هروئینی که توسط فروشندگان این ماده عرضه می‌شود و در میان مصرف‌کنندگان مواد به «دوا» مشهور است؛ ناخالصی‌های بسیار زیادی مانند شیر خشک، پودری کربنات دارد که از مخلوط کردن با مواد مختلف بدست می‌آید. هروئین به خانواده داروهای شبه افیونی تعلق دارد. رایج‌ترین روش مصرف آن تزریق به داخل رگ یا داخل عضله، یا به شکل بالا کشیدن از راه بینی و مجاری بینی به صورت استنشاقی است. عوارض کوتاه مدت آن خشکی دهان، گرگرفتگی، خواب‌آلودگی، خارش شدید و عوارض بلند مدت آن بی‌خوابی عفونت ریه و دریچه قلب، یبوست، گرفتگی معده، بیماری کبد و کلیه، اختلال عملکرد جنسی در مردان و مشکلات قاعدگی در زنان است. بیش‌مصرفی (اوردوز) این ماده می‌تواند باعث ایست قلبی تنفسی و مرگ شود.



۳۷. کتامین چیست و چگونه مصرف می‌شود؟

کتامین یک داروی تجویزی است که باید زیر نظر متخصصان، تجویز شود. عوارض سوء مصرف آن شامل وابستگی جسمی و روانی شدید، ضعف در تمرکز و حافظه، گیجی، اضطراب، دردهای شکم و اختلالات شناختی است. اخیراً آمپول کتامین به بازار قاچاق وارد شده و توسط تعداد کمی از افراد به صورت تزریقی مصرف می‌شود. بر اساس اصول پزشکی این دارو باید زیر نظر متخصصان بیهوشی با کنترل کامل فشار خون و تنفس، تجویز شود.

۳۸. کوکائین چیست علائم و روش مصرف آن چگونه است؟

کوکائین معروف به «کوک» محرکی بسیار قوی و اعتیادآور است. از برگ گیاه کوکا به دست می‌آید. گیاه کوکا درختی در آمریکای جنوبی است که برگ‌هایش همچون درخت زیتون و به رنگ و اندازه آن است. پس از خشک شدن و فرآوری شبیه پودر ریز سفید و کریستال در می‌آید. بعضی از فروشندگان خیابانی برای افزایش سود خود آن را با موادی مثل نشاسته، ذرت، پودر تالک یا آرد مخلوط می‌کنند در برخی موارد این دارو با محرک‌های مصنوعی دیگر مثل نفتالین ترکیب می‌شود. شایع‌ترین طریق مصرف آن از طریق بینی و مالیدن روی لثه است گاهی به شکل تزریقی نیز مصرف می‌شود. شایع‌ترین عوارض مصرف آن ایجاد حساسیت به نور، صدا، تحریک‌پذیری، بی‌اعتمادی شدید و بی‌دلیل نسبت به دیگران (پارانویید) است. مصرف کوکائین می‌تواند باعث ریزش مو اختلال در عملکرد قلب و عروق بدن، سردرد، تشنج و آسیب به ریه شود.

بخش سوم درمان اعتیاد



۳۹. درمان اعتیاد چگونه ممکن است؟

برای درمان اعتیاد، لازم است مصرف مواد اعتیادآور قطع شود. باتوجه به وابستگی فرد به این مواد، قطع مصرف آنها موجب بروز علائم جسمی و روانی شدید در فرد می شود که بعنوان علائم محرومیت از مواد یا علائم ترک، نامیده می شوند. اگرچه پس از مدتی به تدریج و طی چند روز از میزان شدت این علائم کاسته می شود اما این دوره به حدی ناخوش آیند است که فرد وابسته به مصرف مواد برای اجتناب از آن، حاضر به تحمل هر هزینه ای هست و این ترس و اجتناب، اغلب مهم ترین مانع برای قطع مصرف مواد و آغاز درمان اعتیاد است. مصرف مواد یک بیماری جسمی، روانی اجتماعی است که دو ویژگی مزمن و عودکننده دارد؛ به گواه شواهد پزشکی و میدانی، احتمال درمان قطعی و همیشگی آن در بهترین شرایط (انگیزه فرد، همراهی خانواده و اجتماع)، ۱۰ درصد است. در مجموع باید گفت درمان قطعی مصرف



مواد اعتیادآور ممکن نبوده و در بهترین شرایط، متخصصین، موفق به درمان نسبی این گونه بیماران می شوند.

