

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

اعتیاد و مواد مخدر به

روایت آمار و ارقام

## آمار کشفیات

جانشین فرمانده نیروی انتظامی گفت این نیرو هرماه پانزده تن مواد مخدر را کشف و ضبط می کند. وی افزود کشفیات مواد مخدر در سال گذشته فقط شصت و پنج تن بوده، در حالی که در شش ماه اول امسال میزان کشفیات به سی و پنج تن رسیده است. (سیاست روز ۸۲/۸/۶)

مأموران مبارزه با مواد مخدر رامسر توانستند بزرگترین باند تهیه و توزیع مواد مخدر را در غرب مازندران متلاشی کنند. این کشف بزرگ در دهه گذشته بی سابقه بوده است. (کیهان - ۸۲/۸/۶)

فرمانده قرارگاه مرصاد گفت طی عملیات شعبان - ۲ در استان های کرمان و سیستان و بلوچستان، هفت شرور کشته، ۳۰ قاچاقچی دستگیر و ۲۱۱ کیلوگرم انواع مواد مخدر کشف شد. (اطلاعات - ۸۲/۸/۶)

پلیس آگاهی تهران موفق شد یک شبکه زیرزمینی تهیه و توزیع قرص های روانگردان اکستاری را شناسایی و منهدم کند. (اطلاعات-ایران-جام جم - ۸۲/۸/۷)

مدیرکل اداره مبارزه با مواد مخدر تهران بزرگ گفت در مهرماه جاری ۹۵ قاچاقچی مواد مخدر دستگیر شدند و در طی این مدت پانزده باند توزیع و قاچاق مواد مخدر متلاشی و ۳۵۲ کیلوگرم تریاک، ۷۰ کیلوگرم حشیش و ۲۷ کیلوگرم هروئین کشف شد. وی افزود هر هفته طرح ویژه پاکسازی نقاط فرسوده در تهران بزرگ به اجرا درمی آید. طی اجرای

این طرح تا کنون هر بار هفتصد نفر دستگیر و تحویل مقامات قضایی شده‌اند. (آفرینش -

۸۲/۸/۷)

به گزارش روابط عمومی قرارگاه ابوذر نیروهای این قرارگاه موفق شدند ۱۲۰ کیلوگرم

تریاک را کشف و ضبط نمایند. (جمهوری اسلامی - ۸۰/۸/۷)

یک باند که با اغفال دختران فراری از آنها در توزیع مواد مخدر استفاده می‌کرد متلاشی

شد. این باند همچنین به قاچاق قرص‌های توهم‌زا از خارج به داخل کشور می‌پرداخت.

(شرق - مردم‌سالاری - حمایت - ۸۲/۸/۸)

از معده پنج قاچاقچی دو کیلوگرم هروئین کشف شد. فرمانده انتظامی نیشابور با اعلام

این خبر افزود از ابتدای امسال تا کنون بیش از ۷۰ کیلوگرم انواع مواد مخدر از معده ۶۰

قاچاقچی کشف شده‌است. (ابرار - همبستگی - کیهان - جمهوری اسلامی - ۸۲/۸/۸)

به گفته مسئول اطلاع‌رسانی فرماندهی انتظامی گیلان در مهرماه سال جاری در این

استان ۶۶/۳۸۱ کیلوگرم مواد مخدر کشف و ۹۳۰ قاچاقچی دستگیر شدند. میزان

کشییات مواد مخدر در سال جاری تا کنون در این استان ۴۸۲ کیلوگرم گزارش

شده‌است. (ابرار - همبستگی - ۸۲/۸/۸)

به گزارش مرکز اطلاع‌رسانی فرماندهی انتظامی یزد، مأموران انتظامی این ناحیه موفق به

کشف ۴۷ کیلوگرم مرفین و ۱۲۵ کیلوگرم تریاک شده و دره نفر را دستگیر کردند. در

شش‌ماه نخست امسال در شهرستان مهریز یزد ۱۶۵ کیلوگرم انواع مواد مخدر کشف

شده‌است. (مردم‌سالاری - ۸۲/۸/۸)

از ابتدای سال جاری تا کنون در شهرستان دزفول ۵۶۲ نفر در ارتباط با مواد مخدر دستگیر و ۵ کیلوگرم مواد مخدر از آنها کشف شده است. (ایران - ۸۲/۸/۸)

به گزارش مرکز اطلاع رسانی نیروی انتظامی آذربایجان غربی مأمورین این نیرو در مهرآباد توانستند ۲ کیلوگرم مرفین را کشف کرده و سه نفر را در این رابطه دستگیر نمایند. (آفرینش - ۸۲/۸/۸)

به گزارش مرکز مبارزه با مواد مخدر نیروی انتظامی، طی عملیات‌های مختلف در مناطق گوناگون کشور بیش از ۵ تن انواع مواد مخدر کشف و ضبط شد و ۵۳ قاچاقچی دستگیر شدند. (اطلاعات - ۸۲/۸/۸)

مأموران انتظامی ناحیه دلیجان ۲۴ کیلوگرم تریاک را که در قوطی‌های آناناس جاسازی شده بود کشف کردند. (کیهان - ۸۲/۸/۸)

روابط عمومی عقیدتی سیاسی قرارگاه ابوذر اعلام کرد طی یک عملیات گسترده ۴۰۰ کیلوگرم تریاک توسط مأموران این قرارگاه کشف شد. (جمهوری اسلامی - ۸۲/۸/۸)

طی عملیات‌های گسترده نیروی انتظامی در شرق کشور بیش از ۵ تن مواد مخدر کشف شد و ۷ شرور در منطقه کشته شدند. (قدس - ۸۲/۸/۸)

مأموران مبارزه با مواد مخدر ناحیه انتظامی فارس موفق به کشف ۴۷/۱۵۵ کیلوگرم تریاک از یک زوج جوان در شیراز شدند. (ایران - ابرار - جمهوری اسلامی - ۸۲/۸/۱۰)

معاون مبارزه با مواد مخدر فرماندهی انتظامی گیلان اعلام کرد در مهرماه امسال ۶۶/۵ کیلوگرم انواع مواد مخدر کشف شد و ۹۳۰ نفر که ۸۰۰ نفر آنها معتاد و بقیه توزیع کننده و قاچاقچی هستند دستگیر شدند. (فرهنگ آشتی - ۸۲/۸/۱۰)

مدیرکل مبارزه با مواد مخدر تهران گفت در شش ماه اول سال جاری ۲۵/۶۰۹ هزار نفر از مجرمین مواد مخدر دستگیر شده و ۱۴۶ باند مواد مخدر کشف و متلاشی شدند. از حدود ۹ هزار خرده فروش مواد مخدر، ۴۰ درصد محکوم به زندان و بقیه با پرداخت جریمه نقدی آزاد شده اند. (شرق - ۸۲/۸/۱۰)

مأموران هنگ مرکزی گزیک ۶۴ کیلوگرم تریاک را کشف کردند و شش نفر را در این رابطه دستگیر نمودند. (ابرار - جمهوری اسلامی - ۸۲/۸/۱۰)

۱۲ قاچاقچی در محور بردسکن به سبزواری دستگیر شدند و از آنها ۱۴۵ کیلوگرم تریاک کشف شد. (قدس - ۸۲/۸/۱۰)

به گزارش واحد مرکزی خبر مأموران پاسگاه انتظامی در دوراهی میناب به بندرعباس موفق شدند ۵۱۰ کیلوگرم تریاک و حشیش را کشف کنند. (اعتماد - ۸۲/۸/۱۱)

فرمانده انتظامی شهرستان ورامین از کشف ۱۴۲ کیلوگرم انواع مواد مخدر در این شهرستان طی شش ماه نخست امسال خبر داد. وی افزود در این رابطه ۲۱۲ توزیع کننده و ۲۴۴۶ معتاد نیز دستگیر شدند. (همبستگی - توسعه - جمهوری اسلامی - ۸۲/۸/۱۱)

فرمانده انتظامی استان اصفهان گفت از ابتدای سال جاری تا کنون ۲۸۰۰ کیلوگرم انواع مواد مخدر در این استان کشف و ضبط شده است و در این رابطه ۲۲۵ قاچاقچی، ۲۸۲

حمل کننده، ۷۳۹ توزیع کننده، ۴۴۴۰ نگهدارنده و ۱۵۳۳۳ معتاد دستگیر و ۹۹ قاچاق مواد  
مخدر متلاشی شدند. وی افزود در سال جاری از سگ های موادیاب برای کشف مواد  
جاسازی شده استفاده شده است. (جمهوری اسلامی - ۸۲/۸/۱۲)

به گزارش روابط عمومی ستاد مبارزه با مواد مخدر در شش ماه اول سال جاری ۸۹۲۶۷  
کیلوگرم مواد مخدر توسط نیروی انتظامی کشف شد که نسبت به مدت مشابه سال  
گذشته ۲۴ درصد رشد داشته است. (توسعه - ۸۲/۸/۱۲)

روابط عمومی نیروی انتظامی اعلام کرد مأموران انتظامی شهرستان سیرجان موفق به  
کشف ۱۱۲/۸۵۰ کیلوگرم تریاک شدند. در شهرستان میناب نیز ۲۷۰ کیلوگرم حشیش و  
۲۴۰ کیلوگرم تریاک کشف شد. (حمایت - ۸۲/۸/۱۲)

معاونت اجتماعی و ارشاد نیروی انتظامی استان گلستان گفت در چند روز اخیر در  
بندرگز ۱۶/۵ کیلوگرم تریاک از قاچاقچیان کشف شده است. (همبستگی -  
جمهوری اسلامی - ۸۲/۸/۱۲)

رئیس مرکز اطلاع رسانی فرماندهی انتظامی استان فارس گفت در دو روز اخیر مأموران  
انتظامی موفق به کشف ۱۲/۸۷۸ کیلوگرم تریاک شدند. (جمهوری اسلامی - ۸۲/۸/۱۰)  
به گزارش اطلاع رسانی معاونت اجتماعی و ارشاد نیروی انتظامی سیستان و بلوچستان  
در دو هفته گذشته مأموران انتظامی این استان ۱۱۰ کیلوگرم انواع مواد مخدر را کشف و  
۳۷ نفر را در این رابطه دستگیر کردند. (جمهوری اسلامی - ۱۱ و ۸۲/۸/۱۲)

مرکز مبارزه با مواد مخدر نیروی انتظامی اعلام کرد نیروهای عملیاتی ناجا در شرق کشور ۲۶۰۰ کیلوگرم انواع مواد مخدر را کشف و ضبط کردند. در استان‌های سیستان و بلوچستان، اردبیل، یزد، کرمان و هرمزگان نیز ۱۳۵ کیلوگرم مواد مخدر کشف شد. در رابطه با این کشفیات ۷۹ نفر دستگیر شده‌اند. (سیاست‌روز - مردم‌سالاری - آفتاب - فرهنگ‌آشتی - جمهوری اسلامی - اطلاعات - ۸۲/۸/۱۳)

رئیس عقیدتی سیاسی نیروی انتظامی رودان گفت از ابتدای سال جاری تاکنون بیش از ۶۲۱ کیلوگرم انواع مواد مخدر در این منطقه کشف شده‌است. (ایران - ۸۲/۸/۱۳)

۲۱ کیلوگرم تریاک از یک قاچاقچی زن در کرج کشف شد. (همبستگی - ۸۲/۸/۱۳)

از یک اتوبوس در حال تردد در محور نهبندان-بیرجند، ۹۳ کیلوگرم تریاک کشف شد و سه متهم در این رابطه دستگیر شدند. (قدس - ۸۲/۸/۱۳)

جانشین فرماندهی انتظامی سیستان و بلوچستان گفت طی دو عملیات ۱۱۱۲ کیلوگرم تریاک، هروئین، حشیش و مرفین کشف شد و ۸ قاچاقچی دستگیر شدند. وی افزود از ابتدای سال جاری تا کنون ۱۸۶۱۸ کیلوگرم انواع مواد مخدر از قاچاقچیان کشف شده و ۲۵۸۹ قاچاقچی دستگیر شده‌اند. وی میزان کشفیات مواد مخدر در سیستان و بلوچستان

را در هفت ماه اول امسال ۸۶۷۳ کیلوگرم اعلام کرد. (کیهان - ۸۲/۸/۱۳)

نیروهای قرارگاه مرصاد موفق شدند در مهرماه جاری بیش از ۴۲۰۰ کیلوگرم انواع مواد مخدر را کشف و ۴۵ نفر از اشراک منطقه را دستگیر نمایند. (جمهوری اسلامی - ۸۲/۸/۱۴)

فرمانده انتظامی شهرستان میناب گفت روز گذشته ۳۱۰ کیلوگرم مواد مخدر توسط  
مأمورین در این شهرستان کشف شد. (ابرار- همبستگی - ۸۲/۸/۱۵)

یک گشت آگاهی تهران موفق شد از یک خودرو حدود ۱۷ کیلوگرم تریاک کشف کرده  
و سرنشینان آن را دستگیر نماید. (اعتماد- شرق- همبستگی - قدس - ۸۲/۸/۱۵)  
سه قاچاقچی مواد مخدر در کرج دستگیر شده و از آنها ۶۰/۲۰ کیلوگرم تریاک کشف  
شد. (آفرینش - ۸۲/۸/۱۴)

معاون مبارزه با مواد مخدر فرماندهی انتظامی گیلان گفت با دستگیری چهار قاچاقچی و  
توزیع کننده مواد مخدر در رشت و لاهیجان، به ۸ کیلو تریاک، هروئین و حشیش از آنان  
کشف شد. (نسیم صبا - ۸۲/۸/۱۴)

آمار معتادان

به گفته معاون امور پیشگیری بهزیستی آمارهای موجود در رابطه با معتادان در کشور  
تخمینی است و آمارهای مختلفی از ۲ تا ۶ میلیون نفر ارائه شده که در تناقص با هم  
هستند. عدم شناسایی معتادین و پنهان کردن اعتیاد توسط معتادین از جمله دلایل عدم  
امکان تهیه آمار دقیق از معتادین کشورند. وی افزود آمار معتادان تزریقی در کشور از ۶  
درصد به ۹ درصد افزایش یافته و در عوض معتادین به روش تدخین کاسته شده است.  
مدیر کل اجتماعی وزارت کشور هم گفت از آنجا که فحشا و اعتیاد در ایران جرم  
محسوب می شوند به دست آوردن آمار دقیقی از معتادین و زنان ویژه در کشور امکان پذیر  
نیست. (فرهنگ آشتی - همبستگی - ابرار - ۸۲/۸/۱۰)



براساس نتایج یک پژوهش، اعتیاد در سنین پایین در ایران رو به افزایش است. مهمترین عامل اعتیاد در ایران از دیدگاه این پژوهش، اعتقادات و فرهنگ عمومی مردم است که توسط معضلاتی مانند بیکاری و فقدان امنیت شغلی تشدید می شود. همچنین آسیب پذیری خانواده ها نیز زمینه گرایش به اعتیاد را ایجاد می کند. (همبستگی - جمهوری اسلامی - ۸۲/۸/۱۰)

از گوشه و کنار جهان

پلیس فرانسه از یک کامیون یکصد کیلوگرم کوکائین کشف کرد. (حمایت - ۸۲/۸/۸)  
پلیس اسپانیا اعلام کرد در دوروز اخیر موفق به کشف چهار تن حشیش و کوکائین شده است. (جمهوری اسلامی - ۸۲/۸/۸)

مأموران مبارزه با مواد مخدر افغانستان موفق شدند در هرات و کابل بیش از ۴۰۰ کیلوگرم انواع مواد مخدر را کشف کنند و چهار قاچاقچی را دستگیر نمایند. (جمهوری اسلامی - ۸۲/۸/۱۰)

مأمورین گمرک اردن ۷ کیلوگرم هروئین را در مرز سوریه کشف کردند. (جمهوری اسلامی - ۸۲/۸/۱۰)

کمیسیون کنترل مواد مخدر چین اعلام کرد این کشور در ۵ سال گذشته با ۴۵۰ هزار مورد مرتبط با جرائم مواد مخدر مقابله کرده است. در این مدت بیش از ۴۱ تن هروئین، ۴۶ تن ماده مخدر یخ، ۹ تن تریاک و ۱/۳۴۰ تن ماده شیمیایی تولید این گونه مواد مخدر

کشف شده است. چین در ۵ سال گذشته ۱/۲۷۰ میلیون معتاد را تحت برنامه بازپروری قرارداد است. (جمهوری اسلامی - ۸۲/۸/۱۰)

وزیر دارایی افغانستان هشدار داده است که اگر جهان به وعده های خود که بعد از سقوط طالبان درباره افغانستان داده است عمل نکند، کشورش به یک کشور مافیا و مواد مخدر تبدیل خواهد شد. هم اکنون گروه های مسلح در برخی ایالات افغانستان به جان هم افتاده اند. (توسعه - ۸۲/۸/۱۱)

با وجود گذشت ۲ سال از سقوط طالبان در افغانستان، آمار کشت و برداشت مواد مخدر در این کشور رو به افزایش گذاشته است. دولتمردان افغان تروریسم و مواد مخدر را مرتبط با یکدیگر می دانند. به گزارش سازمان ملل تا پایان سال زراعی جاری در افغانستان ۳۶۰۰ تن تریاک تولید شده که از سال های گذشته بیشتر است. بنابراین گزارش در برخی مناطق جنوبی افغانستان کشت خشخاش تا ۲۲ درصد کاهش یافته اما در مناطق شمالی مانند بدخشان تا ۵۵ درصد افزایش مشاهده می شود. تداوم جنگ، فقر، بحران بیکاری و درآمد و سوسه انگیز مواد مخدر از عوامل افزایش تولید قاچاق این مواد در افغانستان عنوان می شوند. نیز جنگ عراق توجه جامعه بین الملل را به خود معطوف کرده و افغانستان و معضل تولید مواد مخدر در این کشور فراموش شده اند. (قدس - ۸۲/۸/۱۳)

مأموران مبارزه با مواد مخدر وزارت کشور تاجیکستان طی ده روز گذشته ۱۱۵ کیلوگرم مواد مخدر را در مناطق مختلف این کشور کشف کردند. مسئول واحد مبارزه با مواد

مخدر تاجیکستان افزود بیش از ۵ تن از مواد مخدر کشف شده در تاجیکستان هروئین بوده است. (سیاست روز- ۸۲/۸/۱۳)

یک خلبان قلابی به همراه ۱۴ کیلوگرم کوکائین در گمرک فرودگاه پاریس دستگیر شد. (یاس نو - ۸۲/۸/۱۳)

کمیسیون اجرایی قانون در خصوص اعتیاد و قاچاق مواد مخدر در جمهوری آذربایجان اعلام کرد ۳۶ نفر در رابطه با جرایم مواد مخدر در این کشور دستگیر شده‌اند که ۱۹ نفر آنها ایرانی بوده‌اند. از این افراد بیش از ۳۴ کیلوگرم انواع مواد مخدر کشف شده‌است. (توسعه - ۸۲/۸/۱۳)

مقامات مبارزه با مواد مخدر اسپانیا گفتند حدود ۱۴ تن حشیش در شبانه‌روز گذشته در سطح کشور کشف و ضبط شده‌است. (ابرار- مردم سالاری - ۸۲/۸/۱۵)

دختر بچه ۵ ساله هلندی قصد داشت شیرینی‌های آلوده به مواد مخدر را بین همکلاسی‌هایش پخش کند اما آموزگار این دبستان به شیرینی‌ها مشکوک شد و از پخش آنها جلوگیری کرد. پلیس سه برادر و مادر این دختر بچه را دستگیر نمود. (آفرینش -

۸۲/۸/۱۴)

درمان به عنوان استراتژی، کاهش، تقاضا

سعید صفاتیان

درمان به مجموعه فعالیتهایی که با هدف کمک به افرادی انجام می شود که به نحوی با مشکلات مربوط به مواد مخدر دست به گریبانند. درمان و بازپروری به عنوان رویکردی جامع جهت شناسایی، کمک، مراقبت بهداشتی و بازگت مجدد افرادی مطرح است که مشکلات مربوط به مصرف مود اعتیادآور دارند.

به طور کلی، درمان به عنوان جزء اصلی یک استراتژی جامع کاهش تقاضا تلقی می شود و پیشرفت قابل ملاحظه ای در دو دهه گذشته داشته است. در سالهای اخیر تخصص و مهارتهای لازم در چند زمینه درمانی پیشرفت داشته است و در کشورهای توسعه یافته برنامه های مخصوص بیشتری جهت کمک به معتادان وجود دارد. شایان ذکر است که تفاوت میان روشهای یک نوع خاص درمانی، حتی در یک کشور بسیار چشمگیر است و مقایسه روشهای ارایه خدمات درمانی تفاوتهای بیشتری را آشکار می سازد و مطمئناً نمی توان فرض کرد که روشهای ارایه یک نوع درمان خاص عیناً یکسان باشد. اگر در استراتژی کاهش تقاضا مواد مخدر، درمان به عنوان یک عامل تک بعدی محسوب شود، محدودیتهایی را هم بدنبال خواهد داشت. بسیاری از معتادان در شرا یعنی به درمان تمایل پیدا می کنند که سالها از اعتیادشان می گذرد و همین موضوع، شانس موفقیت آنها را کاهش می دهد. همچنین بسیاری از معتادان به اعتیاد باز می گردند و به همین دلیل مجبورند برای درمان قطعی خود چندبار برای ترک اقدام کنند.

طی سال ۱۹۹۷ در اروپا، ۱۲۱/۰۰۰ نفر تحت درمان اعتیاد به هروینی قرار گرفتند که معادل ۴۶ درصد از کل معتادان مواد مخدر در این کشورها می باشد. تحلیلی مختصر از بررسی نتایج درمان سوء مصرف مواد مخدر در انگلستان نتایج ذیل را نشان می دهد.

درمان به روش بستری	درمان به روش استفاده از متادون
۱- مصرف منظم هرویین	۴۳ درصد کاهش
۲- سهیم شدن در سرنگ	۴۷ درصد کاهش
۳- قاچاق مواد مخدر (در بیماران)	۶۴ درصد کاهش
۴- ترک کامل هرویین	۱۱۰ درصد کاهش
	۴۹ درصد کاهش
	۶۱ درصد کاهش
	۷۹ درصد کاهش

آنتاگونیست: داروهای ضد مخدر

ب) درمان نگه دارند:

به دو گروه مجز تقسیم می شوند. الف) درمان با داروهای شبه مخدر شامل متادون و بوپرنورفین.

۲- درمان با داروهای ضد مخدر شامل نالترکسون

۱- درمان نگه دارنده با داروهای شبه مخدر:

مبانی نظری، میزان موفقیت، گروههای مخاطب، شیوه اجرا در دو گروه فوق به میزان زیادی با یکدیگر تفاوت دارند. پرهیز کامل و درازمدت از سوء مصرف مواد افیونی برای گروه معتادان بسیار دشوار است و نسبت قابل توجهی از افرادی که دوره سم زدایی را پشت سر گذارده اند، بعد از ۶ ماه مجدداً عود می کنند. داروهای شبه مخدر به گونه ای

ساخته شده‌اند که دارای نیمه عمر طولانی هستند. به همین دلیل می‌توان آنها را به فواصل طولانی‌تر مصرف کرد که بر بهبودی فعالیت معتادان اثر مثبت خواهد داشت.

۲- درمان نگه‌دارنده با داروهای ضد مخدر:

موفقیت استفاده از نالترکسون برای درمان نگهدارنده به میزان زیادی به عنوان شخصیتی و اجتماعی بیمار وابسته است و مشاهده شده که در مصرف‌کنندگان بی‌کار و خیابانی هروین پایبندی به مصرف نالترکسون بسیار اندک، اما در گروه بیماران معتاد با سطح تحصیلات و رفاه اجتماعی بالا موفقیت به طور واضحی افزایش می‌یابد.

اصول درمانهای غیر دارویی باید از ویژگیهای زیر برخوردار باشند:

- ۱- جامع باشند.
- ۲- دارای ساختار باشند.
- ۳- بلندمدت باشند.
- ۴- از مجموعه‌ای از متخصصین بهره گیرند.
- ۵- انعطاف‌پذیر باشند، یعنی ویژگیهای و نیازهای هر مراجع را مد نظر داشته و بر اساس آنها برنامه درمانی تدوین شود.
- ۶- خانواده‌گرا باشند، به این معنی که فقط روی مراجع تمرکز نداشته، بلکه نیازها و مسائل خانواده را در فرایند درمان در نظر داشته باشند.
- ۷- امکانات و منابع لازم برای تشخیص و درمان معتادان با تشخیص دوگانه (dual diagnosis) را داشته باشند.

بررسی متون موجود در زمینه درمان اعتیاد نشان می‌دهد، ترکیب درمانهای دارویی و درمانهای غیر دارویی نتایج بهتری در درمان اعتیاد به مواد مخدر داشته است. به‌عنوان یک قاعده کلی بیمارانی که مدت وابستگی آنها بیشتر از یکسال نباشد (یا قبلاً سعی در ترک مواد نداشته‌اند) نامزد مناسبی برای درمان نگه‌دارنده طولانی با ترکیبات مخدر نیستند.

پیگیری درمان:

با توجه به اینکه اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری مزمن و عودکننده است و عوامل و شرایط زیستی، روانی، اجتماعی منجر به گرایش مجدد به مصرف مواد مخدر پس از تکمیل دوره درمانی می‌شود، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که میزان عود در بین معتادان به مواد مخدر بالاست و به نظر می‌رسد، پیگیری در طول یکسال پس از تکمیل دوره درمان، می‌تواند به موفقیت بیشتر مراجعان در پرهیز از مصرف مواد مخدر منجر شود.

منابع انگلیسی:

- 1) Tasman, A. et al. (1997). Psychiatry saunders.
- 2) Greenstein RA., (1996) Substance Abusc:  
Acomprehensive Text book 3 rd ed.
- 3) UNDCP. World report 2000.

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

منابع فارسی: ۱- راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد مخدر، وزارت بهداشت، درمان آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر سال ۱۳۸۱.

۳- اعتیاد: پیشگیری و درمان، دکتر امیر هوشنگ مهریار و دکتر مجتبی جرایدی، سال ۱۳۷۷.



جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد

مؤلفین: دکتر آفرین رحیمی موقر، دکتر عمران محمدرزاقی، دکتر مرتضی نوری خواجوی،

دکتر مهدی حسینی، دکتر گلناز فیضزاده

سازمان بهزیستی کشور

معاونت امور فرهنگی و پیشگیری

تهران ۱۳۷۶

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

RC راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد / آفرین رحیمی موقر... [ و دیگران ] . -

۵۶۶ تهران: معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۷۶،

۳/۲ر / مصور، جدول، نمودار(رنگی).

۱۳۷۶ ضمیمه

۱. اعتیاد- درمان. ۲. اعتیاد- پیشگیری. الف. رحیمی موقر، ۱۳۴۴-

RC ۵۶۶ / ۳/۲ر

۱۳۷۶

راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد

مؤلفین: دکتر آفرین رحیمی موقر، دکتر عمران محمدرزاقی، دکتر مرتضی نوری

خواجوی، دکتر مهدی حسینی، دکتر گلناز فیض زاده

ویراستار: شهین علوی

تیراژ: ۳۳۰۰ نسخه

چاپ اول: ۱۳۷۶

ناشر: معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

طرح و اجرا: ابراهیم حقیقی، علی حقیقی

عکس: مریم زندی، اسعد نقشبندی، فاطمه تعمیدی، عزیزالله نعیمی، سهند صمدیان

لیتوگرافی: رام گرافیک

نظارت چاپ: شرکت چاردیز

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

چاپ و صحافی: سازمان چاپ و انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی  
حق چاپ و تکثیر محفوظ است و کلیه حقوق متعلق به سازمان بهزیستی کشور می باشد.

سازمان بهزیستی کشور  
معاونت امور فرهنگی و پیشگیری

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

فهرست

راهنمای علایم فهرست

پزشک عمومی

کارشناس بهداشت روانی، روانشناس، مشاور، مددکار

کاردان بهداشتی، مراقب بهداشت مدارس، مربی پرورشی

بهورز، همیار بهداشت روانی، رابط بهداشتی، بهداشتیار کار

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

الف	تعاریف	۱- تعاریف اختلالات ناشی از مواد	۱- الف
پ	علل	۱- علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد	۱- پ
ج	مواد	۱- شناسایی ابزار مصرف مواد، شکل مواد و شیوه‌های مصرف آنها	۱- ج
		۲- مواد افیونی	۲- ج
		درمان دارویی وابستگی به مواد افیونی	۳- ج
		۳- حشیش	۴- ج
		۴- الکل	۵- ج
		۵- داروهای مسکن - خواب‌آور	۶- ج
		۶- آمفتامین‌ها	۷- ج
		۷- مواد استنشاقی	۸- ج
		۸- مواد توهم‌زا	۹- ج
		۹- کوکائین	۱۰- ج
		۱۰- فن‌سیکلیدین	۱۱- ج
		۱۱- نشانه‌های غیر مستقیم اعتیاد به مواد	۱۲- ج
		۱۲- عوارض مصرف طولانی‌مدت مواد بر سلامت فرد، خانواده و جامعه	۱۳- ج

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandooon.com](http://www.kandooon.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

د	درمان	۱- چگونگی مصاحبه با فرد معتاد و خانواده وی	د-۱
		۲- تشویق برای درمان	د-۲
		۳- اهداف و روشهای درمان معتادان	د-۳
		۴- مداخلات غیردارویی	د-۴
		۵- بازگشت به مصرف مواد (عود)	د-۵
س	پیشگیری	۱- پیشگیری از اعتیاد	س-۱
		۲- فعالیتهای جایگزین برای افراد در معرض خطر	س-۲
		۳- آگاه کردن جامعه از خطرات و مضرات مصرف مواد	س-۳
		۴- آموزش مهارت های زندگی	س-۴
		۵- ارتقای فرهنگی	س-۵
		۶- مبارزه با مواد مخدر	س-۶
ه	ضمیمه	۱- پرسشنامه	ه-۱
		۲- نشانی و شماره تلفن واحدهای پذیرش و پیگیری معتادان خودمعرف	ه-۲
		۳- شماره تلفن های صدای مشاور در مراکز استان های کشور	ه-۳

## مقدمه

سوء مصرف مواد یکی از مهم ترین مشکلات عصر حاضر می باشد که گستره ای جهانی پیدا کرده است؛ مصیبتی که میلیونها زندگی را ویران و سرمایه های کلان ملی را صرف مبارزه و یا جبران صدمات ناشی از آن می نماید. هرروز بر شمار قربانیان مصرف مواد افزوده می شود و عوارض آن شامل اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی، و اجتماعی همه مرزهای فرهنگی و اجتماعی را درمی نوردد و سلامت بشر را مورد تهدید قرار می دهد.

در سرزمین ما ایران، مصرف تریاک با مقاصد درمانی صدها سال سابقه داشته و تاریخچه اعتیاد حداقل به چهارصدسال قبل بازمی گردد. هم جواری کشور ما با دو کشور اصلی تولیدکننده مواد افیونی در جهان - افغانستان و پاکستان - شرایط را کاملاً بحرانی نموده است. اگرچه تمهیدات لازم برای مبارزه با عرضه شامل مسدود نمودن صدها کیلومتر از مرز شرقی کشور، بکارگیری هزاران نیروی نظامی و انتظامی و دستگیری و مجازات قاچاقچیان و معتادان به کار گرفته شده، اما دسترسی به مواد در جامعه به طور کامل کنترل نشده است.

دانش امروز که حاصل تجربیات دهها سال اندیشه و کوشش علمی مختلف برای حل مشکلات اعتیاد است، ما را کاملاً متقاعد می کند که:

- نسل بشر، تا هر زمان که تداوم یابد، اعتیاد را به عنوان آفت همیشگی با خود حفظ

خواهد کرد؛

• مبارزه علیه عوامل تولید و توزیع مواد به تنهایی باعث کاهش مصرف مواد نخواهد شد؛

• تنها روش مؤثر برای کاهش شیوع اعتیاد، بکارگیری روش‌های صحیح کاهش تقاضا شامل برنامه‌های پیشگیری و درمان، همگام با مبارزه با عرضه است.

توجه به تأثیر عوامل متعدد جسمانی، روانی و عوامل مستعدکننده موجود در خانواده، مدرسه، محیط زندگی و کار در ایجاد، مداومت یا عود بیماری اعتیاد، و در نظر گرفتن این حقیقت که اعتیاد در همه اقشار، گروه‌ها و طبقات مختلف فردی، قومی، فرهنگی و اجتماعی می‌تواند بروز نماید، اهمیت آگاهی و مداخله فعال بخش‌های مختلف جامعه برای پیشگیری از اعتیاد و درمان معتادان را روشن می‌کند. این بخش‌ها شامل نهادهای مسئول تأمین سلامت، فرهنگ، دانش، امنیت و اقتصاد جامعه، و همچنین شامل آحاد مختلف مردم می‌باشد. اگرچه مهم‌ترین این نهادها، خانواده و مدرسه است و بالاترین مسئولیت متوجه والدین و معلمان می‌باشد، اما بدون تردید فعالیت‌های کاهش تقاضا فقط هنگامی به نتیجه مورد نظر می‌رسد که همه نیروها و امکانات بالقوه، از عالی‌ترین سطوح سیاست‌گذاری جامعه تا اولین سطوح مقاومت فردی و خانوادگی فعال شده باشند.

براین اساس، سازمان بهزیستی کشور تلاش می‌کند رسالت خود را، که مبتنی بر برنامه ملی پیشگیری، درمان و بازپروری سوء مصرف مواد (۱۳۷۳) می‌باشد، در سطوح برنامه‌ریزی میانی و با فعال نمودن بخش‌های مرتبط اجرا نماید.



مجموعه حاضر نیز بخشی از همین تلاش است که براساس هماهنگی اولیه با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، و باهدف ارائه اطلاعات جامع در زمینه‌های پیشگیری و درمان به نیروهای عمل‌کننده در سطوح مختلف شبکه مراقبت‌های اولیه بهداشتی و سایر دست‌اندرکاران تأمین ابعاد مختلف زیستی، روانی و اجتماعی سلامت افراد جامعه، تدوین گردیده است. انتظار می‌رود این مجموعه به‌عنوان یک راهنمای کاربردی، بتواند اطلاعات اولیه و عمومی، نگرش صحیح نسبت به مواد قابل سوءمصرف، عوامل آسیب‌پذیری به اعتیاد و روش‌های مناسب پیشگیری و درمان به گروه‌های مذکور را ارائه نماید، به‌طوری که در جریان فعالیت حرفه‌ای خود بتوانند آن را مستقیماً در مورد افراد و گروه‌های اجتماعی در معرض خطر یا مبتلا به سوءمصرف مواد بکاربندند.

مؤلفین این مجموعه از مسئولان محترم ستاد مبارزه با مواد مخدر به دلیل حمایت‌های همه‌جانبه از فعالیت‌های کاهش تقاضا؛ آقایان سردار شفیعی و سردار ملکی برای مساعدت در تهیه برخی تصاویر این مجموعه و استفاده از کتب موجود در ناجا، آقای دکتر حسین اسعدی به‌خاطر استفاده از مطالب ارزشمند کتابشان “ پژوهشنامه‌ای درباره بحران جهانی مواد مخدر و ...”، و از خانم‌ها پروانه محمدخانی، ربابه نوری‌قاسم‌آبادی و کارینه طهماسیان برای همکاری در تهیه بخش آموزش مهارت‌های زندگی، آقایان دکتر جمشید هاتفی و دکتر هومان نارنجی‌ها برای ارائه نظرات تخصصی مفید و ارزشمندشان و از همکاران واحد انتشارات این معاونت سپاس‌گزاری و قدردانی می‌نماید.

## تعاریف

تعاریف اختلالات ناشی از مواد

- “اعتیاد” (Addiction) واژه‌ای است قدیمی که امروزه به دلیل کاستیهای آن از اصطلاح “وابستگی به مواد” استفاده می‌شود.
- وابستگی: سندروم بالینی با تظاهرات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیک است که باعث می‌شود فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد.
- مواد ترکیبات شیمیایی مختلفی هستند که باعث تغییر کارکرد مغز می‌شوند.

معیارهای تشخیصی DSM-IV برای وابستگی به مواد (Substance Dependence)

برای تشخیص وابستگی به مواد، حداقل وجود ۳ نشانه از نشانه‌های زیر لازم است:

- ۱- تحمل: افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم، برای دستیابی به علایم مصرف آن ماده (intoxication)،
- ۲- پیدایش علایم ترک در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف؛
- ۳- تمایل دایم و تلاشهای ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده؛
- ۴- مختل شدن فعالیتهای اجتماعی، شغلی و تفریحی؛
- ۵- تداوم مصرف ماده علی‌رغم آگاهی از عوارض آن.

معیارهای تشخیصی DSM – IV برای سوءمصرف مواد (Substance Abuse)

برای تشخیص سوءمصرف مواد، حداقل یکی از نشانه‌های زیر لازم است:

- ۱- تداوم مصرف مواد که موجب مختل شدن فعالیتهای اجتماعی، شغلی و تفریحی شود (مثلاً غیبت از مدرسه یا نرسیدن به مسئولیت‌های شغلی)؛
- ۲- تداوم مصرف مواد در موقعیت‌های خطرناک (مثلاً هنگام رانندگی یا کار با وسایل مکانیکی)؛
- ۳- بروز مکرر تخلفات قانونی (مثل جلب شدن به کلانتری)؛
- ۴- تداوم مصرف مواد، علی‌رغم بروز مشکلات اجتماعی و بین فردی (مثل درگیری با همسر).

دقت کنید: سوء مصرف شکل خفیف وابستگی است.

معیارهای تشخیصی DSM – IV برای ترک مواد (محرومیت با Withdrawal)

- ۱- بروز سندرم خاص، بر اثر قطع یا کاهش مصرف ماده‌ای خاص
- ۲- بروز علائم کاملاً ناراحت‌کننده یا اختلال کارکرد اجتماعی و شغلی بر اثر این سندروم

معیارهای تشخیصی DSM – IV برای تحت تأثیر مواد بودن (Intoxication)

- ۱- بروز علائم قابل برگشت و اختصاص در اثر مصرف ماده (مثل مردمک سوزنی بر اثر مصرف تریاک)
- ۲- بروز رفتار نامتناسب یا تغییرات روانی، به دلیل تأثیر ماده بر دستگاه عصبی مرکزی (مثل نشنگی اولیه و کج خلقی متعاقب آن با مصرف تریاک)

“اعتیاد” یعنی وابستگی به مواد.

“مواد” شامل همه ترکیباتی است که باعث تغییر کارکرد مغز به صورت هیجان، افسردگی، رفتار نابهنجار و عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور بشود.

“وابستگی” یعنی تمایل شدید فرد به ادامه مصرف یک ماده.

وابستگی باعث بروز برخی رفتارها و حالت‌های غیرعادی زیر در فرد می‌شود:

- فرد وابسته برای رسیدن به حالت نشئه مجبور است، به تدریج مقدر ماده مصرفی را افزایش دهد. (تحمل)
- فرد وابسته، در صورت عدم مصرف ماده، به عوارض ناراحت‌کننده‌ای دچار می‌شود که به آن “خماری” می‌گویند. (ترک)
- به تدریج نسبت به آداب و مسئولیت‌های خانوادگی و اجتماعی خود بی‌تفاوت می‌شود.
- فرد وابسته گاهی به ترک ماده تمایل پیدا می‌کند، اما نمی‌تواند آنرا ترک کند.

“سوء مصرف” بدین معناست که اگرچه فرد نسبت به مواد اعتیاد ندارد، ولی آن را مصرف می‌کند. یعنی:

- استفاده از ماده‌ای که مصرف آن غیر قانونی است.
  - استفاده از ماده‌ای که مصرف آن باعث بروز تغییرات روحی در فرد می‌شود.
  - استفاده از ماده‌ای که به خود فرد یا دیگران ضرر می‌رساند.
- مثال:- مصرف تریاک در کشور ما غیرقانونی است، پس حتی یکبار کشیدن آن سوءمصرف است.
- مصرف حشیش باعث به‌هم‌خوردن شعور فرد می‌شود، پس یکبار کشیدن آن سوءمصرف است.
- مصرف مشروبات الکلی، گاهی باعث بروز عصبانیت و پرخاشگری می‌شود، پس نوشیدن آن سوءمصرف است.

“ ترک ” علائم ناراحت‌کننده‌ای است که بر اثر کاهش یا قطع ماده مصرفی پیدا می‌شود.

مثال: - ترک تریاک باعث ایجاد درد در دست‌ها و پاها می‌شود.

- ترک حشیش گاهی باعث ایجاد حالت تهوع می‌شود.

“ تحمل ” حالتی است که فرد مجبور است، مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد.

مثال: - اگر فرد روزی یک نخود تریاک مصرف می‌کرده‌است، به تدریج مجبور شود

روزی دو نخود مصرف کند.

- اگر فرد روزی دو بار حشیش می‌کشیده‌است، به تدریج مجبور می‌شود روزی

پنج بار حشیش بکشد.

## علل

علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد

شما با دنستن عوامل که فرد را در معرض خطر اعتیاد قرار می دهد، می توانید افراد در معرض خطر را شناسایی کنید و برای پیشگیری از ابتلای آنان به اعتیاد، اقدامات لازم را به عمل آورید. این عوامل می توانند موجب اعتیاد فرد شوند و یا افرادی را که قبلاً معتاد بوده اند و در حال حاضر ترک کرده اند مجدداً به سمت اعتیاد سوق دهند.

۱- عواملی که مربوط به خود فرد است:

- کمبود اعتماد به نفس: مانند فردی که در مقابل درخواست دوستانش برای کشیدن حشیش جرأت مخالفت ندارد.
- تمایل به اعمال زشت و خلاف: کسی که مرتب دزدی می کند یا دوست دارد به دیگران آسیب برساند یا دعوا راه بیندازد ممکن است به اعمال خلاف دیگری مثل مصرف مواد نیز تن بدهد.
- ناراحتی روانی: مثل کسی که ناراحتی اعصاب دارد و برای کاهش افسردگی خود به جای مراجعه به پزشک مصرف مواد را شروع می کند.
- درد یا بیماری جسمی مزمن: مانند فرد مسنی که دچار پادرد است یا کودکی که گوش درد دارد و به جای درمان توسط پزشک، خود فرد یا خانواده او به اشتباه از تریاک استفاده می کنند.

- نظر مثبت نسبت به مواد: مثلاً نوجوانی که فکر می کند مصرف مواد نشانه بزرگی و احترام است.
- داشتن زمینه ارثی: فردی که یکی از اعضای خانواده یا بستگانش معتاد باشد، احتمال اعتیادش بیشتر است.
- موردخشونت قرارگرفتن: مانند پسر نوجوانی که مرتب از پدرش کتک می خورد و به همین دلیل بیشتر اوقات غصه دار و ناراحت است.
- وضعیت بد تحصیلی: دانش آموزی که نمی تواند به خوبی همکلاسان خود درس بخواند و یا مدرسه را رها می کند احتمال دارد به مصرف مواد آلوده شود.