۴۰. راه‌های درمان اعتیاد کدام است ؟

برای گذار دوره محرومیت از مواد با حداقل عوارض و علایم ناخوشایند، در درمان تخصصی اعتیاد از متدهای مختلفی استفاده می شود که شامل درمان پرهیزمدار (سم‌زدایی) و درمان نگهدارنده می شود.

۴۱. سم‌زدایی چیست ؟

در روشی که به عنوان رویکرد پرهیزمدار یا اصطلاحاً سم‌زدایی شناخته می - شود با استفاده از داروهایی عوارض ترک مصرف مواد به صورت علامتی درمان می شود؛ یعنی متناسب با نیاز فرد برای علایمی نظیر شکم درد، اسهال، بی‌قراری، بی‌خوابی، عدم ثبات فشار خون و ... دارو تجویز می شود تا این دوره سپری گردد و اصطلاحاً فرد سم‌زدایی شود. طی این مدت و به‌ویژه پس از آنکه بیمار از نظر جسمی و روانی ثبات لازم را پیدا کرد درمان‌های روانشناختی برای پیشگیری از عود مصرف و درمان اختلالات روانی همراه با اعتیاد نیز ارائه می شوند و برای مدتی که درمانگران تشخیص می‌دهند ادامه می‌یابد تا وضعیت شناختی و رفتاری فرد اصلاح گردد و اختلالاتی که منجر به مصرف مواد شده‌اند نیز بهبود یابند.

لازم به ذکر است برخی افراد واجد شرایط یعنی کسانی که وابستگی شدید به مصرف مواد ندارند، واجد انگیزه قوی برای ترک مصرف مواد هستند و از حمایت اجتماعی و خانوادگی کافی برخوردارند به شرط اینکه بیماری مهم



جسمی یا مشکل روانی جدی نداشته باشند می‌توانند سم‌زدایی را بدون دارو اما با حمایت کامل گروه هم‌تا (یعنی معتادان بهبود یافته) بصورت سرپایی یا در مراکز اقامتی استاندارد انجام دهند. در هر صورت، درمان اصلی برای این افراد نیز مداخلات روانی اجتماعی پس از دوره سم‌زدایی است.

۴۲. منظور از روش درمان نگهدارنده چیست؟

این روش برای افرادی استفاده می‌شود که اعتیاد شدید به مواد افیونی دارند. یعنی به موادی با اثرات اعتیاد آوری بسیار قوی مثل هروئین یا شیره وابسته هستند و نیز برای برخی از کسانی که برای مدتی طولانی درگیر مصرف مستمر تریاک بوده‌اند. روش درمانی اول یعنی درمان پرهیزمدار برای اکثر این افراد (و البته نه لزوماً همه آنها) موفقیت‌آمیز نیست یعنی یا امکان طی دوره سم‌زدایی را ندارند و یا به فاصله کوتاهی پس از قطع مصرف به دلیل تاثیرات عمیقی که مصرف مواد بر ساختار عصبی آنها گذاشته است مجبور به از سر گرفتن مصرف مواد می‌شوند. امکان عود مصرف پس از سم‌زدایی برای کسانی که در محیط پر آسیب‌زندگی می‌کنند هم بیشتر است؛ یعنی افرادی که محرک‌های مصرف مواد (مثل دسترسی آسان به مواد، هم‌نشینی با دیگر مصرف‌کنندگان مواد) و عوامل استرس‌زا در محل کار و زندگی خانوادگی و اجتماعی آنها زیاد باشد. این افراد را نیز باید از مصرف مواد مخدر و غیر مخدر جدا کرد تا ثبات جسمی، روانی و اجتماعی لازم را برای درمان بلند مدت روانی و حمایتی پیدا کنند. به این منظور از داروهایی استفاده می‌شود که اگرچه از نظر داروشناسی خواص مخدر دارند اما در صورت مصرف مطابق با دستور پزشک، مانند مواد غیر قانونی منجر به نشئگی نمی‌شوند، لازم به افزایش مستمر دوز آنها نیست و درعین حال علایم محرومیت از مواد را کنترل می‌-



کنند. این داروها ضمناً فرد را از انجام یک رفتار غیر بهداشتی و مجرمانه یعنی خرید و مصرف مواد غیر قانونی و تبعات و حاشیه‌های آن دور نگه می‌دارند. ضمن اینکه چون در شرایط بهداشتی و استاندارد تهیه می‌شوند فرد را از عوارض مصرف مواد مخدر ناخالص و پر آسیب (مثل مسمومیت با سربی که در تریاک وجود دارد) محافظت می‌کنند. البته این شروع کار است و برای دستیابی به شرط لازم برای درمان اعتیاد یعنی ثبات جسمی فرد، کافی نیست. اصل درمان اعتیاد درمان روانی - اجتماعی است که با هدف بهبود رفتارهای فرد و بازتوانی مشکلات جسمی، روانی و به‌ویژه اجتماعی او از آسیب‌های ناشی از مصرف مواد و تبعات اعتیاد صورت می‌گیرد.

۴۳. منظور از مراکز درمانی اقامتی چیست؟

افرادی که دچار پیشرفت در بیماری مصرف مواد اعتیادآور شده و امکان درمان سرپایی برای آنها میسر نیست به مراکز درمانی اقامتی معرفی می‌شوند که دارای مدل‌های مختلفی است و به مراکز درمانی اقامتی اصطلاحاً «کمپ» می‌گویند. در این مراکز با استفاده از حمایت معتادان بهبودیافته و معمولاً بدون دارو، بیماران، سم‌زدایی می‌شوند. این روش درمانی برای افرادی مناسب است که از نظر جسمی و روانی، آمادگی لازم را برای این روش درمان داشته و از حمایت خانوادگی و اجتماعی کافی پس از ترخیص، برخوردار باشند.



۴۴. منظور از مراکز تی سی (TC: Therapeutic Community) در درمان مصرف مواد اعتیادآور چیست؟

یکی از مراکز اقامتی است که به مرکز ترک اعتیاد اجتماع درمان مدار معروف است و بیمار، حداقل ۳ و حداکثر ۶ ماه در آن برای ترک مصرف مواد، اقامت می کند و براساس پروتکل های مبتنی برالگوی پرهیز مدار با مداخلات طبی و روانشناختی توسط متخصصین در آن اقدام می شود. اجتماع درمان مدار به برنامه ای گفته می شود که مراجعان به صورت اقامتی و طولانی مدت، فرآیند بهبود را پشت سر می گذارند و تفاوت آن با مراکز اقامت میان مدت یا کمپ، در طول مدت دوره و آموزش های ارائه شده در آن است. در این مراکز، برنامه پذیرش و ترک اعتیاد مواد محرک و مخدر مثل شیشه، گل، تریاک و قرص هایی مانند ترک B2 و متادون، ارائه خدمات روانپزشکی، جامعه شناسی و مددکاری اجتماعی با هدف ارتقاء مهارت های اجتماعی در جهت امر درمان، به مصرف کنندگان با سابقه زیاد، صورت می گیرد. هدف کلی از این مدل درمانی، تغییر سبک زندگی فرد مصرف کننده است.