۲- عواملی که به خانواده فرد مربوط است:

- مصرف مواد توسط اعضای دیگر خانواده: مانند فردی که پدر یا برادرش در حضور او تریاک می کشند.
- رهاکردن فرزند به حال خود: مانند کسی که فاقد پدر یا مادر است و یا پدر و مادر به نیازهای او توجهی ندارند و مراقب اعمال و رفتارشان نیستند، یا فردی که والدینش او را به دلیل اعمال و رفتار ناپسند، طرد کرده اند.
- تشنج و درگیری در خانواده: مثل فردی که به علت درگیری های مکرر میان والدین همیشه تحت فشار است.

۳- عواملی که به اطرافیان و محیط فرد مربوط است:

- دوستان معتاد: دوستان یا اطرافیان معتاد با تشویق فرد به مصرف مواد او را در معرض خطر مصرف قرار می دهند.
- طردشدن از طرف معلمان، دوستان، بستگان: کسی که دوستان زیادی ندارد و یا اطرافیان حاضر به پذیرش او نیستند، احساس تنهایی می کند و در مواقع نیاز از راهنمایی و حمایت دیگران برخوردار نمی شود.
- مهاجرت: تغییر محل زندگی از روستا به روستای دیگر یا از روستا به شهر یا از شهری به شهر دیگر باعث می شود که فرد با محیط، مشکلات و شرایط جدیدی روبه رو شود که با آن بیگانه است، در حالی که حمایت های قبلی خانواده و آشنایان خود را نیز از دست داده است. چنین فردی اگر توانایی حل مشکلات جدید را نداشته باشد ممکن است دچار ناراحتی اعصاب شود و یا از افراد معتاد برای حل مشکلاتش کمک بگیرد.
- دسترسی آسان به مواد: در روستاها یا محله هایی که مواد ارزان، آسان و فراوان یافت می شود احتمال مصرف مواد توسط نوجوانان و جوانان بیشتر است.
- فشارهای ناشی از محیط: خشکسالی، زلزله، و به طور کلی هر مشکلی که باعث اشکال در تأمین مایحتاج زندگی فرد شود او را در معرض خطر قرار می دهد.



علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد

اعتیاد یک بیماری زیست‌شناختی، روانشناختی و اجتماعی است. عوامل متعددی در اتیولوژی سوءمصرف و اعتیاد مؤثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند. عوامل مؤثر بر فرد، محیط فرد و عوامل اجتماعی، عوامل درهم‌بافته‌ای هستند که بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند. درک کلیه علل و عوامل زمینه‌ای موجب می‌شود تا روند پیشگیری، شناسایی، درمان و پیگیری به طور هدفمند طرح‌ریزی شود.

بنابراین، آشنایی با عوامل زمینه‌ساز مستعدکننده بروز اعتیاد و نیز عوامل

محافظت‌کننده در مقابل آن از دو جهت ضرورت دارد:

- ۱- شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد و اقدامات پیشگیرانه لازم برای آنان؛
- ۲- انتخاب نوع درمان و اقداماتی خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای لازم برای معتادان.

عوامل مخاطره‌آمیز

۱- عوامل مخاطره آمیز فردی

• دوره نوجوانی

• استعداد ارثی

• صفات شخصیتی:

صفات ضداجتماعی

پرخاشگری

اعتماد به نفس پایین

• اختلالات روانی:

افسردگی اساسی

فوبی

• نگرش مثبت به مواد

• موقعیت های مخاطره آمیز:

ترک تحصیل

بی سرپرستی

• تأثیر مثبت مواد بر فرد

• دروه نوجوانی: مخاطره آمیزترین دوران زندگی از نظر شروع به مصرف مواد دوره

نوجوانی است. دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی و کسب هویت فردی و اجتماعی

است. در این دوره، میل به استقلال و مخالفت با والدین به اوج خود می رسد و

نوجوان برای اثبات بلوغ و فردیت خود ارزشهای خانواده را زیر سؤال می برد و سعی در ایجاد و تحلیل ارزش های جدید خود دارد. مجموعه این عوامل، علاوه بر حس کنجکاوی و نیاز به تحرک، تنوع و هیجان، فرد را مستعد مصرف مواد می نماید.

- ژنتیک: شواهد مختلفی از استعداد ارثی اعتیاد به الکل و مواد وجود دارد. تأثیر مستقیم عوامل ژنتیکی عمدتاً از طریق اثرات فارموکوکینتیک و فارکودینامیک مواد در بدن می باشد که تعیین کننده تأثیر ماده بر فرد است. برخی از عوامل مخاطره آمیز دیگر نیز تحت نفوذ عوامل ژنتیکی هستند مانند برخی اختلالات شخصیتی و روانی و عملکرد نامناسب تحصیلی ناشی از اختلالات یادگیری.

- صفات شخصیتی: عوامل مختلف شخصیتی با مصرف مواد ارتباط دارند. از این میان، برخی از صفات بیشتر پیش بینی کننده احتمال اعتیاد هستند و به طور کلی فردی را تصویر می کنند که با ارزش ها یا ساختارهای اجتماعی مانند خانواده، مدرسه و مذهب پیوندی ندارد و یا از عهده انطباق، کنترل یا ابزار احساسات دردناکی مثل احساس گناه، خشم و اضطراب بر نمی آید. این صفات عبارتند از: عدم پذیرش ارزش های سنتی و رایج، مقاومت در مقابل منابع قدرت، نیاز شدید به استقلال، صفات ضداجتماعی، پرخاشگری شدید، احساس فقدان مهارت های اجتماعی و انطباقی. از آنجا که اولی مصرف مواد، معمولاً از محیط های اجتماعی شروع می شود هر قدر فرد قدرت تصمیم گیری و مهارت ارتباطی بیشتری داشته باشد، بهتر می تواند در مقابل فشار همسالان مقاومت کند.

- اختلالات روانی: در حدود ۷۰ درصد موارد، همراه با اعتیاد اختلالات دیگر روانپزشکی نیز وجود دارد. شایع ترین تشخیص ها عبارتند از: افسردگی اساسی، اختلال شخصیت ضداجتماعی، فوبی، دیس تایمی، اختلال وسواسی - جبری، اختلال پانیک، مانیا، اسکیزوفرنیا.
- نگرش مثبت به مواد: افرادی که نگرش ها و باورهای مثبت و یا خنثی به مواد مخدر دارند، احتمال مصرف و اعتیادشان بیش از کسانی است که نگرش های منفی دارند. این نگرش های مثبت معمولاً عبارتند از: کسب بزرگی و تشخیص، رفع دردهای جسمی و خستگی، کسب آرامش روانی، توانایی مصرف مواد بدون ابتلا به اعتیاد.
- موقعیت های مخاطره آمیز فردی: بعضی از نوجوانان و جوانان در موقعیت ها یا شرایطی قرار دارند که آنان را در معرض خطر مصرف مواد قرار می دهد. مهمترین این موقعیت ها عبارتند از: در معرض خشونت قرار گرفتن در دوران کودکی و نوجوانی، ترک تحصیل، بی سرپرستی یا بی خانمانی، فرار از خانه، معلولیت جسمی، ابتلا به بیماریها یا دردهای مزمن. حوادثی مانند ازدست دادن نزدیکان یا بلایای طبیعی ناگهانی نیز ممکن است منجر به واکنش های حاد روانی شوند. در این حالت فرد برای کاهش درد و رنج و انطباق با آن از مواد استفاده می کند.
- تأثیر مواد بر فرد: این متغیر وقتی وارد عمل می شود که ماده حداقل یک بار مصرف شده باشد. چگونگی تأثیر یک ماده بر فرد، تابع خواص ذاتی ماده مصرفی و

تعامل آن با فرد مصرف‌کننده، به میزان قابل توجهی، به مشخصات او بستگی دارد. این مشخصات عبارتند از: شرایط جسمی فرد، انتظار فرد از مواد، تجربیات قبلی تأثیر مواد و مواد دیگری که هم‌زمان مصرف شده‌اند. مواد مختلف نیز تأثیرات متفاوتی بر وضعیت فیزیولوژیک و روانی فرد دارند، مثلاً: هروئین و کوکائین سرخوشی شدید، الکل آرامش و نیکوتین مختصری هشیاری و آرام ایجاد می‌کند.

## ۲- عوامل مخاطره‌آمیز بین فردی و محیطی

- عوامل مربوط به خانواده:

غفلت از فرزندان

وجود الگوی نامناسب در خانواده

خانواده آشفته

- عوامل مربوط به دوستان:

دوستان مصرف‌کننده مواد

- عوامل مربوط به مدرسه:

فقدان محدودیت

فقدان حمایت

- عوامل مربوط به محل سکونت:

شیوع خشونت و اعمال خلاف

- عوامل مربوط به خانواده: خانواده اولین مکان رشد شخصیت، تشکیل باورها و الگوهای رفتاری فرد است. خانواده علاوه بر اینکه، محل حفظ و رشد افراد و کمک به حل استرس و پاتولوژی است، منبعی برای تنش، مشکل و اختلال نیز می باشد. ناآگاهی والدین، ارتباط ضعیف والد و کودک، فقدان انضباط در خانواده، خانواده متشنج یا آشفته و از هم گسیخته، احتمال ارتکاب به انواع بزهکاری ها مانند سوء مصرف مواد را افزایش می دهد. همچنین والدینی که مصرف کننده مواد هستند باعث می شوند فرزندان با الگوبرداری از رفتار آنان، مصرف مواد را یک رفتار بهنجار تلقی کرده، رفتار مشابهی پیشه کنند.

- تأثیر دوستان: تقریباً در ۶۰ درصد مورد، اولین مصرف مواد بدنبال تعارف دوستان رخ می دهد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان به اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان، سعی می کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. گروه "همسالان" به خصوص در شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار مؤثر هستند. به خصوص، در شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار مؤثر هستند. بعضی از دوستی ها، صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می گیرد. نوجوانان به تعلق به یک گروه نیازمندند و اغلب پیوستن به گروههایی که مواد مصرف می کنند، بسیار آسان است. هرچه پیوند فرد با خانواده، مدرسه و اجتماعات سالم کمتر باشد، احتمال پیوند او با این قبیل گروهها بیشتر می شود.

- عوامل مربوط به مدرسه: از آنجا که مدرسه بعد از خانواده، مهم‌ترین نهاد آموزشی و تربیتی است، می‌تواند از راه‌های زیر زمینه‌ساز مصرف مواد در نوجوانان باشد:  
بی‌توجهی به مصرف مواد و فقدان محدودیت یا مقررات جدی منع مصرف در مدرسه، استرس‌های شدید تحصیلی و محیطی، فقدان حمایت معلمان و مسئولان از نیازهای عاطفی و روانی بخصوص به هنگام بروز مشکلات و طردشدن از طرف آنان.
- عوامل مربوط به محل سکونت: عوامل متعددی در محیط مسکونی می‌تواند موجب گرایش افراد به مصرف مواد شود:  
فقدان ارزش‌های مذهبی و اخلاقی، شیوع خشونت و اعمال خلاف، وفور مشاغل کاذب، آشفتگی و ضعف همبستگی بین افراد محل و حاشیه‌نشینی از جمله این عواملند.

### ۳- عوامل مخاطره‌آمیز اجتماعی

- فقدان قوانین و مقررات جدی ضد مواد مخدر
- بازار مواد
- مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی
- کمبود فعالیت‌های جایگزین
- کمبود امکانات حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی
- توسعه صنعتی، محرومیت اقتصادی اجتماعی

مشخصات فردی و عوامل محیطی بخشی از علل اعتیاد هستند و بخش دیگر را بازارهای بین‌المللی مواد و عوامل اجتماعی - اقتصادی حاکم بر جامعه تشکیل می‌دهند. این عوامل عبارتند از:

- قوانین: فقدان قوانین جدی منع تولید، خرید و فروش، حمل و مصرف مواد، موجب وفور و ارزانی آن می‌شود.
- بازار مواد: میزان مصرف مواد، با قیمت آن نسبت معکوس دارد. هرچه قیمت مواد کاهش یابد، تعداد افرادی که بتوانند آن را تهیه‌کنند افزایش می‌یابد. همچنین سهل‌الوصول بودن مواد به تعداد مصرف‌کنندگان آن می‌افزاید.
- مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی: در جوامعی که مصرف مواد نه تنها ضداً ارزش تلقی نمی‌شود، بلکه جزئی از آداب و سنن جامعه و یا نشان تمدن و تشخیص و وسیله احترام و پذیرایی است، مقاومتی برای مصرف مواد وجود ندارد و سوءمصرف و اعتیاد شیوع بیشتری دارد.
- کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی: کمبود امکانات لازم برای ارضای نیازهای طبیعی روانی و اجتماعی نوجوانان و جوانان از قبیل کنجکاوی، تنوع‌طلبی، هیجان، ماجراجویی، مورد تأیید و پذیرش قرارگرفتن و کسب موفقیت بین همسالان، موجب گرایش آنان به کسب لذت و تفنن از طریق مصرف مواد و عضویت در گروه‌های غیرسالم می‌شود.



- عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی: در زندگی افراد، موقعیت‌ها و مشکلاتی پیش می‌آید که آنان را از جهات مختلف در معرض خطر قرار می‌دهد. فقدان امکانات لازم یا عدم دسترسی به خدماتی که در چنین مواقعی بتواند فرد را از نظر روانی، مالی، شغلی، بهداشتی و اجتماعی حمایت نماید، فرد را تنها و بی‌پناه، بدون وجود سطح مقاومت اجتماعی رها می‌کند.
- توسعه صنعتی جامعه، مهاجرت، کمبود فرصت‌های شغلی و محرومیت اقتصادی-اجتماعی: توسعه صنعتی، جوامع را به سمت شهری شدن و مهاجرت از روستاها به شهرها سوق می‌دهد. مهاجرت باعث می‌شود تا فرد، برای اولین بار، با موانع جدیدی برخورد نماید. جدایی از خانواده، ارزش‌های سنتی و ساختار حمایتی قبلی به تنهایی، انزوا و ناامیدی فرد می‌انجامد. کم‌سواد، فقدان مهارت‌های شغلی، عدم دسترسی به مشاغل مناسب و به دنبال آن محدودیت در تأمین نیازهای حیاتی و اساسی زندگی و تلاش برای بقاء، فرد را به مشاغل کاذب یا خرید و فروش مواد می‌کشاند و یا برای انطباق با زندگی سخت روزمره و شیوه جدید زندگی به استفاده از شیوه‌های مصنوعی مانند مصرف مواد سوق می‌دهد.

عوامل محافظت‌کننده در مقابل اعتیاد

۱- عوامل فردی

- صفات مثبت شخصیتی، داشتن مهارت‌ها
- باورها و ارزش‌ها
- موفقیت‌ها

- عوامل شخصیتی: داشتن اعتماد به نفس بالا و مهارت‌های اجتماعی، علاوه بر کاهش استرس‌های محیطی ناشی از ارتباط با دیگران، باعث توانایی مقاومت در مقابل خواسته‌های خلاف دیگران و اصرار دوستان برای مصرف می‌شود. همچنین مهارت‌های انطباقی موجب می‌شود که فرد هنگام برخورد با استرس، برای حل مشکلات و تطابق با آن از شیوه‌های مناسبی استفاده نماید.
- باورها و ارزش‌ها: اعتقادات و باورهای راسخ دینی و مذهبی، فرد را در مقابل مصرف مواد محافظت می‌کند. نگرش منفی به مواد، شامل باور به اعتیادآور بودن و اثرات تخریبی مواد، احتمال مصرف آن را کاهش می‌دهد.
- موفقیت‌ها: موفقیت‌های تحصیلی، شغلی و اجتماعی با افزایش اعتماد به نفس، ایجاد ثبات و هدفمندی در مسیر زندگی و کسب حمایت‌های لازم، فرد را از خطر مواد مخدر حفاظت می‌نماید.

## ۲- عوامل محیطی و اجتماعی

- خانواده سالم و همبسته
- حمایت کافی اطرافیان
- ضدارزش بودن مصرف مواد
- دسترسی به خدمات حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی
- عدم دسترسی به مواد

• داشتن خانواده‌ای سالم و همبسته: پیوند و تعامل مثبت بین فرد و والدین از سنین کودکی موجب ارضای نیازهای عاطفی - روانی کودک می‌شود. این افراد، با تجربه روابط منطقی و قابل پیش‌بینی، کمتر دچار انحرافات شخصیتی می‌شوند و مهارت‌های گوناگونی را که لازمه برقراری روابط سالم بین فردی و اجتماعی است می‌آموزند و با داشتن حس تعلق و وابستگی، کمتر احساس تنهایی و انزوا نموده به دامن اعتیاد کشیده نمی‌شوند.

• هشیاری و حمایت خانواده، مدرسه و اطرافیان: هشیاری و آگاهی والدین از خطر مصرف مواد مخدر و احتمال اعتیاد فرزندان، کنترل و مراقبت کافی و تأمین حمایت و راهنمایی لازم از طرف خانواده، مدرسه، اطرافیان و دوستان سالم و صمیمی، به هنگام نیاز، احتمال مصرف مواد و یا سوءمصرف و اعتیاد را کاهش می‌دهد.

- ضدارزش بودن مصرف مواد: در محیط‌ها و جوامعی که به وضوح هرگونه مصرف مواد نهی می‌شود و اعتبار و موقعیت فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی افراد مصرف‌کننده تنزل می‌یابد، نگرش منفی افراد به مواد به کاهش شیوع اعتیاد می‌انجامد.
- دسترسی به خدمات: دسترسی به خدمات حمایتی (هنگام بروز مشکلاتی مانند بی‌سرپرستی و از دست دادن شغل)، خدمات مشاوره‌ای (هنگام بروز مشکلات عاطفی یا اتخاذ تصمیمات مهم) و خدمات درمانی (برای بیمارانی که تمایل به ترک اعتیاد دارند)، موجب می‌شود تا عوامل مخاطره‌آمیزی که فرد ممکن است در طی زندگی با آنها روبرو شود، تشدید نشده و یا ازمان نیابند.
- عدم دسترسی به مواد: هر قدر مواد در محیط زندگی فرد نایاب‌تر و یا گران‌تر باشد، احتمال مواجهه و مصرف کاهش می‌یابد.

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

## مواد

شناسایی ابزار مصرف مواد، شکل مواد و شیوه‌های مصرف آنها هدف از آشنایی با ابزار مصرف مواد، افزایش توانایی در شناسایی مبتلایان احتمالی به اعتیاد در محیط زندگی و منطقه تحت پوشش شماست. همچنین آموزش این موارد به والدین، برای هشیاری بیشتر آنان و تشخیص زودهنگام مصرف مواد توسط فرزندانشان اهمیت دارد روشهای مصرف مواد کاملاً تابع فرد و شرایط محیطی است. این روشها متعدد هستند و معمولاً از وسایل بسیار ساده و در دسترس که به طور طبیعی در همه جا وجود دارد استفاده می شود.

ابزارهایی که وجود آنها حاکی از مصرف مواد می باشند عبارتند از :

- وافور، قلیان، چپق، پیپ، انبر کوچک؛
- سیخ، میله، سنجاق باز شده و سوزنهایی که سر آن سیاه شده باشد؛
- قوطی کنسرو یا شیشهٔ مربا که در آن سوراخ باشد و یا قوطی روغن یکلیتری که بالای آن تنگ شده باشد؛
- هویج یا سیب زمینی که شبیه پیپ سوراخ شده باشد؛
- سرنگ های مستعمل، قطره چکان؛
- زرورق پاکت سیگار که باز و پهن شده باشد، اسکناسهای لوله شده؛
- لوله های بطول حدود ۲۰ سانتیمتر از جنس های مختلف به ویژه کاغذ، مقوا، چوب، نی، لوله های حصیری و لولهٔ خودکار؛
- قاشق غذاخوری و چای خوری سیاه شده؛
- تکه های پلاستیک و کاغذ در اندازه های حدود ۱۵ \* ۱۵ سانتی متر
- تکه های دستمال کاغذی، پنبه، اسفنج، فیلتر سیگار که گوشه های آن سوخته باشد؛
- وجود آب لیمو، جوهر لیمو، لیموترش، در اطاق یا محلهای غیر معمول؛
- بوکته های آمپول.

شکل مواد و شیوه‌های مصرف

مواد افیونی:

• تریاک

تریاک از گیاه خشخاش به دست می‌آید. منشأ هروئین، کدئین و مرفین نیز از همین ماده است.

رنگ و شکل: تریاک معمولاً به رنگ قهوه‌ای سیر و دارای قوامی خمیری است که بویی شبیه به آمونیاک یا ادرار مانده داده و هنگام سوختن بوی خاصی شبیه چسب دوقلو می‌دهد. بسته‌بندی آن به صورت لول، حبه‌قند و یا کیک می‌باشد.

سوخته تریاک: پس از مصرف تدخینی (کشیدن) تریاک ماده‌ای به رنگ قهوه‌ای سوخته و براق به دست می‌آید که “سوخته” نام دارد. گاهی آن را در آب حل کرده و به صورت شربت بنفش رنگی مصرف می‌کنند.

شیره تریاک: سوخته تریاک را در آب حل می‌کنند و می‌جوشانند. سپس آن را از صافی عبور می‌دهند. آنچه باقی می‌ماند “تفاله” نام دارد. محلول حاصل را مجدداً حرارت می‌دهند. با این کار ماده خمیری و سفت و غلیظی به رنگ قهوه‌ای روشن

به دست می‌آید که “شیره” نام دارد.