۴۵. داروهای درمان اعتیاد کدامند؟

سه داروی اصلی برای درمان نگهدارنده اختلال مصرف مواد افیونی یا همان اعتیاد شدید به مخدرها وجود دارد. متادون، بوپرنورفین و ایپوم تینکچر یا شربت تریاک که البته تجویز شربت تریاک بیشتر در کشور ما رایج است چون الگوی مصرف مواد در ایران بیشتر معطوف به تریاک است. مانند همه داروها، هرکدام از این داروهای درمان نگهدارنده اعتیاد منافع و عوارضی دارند. این شرایط هر بیمار است که تعیین می کند کدام دارو و با رعایت چه ملاحظات از قبیل دوز، شکل دارویی و ... برای آن بیمار مناسب تر است. برای تعیین روش و



رژیم درمانی معیارهایی وجود دارد که در منابع علمی و پروتکل‌ها و راهنماهای درمانی معین شده‌اند و پزشک درمانگر پس از ارزیابی هر یک از بیماران براساس این معیارها تصمیم می‌گیرد، فرد از چه رویکرد درمانی (پرهیزمدار یا نگهدارنده) کدام دارو و کدام رژیم درمانی و برای چه مدت بیشتر منفعت می‌برد. باید توجه داشت که نه فقط فاکتورهایی مانند نوع اعتیاد و بیماری‌ها و مشکلات همراه آن بلکه عواملی مانند وضعیت اقتصادی و معیشتی، سطح سواد، سن، شغل، میزان برخورداری از حمایت خانوادگی و اجتماعی، سابقه درمان‌های قبلی، دسترسی به درمانگر و بسیاری موضوعات دیگر در این امر تاثیرگذارند. بنابراین تیم درمانگر با یک مسئله معمولی روبرو نیست بلکه معادله‌ای چند مجهولی پیش روی تیم درمانی است و آنها باید با اولویت‌بندی نیازهای فرد، بهترین تصمیم درمانی را البته با مشارکت بیمار اتخاذ کنند. توجه داشته باشیم که مهمترین شاخص برای انتخاب داروی درمان اعتیاد، موفقیت آمیز بودن درمان با آن دارو برای کنترل بهینه اعتیاد و عوارض دارویی احتمالی آن است.

۴۶. بهترین روش درمان اعتیاد، کدام است؟

در حال حاضر، روش درمانی طلایی در اعتیاد وجود ندارد و تیم‌های درمانی با مجموعه‌ای متنوع از رویکردها، تجهیزات و رژیمهای درمانی روبه‌رو هستند که برای هر بیمار حسب شرایط یکی از این شیوه‌ها مناسب یا مناسب‌تر است. هدف درمانگران، پوشش حداکثری انواع روش‌های درمان اعتیاد برای همه نیازمندان است به نحوی که درمان با کیفیت، در دسترس و متناسب با شرایط بیمار که امکان پرداخت هزینه‌ها را داشته باشد، تأمین گردد.



۴۷. مشتقات کپسول‌های دست ساز ترک مصرف مواد چیست؟

طی شواهدی که در تحقیقات میدانی به دست آمده اغلب کپسول‌های موجود در عطاری‌ها که در آزمایشگاه‌های تجزیه مواد پلیس مبارزه با مواد مخدر کشور مورد بررسی قرار گرفته دارای ترکیباتی از مواد مخدر و داروهای اعتیادآور و مُسکن هستند. به طور مثال در بررسی وضعیت فردی که با خوردن داروی تقویت جنسی و سپس قطع آن در اثر علائم بیقراری به مرکز درمانی مراجعه نموده بود پس از انجام آزمایش مصرف مواد مشخص شد؛ حداقل به ۴ ماده مصرف اعتیادآور شامل مورفین، محرک، ترامادول و بنزودیازپین و اصطلاحاً داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای معتاد شده است. به این کپسول‌ها دوعی یا فلفلی هم می‌گویند. یادمان باشد تبلیغات یک کپسول در رسانه‌های (ماهواره‌ای) مختلف، مجوزی برای استفاده از آن برای ما نخواهد بود و در این مواقع حتماً زیرنظر متخصص ترک مصرف مواد باید اقدام کرد تا فرد موردنظر صدمات بیشتری را تجربه نکند. در حال حاضر برخی از عطاریها مقادیر زیادی از داروهای مخدر و آرامبخش را با فلفل قرمز و پودر کاری ترکیب می‌کنند و در قالب کپسول دست‌ساز ترک مصرف مواد اعتیادآور یا کپسول دتای هندی به بیماران نیازمند، ارائه می‌کنند این کپسول‌ها و قرص‌های دراگون؛ حاوی پودر قرص‌های ترامادول، کلونازپام، دیازپام و فنوباریتال، حشیش، شیشه و سوخته تریاک هستند. ترامادول بیشترین درصد داروی موجود در این کپسول‌هاست برخی از این داروها در ترکیب با هم تداخل نیز دارند. عطاری‌ها مراکز فروش داروهای گیاهی بوده و حق ندارند داروهای شیمیایی از جمله متادون را بفروشند. این داروها باید از طریق داروخانه‌ها و مراکز درمان مصرف مواد اعتیادآور تهیه شوند.

سخن آخر



زیرساخت‌های اصلی مشکلات روانی، اختلالات روانشناختی، ترس‌ها، نگرانی‌ها و نشانه‌هایی این‌چنین، نه تجربه‌های گذشته یا سرکوب‌ها و خاطرات واپس‌رانده‌شده به حوزه ناخودآگاه فرد، بلکه مربوط به «مسئولیت‌گریزی» و «نادیده‌انگاری واقعیت» است. راه درمان بسیاری از استرس‌ها، اختلالات روان‌آزردگی و روان‌پریشی و مشکلات زندگی در دنیای مدرن، ترکیب متعادل شفقت، مهربانی و آموزش انضباط و مهارت‌آموزی افراد به مسئولیت‌پذیری بیشتر به منظور ارضای نیازهای خود و رویارویی با واقعیت‌های زندگی، به جای فرار از آنها یا انکار واقعیت با دلیل تراشی، توجیه و قربانی و ناتوان پنداشتن خود و دست آخر پناه بردن به مصرف مواد است (گِلسِر؛ ۲۰۱۲). غذاخوردن، دعوا کردن، دیر سر قرار رفتن، نگران و مضطرب شدن، غمگین و افسرده شدن، هذیان گفتن و حتی شکست در عشق و زندگی، یک «رفتار» است و همه رفتارها از درون آدمی برانگیخته شده و معطوف به هدف هستند. هدف هر رفتار، ارضای یکی از پنج نیاز اساسی ما یعنی عشق و احساس تعلق،



قدرت، تفریح، آزادی، بقا و زنده ماندن است. هنگامی که افراد در ارضای نیازهای خود ناکام می‌شوند، دست به رفتار می‌زنند یعنی رفتار و عمل خاصی را انتخاب می‌کنند تا شاید بدان وسیله، نیازشان را برآورده کنند. این رفتار، هدفمند است و هدفش ارضای نیاز موردنظر است. از طرفی ناکامی در برآوردن نیازهای اساسی، یک تجربه عمومی و همگانی است چراکه واقعیت همیشه با ما هماهنگ و هم‌نوا نیست. اینجاست که برخی از ما که در برآوردن نیازهایمان ناکام می‌شویم به جای پذیرفتن مسئولیت و جستجوی راه‌های موثر دیگر برای ارضای نیازهای خود و انجام عمل مسئولانه برای تأمین آنها، مسئولیت‌گريزانه رفتار کرده و دیگران (همسر، فرزند، والدین، همکاران، رفقا، رقبیان، فرمانده، بالادست و...) را مسئول ناکامی خود می‌دانیم یا توقع داریم واقعیت به نفع ما کنار برود و چون چنین چیزی امکان‌پذیر نیست، واقعیت را انکار کرده و گاهی برای فراموشی یا انکار حقیقت؛ به سمت مصرف مواد اعتیادآور می‌رویم... در این کتاب آموختیم که باید مرد روزهای سخت بوده و خود را به گرداب افول و سقوط مصرف مواد نیندازیم که اگر این گونه شود خوشبختی خود، خانواده و عزیزان مان را از بین برده و جیب سوداگران مرگ را به بهای جان عزیزمان، پُر می‌کنیم. چه خوش گفت حافظ شیرین- سخن:

تنت به ناز طبیبان نیازمند مباد وجود نازکت آزرده گزند مباد
سلامت همه آفاق در سلامت توست به هیچ عارضه، شخص تو دردمند مباد
هر آنکه روی چو ماهت به چشم بد بیند بر آتش توبه جز جان او سپند مباد



فهرست منابع

بیگی، علی و طالع‌پسند، سیاوش (۱۳۹۴). ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی و رویدادهای منفی استرس‌زا در تبیین راهبردهای مقابله‌ای منفی در افراد وابسته به موادمخدر: نقش میانجی‌گر مؤلفه‌های عواطف منفی. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۹ (۳۵)، ۲۴-۹.

خیرخواه، شهناز (۱۴۰۰)، مقدمه‌ای بر پیشگیری از اعتیاد، تهران: فدک. کیان ارثی، سارا؛ عباسپور، ذبیح‌الله و اصلانی، خالد (۱۴۰۱). اثربخشی خانواده درمانی رفتاری بر وسوسه مصرف مواد در نوجوانان ترک‌کننده سوء مصرف مواد. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۶ (۶۴)، ۸۰-۶۱.

گراوند، هوشنگ (۱۴۰۲). نقش واسطه اعتیاد به شبکه‌های اجتماعی مبتنی بر موبایل در رابطه بین هیجان‌خواهی و همنوایی با گرایش به رفتارهای پرخطر. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۷ (۶۷)، ۵۴-۲۵. قاسم‌زاده، داود؛ (۱۴۰۲). مطالعه کیفی علل و زمینه‌های اختلال مصرف مواد در بین دانش‌آموزان شهر تبریز. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۷ (۶۷)، ۱۲۶-۱۰۱.

قره‌داغی، شکرالله. یحیی‌زاده پیرسرایی، حسین. ذکائی، محمدسعید و آقابخشی، حبیب (۱۴۰۱). فهم و شناخت مسائل و نیازهای نوجوانان وابسته به مواد محرک. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی، ۱۶ (۶۶)، ۲۲۲-۱۹۳.

گل‌سیر، ویلیام (۲۰۱۲)؛ تئوری انتخاب، درآمدی بر روان‌شناسی امید؛ ترجمه علی صاحبی؛ تهران، سایه سخن، چاپ بیست و پنجم



(۱۳۹۸).

طاهری نخست، حمیدرضا؛ صرامی، حمیدرضا (۱۳۹۱)؛ پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر محیط کار؛ تهران: سازمان خدمات دانشجویی مرکز مشاوره دانشگاه تهران.

میرزائی مقدم، داود؛ شیر، طهمورث؛ محسنی، رضاعلی (۱۴۰۲). بررسی تجارب زیسته جوانان مصرف کننده مواد فرحزاد تهران (۱۴۰۲) - ۱۴۰۱؛ یک مطالعه پدیدارشناختی. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۷ (۶۹).

میرزائی مقدم، داود؛ شیر، طهمورث؛ محسنی، رضاعلی (۱۴۰۳). معناکاوی سبک زندگی جوانان مصرف کننده مواد اعتیادآور در فرحزاد تهران: مطالعه کیفی با رویکرد نظریه زمینه‌ای. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۸ (۷۱).