روش های مصرف:

۱- تدخین (دودکردن): ابزارهای مورد استفاده برای تدخین عبارتند از: منقل، وافور، چپق، نگاری (وسیله ای شبیه چپق که برای مصرف شیره بکارمی رود)، قلیان، ذغال های نیمه سوخته، سیخ، میله و سنجاق باز شده ای که سر آن سیاه شده باشد. در روش سیخ و سنگ، سرسیخ را داغ کرده با سنجاق، تریاک را بر روی آن می گذارند و با لوله ای دود حاصل را وارد ریه ها می کنند.

۲- خوردن: این روش را بیشتر، افرادی که بیماری جسمی دارند یا مدت طولانی از روش تدخین استفاده کرده اند، به کار می برند. تریاک را معمولاً بعد از غذا می خورند. در این روش مصرف، وسیله و اثری دال بر مصرف وجود ندارد.

۳- تزریق: در این روش، تریاک را در آب حل کرده و در یک قاشق می ریزند و آن را کمی حرارت می دهند. سپس آن را روی تکه پنبه یا اسفنج می ریزند و با سرنگ می کشند و داخل ورید تزریق می کنند. معمولاً معتادان بی بضاعت از این روش استفاده می کنند. وجود سرنگ های کهنه و چندبار مصرف شده، قاشق سیاه شده، تکه های پنبه یا اسفنج، علامت مصرف تزریقی ماده است.

• هروئین:

یکی از مشتقات نیمه مصنوعی مرفین است. هروئین پودر بسیار نرم و سفیدرنگی است که اشکال بسیار ناخالص آن قهوه ای رنگی می باشد. هروئین را در تکه های پلاستیک به شکل مخروطی بسته بندی می کنند و سر آن را با آتش می بندند. در این



حالت آب در آن نفوذ نمی کند و در مواقع خطر می توانند آن را بلعند و پس از دفع از آن استفاده کنند. وزن بسته های هروئین ۵ سانتی گرمی، ربعی (۱/۴ گرم)، ۲/۵ و ۵ گرمی است. هروئین موجود در بازار معمولاً ۵ تا ۱۰ درصد هروئین دارد و بقیه آن شیرخشک، پودر بیکربنات و پودر گلوکز است.  
روش های مصرف:

۱- تدخین: در این روش، هروئین را روی زرورق سیگار می ریزند و از زیر با دستمال کاغذی لوله شده و یا تکه های مقوای باریک که با کبریت آتش زده شده باشد، کمی حرارت می دهند و دود حاصل را از راه دهان بالا می کشند. گاهی هروئین را با باریتورات ترکیب نموده و تدخین می کنند که به نام “شکار اژدها” معروف است. وجود تکه های دستمال کاغذی لوله شده نیمه سوخته یا تکه های باریک مقوا و یا زرورقی که رویه آلومینیومی آن سیاه شده باشد علامت مصرف تدخینی هروئین است.

۲- استنشاق (دماغی): در این روش که معمولاً توسط معتادان غیر حرفه ای مورد استفاده قرار می گیرد، هروئین را روی کاغذ صافی می ریزند و با استفاده از اسکناس لوله شده آن را از طریق بینی بالا می کشند.

۳- تزریق: در این روش، هروئین را با آب لیمو، جوهر لیمو، یا قرص ویتامین C در قاشق حل کرده و کمی حرارت می دهند. سپس از طریق سرنگ به زیر جلد یا داخل ورید تزریق می کنند.

• کدئین:

ماده سفیدرنگی است که به صورت قرص‌های خالص یا به صورت ترکیب با استامینوفن، آسپرین یا شربت‌ها ضد سرفه مورد استفاده معتادان قرار می‌گیرد. مصرف مکرر و بدون دلیل و یا بهانه‌های بی‌مورد قرص‌های آسپرین کدئین یا استامینوفن کدئین نشانه‌ای از اعتیاد به مواد می‌باشد.

• مرفین:

پودر سفید یا کرم (و گاهی به رنگ قرمز آجری)، تلخ مزه و بی‌بو است. این ماده در حالت خالص نرم یا ورقه‌ای و به رنگ سفید تا زرد کم‌رنگ می‌باشد. مرفین به صورت آمپول‌های ۱۰ و ۲۰ میلی‌گرمی مورد مصرف پزشکی قرار می‌گیرد. به صورت زیرجلدی، داخل عضلانی و داخل وریدی مصرف می‌شود.

حشیش:

از سرشاخه‌های گیاه شاهدانه که بوته‌ای شبیه به گزنه است به دست می‌آید.

• حشیش: ماده‌ای به رنگ سبز خاکستری و گاهی قهوه‌ای مایل به سبز با قوامی سفت است.

روش‌های مصرف:

۱- تدخین: معمولاً حشیش را گرم می‌کنند تا بصورت پودر درآید و سپس آن را با توتون سیگار مخلوط می‌کنند و درون کاغذ سیگار می‌ریزند و می‌کشند.

۲- خوردن: حشیش را با شیرینی یا نوشابه مخلوط می کنند و آن را می خورند،  
می جووند یا می نوشند.

- ماری جوانا: ماده ای شبیه توتون، سبزرنگ و زبر است که به روش تدخینی مصرف می شوند.
- چرس، گانجا، بنگ و روغن حشیش سایر موادی هستند که از شاهدانه به دست می آیند.

مواد استنشاقی:

عمده این مواد عبارتند از: چسب، بنزین، مایع سوخت فندک، تینرهای نقاشی، اتر،  
مایع خشک شویی.

روش مصرف: برای استعمال برخی از این مواد ابتدا یک دستمال یا تکه ای پارچه را  
به آن آغشته نموده سپس آن را در مقابل دهان یا بینی گرفته استنشاق می نمایند. برخی  
دیگر از این مواد مستقیماً از ظرف مربوطه استنشاق می شوند.

کوکائین:

ماده بلوری سفیدرنگی است که از برگ های گیاه کوکا به دست می آید.

روش های مصرف: استنشاقی و تدخینی

مواد توهم زا:

یکی از مهم ترین این مواد L . S . D است که به اشکال مختلف مانند قرص نقره‌ای خاکستری رنگ، پودر سفیدرنگ، کپسول و مایع صاف و روشن و بدون رنگ و بو یافت می‌شود.

روش مصرف: معمولاً گرد یا مایع آن را روی حبه قند می‌ریزند و می‌خورند.

فن سیکلیدین (P . C . P) :

به صورت پودر کریستالی به رنگ‌های مختلف و یا مایع دیده می‌شود.  
روش‌های مصرف: تزریقی، خوراکی، استنشاقی و تدخینی (به وسیله سیگار دست پیچ یا پیپ)

داروهایی که مصرف پزشکی دارند:

برخی از داروهایی که برای درمان بیماری‌ها تجویز می‌گردند. در صورت مصرف نابجا می‌توانند اعتیادآور باشند. عمده ترین این داروها عبارتند از:

- داروهای مسکن-خواب آور مانند بنزودیازپین‌ها (دiazepam، کلردiazپوکساید، اکسازپام و ...)
- و باربیتوراتها (فنوباریتال، سکوباریتال، آموباریتال، پنتوباریتال و ...)
- قرص‌های ضددرد مانند استامینوفن کدئین، آسپرین کدئین و شربت‌های ضدسرفه و خلط آور حاوی کدئین
- آفتامین‌ها
- قرص‌های دی فنوکسیلات
- قرص‌های بیپریدین (آرتان)

## مواد افیونی

مواد افیونی از گیاه خشخاش (*Papaver Somniferum*) به دست می‌آیند و تضعیف‌کننده سیستم عصبی مرکزی می‌باشند. مهمترین انواع مواد افیونی عبارتند از: تریاک، شیره و سوخته تریاک، کدئین، هروئین، مرفین، مپریدین، و متادون. در ایران اعتیاد به مواد افیونی شایع‌ترین انواع اعتیاد به مواد غیرقانونی را تشکیل می‌دهد.

آثار مصرفی مواد افیونی:

آثار مصرف مواد افیونی تا ۸ ساعت پس از مصرف باقی می‌ماند.

- تغییرات رفتاری یا روانی (ابتدا سرخوشی و سپس بی‌تفاوتی، کج خلقی و پرخاشگری، بی‌قراری یا کندی و اختلال قضاوت)
- تهوع و استفراغ
- کاهش احساس درد
- احساس گرما، گرگرفتن و خارش بینی
- سنگینی دست و پا و رخوت
- خشکی دهان
- کاهش فشار خون
- انقباض مردمک
- انقباض عضلات صاف حالب و مجاری صفراوی
- افت عملکرد شغلی و اجتماعی

عوارض مصرف طولانی مواد افیونی:

- اعتیاد (مواد افیونی به شدت اعتیادآورند و تنها با چندبار مصرف نسبت به آنها وابستگی و تحمل ایجاد می شود)
- بیوست مزمن
- تیره شدن رنگ پوست
- کاهش میل جنسی و اختلال نعوظ در مردان
- بهم خوردن دوره های قاعدگی در زنان
- کاهش وزن و سوء تغذیه
- پایین آمدن سطح سلامتی بعلت بی توجهی به وضعیت بهداشتی و مراقبت های فردی
- تغییر ساعات خواب و بیداری، خواب آلودگی و چرت زدن در طول روز
- افسردگی
- عوارض تزریق وریدی (آبسه، عفونتهای پوست، اندوکاردیت، کزاز، ایدز و هپاتیت B و انتقال به دیگران)

علائم مسمومیت (Overdose) با مواد افیونی:

- |                      |                     |
|----------------------|---------------------|
| کاهش تعداد ضربان قلب | انقباض شدید مردمک   |
| ضعف شدید تنفس        | اختلال توجه و حافظه |

دلیریوم افت فشار خون

کاهش درجه حرارت بدن اغماء

در برخورد با سه علامت مهم " اغماء، مردمک‌های ته‌سنجاقی، ضعف تنفسی " حتماً باید تشخیص مسمومیت با مواد افیونی را به عنوان اولین تشخیص در نظر داشت.

درمان مسمومیت با مواد افیونی:

• بازکردن راه‌های هوایی

• کنترل علائم حیاتی

• تجویز وریدی Naloxone

۰/۴ میلی گرم نالوکسان را به صورت وریدی تزریق نمایید. در صورت عدم بهبود

بیمار، هر ۵ تا ۱۰ دقیقه یکبار تزریق را تکرار کنید. می‌توانید این کار را ۴ تا ۵ بار

تکرار نمایید. اغلب بیماران به درمان پاسخ می‌دهند اما چون نیمه عمر نالوکسان کوتاه

است بیمار پس از ۴ تا ۵ ساعت به حالت نیمه اغما برمی‌گردد، لذا تحت نظر گرفتن

دقیق بیمار ضروری است. بدیهی است سایر علل اغماء نیز همیشه باید مدنظر باشد،

به‌ویژه اگر بیمار به درمان با نالوکسان پاسخ ندهد.

علایم ترک مواد افیونی:

علایم ترک در کسانی به وجود می آید که ۱ تا ۲ هفته به طور مستمر از مواد افیونی استفاده کرده باشند. این علایم ۶ تا ۸ ساعت پس از آخرین مصرف تریاک، هروئین یا مرفین ظاهر می شوند، معمولاً روز دوم یا سوم به اوج شدت می رسند و ۷ تا ۱۱ روز بعد از ترک فروکش می کنند. این علایم عبارتند از:

- بی قراری، تحریک پذیری، افسردگی و بی خوابی
- کرامپ عضلانی و درد استخوانی
- آبریزی از چشم و بینی
- دل پیچه و اسهال
- سیخ شدن موهای بدن
- خمیازه، سسکه، عطسه
- اتساع مردمکها
- بی نظمی درجه حرارت بدن (تب، هیپوترمی)، احساس سرما و لرز
- تمایل شدید به مصرف مجدد (Craving)

این علائم پس از چند روز فروکش می کنند، اما بیقراری، تحریک پذیری، پرخاشگری، اختلال خواب، افسردگی و بخصوص اشتیاق برای مصرف مواد افیونی تا ماهها پس از ترک ممکن است باقی بمانند.



مواد افیونی

مواد افیونی کدامند؟

تریاک، شیره و سوخته تریاک، کدئین، هروئین و مرفین انواعی از مواد افیونی هستند که از گیاه خشخاش به دست می آیند. در ایران مواد افیونی شایع ترین مواد غیرقانونی مورد مصرف می باشند.

آثار مصرف مواد افیونی:

- ابتدا احساس لذت و سرخوشی و سپس کج خلقی و افسردگی
- احساس گرما و گل انداختن صورت
- تنگ شدن مردمک چشمها
- گیجی و رخوت
- تهوع و استفراغ
- ضعیف شدن تنفس
- اغما و مرگ در اثر مصرف مقادیر زیاد مواد

عوارض مصرف طولانی مواد افیونی:

- اعتیاد (مواد افیونی به شدت اعتیادآورند و معمولاً پس از چندبار مصرف وابستگی ایجاد می کنند)
- بیوست
- تیره شدن پوست
- کاهش میل جنسی در مردان
- نامرتب شدن قاعدگی در زنان
- بی توجهی به وضعیت بهداشتی و سلامتی
- کاهش وزن
- چرت زدن دائمی
- افسردگی
- عفونتهای خطرناک مثل ایدز، عفونت کبدی و کزاز در اثر تزریق

علائم ترک مواد افیونی

وقتی فردی به مواد افیونی معتاد شد، قطع ناگهانی مصرف آنها باعث بروز علائم ناخوشایندی می شود که ۶ تا ۸ ساعت پس از آخرین بار مصرف ظاهر شده و تا ۱۰ روز باقی می ماند. اوج شدت این علائم روزهای دوم و سوم پس از قطع است. این علائم عبارتند از:

- درد استخوانی و عضلانی
- دل پیچه و اسهال
- آبریزش از چشم و بینی
- عطسه، سسکسه و خمیازه
- سیخ شدن موها بدن و احساس سرما و لرز
- بی قراری
- بی خوابی
- عصبانیت و پرخاشگری

این علائم پس از چند روز رفع می شوند، اما اشتیاق به مصرف مواد تا چند ماه باقی می ماند و همین اشتیاق ممکن است سبب مصرف مجدد شود.

درمان دارویی وابستگی به مواد افیونی:

گرچه علائم ترک مواد افیونی ناراحت کننده هستند ولی معمولاً خطرناک نبوده و عارضه شديدي ندارند، ولأی در مواردی که بیمار به مصرف هروئین یا مرفین معتاد است و یا دچار بیماری قلبی می باشد، برای ترک مواد باید حتماً به پزشک ارجاع داده شود.

- کلونیدین: برای درمان علائم ناشی از ترک مواد افیونی از دارویی به نام کلونیدین استفاده می شود. ازن دارو در اصل یک داروی ضد فشار خون است. ولی باید دانست که کلونیدین علاوه بر اثرات ضد فشار خون، تاثیر خوبی در کاهش اغلب علائم ناشی از ترک و مواد افیونی (از جمله تهوع، استفراغ، اسهال، دردهای شکمی و تعریق) دارد. بعضی از بیماران به مصرف کلونیدین حساسند و ممکن است در اثر مصرف آن دچار کاهش شدید فشار خون شوند.

این دارو توسط پزشک برای بیمار تجویز می گردد. دوره سم زدایی با کلونیدین ۷ تا ۱۰ روز به طول می انجامد. در طی این مدت بیمار بایستی در منزل استراحت نماید. در دوره سم زدایی هر دو روز یکبار فشار خون بیمار را کنترل نمایید و در صورتی که فشار خون پایتتر از ۸۵/۵۵ بود، بیمار را به پزشک ارجاع دهید.

- آمی تریپتیلین: یک داروی ضد افسردگی است که به عنوان داروی کمکی در ترک مواد افیونی تجویز می شود.
- ممکن است پزشک بنا به شرایط بیمار داروهای دیگری را نیز تجویز نماید.

## درمان دارویی

وابستگی به مواد افیونی

احتیاطات اولیه

- ۱- از بیمار شرح حال دقیقی (بخصوص در زمینه سابقه بیماریها و داروهای مصرفی) تهیه نموده و معاینه فیزیکی کامل به عمل می آورید.
- ۲- در مورد بیماران بالای ۵۰ سال و یا احتمال وجود بیماری قلبی یا کلیوی (در مورد مصرف کلونیدین و آمی تریپتیلین) و بیماری کبدی (در مورد مصرف آمی تریپتیلین)، قبل از شروع به درما با متخصص مربوطه مشاوره نمایید.
- ۳- در خانمهای باردار به هیچوجه از کلونیدین استفاده نکنید.
- ۴- از تجویز داروهایی که احتمال سوءمصرف آنها توسط بیمار زیاداست (مثل باربیتوراتها، بنزودیازپینها، دیفنوکسیلات، داروهای حاوی کدئین) و یا داروهایی که معمولاً نیازی به مصرف آنها وجود ندارد (و اغلب بیماران اصرار به مصرف آن دارند مثل آمپولهای B-12 و B-complex) جداً خودداری نمایید.

### ۱- سمزدایی با کلونیدین

کلونیدین یک داروی ضد فشار خون است که تهوع، استفراغ، اسهال، کرامپها و تعریق ناشی از ترک اوپیوئیدها را از بین می برد ولی تأثیر ناچیزی در کاهش دردهای عضلانی، بیخوابی و ولع مصرف دارد. علاوه بر این، اثر سداتیوکلونیدین در کاهش علائم ترک

کمک زیادی می نمایند. بعضی از بیماران به مصرف کلونیدین بسیار حساسند و حتی با مقادیر جزیی، دچار کاهش شدید فشار خون می گردند.

موارد منع مصرف کلونیدین شامل اختلالات حاد یا مزمن قلبی، کلیوی، متابولیک و کاهش فشار خون متوسط تا شدید می باشد.

• الف- قبل از تجویز دارو

۱- فشار خون بیمار را کنترل نمایید. در صورتی که فشار خون کمتر از ۸۵/۵۵ باشد، درمان با کلونیدین ممنوع است.

۲- قبل از تجویز کلونیدین، علایم ترک و مدت زمان آن (۷ تا ۱۰ روز) را به بیمار گوشزد نمایید. بیمار را از این نکته که کلونیدین باعث تخفیف علایم (بخصوص تهوع، استفراغ، اسهال، انقباض های شکمی و تعریق) می شود، اما نمی تواند همه علایم (از جمله دردهای عضلانی، بیخوابی و ولع برای مصرف ماده اوپیوئیدی) را از بین ببرد، مطلع نمایید.

۳- با توجه به خطرات مصرف همزمان کلونیدین با سایر داروها و مواد مثل الکل، داروهای مسکن-خواب آور (باربیتوراتها و ...)، مهارکننده های مونوآمین اکسیداز، دیورتیکها یا سایر داروهای ضد فشارخون، کنترل لازم را بعمل آورید.

۴- از بیمار بخواهید که همزمان با شروع درمان، ماده اوپیوئیدی مورد مصرف را قطع نماید.

۵- به بیمار توصیه کنید در دوره سم زدایی در منزل استراحت نماید.

• ب- تجویز کلونیدین

۱- درمان با کلونیدین را با یک دوز آزمایشی به مقدار ۰/۱ میلی گرم (خوراکی) آغاز کنید و یک ساعت بعد فشار خون بیمار را مجدداً اندازه گیری نمایید. در صورت عدم افت فشارخون (به پایین تر از ۸۵/۵۵) ادامه درمان با کلونیدین به منظور سم زدایی بلامانع است.

۲- کلونیدین را با دوز ۰/۲ میلی گرم سه بار در روز (خوراکی) تجویز نمایید.

۳- همزمان با شروع مصرف کلونیدین، از آمی تریپتیلین (به شرحی که در قسمت مربوطه آمده است) استفاده کنید.

• ج- در جریان درمان

۱- در طول دوره درمان، مقدار دارو را برحسب شدت علائم بازگیری و میزان کاهش فشار خون تنظیم نمایید. در صورت شدید بودن علائم بازگیری و عدم افت شدید فشار خون، دوز دارو را تا ۱ میلی گرم در روز در دوز منقسم افزایش دهید.

۲- کنترل فشارخون هر دو روز یکبار ضروری است.

۳- با توجه به خطر افراط در مصرف کلونیدین، هر بار فقط مقدار داروی مورد نیاز برای مصرف دو روز را به بیمار تحویل نمایید.

۴- در صورت افت فشار خون (به پایین تر از ۸۵/۵۵) از تجویز دوز بعدی دارو خودداری کنید و سپس تدریجاً دارو را کاهش داده، قطع کنید.

۵- با توجه به اینکه عوارض جانبی مصرف کلونیدین معمولاً گذرا و وابسته به دوز هستند، در صورت بروز این گونه عوارض (یبوست، احساس سبکی در سر، حالت تسکین، خواب‌آلودگی، خشکی دهان و چشم، ...) دوز دارو را مختصری کاهش دهید.

• د- ختم درمان

۱- درمان با کلونیدین را حداکثر به مدت ۱۰ روز ادامه دهید.

۲- کلونیدین را تدریجاً و ظرف ۲ تا ۴ روز قطع نمایید.

۲- سایر داروها

• الف- داروهای ضد افسردگی سه حلقه‌ای

۱- همزمان با شروع مصرف کلونیدین جهت سم‌زدایی، درمان با آمی‌تریپتیلین را آغاز کنید. دارو را به مقدار ۷۵ میلی‌گرم در روز تجویز نموده و بر حسب نیاز مقدار آن را تدریجاً تا ۱۵۰ میلی‌گرم بالا ببرید. مصرف توأم این دو دارو احتمال سقوط فشار خون ناشی از کلونیدین را کاهش می‌دهد و باعث تخفیف برخی از علائم ناشی از بارگیری (مثل اضطراب و بیخوابی و ...) می‌گردد.

۲- در صورتی که بیمار دچار بیخوابی است، ۱/۲ دوز مصرفی دارو را شب، هنگام خواب، تجویز نمایید.

۳- با توجه به خطر افراط در مصرف آمی‌تریپتیلین هر بار فقط مقدار داروی مورد نیاز برای مصرف چهار روز بیمار تحویل نمایید.



۴- در صورت وجود اختلالات کبدی و کلیوی و سابقه بیماری روانی به جز

افسردگی، تجویز آمی تریپتیلین بایستی زیر نظر پزشک متخصص صورت گیرد.

• ب- داروهای ضد درد غیر مخدر

در صورت وجود دردهای شدید عضلانی- استخوانی، بخصوص در طی دوره

بازگیری، از آسپرین به مقدار ۳۲۵ تا ۶۵۰ میلی گرم هر چهار ساعت، یا ایبوپروفن به

مقدار ۲۰۰۰ تا ۸۰۰ میلی گرم سه تا چهار بار در روز استفاده نمایید.

• ج- داروهای آنتی هیستامینی

در صورت وجود بی قراری یا بی خوابی، بخصوص در طی دوره بازگیری،

دیفن هیدرامین به مقدار ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم هر ۴ تا ۶ ساعت یا ۵۰ میلی گرم برای

درمان بی خوابی به هنگام خواب، یا هیدروکسی زین به مقدار ۲۵ تا ۱۰۰ میلی گرم سه

تا چهار بار در روز تجویز نمایید.

حشیش

حشیش چیست؟

از گیاه شاهدانه هندی مواد مختلفی به دست می آید که به نام های حشیش، ماری جوانا، علف، بنگ، گراس و جوینت شناخته می شوند.

آثار مصرفی حشیش:

- تغییر در درک رنگ و صدا
- افزایش اشتها
- تندشدن ضربان قلب
- قرمزی چشمها
- اختلال حافظه، گیجی و بی توجهی به اطراف
- بهم خوردن تعادل حرکتی
- علایم روانی شدید مثل شنیدن صداهای غیرواقعی، صحبت های نامربوط، رفتارهای غیرعادی، اضطراب و افسردگی

عوارض مصرف طولانی حشیش:

- بیماریهای تنفسی مزمن و سرطان ریه
- نازایی در زن و عقیمی در مرد
- ازبین رفتن سلولهای مغزی (پوک شدن مغز)
- تشنج
- اختلال روانی شدید و پایدار
- کم شدن علاقه و انگیزه برای زندگی، شغل و روابط اجتماعی و خانوادگی

آیا حشیش اعتیادآور است؟

بلی.

برخلاف عقیده رایج بین مردم که فکر می کنند حشیش باعث اعتیاد نمی شود،  
“ حشیش اعتیادآور است “. کسی که مدتی حشیش مصرف کند، به راحتی قادر به  
ترک مصرف آن نخواهد بود و در صورت مصرف نکردن دچار علائمی مثل  
اضطراب، بی قراری، بی خوابی، درد عضلانی، اسهال، تهوع و استفراغ می شود. از همه  
مهم تر اینکه ترک حشیش به علت فشار روانی شدید و احساس اشتیاق فراوان برای  
مصرف بسیار مشکل است و مصرف کنندگان باید بدانند که در صورت یکی دوبار  
مصرف کردن حشیش ممکن است به آن معتاد شوند.

حشیش

حشیش نام اختصاری گیاه شاهدانه هندی (Cannabis Sativa) است. مهم‌ترین ماده مؤثر آن  $\Delta$  - 9 Tetrahydrocannabinol است که در سیستم عصبی مرکزی فعال است.

حشیش به نامهای ماری‌جوانا، جوینت، بنگ، گراس، علف و مری‌جین نیز معروف است. حشیش ممکن است از قسمتهای مختلف گیاه تهیه شود که میزان  $\Delta$  - 9 T. H. C آنها متفاوت است.

آثار مصرف حشیش:

آثار مصرف حشیش بستگی به قدرت و نوع ماده مصرفی، روش و مقدار مصرف، موقعیت و انتظارات فرد مصرف‌کننده دارد. در صورت تدخین، آثار آن فوراً ظاهر شده و ۳ تا ۴ ساعت باقی می‌ماند و اگر به صورت خوراکی مصرف شود آثار آن دیرتر ظاهر شده و ممکن است تا ۲۴ ساعت باقی بماند. این آثار عبارتند از:

- تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی و خنده خودبه‌خود؛ درک قوی‌تر رنگ، صدا و موسیقی؛ احساس کند شدن گذر زمان؛ اختلال توجه، تمرکز، حافظه و قضاوت؛

اضطراب و افسردگی؛ علایم سایکوتیک مثل توهم و هذیان)

- افزایش اشتها
- قرمز شدن چشمها
- عدم تعادل حرکتی
- افزایش ضربان قلب

عوارض مصرف طولانی حشیش:

- اعتیاد (برخلاف عقیده رایج بین مردم درباره اعتیادآور نبودن یا سهولت ترک حشیش، باید دانست که حشیش سبب وابستگی جسمی و روانی و احساس ولع شدید برای مصرف (craving) می شود)
- گرایش به سوی مواد خطرناک تر (مصرف کنندگان هروئین، تریاک و کوکائین غالباً اعتیاد را با حشیش آغاز کرده اند)
- التهاب و انسداد مزمن مجاری تنفسی
- عفونتهای ریوی و سرطان ریوی
- کاهش تعداد و فعالیت اسپرمها
- اختلال در سیکل قاعدگی و ایجاد سیکل های بدون تخمک گذاری
- کاهش وزن و ایجاد نقایص مادرزادی در جنین
- آتروفی مغزی و تشنج
- اختلالات روانی شدید و پایدار مانند سایکوز و دلیریوم
- سندرم بی انگیزگی (Amotivational Syndrome) (مصرف طولانی حشیش سبب بی انگیزگی، ناامیدی، بی تفاوتی و بی مسئولیتی در مقابل امور جاری زندگی می شود. این حالت سبب از دست دادن دوستان، خانواده و شغل فرد می گردد).

علائم ترک حشیش:

سندرم ترک حشیش در کسانی دیده می شود که پس از مصرف درازمدت مقادیر زیاد، اقدام به قطع ناگهانی مصرف می کنند. این علائم چند ساعت پس از آخرین مصرف شروع می شود، در عرض ۸ ساعت به اوج می رسد و تا ۳ - ۲ روز باقی می ماند. این علائم عبارتند از:

- تحریک پذیری، بی قراری و اضطراب
- اختلال خواب و بی اشتها
- تعریق و لرزش
- اسهال، تهوع و استفراغ
- دردهای عضلانی
- افزایش درجه حرارت بدن

درمان طبی وابستگی به حشیش:

درمان دارویی اختصاص برای ترک حشیش وجود ندارد. در بعضی از بیماران استفاده از داروهای ضداضطراب جهت رفع علائم ناشی از ترک مفید است.

## الکل

“الکل” یکی از شایع ترین مواد مورد سوء مصرف در دنیاست.

### آثار مصرف الکل:

- رفتارهای نامناسب، پرحرفی یا کم حرفی، بی ربط حرف زدن، معاشرتی شدن یا گوشه گیری، پرخاشگری
- ناتوانی در انجام حرکات دقیق و ظریف
- تلوتلو خوردن به هنگام راه رفتن
- اشکال در به خاطر سپاری وقایع

### عوارض مصرف طولانی الکل:

- اختلال خواب
  - بیماری های معده (مثل زخم معده)، مری، کبد، لوزالمعده
  - سوء تغذیه
  - افزایش فشار خون و خطر سکته های قلبی و مغزی
  - ضعف عضلانی
  - ناتوانی جنسی و تأخیر در انزال
  - افزایش خطر سرطان های سروگردن و دستگاه گوارش
  - ابتلاء به فراموشی
- برای جلوگیری از ایجاد فراموشی ناشی از مصرف طولانی الکل، هر فرد الکلی باید روزانه ۱۰۰ میلی گرم تیامین (ویتامین B 1) دریافت کند.

علائم ترک الکل:

چنانچه فردی پس از مصرف طولانی و زیاد الکل، ناگهان آن را قطع کند و یا مقدار

مصرف آن را کاهش دهد دچار علائم ترک می گردد. این علائم عبارتند از:

- تعریق
- افزایش ضربان قلب
- لرزش شدید دستها
- بی خوابی
- تهوع و استفراغ
- توهمات شنوایی یا بینایی (شنیدن صداها یا چیزهایی که وجود ندارند)
- هیجانات شدید
- اضطراب
- تشنج

بیمارانی که دچار علائم ترک الکل می شوند باید سریعاً تحت نظر پزشک قرار گرفته و

مداوا شوند در غیر اینصورت خطر مرگ بیمار را تهدید می کند.



## الکل Alcohol

الکل یکی از شایعترین مواد مورد سوء مصرف در دنیا است. سوء مصرف و وابستگی به الکل اغلب با عنوان "الکلسم" نامیده می شود. الکل تضعیف کننده سیستم عصبی مرکزی است. الکل گیرنده اختصاصی در سیستم عصبی مرکزی ندارد و فعالیت آن از طریق مداخله در سیستم های غشاء نوروئی است.

آثار مصرف الکل:

آثار الکل ۳۰ تا ۹۰ دقیقه پس از مصرف ظاهر می شوند. آثار مصرف الکل به ترتیب زیر با افزایش غلظت خونی آن پدید می آید:

- تغییرات رفتاری یا روانی (پرحرفی، پرخاشگری یا رفتارهای نامناسب جنسی، تغییرات خلقی، اختلال در قضاوت و برداشته شدن مهارها)
- حرف زدن مستانه
- اختلال تعادل و از بین رفتن ظرافت حرکتی
- نیستاگموس
- اختلال در توجه یا حافظه
- اختلال در عملکرد شغلی و اجتماعی

عوارض مصرف طولانی الکل:

- اختلال خواب
- کبد چرب، سیروز کبدی و نارسایی کبدی
- التهاب مری، آکلریدری و زخم معده
- واریس مری و خونریزیهای شدید
- پانکراتیت، نارسایی و سرطان پانکراس
- سوءتغذیه، به ویژه کمبود ویتامینهای گروه B
- افزایش فشارخون، افزایش خطر انفارکتوسهای قلبی و مغزی
- ضعف عضلانی
- ناتوانی جنسی و تأخیر در انزال
- افزایش خطر سرطانهای سر و گردن و دستگاه گوارش
- توهمات شنوایی پایدار
- آنسفالوپاتی (سندرم ورنیکه)
- فراموشی پایدار (سندرم کورساکوف) و دمانس

علائم مسمومیت با الکل:

- اختلال شدید در هماهنگی حرکات و کنترل هیجانات
- کاهش سطح هوشیاری و اغماء
- مرگ در اثر ضعف تنفس و یا آسپیراسیون مواد استفراغی

درمان مسمومیت شدید با الکل:

۱- حمایت تنفسی مکانیکی در I. C. U.

۲- توجه به تعادل اسید - باز

۳- برقراری تعادل الکترولیتها

۴- توجه به حرارت بدن

برای جلوگیری از ایجاد فراموشی ناشی از الکل، هر فرد الکلی باید روزانه ۱۰۰

میلی گرم تیامی دریافت کند.

علائم ترک الکل:

وقتی مصرف طولانی مدت و زیاد الکل ناگهان قطع شود در طول چند ساعت تا چند روز علائم ترک بروز می کند.

- لرزش
- تحریک سیستم اتونوم (تعریق و تاکی کاردی)
- تهوع و استفراغ
- اضطراب و بی قراری
- اختلالات درکی (خطاهای حسی و توهمات گذرای بینایی، لامسه و شنوایی)
- تشنج
- دلیریوم (دلیریوم ترمنس در عرض ۷۲ ساعت تا یک هفته پس از قطع مصرف که می تواند منجر به مرگ بیمار شود)

درمان طبی وابستگی به الکل (درمان ترک الکل):

• در صورت بروز علائم ترک بدنبال قطع الکل انجام اقدامات درمانی ضروری است.

۱- هر ۲ تا ۴ ساعت یکبار، تا زمانی که دیگر خطری برای تشنج و دلیریوم وجود نداشته باشد، ۲۰ تا ۵۰ میلی گرم کلردیازپوکساید بصورت خوارکی تجویز نماید.

۲- در صورت بروز دلیریوم، همراه با صحبت کردن و اطمینان دادن به بیمار، هر ۴ ساعت ۵۰ تا ۱۰۰ میلی گرم کلردیازپوکساید تجویز کنید.

۳- از تجویز داروهای آنتی سایکوتیک بعلت افزایش خطر تشنج خودداری نمایید.

۴- استفاده از رژیم غذایی پرکالری و پرکربوهیدرات همراه با مولتی ویتامن را توصیه نماید.

### داروهای مسکن - خواب آور Sedative - Hypnotics

داروهای مسکن - خواب آور داروهایی هستند که ایجاد آرامش، رخوت و خواب آلودگی می کنند. مهم ترین آنها بنزودیازپین ها (مثل دیازپام، اکسازپام، لورازپام، فلورازپام و کلونازپام) و باربیتوراتها (مثل فنوباریتال، یکوباریتال و پنتوباریتال) هستند.

این داروها از طریق گیرنده GABA (گاما آمینوبوتیریک اسید) در بدن عمل می کنند. نسبت به این داروها تحمل پدید می آید و نیز تحجمل متقاطع بین این داروها و الکل وجود دارد. این دسته از مواد، وابستگی جسمانی و روانی ایجاد می کنند.

در طب این داروها بعنوان ضداضطراب، ضد تشنج، شل کننده عضلانی و کمک بیهوشی تجویز می شوند.

- داروهای مسکن - خواب آور اعتیاد آورند بنابراین نباید آنها را بیش از چند هفته تجویز نمود.

آثار مصرف داروهای مسکن - خواب آور:

آثار مصرف این داروها معمولاً چند ساعت تا یک روز باقی می ماند. این آثار عبارتند از:

- تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی مختصر، رفتار نامناسب جنسی، پرخاشگری، اختلالات درکی، اختلال قضاوت)
- گیجی و رخوت و خواب آلودگی
- شل شدن عضلات
- بهم خوردن تعادل
- اختلال عملکرد شغلی و اجتماعی

عوارض مصرف طولانی داروهای مسکن - خواب آور:

- افسردگی
- سردرد
- ناراحتی گوارشی
- آسیب کبدی
- اختلال حافظه

علائم مسمومیت با داروهای مسکن - خواب آور:

- گیجی و آتاکسی
- افت علائم حیاتی
- ضعیف شدن رفلکسها
- اغماء
- ایست قلبی تنفسی و مرگ

مصرف بنزودیازپینها به مقدار ۲۰۰ برابر دوز مؤثر و مصرف باربیتوراتها به مقدار ۳

تا ۳۰ برابر دوز مؤثر، کشنده است.

علایم ترک داروهای مسکن - خواب آور:

علایم ترک معمولاً از روز بعد از قطع دارو شروع شده، در طول یک هفته فروکش می کند. علایم ترک این داروها عبارتند از:

- افسردگی، اضطراب و بی قراری
- اختلال خواب
- بی اشتهايي و تهوع
- کاهش فشار خون
- افزایش درجه حرارت بدن
- تشنج
- دلیریوم
- اغماء و مرگ

این علایم بخصوص در قطع ناگهانی باریتوراتها پدید می آیند.

درمان مسمومیت با داروهای مسکن - خواب آور:

- ۱- تخلیه معده
- ۲- تجویز زغال فعال
- ۳- کنترل دقیق علایم حیاتی
- ۴- ایجاد استفراغ در بیماران هوشیار

۵- بازکردن یک راه وریدی و گذاشتن لوله تراشه و در صورت لزوم تنفس

مکانیکی (در بیماران در حال اغماء) و بستری نمودن بیمار در I. C. U.

درمان طبی وابستگی به داروهای مسکن - خواب آور:

۱- در مورد وابستگی به باربیتوراتها برای جلوگیری از مرگ ناشی از قطع ناگهانی،

ابتدا یک باربیتورات با اثر طولانی مدت مثل فنوباریتال را جایگزین داروهای با

اثر کوتاه مدت کنید و سپس بتدریج دارو را قطع نمایید. معمولاً هر ۳۰ میلی گرم

فنوباریتال را می توان به جای هر ۱۰۰ میلی گرم داروی کوتاه اثر تجویز کرد و

سپس مقدار مصرف را روزانه ۱۰ درصد کاهش داد.

۲- در مورد وابستگی به بنزودیازپینها، دارو را تدریجاً (۲۵٪ در هفته) کاهش دهید.



## آمفتامین ها Amphetmines

آمفتامی ها گروهی از داروها هستند که از نظر ساختمانی با ناقل های عصبی نوراپی نفرین، اپی نفری، و دوپامین مربوطند و به نام داروهای مقلد سمپاتیک یا محرک سیستم عصبی مرکزی نیز معروفند. این ترکیبات شامل متیل فنیدیت، دکتروآمفتامین، و مت آمفتامین هستند.

آمفتامی ها اغلب برای بهبود کارآیی، کاهش خواب و ایجاد سرخوشی مورد استفاده قرار می گیرند. معمولاً ورزشکاران، انشجویان و رانندگان مسافتهای طولانی، از این مواد استفاده می کنند. مصارف طبی آمفتامین ها شامل پرتحرکی کودکان، نارکولپسی، چاقی و برخی موارد افسردگی مقاوم به درمان است.

وابستگی روانی به آمفتامی ها ممکن است به سرعت ظاهر شود.

آثار مصرف آمفتامی ها:

آثار مصرف آمفتامین ها معمولاً یک تا دو روز طول می کشد. این آثار عبارتند از :

- تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی، اضطراب و بی قراری، عصبانیت، اختلال قضاوت)

- تاکی کاردی

- اتساع مردمک

- تغییرات فشارخون

- لرز

- تهوع و استفراغ

- اختلال عملکرد شغلی و اجتماعی

عوارض مصرف طولانی آمفتامینها:

- کاهش وزن
- ضایعات پوستی مزمن
- بروز سایکوز شبیه اسکیزوفرنیا
- اختلالات ایسکمیک قلبی

علائم مسمومیت با آمفتامینها:

- خونریزی مغزی در اثر افزایش شدید فشار خون
- شوک ناشی از افت شدید فشار خون
- افزایش شدید درجه حرارت بدن
- آریتمی قلبی
- دلیریوم
- تشنج
- اغماء و مرگ

علائم ترک آمفتامین‌ها:

علائم ترک در روز دوم تا چهارم بعد از قطع ماده به اوج خود رسیده در طول یک هفته فروکش می‌کند.

- خستگی و افسردگی
- اضطراب و بی‌قراری
- دیدن خواب‌های ناخوشایند
- اختلالات خواب
- افزایش اشتها
- تهییج یا کندی روانی - حرکتی

درمان مسمومیت با آمفتامین‌ها:

- کنترل فشارخون و درمان عوارض ناشی از افزایش یا کاهش شدید آن
- جلوگیری از تشنجات
- کنترل درجه حرارت بدن
- تجویز داروهای آنتی‌سایکوتیک (نظیر هالوپریدول) به هنگام بروز علائم

سایکوتیک یا رفتارهای خشونت‌آمیز

درمان طبی وابستگی به آمفتامین‌ها:

درمان دارویی اختصاص برای ترک آمفتامین‌ها وجود ندارد.

## مواد استنشاقی Ingalants

مواد استنشاقی شامل انواع حلالها، چسبها، رنگهای اسپری، تینر، مواد پاک کننده، لاک غلط گیری، بنزین و ... می باشند. به دلیل سهولت دسترسی، مصرف این مواد توسط نوجوانان نادر نیست. استنشاق این مواد از طریق بطری، قوطی، کیسه های پلاستیکی، پارچه آغشته به مواد یا اسپری صورت می گیرد. این مواد مضعف سیستم عصبی مرکزی هستند. نسبت به آثار این مواد تحمل ایجاد می شود، اما علایم ترک آنها خفیف است.

### آثار مصرف مواد استنشاقی:

مواد استنشاقی به سرعت از ریه ها جذب شده و به مغز می رسند. اثرات آنها چند دقیقه پس از مصرف ظاهر شده و بسته به نوع و مقدار ماده مصرفی ۳۰ دقیقه تا چند ساعت باقی می ماند. آثار مصرف این مواد عبارتند از:

- تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی و احساس خوشایند غوطه وری، خطاهای حسی و توهم شنوایی و بینایی، اختلال قضاوت، رفتارهای پرخاشگرانه و تکانه ای)
- تهوع و استفراغ
- تئورات پوستی اطراف دهان و بینی، بوی غیر معمول تنفس، بقایای ماده مصرفی روی صورت و لباسها و تحریک گلو و بینی
- اختلال تکلم، ضعف رفلکسها و آتاکسی
- استوپور و اغما و مرگ (در اثر مصرف مقادیر زیاد)

عوارض مصرف طولانی مواد استنشاقی:

- آسیبهای برگشتناپذیر کبدی و کلیوی
- آسیب عضلانی پایدار
- التهاب و خونریزی گوارشی
- عوارض مغزی (کاهش ضریب هوشی، صرع لوب تمپورال، آتروفی مغزی)
- عوارض قلبی و ریوی (درد سینه و اسپاسم برونش)
- آسیب جنینی در زنان باردار

## مواد توهم‌زا Halluciogens

مواد توهم‌زا دسته‌ای از مواد هستند که سبب ایجاد تغییراتی در خلق و ادراک می‌شوند. سردسته این گروه از مواد (L.S. D.) Lysergic Acid Diethylamidi است. تحمل نسبت به این داروها خیلی سریع و پس از ۳ تا ۴ روز مصرف مستمر پدید می‌آید. وابستگی جسمانی به توهم‌زها بوجود نمی‌آید و با قطع مصرف آنها علایم ترک ظاهر نمی‌شود، اما وابستگی روانی می‌تواند پدید آید.