نعمتی، شهرزاد؛ بدری گرگری، رحیم؛ ادیب، یوسف و کاشفی، شهرام (۱۴۰۲). تجربیات زیسته دانش آموزان دارای پدر وابسته به مواد: یک مطالعه پدیدارشناختی. فصلنامه اعتیادپژوهی، ۱۷ (۶۸)، ۴۶-۲۹.

نارنجی‌ها، هومان (۱۳۹۸)؛ ۵۰ سؤال شایع در خصوص پیشگیری و درمان اعتیاد در جامعه کار و تولید؛ تهران: آلباتروس.

نارنجی‌ها، هومان (۱۳۹۴)؛ ۴۴ باور غلط جوانان درباره اعتیاد؛ تهران: طب و جامعه.

نوری، رؤیا (۱۳۹۶)؛ پیشگیری از اعتیاد ویژه سربازان، تهران: سازمان بهزیستی کشور.

سازمان بهزیستی کشور (۱۴۰۲)؛ www.Behzisti.ir مجموعه موشن گرافی‌های کاربین.



- Anderson, N. (2016), "Most effective intervention for adolescent substance use disorder". In BSU Honors Program Theses and Projects, Bridgewater State University.
- Bruland Selseng, Lillian, Follevåg, Brit-Marie, & Aaslund, Håvard (2021). How People with Lived Experiences of Substance Use Understand and Experience User Involvement in Substance Use Care: A Synthesis of Qualitative Studies. *Environmental research and public health*. 46-61
- Colistra, A.L., Crite jr, C.E., Campbell, J.E., & Brickner, A. (2014). Best Practices: Substance use disorder treatment for adolescents. *Alexandria, Virginia: American Counselling Association*
- Eze, J. E., Chkworji, J. C., Idoko, S., & Ifeagwazi, C. M. (2020). Dose peer pressure and sensation seeking differentially influence substance use for male versus female trauma-exposed youth?. *Journal of substance use*, 25(5), 538-544.
- Kohlmeier, G.M. (2019). Study of Impact of Adolescent Perceived Parenting Traits on the Development of Borderline, Narcissistic, and Histrionic Personality Disorders Based on Millons Bio psychosocial Theory (*Doctoral dissertation, Adler University*).
- Wahab, S., Baharom, M.A., Rahman, F.N.A., Wahab, K.A., Zulkifly, M.A., Azmi, A.D., & Ahmed, N. (2021). The relationship of Lifetime substance use disorder with family functioning, childhood victimization, and depression among juvenile in Malaysia. *Addictive behaviors reports*, 14, 1-10
- Ramlagan, S., Peltzer, K., & Pengpid, S. (2021). Prevalence and correlates of non-daily and daily cannabis use among persons 15 years and older in South Africa: results of a national survey in 2017. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 16, 1-10
- Reynolds, B.W., Basso, M.R., Miller, A.K., Whiteside, D.M., & Combs, D. (2019). Executive function, impulsivity, and risky behaviors in young adults. *Neuropsychology*. 33(2), 212-221.
- Nordek, C.D., Riehm, K. E., Smail, E.J., Holingue, C., Kane, J.C., Johnson, R. m., & Thrul, J. (2022). Changes in drinking days among United States adults during the covid-19 pandemic. *Addiction*, 117(2), 331-340.
- Ondigo, Q., Birech, J., & Gakuru, O. N. (2019). Drugs and Substance Abuse among the Secondary School Students in Korogocho: Implications for Behavior and Performance. *IRA international journal of education and multidisciplinary studies*, 14(3), 67-79.
- Rogers, A. H., Shepherd, J. M., Garey, L., & Zvolensky, M. J. (2020). Psychological factors associated with substance use initiation during the covid-19 pandemic. *Psychiatry research*, 293, 113-127.
- Waithima, C. (2017). Substance use assessment among school going adolescents in Kenya. *African journal of clinical psychology*, 1, 23-35.
- Smith, M. (2013). Care of adolescents who have mental health and substance misuse problems. *Mental health practice*, 16(5), 32-36.