آثار مصرف L. S.D. :

آثار L. S.D. دو ساعت پس از مصرف ظاهر شده و معمولاً ۸ تا ۱۴ ساعت دوام دارد.

این آثار عبارتند از:

- تغییرات رفتاری یا روانی (اضطراب، واکنش پانیک، ترس از دیوانگی، افسردگی، افکار پارانویید، اختلال قضاوت، رفتارهای خودآزارانه و حتی خودکشی)
- اختلال ادراکی (مسخ شخصیت، مسخ واقعیت، توهم، خطای حسی، حس آمیزی بصورت درآمیختن ادراکات مثل شنیدن رنگها یا دیدن صداها)
- تحریک سیستم اتونوم (لرزش، تعریق، تاکی کاردی)
- اختلال تعادل
- افت عملکرد شغلی و اجتماعی

درمان علائم روانی ناشی از مصرف L. S.D. :

- اطمینان دادن به بیمار که علایم به دلیل مصرف مواد ایجاد شده است؛

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

- تجویز آرام‌بخشهای ضعیف مثل دیازپام؛
- تجویز داروهای آنتی‌سایکوتیک مانند هالوپریدول در صورت شدیدبودن علائم.

عوارض مصرف طولانی L. S.D.:

- اختلالات روانی شدید و دیرپا (اضطراب و سایکوز)
- flashback (علائم ادراکی ناشی از مصرف بدون مصرف اخیر L. S.D.)

## کوکائین Cocaine

کوکائین یکی از اعتیادآورترین و خطرناکترین مواد مورد سوء مصرف است. این ماده از گیاه *Erythroxylon Coca* بدست می آید. وابستگی روانی به کوکائین ممکن است پس از یک بار مصرف به وجود آید. کوکائین وابستگی جسمی نیز ایجاد می کند، اما علایم ترک آن نسبت به ترک مواد افیونی خفیف تر است.

آثار مصرف کوکائین:

آثار مصرف کوکائین بلافاصله ظاهر شده و ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بعد رفع می شوند. به همین علت افراد وابسته به کوکائین ممکن است هر نیم تا یک ساعت یکبار، برای مصرف مجدد، از جمع یا محل کار خارج شوند. این آثار عبارتند از:

- تحریک سیستم اتونوم (تاکی کاردی، اتساع مردمک، تعریق)
- تهوع و استفراغ
- علایم روانی (سرخوشی یا بی تفاوتی، اضطراب و عصبانیت، هذیانهای پارانوئید، توهم شنوایی، توهم بینایی، توهم لامسه بصورت احساس خزیدن حشرات زیر پوست، کاهش تمرکز)
- رفتارهای اجباری و تکراری
- اختلال عملکرد شغلی و اجتماعی



عوارض مصرف طولانی کوکائین:

- احتقان، تورم، خونریزی و زخم مخاط بینی
- سوراخ شدن تیغه میانی بینی
- تیک
- سردرد شبه میگرنی
- کاهش وزن
- عوارض قلبی (آریتمی، انفارکتوس میوکارد)
- حوادث عروقی مغز
- تشنج

درمان طبی وابستگی به کوکائین:

به منظور مقاومت در مقابل ولع مصرف کوکائین از داروهایی نظیر آمانتادین (۱۰۰ میلی گرم دوبار در روز)، یا بروموکریپتین (۲/۵ میلی گرم دوبار در روز) یا ضد افسردگی های سه حلقه ای می توان استفاده کرد.

علائم ترک کوکائین:

علائم ترک کوکائین معمولاً بین یک روز تا یک هفته طول می کشد.

- خستگی و افسردگی
- رویاهای ناخوشایند
- اختلالات خواب
- افزایش اشتها
- تهییج یا کندی روانی - حرکتی

## فن سیکلیدین Phencyclidine

فن سیکلیدین (P. C. P.) ماده‌ای صنعتی است و به نامهای کریستال، گردفرشته و صلح نیز خوانده می‌شود. تدریجاً نسبت به آثار P. C. P. تحمل به وجود می‌آید اما وابستگی فیزیکی به طور کلی ایجاد نمی‌شود. وابستگی روانی شایع است.

آثار مصرف فن سیکلیدین:

این آثار ۵ دقیقه پس از مصرف ظاهر شده و در مدت ۳۰ دقیقه به حداکثر می‌رسد.

آثار مصرف این ماده عبارتند از:

- تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی و احساس خوشایند غوطه‌وری و سرعت، بی‌قراری، حالت تهاجم، اختلال قضاوت)
- سفتن عضلانی
- کاهش واکنش به تحریکات دردناک
- دیس‌آرتری
- آتاکسی
- نیستاگموس
- افزایش فشارخون و یا تاکی‌کاردی
- بلندشنیدن صداها

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

علائم مسمومیت با فن سیکلیدین:

- علائم سایکوتیک
  - اختلالات شدید رفتاری
  - افزایش شدید درجه حرارت بدن
  - تهییج و حرکات تکراری
  - سفتی و پرشهای عضلانی، تشنج
  - کاهش سطح هوشیاری، اغماء
  - ایست تنفسی و مرگ
- درمان مسمومیت با فن سیکلیدین:
- درمان علامتی و شامل موارد زیر است:
- اقدامات نگهدارنده عمومی
  - کنترل علائم حیاتی
  - تجویز بنزودیازپین یا آنتی سایکوتیک

نشانه‌های غیرمستقیم اعتیاد به مواد

تمام معتادان مستقیماً برای ترک اعتیاد مراجعه نمی‌کنند. بسیاری از آنان ممکن است برای حل مشکلات طبی، روانی، اجتماعی ثانویه اعتیاد به مراکز درمانی مراجعه نمایند. شما باید به این نشانه‌های غیر مستقیم آگاه بوده و در شناسایی معتادان هوشیار باشید. وجود هریک از علایم زیر می‌تواند نشان‌دهنده سوء مصرف مواد باشد:

- ابتلاء به علایم جسمی و یا بیماریهایی که ممکن است از سوء مصرف مواد ناشی شوند. مانند: یبوست مزمن، تپش قلب، عفونت‌های پوستی، التهاب معده، بیماریهای

کبدی؛

- مسمومیت دارویی (اقدام به خودکشی و یا مسمومیت اتفاقی)؛
- حوادث و تصادفات مکرر؛
- علایم خاص روانپزشکی مانند: تغییرات رفتاری، پرخاشگری، افسردگی، بی‌تفاوتی، ناتوانی جنسی، توهم و یا هذیان، کاهش سطح هوشیاری؛
- مشکلات قانونی مکرر؛
- انجام‌ندادن وظایف خانوادگی، افت کارکرد شغلی فرد یا تغییرات شخصیتی؛
- درخواست بی‌دلیل یا بیش‌از حد برای تجویز داروهای آرامبخش و مسکن.

عوارض مصرف طولانی مدت مواد بر سلامت فرد، خانواده و جامعه

مصرف طولانی مدت مواد موجب اختلال در بهداشت و سلامت جسمی و روانی فرد می شود که با بروز بسیاری از بیماری های مزمن و خطرناک همراه است. به علاوه از آنجا که اعتیاد بیشتر به هنگام ایجاد و ساخت خانواده و در ارزشمندترین سال های زندگی، از نظر میزان کارآیی، رخ می دهد، مشکلات رفتاری ناشی از اعتیاد بیشترین تأثیر را بر زندگی خانوادگی و شغلی فرد می گذارد.

مواد مخدر تنها به فرد مصرف کننده آسیب نمی رساند بلکه به هرکس که با آن در تماس باشد آسیب می رساند؛ و زمانی که تعداد معتادان فراتر از حد قابل جبران باشد، جامعه صدمه می بیند. اعتیاد خسارات و هزینه های بسیاری را به جامعه تحمیل می کند. بنابراین، عوارض ناشی از اعتیاد شامل عوارض فردی، خانوادگی، شغلی، اجتماعی و اقتصادی می باشد.

۱- عوارض اعتیاد بر سلامت جسمی و روانی فرد

- کاهش وزن
- سوء تغذیه
- اختلالات گوارشی متعدد
- آسیب های عضلانی
- اختلالات کبدی و کلیوی
- عفونت های خطرناک (ایدز، هپاتیت، کزاز)

- بیماری های مزمن تنفسی
- اختلالات قلبی - عروقی
- سکته های قلبی و مغزی
- آتروفی مغزی
- ناتوانی جنسی و عقیمی
- اختلال خواب
- افسردگی
- اختلالات روانی شدید و پایدار

## (۲) عوارض خانوادگی

- خشونت در خانواده شامل کودک آزاری و همسر آزاری
- غفلت از فرزندان
- مشکلات تحصیلی، اختلالات روانی و خودکشی فرزندان
- نابسامانی و آشفتگی خانواده
- محدودیت در روابط سالم خارج از خانواده
- افت سطح اقتصادی و اجتماعی خانواده
- بی کفایتی در سرپرستی خانواده
- طلاق

۳) عوارض شغلی

- افت اعتبار فردی و موقعیت شغلی
- سوانح و حوادث حین کار
- غیبت از کار
- کاهش کارایی
- اخراج و بیکاری

۴) عوارض اقتصادی

- خسارات ناشی از کاهش نیروی مولد و افزایش نیروی مصرف کننده جامعه
- هزینه های تحمیل شده به نیروهای انتظامی و جمع آوری امکانات لازم برای مبارزه با جرایم مستقیم و غیر مستقیم ناشی از مواد مخدر
- صرف وقت دادگاه ها و نیروهای قضایی
- هزینه نگهداری مجرمین مواد مخدر و معتادان در زندان ها
- هزینه مراکز بازپروری و درمانگاه های ترک اعتیاد
- هزینه ها و خسارات ناشی از مراقبت های بهداشتی ثانویه شامل بیمارستان ها و درمانگاه ها



۵) عوارض اجتماعی

- ضعف پای‌بندی به اصول اخلاقی و مذهبی
  - انواع جرایم مثل سرقت، فحشا، خشونت، تجاوز و قتل
  - افزایش مشاغل کاذب و بیکاری
  - بی‌خانمانی و فقر
- چگونگی مصاحبه با فرد معتاد و خانواده وی
- اولین برخورد با فرد معتاد، چگونگی برقراری ارتباط و موفقیت در جلب اعتماد او نقش بسیار مهمی در روند درمان خواهد داشت. باید به‌خاطر داشته‌باشید که ممکن است بیمار داوطلبانه و یا با اصرار والدین، همسر، معلمان و یا رؤسای محل کار برای ترک اعتیاد مراجعه کرده‌باشد. در برخی از موارد ممکن است علت مراجعه بیمار عوارض جسمی و یا روانی ثانویه به اعتیاد باشد. در این حالت، باید آگاه باشید که احتمال عدم همکاری بیمار و یا بروز حالت تدافعی و تخصصی وجود دارد.
  - هنگام مصاحبه با فرد معتاد نکات زیر را رعایت نمایید:
    - ۱- مصاحبه با فرد معتاد را بدون حضور دیگران و به‌طور خصوصی انجام دهید؛
    - ۲- به او بگویید که به وی و حل مشکل او علاقه‌مند هستید. اغلب معتادان فکر می‌کنند افرادی که معتاد نیستند آنها را درک نمی‌کنند. به فرد معتاد بگویید که با وجود این که تاکنون مواد مصرف نکرده‌اید او را درک می‌کنید و می‌توانید به او کمک کنید؛

۳- به او اطمینان دهید که اطلاعات مربوطه را محرمانه نگه خواهید داشت؛

۴- با او مانند بیماران دیگر و با احترام برخورد نمایید؛

۵- به او اجازه دهید به راحتی صحبت کرده احساس خود را بیان نماید؛

۶- به او اطمینان دهید که امکانات لازم، برای ترک اعتیاد، را در اختیار او قرار خواهید داد.

- ممکن است خانواده در نتیجه آثار فوری مصرف مواد، مانند خشونت ناشی از تحت تأثیر مواد بودن، یا تأثیر درازمدت سوء مصرف هر یک از اعضای آن به شدت آسیب ببیند و یا حتی ازهم گسیخته شود. در بسیاری از موارد، مدت ها قبل از مراجعه به شما خانواده تحت تأثیر فشارهای روانی بسیار قرار گرفته است. برخی از اوقات، اولین کسی که به دلیل اعتیاد یکی از اعضای خانواده با کادر بهداشتی تماس می گیرد ممکن است یکی از اعضای خانواده فرد معتاد (مانند مادر یا همسر او) باشد. حتی وقتی فرد معتاد شخصاً برای درمان مراجعه می کند مصاحبه با خانواده وی می تواند اطلاعات مهمی در اختیار درمانگر قرار دهد و زمینه همکاری آنان را فراهم آورد.
- در مصاحبه با فرد معتاد و خانواده او سعی کنید درباره هریک از موارد زیر اطلاعات لازم را به دست آورید:

۱- دلایل و حوادثی که منجر به مراجعه آنها به مرکز درمانی شده است؛

۲- نوع مواد مورد مصرف، زمان شروع، مقدار و فواصل مصرف؛

۳- عوارض و مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد (برای فرد مصرف کننده و اطرافیان

وی)؛

۴- عوامل فردی، خانوادگی، محیطی شروع و تداوم مصرف و وابستگی در فرد؛

۵- عوامل فردی، خانوادگی و محیطی کمک کننده به درمان.

تشویق برای درمان

چرا بعضی از معتادان را باید برای درمان تشویق کرد؟

۱- چون مصرف مواد ایجاد وابستگی می کند گاهی تصمیم به ترک آن مشکل است.

۲- اعتیاد معمولاً باعث از دست دادن حمایت های خانوادگی و اجتماعی و موجب تنهایی

فرد می شود؛ از این رو معتاد به کمک نیاز دارد.

۳- معاشرت با دوستان و افراد معتاد، فرد را به ادامه مصرف مواد تشویق می کند.

۴- معتاد معمولاً از احتمال بهبود ناامید و نسبت به درمان بدبین است.

۵- مصرف مواد خلاف عرف و ارزش های جامعه است، بنابراین معمولاً فرد معتاد از

مراجعه برای درمان اکراه دارد.

۶- برخی از معتادان از خطرها و عواقب مصرف مواد اطلاع نداند و یا مشکلات ناشی از

آن را انکار می نمایند.

به خاطر داشته باشید تشویق معتادان برای اقدام به درمان، یکی از وظایف مهم شماست.

چگونه می توان معتادان را به درمان تشویق کرد؟

۱- با تشریح خطرات و عواقب مصرف مواد، از او بخواهید هرچه سریع تر برای درمان اقدام نماید.

۲- برای بیمار توضیح دهید که با ترک اعتیاد، عوارض جسمی به تدریج برطرف شده و سلامتی و توانایی وی باز خواهدگشت.

۳- به معتاد اطمینان دهید که به او کمک می شود تا با کمترین درد و ناراحتی اعتیاد را کنار بگذارد.

۴- به معتاد اطمینان دهید در صورت تصمیم قطعی، موفق به ترک خواهد شد و مثالهایی از افرادی که موفق به ترک شده اند برای او بیاورید.

۵- برای بیمار توضیح دهید که اگر برای درمان اقدام نکند، افراد بیشتری از اعتیاد او مطلع خواهند شد و نزد اطرافیان موقعیت بدتری پیدا می کند.

۶- از معتاد بخواهید تا مشکل خود را با خانواده و نزدیکانش در میان بگذارد و از خانواده و نزدیکان وی بخواهید تا با تقویت روابطشان با او، روابط فرد معتاد را با دوستان معتادش قطع نماید.

۷- به معتاد اطمینان دهید، در صورت ترک اعتیاد، دوستان جدیدی پیدا خواهد کرد و خانواده و اطرافیان او را در جمع خود خواهند پذیرفت.

۸- در مواردی که فرد قبلاً تلاش کرده مصرف مواد را ترک نماید ولی موفق نشده است و به این دلیل احساس ناامیدی می کند، به او تذکر دهید که بسیاری از افراد قبل از موفقیت کامل در درمان بارها کوشش کرده و نهایتاً موفق می شوند.

۹- با پیشرفت درمان، درباره موفقیت های کوچک با او صحبت کنید و وی را به ادامه کار تشویق نمایید.

اهداف و روشهای درمان معتادان

در درمان معتادان سه هدف اصلی دنبال می شود:

- دستیابی به شیوه زندگی بدون مواد
- کمک به افزایش عملکرد در جنبه های مختلف زندگی
- پیشگیری از تکرار مصرف (عود)

در جدول زیر، هر یک از اهداف اصلی به اهداف کوچک عملیاتی تقسیم شده اند.

برای دستیابی به هر هدف روش های مختلف اجرائی و محتوای قابل استفاده برای

هر روش مشخص شده اند.

این جداول راهنمای برنامه ریزی و انتخاب فعالیت های مختلف براساس شرایط و

امکانات هر منطقه است.

هدف اصلی: ۱- دستیابی به شیوه زندگی بدون مواد		
اهداف کوچک	روشها	موضوعات
<ul style="list-style-type: none"> <li>افزایش انگیزه</li> <li>برای ترک</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>سخنرانیهای آموزنده</li> <li>جلسات مشاوره</li> <li>گروهی</li> <li>کمک گرفتن از خانواده</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>خطرات مصرف مواد (جسمی - بین فردی - روانی)</li> <li>هر فرد مسئول اعمال خویش است</li> <li>ترک کردن مواد می تواند موفقیت آمیزی باشد</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>کمک برای باقی ماندن در ترک</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>جلسات مشاوره</li> <li>فردی و گروهی</li> <li>ایجاد ارتباط با دوستان غیر معتاد</li> <li>اصلاح روابط درون خانواده</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>راههای رویارویی با بحرانها</li> <li>نحوه انطباق با شرایط زندگی روزمره</li> <li>نحوه گذراندن سالم اوقات فراغت</li> </ul>

هدف اصلی: ۲- کمک به افزایش عملکرد در جنبه‌های مختلف زندگی		
اهداف کوچک	روشها	موضوعات
<ul style="list-style-type: none"> <li>• جلوگیری از پیدایش شرائط جسمانی که به گرایش مجدد به مصرف مواد کمک می‌کند</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تشویق به مراجعه به پزشک به جای خوددرمانی</li> <li>• بکارگیری درمانهای آسان، قابل دسترس و ارزان برای ترک اعتیاد</li> <li>• خدمات مناسب در مواقع اورژانس</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• درمان و توانبخشی بیماریهای مزمن و عودکننده و بیماریهای صعب‌العلاج مثل دیابت و نارسایی کلیوی و بدخیمی‌ها</li> <li>• درمان به موقع و کاملاً علائم ترک</li> <li>• معاینه دقیق بیماران و رسیدگی به مشکلات فیزیکی در اورژانس</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• جلوگیری از پیدایش، تشدید و عود اختلالات و حالات ناخواسته روانی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• جلسات مشاوره فردی و گروهی</li> <li>• ایجاد ارتباط با دوستان غیر معتاد</li> <li>• اصلاح روابط درون</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• راههای رویارویی با بحرانها</li> <li>• نحوه انطباق با شرایط زندگی روزمره</li> <li>• نحوه گذراندن سالم</li> </ul>

اوقات فراغت	خانواد	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• شناسایی شرایط و مخاطرات دوران پس از ترک</li> <li>• شناسایی نیازها و انتظارات اعضای خانواده از یکدیگر</li> <li>• اصلاح روابط درون خانواده</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• جلسات مشاوره خانوادگی</li> <li>• شرکت دادن اعضای خانواده و دوستان نزدیک در برنامه های درمانی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• مداخله در مورد مسایل خانوادگی و زناشویی</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• مشاغل ساده که نیاز به مهارت زیاد نداشته و دوره آموزشی کوتاهتری دارند</li> <li>• مشاغلی که امکان جذب به آنها در بازار کار ساده تر باشد</li> <li>• برنامه ریزی به موقع قبل از رویارویی با</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• حرفه آموزی</li> <li>• مددکاری اجتماعی و پیدا کردن شغل</li> <li>• آموزش الگوهای برنامه ریزی مالی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ارتقاء عملکرد شغلی و مدیریت مالی</li> </ul>



بحرانهای مالی		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• اعتقاد به هدایت خداوند</li> <li>• امید به امداد و کمک معنوی و روحانی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• شرکت در مراسم و برنامه‌های مذهبی</li> <li>• مشاوره مذهبی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• توجه به جنبه‌های معنوی زندگی</li> </ul>

هدف اصلی: ۳- پیشگیری از تکرار مصرف (عود)		
اهداف کوچک	روشها	موضوعات
<ul style="list-style-type: none"> <li>• افزایش انگیزه برای ترک</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سخنرانیهای آموزنده</li> <li>• جلسات مشاوره گروهی</li> <li>• کمک گرفتن از خانواده</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• خطرات مصرف مواد (جسمی - بین فردی - روانی)</li> <li>• هر فرد مسئول اعمال خویش است</li> <li>• ترک کردن مواد می تواند موفقیت آمیزی باشد</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• پیشگیری از عود</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• سخنرانی های آموزنده</li> <li>• بحث گروهی</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• شناخت موقعیت هایی که باعث</li> </ul>

افزایش ولع مصرف می شوند • پذیرش مسئولیت فردی برای اجتناب از روبروشدن با موقعیت های مصرف مواد • پیش بینی و تصور شرایطی که فرد در آنها به سمت مصرف مواد کشیده می شود و بررسی راههای مقابله با آنها • درمان افسردگی	• مشاوره فردی • درمان دارویی • درمان اختلالات روانی همراه	
--	--	--

## مداخلات غیر دارویی

مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد، همیشه جسمی و روانی نیستند و اغلب دارای ماهیت خانوادگی و اجتماعی نیز می باشند. بنابراین، غیر از سم زدایی و درمان اختلال روانی ناشی از سوء مصرف مواد، ممکن است گاهی کمک به بیمار برای جلوگیری از ارتکاب جرم، پرهیز از فعالیت ها و بحران هایی که او را مستعد عود می کند و ایجاد ارتباطات جدید و اصلاح ارتباطات قبلی لازم باشد.

## ارتقای مهارت های ارتباطی

### افزایش ارتباطات بین فردی:

فردی که دچار مشکل سوء مصرف مواد بوده و برای درمان اقدام نموده است به معاشرت منظم و دائمی با افرادی که به صحبت های او گوش دهند و او را تشویق نمایند، نیاز دارد. این فرد می تواند از بستگاه، دوستان، معتادان درمان شده و یا افراد داوطلب کمک رسانی باشد. بنابراین از بیمار بخواهید فردی از اعضای خانواده را که بتوانید هنگام نیاز با آنها صحبت کند یا اوقات فراغت خود را با آنها بگذراند معرفی و ارتباط بیشتری با آنها برقرار کند. در صورت لزوم شما نیز با افراد حامی بیمار صحبت

کرده آنها را راهنمایی کنید.

اصلاح ارتباطات بین فردی:

در مواردی که رابطه فرد با اعضای خانواده یا اطرافیانش مختل می‌باشد (مثلاً افراد نسبت به یکدیگر بی تفاوت شده و یا به مشاجره لفظی می‌پردازند) به آنها کمک کنید که شیوه‌های ارتباطی خود را بهبود بخشند.

برای بهبود ارتباط به سادگی می‌توانید از روش‌های زیر استفاده کنید:

- در مواردی که فرد و همسرش نمی‌توانند به آرامی با یکدیگر حرف بزنند و به هم پرخاش می‌کنند، از آنان بخواهید در حضور شما، هرکدام به مدت کوتاه و به نوبت صحبت کنند و هریک قبل از مطرح کردن نظر خود ابتدا صحبت‌های قبلی همسر را به درستی خلاصه کرده، سپس نظر خود را مطرح نمایند. این شیوه ساده باعث می‌شود افراد نحوه گوش دادن و درک صحبت‌های همسر را تمرین نمایند.
- به آنها پیاموزید که حتی در صورتی که با مجموعه صحبت طرف مقابل مخالف‌اند در سخنان او نکته مثبتی بیابند و آن را تأیید کنند و نشان دهند که احساسات و عواطف طرف مقابل (مانند عصبانیت، افسردگی، ناامیدی) را درک می‌کنند. مثلاً بگویند: “من می‌فهمم که در حال حاضر تو عصبانی هستی.”
- از اعضای خانواده بخواهید حتی الامکان در مورد وقایع ناخوشایند گذشته صحبت نکنند و بیشتر به حال و راه‌های احتمالی دستیابی و به وضعیت مطلوب بپردازند.
- به آنان پیاموزید که بیش از گذشته یکدیگر را تأیید کنند و صفات مثبت طرف مقابل را به زبان بیاورند.

- به آنان بیاموزید که به خوشحال کردن یکدیگر فکر کنند و موظف باشند هر چند روز یکبار عملی هر چند ناچیز و کوچک برای خوشحالی طرف مقابل انجام دهند.  
استفاده از فعالیت‌های جایگزین

زمانی که یک فرد معتاد تحت درمان قرار می‌گیرد بسیاری از جنبه‌های زندگی او تغییر می‌کند. علاوه بر حذف مواد از زندگی وی، بسیاری از ارتباطاتی که به دلیل مصرف مواد برقرار شده بود قطع می‌شود، بنابراین با فعالیت‌ها و شیوه‌های مناسبی را جایگزین فعالیتها و ارتباطات قبلی نمود. این کار نیاز به برنامه‌ریزی دارد.

برای دستیابی به اهداف فوق از روش‌های زیر استفاده کنید:

۱- ابتدا از بیمار بخواهید فهرستی از فعالیت‌های مورد علاقه‌اش را که امکان انجام

آنها وجود دارد و هزینه زیادی ندارد تهیه کند. مانند:

- آموزش فعالیت‌های مورد علاقه؛
- مسافرت‌های مورد علاقه؛
- تفریحات فردی یا جمعی مورد علاقه؛
- گروه‌های مورد علاقه برای عضویت در آنها (مانند بسیج منطقه).

۲- سپس فعالیت‌هایی را که بیمار بیشتر به آنها علاقه دارد و اجرایشان نیز آسان‌تر است. انتخاب کند.

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

۳- ابتدا از اقدامات خاص، کوچک، کوتاه مدت و آسان تر شروع نماید. مثلاً در

ساعات مشخصی از روز که معمولاً فراغت بیشتری دارد به صحبت و بازی فکری

با بچه های کوچکتر خانواده پردازد.

۴- بیمار متعهد باشد فعالیت های خود را طبق برنامه انجام دهد و آنها را در یک

دفترچه کوچک ثبت کرده به شما نشان دهد.

۵- فعالیت هایی را که بیمار در انجام آنها موفق می شود با علاقه مندی پیگیری کنید و

حداقل زبانی، مورد تأیید و تشویق قرار دهید.

بازگشت به مصرف مواد (عود)

افراد معتاد ممکن است در جریان درمان، مصرف مواد را کاملاً کنار بگذارند و یا کمتر از قبل مصرف کنند که هردوی این موارد مثبت ارزشیابی می شود. عود یعنی، یک اتفاق یا فرآیند منفی شامل بازگشت مجدد به مصرف مواد، به صورت افزایش مقدار مصرفی و یا شروع مجدد اعمال و رفتاری که حکایت قریب الوقوع بودن عود دارد. مثلاً کسی که مصرف مواد را ترک می کند ولی مجدداً به خیابانهایی که از آنجا مواد را تهیه می کرده سر می زند یا مجدداً با دوستان معتاد خود ارتباط برقرار می کند و یا ارتباط درمانی خود را کاهش می دهد، یا کسی که علیرغم ترک مصرف مواد، مصرف مواد جدید ولی ضعیف تر را شروع می کند احتمالاً به سمت عود می رود.

• بنابراین، عود به چند حالت مختلف از سوء مصرف مواد گفته می شود.

۱- بازگشت ناگهانی به مصرف موادی که قبلاً مصرف می شده است.

۲- فرآیندی که سرانجام به مصرف مجدد مواد منجر خواهد شد.

۳- افزایش مصرف مواد، نسبت به مقداری که قبلاً مصرف می شده است.

ولع و احساس نیاز به مواد

معمولاً هنگامی که فرد معتادی مواد را مصرف نکند و یا در افرادی که اعتیاد خود را ترک کرده اند، اشتیاق، ولع و نیاز روانی شدیدی به مصرف ماده مورد نظر وجود دارد. این اشتیاق، گاهی مستقیماً باعث مصرف مجدد می شود و گاهی نیز در اثر مقاومت فرد، فقط به صورت گرایش به هر یک از عوامل شروع کننده فرآیند عود، بروز می نماید. بنابراین،

حلقه معیوبی میان ولع، عوامل شروع کننده و عود به وجود می آید. به این صورت که ولع، عامل گرایش به عوامل شروع کننده، عوامل شروع کننده عامل ولع و هردوی این حالات، باعث عود می شوند.

#### فرآیند عود

عوامل مختلفی که می توانند شروع کننده فرآیند عود باشند عبارتند از:

۱- افراد: معمولاً افرادی که قبلاً در مصرف مواد توسط فرد معتاد نقشی داشته اند، می توانند عامل شروع کننده فرآیند عود باشند. ملاقات دوستان زمان اعتیاد، مشاهده فروشنده مواد یا رابطه با پدر معتاد، می توانند عامل عود باشند.

۲- اماکن: مکان هایی که بطور مستقیم یا غیرمستقیم، با مصرف مواد توسط فرد معتاد رابطه داشته اند می توانند عامل شروع کننده فرآیند عود محسوب شوند. مثلاً حضور در خیابان و یا مکان هایی که قبلاً از آنجا مواد تهیه می کرده است و یا حتی مکان های مشابه آن.

۳- اشیاء: مشاهده اشیایی که به نحوی یادآور مصرف مواد یا تهیه آن باشد یا شباهتی به ابزار مصرف مواد داشته باشد؛ می تواند عامل شروع کننده فرآیند عود باشد. مثلاً مشاهده کاغذ سیگار، سیگار یا دود آن، مشاهده نمک یا جوش شیرین که شبیه هروئین است، مشاهده کیسه پلاستیکی که شبیه بسته هروئین باشد و یا مشاهده عکس ها و فیلم های مربوط به مصرف این مواد، می توانند باعث عود شوند.



۴- تحریک حواس پنج‌گانه: معمولاً شنیدن صدا یا موسیقی، مشاهده اشياء و صحنه‌ها، استنشاق عطر، رایحه و بوها، ادراک طعم و مزه بخصوص و تحریکات لمسی که هر کدام به نحوی به خاطرات و ادراکات مربوط به مصرف قبلی مواد ارتباط داشته باشند. می‌توانند عامل شروع‌کننده عود باشند.

۵- تجدید خاطرات، افکار و عواطف: حضور در موقعیت‌های پر استرس یا ناخوشایند یا تکرار افکار افکار و عواطف دردناک یا لذت‌بخش که به نحوی با مصرف مواد ارتباط داشته‌اند می‌توانند عامل شروع‌کننده باشند.

۶- اختلالات روانی و سایر بیماری‌ها: بروز افسردگی، بعد از ترک مواد چندان نادر نیست. بروز بیماری‌های روانی و یا بیماری‌های جسمی می‌تواند عامل شروع‌کننده فرآیند عود باشد.

۷- روبه‌رو شدن با موقعیت‌های ناگوار: معمولاً افراد ترک کرده، در موقعیت‌های مشکل‌آفرین یا مخاطره‌آمیز زندگی، مانند بیکاری، و یا بروز حوادث ناگوار ممکن است به دلیل فقدان مهارت‌های لازم برای رویارویی و مقابله با آنها وارد فرآیند عود شوند.

توجه

• اعتیاد یک فرآیند مزمن و عودکننده است. همواره باید برای جلوگیری از عود، تلاش کنید. اگر علی‌رغم تلاش‌های شما، عود اتفاق افتاد؛ فرآیند درمان را از ابتدا شروع کنید. راهنمای پیشگیری از عود:

۱- عوامل شروع‌کننده فرآیند عود را در فرد به‌خصوص شناسایی کنید؛

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

۲- ارتباط خود را با فرد ترک کرده بیشتر کنید و آموزش های لازم را به او بدهید؛

۳- بجای سرزنش او را به تداوم فرآیند ترک ترغیب نمایید؛

۴- حمایت های قوی تر اجتماعی برای فرد ترک کرده تأمین نمایید؛

۵- با عوامل شروع کننده فرآیند عود مبارزه کنید و روش های مخالف و معکوس هرکدام

را فعال کنید؛

۶- با همفکری با فرد ترک کرده، موقعیت ها و شرایط جایگزین عود را برای او شناسایی

و تأمین نمایید

## پیشگیری از اعتیاد

پیشگیری از اعتیاد، یعنی به کارگیری اقداماتی که منجر به کاهش ابتلای افراد به اعتیاد می‌شود. پیشگیری شامل اقداماتی است برای کاهش عواملی که افراد را در معرض خطر قرار می‌دهد و افزایش عواملی که افراد را از مصرف مواد حفظ می‌کند. بنابراین، شناسایی کامل این عوامل در هر منطقه، به مؤثر بودن فعالیت‌های پیشگیری کمک خواهد کرد.

مهم‌ترین شیوه‌های پیشگیری از اعتیاد عبارتند از:

- آگاه کردن جامعه از خطرات و مضرات مواد مخدر؛

- تقویت فعالیت‌های جایگزین؛

- افزایش مهارت‌های زندگی، مانند مهارت حل مشکل، مقابله با مشکل و مقاومت در برابر مصرف مواد؛

- ارتقای فرهنگی؛

دقت کنید:

- عوامل مسبب اعتیاد متعدد می‌باشند. بنابراین، نمی‌توان فقط با به کارگرفتن یک روش، برتمام این عوامل تأثیر گذاشت و باید از شیوه‌های مختلف پیشگیری استفاده کرد و با پوشش دادن گروه‌های مختلف مردم، وارد عمل شد.

پس، برای موفقیت در امر پیشگیری، همکاری میان واحدهای مختلف مردمی و جامعه مانند خانواده‌ها، مدارس، مساجد، سربازخانه‌ها، دانشگاه‌ها، کارخانجات، رادیو و تلویزیون، روزنامه‌ها، مأموران انتظامی و ... ضرورت دارد.

- مسئولیت پیشگیری از اعتیاد، فقط به عهده یک فرد یا یک تیم بهداشتی نیست؛ همه افراد جامعه باید در آن مشارکت داشته باشند.

فعالیت‌های جایگزین برای افراد در معرض خطر

همه افراد از اوقات فراغت خود به دلخواه استفاده می‌کنند؛ افرادی که برای گذراندن این اوقات برنامه‌ریزی صحیحی نداشته باشند، ممکن است از ساعات بیکاری و آزاد خود به‌طور غیرسازنده‌ای استفاده نمایند. معمولاً در چنین مواقعی است که افراد برای اولین بار با مواد آشنا می‌شوند و به سمت آن می‌روند.

- یکی از وظایف شما در پیشگیری از اعتیاد، برنامه‌ریزی فعالیت‌های جایگزین برای افرادی است که احتمالاً از مصرف مواد برای گذراندن اوقات فراغت خود استفاده می‌کنند.

براین برنامه‌ریزی و اجرای موفق‌تر فعالیت‌های جایگزین موارد زیر را رعایت نمایید:

- فعالیت‌هایی انتخاب شوند که برای گروه هدف جالب و جذاب باشند؛
- برای ایجاد ارتباط سالم و بیشتر همسالان با یکدیگر فرصت‌هایی را فراهم نمایند؛
- افراد شرکت‌کننده در برنامه، در انتخاب و یا برنامه‌ریزی و اجرای برنامه مشارکت فعال داشته باشند؛

- اجرای برنامه با نظارت افراد معتمد صورت گیرد و در برنامه‌های کودکان و نوجوانان، فرصت مناسب برای گسترش روابط مثبت با بزرگسالان فراهم شود؛

- اجرای برنامه‌ها، با برقراری نظام مداوم تشویق (مثلا دادن مدال) با جدیت و به‌طور مستمر پیگیری شوند.

فعالیت‌های جایگزین می‌توانند شامل موارد زیر باشند:

- فعالیت‌های اجتماعی مثبت و هدفمند، مانند بسیج‌شدن برای نظافت و یا نفاشی محله، کمک به افراد ناتوان، ساختن میز سیمانی شطرنج در محل تجمع نوجوانان، برگزاری جمعه‌بازار برای فروش تولیدات نوجوانان و جوانان؛

- فعالیت‌هایی که به شکوفاشدن استعداد و تقویت خلاقیت افراد کمک‌کنند، مانند اجرای نمایش یا برگزاری مسابقات هنری، تهیه پوستر یا مقاله (به‌ویژه در مورد خطرات و مضرات مواد)؛

- فعالیت‌های سالمی که مفرح بوده و با هیجان همراه باشند، مانند برگزاری مسابقات فوتبال بین محله‌ای، تشکیل گروه‌های کوهنوردی؛

- فعالیت‌هایی که با کسب اطلاعات و تقویت مهارت‌های پرهیز از مواد همراه باشند، مانند گروه‌هایی که برای آموزش اطلاعات مربوط به مواد یا مهارت‌های زندگی، به ساکنین محله، تشکیل می‌شوند.

آگاه کردن جامعه از خطرات و مضرات مصرف مواد

یکی از روش های مهم پیشگیری از اعتیاد، آگاه کردن گروه های مختلف مردم از خطرات و مضرات مصرف مواد است. اگر هر فرد از تأثیر نامطلوب مصرف مواد بر سلامت جسمی و روانی و کارکرد شغلی و اجتماعی خود و خانواده اش مطلع بوده و آن را باور داشته باشد کمتر ممکن است به این کار دست بزند.

• بهترین شیوه آگاه کردن افراد تشکیل جلسات گروهی و بحث و تبادل نظر درباره موضوع مورد نظر می باشد. نقش شما هدایت و نظارت بر جلسات است.

• گروه های مختلفی که باید تحت پوشش فعالیت آگاه سازی قرار گیرند عبارتند از:

• نوجوانان و جوانان

• والدین

• افراد کلیدی منطقه

۱- نوجوانان و جوانان:

• باید خطرات و عواقب مصرف مواد را به نوجوانان و جوانان آموزش دهید؛

• اطلاعات ارائه شده باید صحیح و از نظر علمی معتبر باشد؛

• از ترساندن بیش از حد و بیان مطالب اغراق آمیز، خودداری نمایید،

• نباید حس کنجکاوی نوجوان را با طرح آثار خوشایند احتمالی برانگیزید؛

• نباید نحوه به دست آوردن و مصرف مواد را آموزش دهید؛

- بهتر است بیشتر به مطالبی پردازید که خطرات “ حتی یکبار “ مصرف مواد را منتقل می نماید (مثلاً حتی یکبار مصرف مواد ممکن است فرد را به اعتیاد بکشد)؛
- بیشتر عوارض و خطرات کوتاه مدت مواد را که فوری و یا درآینده نزدیک رخ می دهند مطرح نمایید؛
- بر عوارضی که معمولاً برای نوجوانان و جوانان اهمیت بیشتری دارد تأکید کنید (مانند تأثیر نامطلوب مواد بر ظاهر و یا طرد شدن از طرف اطرافیان)؛
- احساس مسئولیت آنان را در قبال حفظ خود و اطرافیان از خطر مواد پرورش دهید.

## ۲- والدین:

- ابتدا باید والدین را آگاه نماید که احتمال ابتلای فرزندشان به اعتیاد وجود دارد و هیچ نوجوان و جوانی از خطر اعتیاد مصون نیست؛
- یادآور شوید که در محافظت از فرزندانشان در مقابل اعتیاد مسئول هستند و می توانند با هشیاری از ابتلای آنان پیشگیری نمایند؛
- مطالب زیر را باید به والدین آموزش دهید:
- مواد شایع در منطقه زندگی، شکل و اسامی رایج آنها و ابزاری که برای مصرف مواد استفاده می شود؛
- نحوه تهیه و محل مصرف مواد؛
- عوامل و موقعیت هایی که موجب مصرف مواد می شود؛
- علایم مصرف مواد؛

- عوارض و خطرات کوتاه مدت و طولانی مدت مصرف مواد؛
- باید به والدین تذکر بدهید که باید با مصرف نکردن سیگار و مواد، الگوی مناسبی برای فرزندانشان باشند؛
- والدین نباید اجازه مصرف هرگونه دارو بدون تجویز پزشک، سیگار یا مواد را به فرزندانشان بدهند؛
- به محض اطلاع از مصرف مواد توسط فرزندشان، فوراً به خانه بهداشت یا مراکز درمانی مراجعه کنند.

### ۳- مسئولان محلی و افراد کلیدی منطقه

در هر منطقه برخی افراد مرجع، معتمد، ریش سفید و ... هستند که در حقیقت جریان امور منطقه را به دست دارند، مانند مسئولان فرمانداری، بخشداری، مأموران انتظامی، روحانیون و معتمدان محل. آنها را به طور دوره‌ای و منظم در جریان دیدگاه‌ها، وظایف و فعالیت‌های خود قرار دهید و از نظرات و راهنمایی‌های آنها در برنامه‌های خود استفاده کنید.

اگر نتوانید با افراد کلیدی منطقه هماهنگی کنید، برنامه شما توفیق چندانی نخواهد داشت.

لازم است تا اقدامات زیر به‌طور مستمر در مورد آنها صورت گیرد:

- ابتدا باید آنها را از شیوع مواد، خطر افزایش اعتیاد و لزوم پیشگیری از آن آگاه نمایید؛



- متذکر شوید که مسئولیت پیشگیری از اعتیاد بردوش همه افراد جامعه و همه مسئولان است؛
- اطلاعات زیر را به آنان منتقل نمایید:
- مواد شایع در منطقه زندگی، شکل و اسامی رایج آنها و ابزاری که برای مصرف مواد استفاده می شود؛
- نحوه تهیه و محل مصرف مواد؛
- علل و عواملی که منجر به اعتیاد افراد می شود؛
- علایم مصرف مواد؛
- عوارض و خطرات کوتاه مدت و طولانی مدت مصرف مواد؛
- نقش آنان را به عنوان الگوی مردم متذکر شوید و از آنان بخواهید که از بیان مطالب و رفتارهای مخالف با برنامه های شما (مثل سیگار کشیدن در برابر دیگران) پرهیز نمایند.
- از آنان بخواهید که در اجرای قوانین ضد مواد در محل کار خود کوشا باشند؛
- از آنان بخواهید که در شناسایی افراد در معرض خطر و یا مصرف کننده مواد کمک کنند و موارد شناسایی شده را به خانه بهداشت و یا مراکز درمانی دیگر ارجاع دهند؛
- نقش آنان را در اطلاع رسانی به مردم و ترویج فعالیت های پیشگیری متذکر شوید.

## آموزش مهارت‌های زندگی

علت اعتیاد بعضی از افراد، ناتوانی آنها در رویارویی با سختی‌ها و مشکلات زندگی است. ناآشنایی با مکانیسم‌های دفاعی مناسب، موجب شکنندگی و در نتیجه پناه‌بردن آنها به اعتیاد می‌شود. بنابراین، آموزش برخی مهارت‌ها، قدرت دفاعی افراد را در برابر مشکلات افزایش می‌دهد و مانع از گرایش آنها به اعتیاد می‌شود. بنابراین، آموزش برخی مهارت‌ها، قدرت دفاعی افراد را در برابر مشکلات افزایش می‌دهد و مانع از گرایش آنها به اعتیاد می‌شود.

### مهارت حل مشکل (مشکل‌گشایی)

- افراد را در یک گروه (کمتر از ده نفر) گردآورید.
- از فردی که دچار مشکل است بخواهید مشکل خود را بیان نماید.
- توسط خود فرد و اعضای گروه، مشکل به دقت و به نحوی تعریف شود که قسمت تعریف نشده‌ای باقی نماند.

مثال:

۱- آقای حسن غمگین است. (چرا؟)

۲- آقای حسن به دلیل پیدا نکردن شغل غمگین است. (چرا؟)

۳- آقای حسن به دلیل پیدا نکردن شغل مورد علاقه خود که درآمد خوبی هم داشته باشد غمگین است. (چرا؟)

۴- آقای حسن به دلیل پیدانکردن شغل مورد علاقه خود که درآمد خوبی هم داشته باشد، نتوانسته است ازدواج کند و از این بابت غمگین است.

۵- آقای حسن ۱۹ ساله، مجرد، دیپلمه، به دلیل پیدانکردن شغل مورد علاقه، خود که درآمد خوبی هم داشته باشد، نتوانسته است ازدواج نماید و از این بابت غمگین است.

- از افراد گروه بخواهید هر راه حل دقیق و منطقی که به نظرشان می رسد بیان کنند.

۱- آقای حسن می تواند با دختر ازدواج نماید که وضع مالی خوبی داشته باشد و دیگر به کارکردن نیازی نداشته باشد.

۲- ازدواج مایه دردسر است؛ بهتر است آقای حسن فعلاً از ازدواج کردن صرف نظر کند و خود را نجات دهد و منتظر بنشیند تا شغل مناسبی پیدا کند.

۳- با کارهایی مثل احتکار و واسطه گری آقای حسن یک شبه می تواند ثروتمند شود.

۴- بسیاری از افراد، چنین مشکلی دارند، بنابراین غمگینی بی مورد است. شغل مناسب کم نیست، بهتر است فعلاً با شروع به کار نماید تا با گذشت زمان و افزایش مهارت و توان به شغل بهتری دست یابد.

- راه حل های پیشنهادی را بررسی و تحلیل نموده، مزایا و معایب هر یک را ارزیابی کنید.

- بهترین راه حل را انتخاب کنید.

- درباره نحوه اجرای راه حل بحث کرده و زمان تقریبی شروع آن را مشخص کنید (اگر زمان مشخص نباشد، ممکن است آن راه حل هیچ گاه عملی نشود).

- زمانی را برای بررسی و ارزشیابی نتایج راه حل انتخابی، تعیین کنید.

مهارت مقابله با مشکلات

- ۱- مقابله عاطفی روشی است که فرد برای تأمین آرامش درونی خود در رویارویی با مشکلات بکارمی برد.

مقابله غلط	مقابله صحیح
<ul style="list-style-type: none"> <li>• انتظار حل شدن ناگهانی مشکل (فال گیری، انتظار معجزه)</li> <li>• واکنش غیرمنطقی و افراطی (بی تابي و گریه وزاری، عصبانیت و پرخاشگری، خیال پردازی)</li> <li>• فرار واقعیت (استفاده از مواد مخدر و الکل، اقدام به خودکشی)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• صحبت و درد دل کردن با افراد مناسب (دوست، والدین، خواهر و برادر و همسر، مشاور، معلم)</li> <li>• به کارگیری اعتقادات مذهبی و انجام فرائض (نماز خواندن، مطالعه قرآن، دعا کردن و زیارت اماکن متبرکه)</li> </ul>

- ۲- “مقابله عملی” فعالیتی است که فرد برای کاهش یا از بین بردن مشکل انجام

می دهد.

مقابله غلط	مقابله صحیح
<ul style="list-style-type: none"> <li>• استفاده از روش های غیر اخلاقی (زورگویی، تهدید)</li> <li>• استفاده از روش های غیرقانونی (دزدی، تقلب)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• استفاده از مهارت حل مشکل</li> <li>• مشورت با افراد معتمد و آگاه</li> <li>• برنامه ریزی</li> </ul>

مهارت مقاومت در برابر فشار گروه (رفتار قاطع)

معمولاً افراد بر اثر رودربایستی، خجالت یا برای پرهیز از تحقیر شدن به کارهایی که بطور معمول انجام نمی دهند، وادار می شوند، مانند قبول اولین سیگار از دوست.

بهترین روش کسب مهارت در برابر فشار گروه، تمرین آن قبل از بروز شرایط ناخواسته است.

- از روش حل مشکل و تشکیل گروه استفاده کنید؛
  - در مورد موقعیت هایی که افراد مجبور می شوند به دلیل رودربایستی یا ترس از تحقیر، در آن موقعیت دست به اعمال ناخواسته ای بزنند صحبت کنید و همه موقعیت ها را به دقت تعریف نمایید؛
  - از افراد بخواهید بصورت یک نمایش کوچک موقعیت مورد نظر را بازی کنند (بازسازی صحنه تعاریف اولین سیگار از طرف دوستان به یک فرد)؛
  - به افراد گروه بیاموزید که اگر واقعاً تمایل به انجام کاری ندارند، هنگام نمایش، بی میلی خود را با صدای بلند و با سربلندی به دیگران اطلاع دهند؛
  - به افراد بیاموزید که برای هر بی میلی منطقی دلیل و مدرک لازم نیست (مثلاً کافی است که فرد بگوید "تمایلی به سیگار کشیدن ندارم".)؛
- تکرار نمایشهای تمرینی فوق برای افزایش مهارت مقاومت، مانع از گسترش رفتارهای ناخواسته ای مثل اعتیاد می شود.

## ارتقای فرهنگی

یکی از بسترهای اصلی پیشگیری از سوء مصرف مواد، ارتقای فرهنگی است که فقط با توجه به شرایط اجتماعی و فرهنگی هر منطقه قابل تعیین است. لذا این دستورکار را باید با شرایط منطقه خود تطبیق دهید.

دقت کنید:

در این دستورالعمل مرتب از لغت “جامعه” استفاده شده است.

جامعه دو قسمت اصلی دارد: مسئولان و مردم. بنابراین همه برنامه ریزیهای اجتماعی باید شامل مسئولان و مردم هر دو باشد.

### ۱- ارتقای دانش جامعه

معمولاً هرچه دانش افراد جامعه بیشتر باشد، آسیب پذیری آنها در برابر سوء مصرف مواد کمتر خواهد بود. تشویق مردم به خواندن روزنامه و توجه به برنامه های صدا و سیما و استفاده از کتابخانه های عمومی برای افزایش آگاهی مردم بسیار مؤثر است. برگزاری مسابقات دوره ای برای گروه های سنی و سطوح علمی مختلف، سخنرانی، نمایش فیلم و ... برای افزایش اطلاعات مردم نسبت به مواد مخدر و منطقه زندگی شان از روش های مؤثر آگاه سازی است.

### ۲- حساسیت جامعه به مشکلات خود

معمولاً افراد از همه مشکلات جامعه خود مطلع نیستند یا اطلاع کمی دارند، لذا نتایج غلطی می گیرند. پس تلاش کنید که افراد جامعه در قالب گروه های مختلف و یا در

جلسات مشترک درباره این مشکلات و علل ایجاد آنها بحث کنند. معمولاً افراد کلی گویی می کنند. مثلاً اغلب فکر می کنند که اعتیاد مشکل جوامع دیگر است، اما اطلاع دقیقی از چند و چون این مشکل در منطقه خود ندارند و یا فقط درباره اعتیاد بطور کلی صحبت می کنند ولی انواع اعتیاد، گروههای معتادان و انواع مشکلات آنها کمتر مورد بحث مردم قرار می گیرند لذا راه حل مشخصی هم نمی توانند برای آن پیدا کنند. در حالی که اگر مثلاً به مشکل افزایش تعداد پسر بچه های مدرسه ای که در راه مدرسه سیگار می کشند دقت کنند، شاید به عواملی نظیر سیگارفروش نزدیک مدرسه، سیگاری بودن معلم مدرسه یا یکی از ورزشکاران مشهور محله هم توجه کنند و به این ترتیب، راه حل آن را هم به دست آورند که مثلاً ممکن است ممانعت از فعالیت سیگارفروش در راه مدرسه یا تشویق معلم یا ورزشکار به ترک سیگار باشد.

### ۳- مسئولیت مستقیم افراد جامعه

افراد هر جامعه، معمولاً حل مشکلات را وظیفه دیگران می دانند. مثلاً دولت را مسئول رفع گرانی و یا نیروی انتظامی را مسئول مهار اعتیاد می دانند. تلاش کنید افراد جامعه با فرض اینکه هیچ حمایتی از خارج از منطقه نخواهند داشت برای حل مشکلات خود اقدام کنند. اگر افراد باور کنند که مسئول مشکلات خود هستند در بحثها راه حل مناسب را پیدا خواهند کرد.

### ۴- ترغیب اقدامات داوطلبانه محلی

هنگامی که افراد جامعه با ابعاد مختلف مشکل آشنا شدند و آمادگی رفع آن را پیدا کردند، باید دقت کنید که این اقدامات داوطلبانه و به دست افراد محلی، یعنی از طریق فرهنگ نوع دوستی و با استفاده از اوقات فراغت و امکانات موجود صورت گیرد. این تفکر که برای رفع هر مشکلی، به حضور دیگران و سرمایه جدید نیاز است، نشانی از عقب ماندگی فرهنگی جامعه است. مثلاً در مورد اعتیاد جوانان یک منطقه، روحانی محل به اتفاق چند جوان متعهد و دلسوز می تواند اقداماتی داوطلبانه برای هدایت جوانان گمراه انجام دهد.

#### ۵- بازگشت به ضوابط و ارزشهای زیربنایی

اگر اقدامات فوق درست صورت بگیرد راه کارهایی زیربنایی به دست می آید که در اکثر جوامع شامل نظم، پاکیزگی، ادب و حفظ سلامتی است. بکوشید این راه کارها را نهادینه کنید، یعنی افراد جامعه را به تأمل در آنها ترغیب نمایید تا برای نیل به آنها روشهایی تدوین کنند. اگر در جامعه ای نظم، ارزشی زیربنایی یابد، افراد لاابالی که مروج فرهنگ اعتیاد هستند امکان رشد نخواهند داشت. چون نظافت با اعتیاد تعارض جدی دارد اگر استحمام مرتب، استفاده از عطر، اصلاح و شانه کردن موی سر، پوشیدن لباس تمیز و اتوکرده و واکس زدن مرتب کفشها در جامعه ای ارزش باشد دیگر زمینه ای برای گرایش به اعتیاد باقی نخواهد ماند. در جامعه ای که رعایت اخلاق و ادب ارزش است، اعتیاد عملی غیراخلاقی به شمار می رود. سلامتی نیز ارزش دیگری است که توجه به آن مانع گرایش به اعتیاد می شود.



۶- مرحله بندی برنامه و تعیین اهداف کوچک و قابل دسترسی

برای رسیدن به اهداف بزرگ مثل ارتقای فرهنگی (ترویج نظم، پاکیزگی، ادب و سلامت) باید از هدفهای کوچک و قابل دسترسی شروع کرد. مثلاً در مرحله اول می توان ۵ مورد اکتفا کرد: واکس زدن هفتگی کفشها، اتوکردن هفتگی لباسها، بکاربردن ۵ لغت مؤدبانه در هفته، بکار نبردن ۵ لغت غیرمؤدبانه در هفته، و سه نوبت صابون زدن دستها در روز. با گسترش تدریجی و آرام این روند به همه جنبه های زندگی افراد جامعه، و رسیدن به اهداف کوچک می توان به اهداف بزرگ دست یافت. برای تحقیق همه این امور به تبلیغات وسیع، همه جانبه و به خصوص، دایمی افراد معتمد محل، روحانیون، معلمان و رسانه ها نیاز می باشد.

۷- تعریف دقیق شرایط و قراردادهای جدید

اغلب موقعیتها و روابط در جوامع، تعریف نشده ادامه می یابد. اما وقتی ارتقای فرهنگی جامعه هدف است، همه روابط باید به دقت تعریف شوند. مثلاً اگر سیگار کشیدن در مسجد ممنوع است، باید اطلاعیه ای در این مورد در معرض دید نمازگزاران قرار داد و از آنان خواست که آن را اجرا کنند.

علاوه بر این افراد جامعه می توانند براساس ارزشهای زیربنایی خود ضوابط جدیدی برای جامعه خود وضع کنند که می باید با ذکر نام وضع کننده و زمان تصمیم گیری به اطلاع همه اعضای جامعه رسانند. مثلاً ممکن است کسبه یک خیابان در نشستی تصمیم بگیرند که دیگر در محل کسب خود سیگار نکشند و هر که با سیگار وارد مغازه آنها شد

ارشادش کنند. این موضوع باید بصورت یک مرام‌نامه نوشته شود و در مغازه‌ها در معرض دید افراد قرار گیرد.

فرازهای از قانون مبارزه با مواد مخدر

اقتباس از قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب مجمع تشخیص مصلحت - ۱۳۷۶

• ماده (۱)... استعمال مواد مخدر به هر شکل و طریق جرم است و مرتکب به مجازات‌های مقرر در قانون محکوم می‌شود.

• ماده (۱۴) هرکس به منظور استعمال مواد مخدر مکانی را دایر و یا اداره کند به جریمه نقدی و یک تا چهار سال حبس و انفصال دائم از خدمات دولتی محکوم می‌شود...

• ماده (۱۵) کلیه معتادان موظف به ترک اعتیاد هستند... و در صورت عدم ترک دادسرا آنها را به مراکز بازپروری اعزام می‌کند...

• ماده (۱۶) معتادان به مواد مخدر به جریمه نقدی و در دفعات مختلف دستگیری از چهارماه تا دوازده سال حبس و پنجاه ضربه شلاق و انفصال از خدمات دولتی محکوم می‌شوند.

• ماده (۱۸) هرگاه محرز شود که شخصی با انگیزه و به قصد معتادکردن دیگری باعث اعتیاد وی به مواد مخدر گشته به پنج تا بیست سال حبس و حتی اعدام محکوم خواهد شد.

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoo.cn.com](http://www.kandoo.cn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

- ماده ۱۹) افراد غیر معتادی که مواد استعمال نمایند به تناسب تا حداکثر هفتاد و چهار ضربه شلاق و جریمه نقدی محکوم می شوند.
- ماده ۲۴) هریک از اعضای شورای اسلامی روستا موظف است موضوع کشت خشخاش یا شاهدانه را به پاسگاه انتظامی گزارش دهد.

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

### ضمیمه

واحدهای پذیرش و پیگیری معتادان خود معرف

(وابسته به سازمان بهزیستی کشور)

جهت درمان و بازتوانی سرپائی معتادان

کدشهر	شماره تلفن	نشانی واحدهای پذیرش	استان
۰۴۱	۶۱۸۳۵ و ۶۱۸۳۶		آذربایجان شرقی
۰۴۴۱	۲۳۲۶۱۱		آذربایجان غربی
۰۴۵۱	۲۴۱۲۳		اردبیل
۰۳۱	۲۲۴۲۵۰		اصفهان
۰۸۴۱	۳۲۶۸۲		ایلام
۰۷۷۱	۳۶۴۶۵ و ۳۷۷۲۲		بوشهر
۰۲۱	۷۵۳۲۷۴۶ ۷۸۹۶۸۰۵		تهران
۰۳۸۱	۶۰۵۴۰		چهارمحال و بختیاری
۰۵۱	۸۲۶۳۴۴		خراسان
۰۶۱	۷۹۳۰۲		خوزستان
۰۲۴۱	۶۲۳۸۱ و ۶۲۳۸۲		زنجان
۰۲۳۱	۲۲۰۵۹		سمنان

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

۰۵۴۱	۴۳۲۰۱۱		سیستان و بلوچستان
۰۷۱	۲۳۱۱۷		قارس
۰۲۸۱	۵۳۱۴۵		قزوین
۰۲۵۱	۷۳۸۳۶۰		قم
۰۸۷۱	۳۳۷۸۱		کردستان
۰۳۴۱	۲۶۴۳۸۰ و ۲۳۱۰۵۶-۸		کرمان
۰۸۳۱	۵۲۷۰۲		کرمانشاه
۰۷۴۱	۲۵۶۵۶		کهگیلویه و بویراحمد
۰۱۳۱	۳۳۱۰۹ و ۳۳۹۲۴		گیلان
۰۶۶۱	۲۰۵۵۴ و ۲۳۲۵۹		لرستان
۰۱۵۱	۴۶۷۶۲		مازندران
۰۸۶۱	۳۴۱۶۷ و ۳۲۴۸۰ و ۳۲۰۰۶		مرکزی
۰۷۶۱	۵۵۵۳۱۷ و ۵۵۵۳۱۲		هرمزگان
۰۸۱	۲۲۳۱۵۳		همدان
۰۳۵۱	۴۷۶۶۱		یزد

صدای مشاور در مراکز استانهای کشور

(وابسته به سازمان بهزیستی کشور)

برای ارائه مشاوره تلفنی

به مشکلات روانی، جسمی، خانوادگی، تربیتی، تحصیلی و شغلی

کدشهر	شماره تلفن	شهرستان	استان
۰۴۱	۶۱۸۳۵-۶۱۸۳۶	تبریز	آذربایجان شرقی
۰۴۴۱	۶۹۹۲۰-۶۵۸۰۰	ارومیه	آذربایجان غربی
۰۴۵۱	۴۴۰۰۱۵	اردبیل	اردبیل
۰۳۱	۲۲۴۳۹۴	اصفهان	اصفهان
۰۸۴۱	۳۱۸۶۷-۳۱۸۶۸	ایلام	ایلام
۰۷۷۱	۳۴۴۶۵-۳۷۷۲۲	بوشهر	بوشهر
۰۲۱	۸۷۰۴۴۴۴	تهران	تهران
۰۳۸۱	۶۰۶۴۰	شهرکرد	چهارمحال و بختیاری
۰۵۱	۸۰۷۰۹۹-۸۰۷۰۵۱-۸۰۷۷۷۰-۸۲۷۰۴۹	مشهد	خراسان
۰۶۱	۳۶۴۹۹۹-۳۶۵۰۰۰	اهواز	خوزستان
۰۲۴۱	۲۵۰۲۶-۲۵۰۲۷-۲۵۰۲۸	زنجان	زنجان
۰۲۳۱	۲۶۰۲۱-۲۶۰۲۲	سمنان	سمنان

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۰۵۱۱ تماس حاصل نمایید

۰۵۴۱	۴۴۵۶۰۰	زاهدان	سیستان و بلوچستان
۰۷۱	۷۶۳۳۳۳-۷۶۲۲۲۲	شیراز	قارس
۰۲۸۱	۲۴۰۰۶-۲۶۰۹۲-۲۹۹۴۳	قزوین	قزوین
۰۲۵۱	۷۴۴۳۰۱-۷۳۲۵۶۹	قم	قم
۰۸۷۱	۳۲۸۱۶-۳۳۷۸۱	سندج	کردستان
۰۳۴۱	۲۶۴۳۸۰-۲۶۹۹۴۴	کرمان	کرمان
۰۸۳۱	۲۰۰۰۳	کرمانشاه	کرمانشاه
۰۷۴۱	۲۵۶۵۶	ياسوج	کهگیلویه و بویراحمد
۰۱۳۱	۳۳۹۲۴-۳۳۱۰۹	رشت	گیلان
۰۶۶۱	۲۰۵۵۴	خرم آباد	لرستان
۰۱۵۱	۴۶۷۶۲-۵۹۲۳۱-۴۵۰۴۲	ساری	مازندران
۰۸۶۱	۳۵۸۸۳-۳۵۸۸۴	اراک	مرکزی
۰۷۶۱	۵۵۵۳۱۰-۵۵۵۳۱۱	بندرعباس	هرمزگان
۰۸۱	۲۴۴۴۱۵-۲۴۴۴۵۴	همدان	همدان
۰۳۵۱	۶۶۸۳۸۳-۶۶۸۴۸۴-۲۵۳۲۵	یزد	یزد

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandooen.com](http://www.kandooen.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1  
Directory:  
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application  
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm  
Title:  
Subject:  
Author: system home  
Keywords:  
Comments:  
Creation Date: 4/11/2012 8:51:00 PM  
Change Number: 1  
Last Saved On:  
Last Saved By: hadi tahaghoghi  
Total Editing Time: 0 Minutes  
Last Printed On: 4/11/2012 8:51:00 PM  
As of Last Complete Printing  
Number of Pages: 135  
Number of Words: 15,610 (approx.)  
Number of Characters: 88,977 (approx.)