

**عنوان طرح:**  
**تدوین راهنمای پیشگیری از اعتیاد**  
**در محل های کار**

**مجری: دکتر فرزین رضاعی**

**دی ماه 1383**

# اعضای گروه آموزش:

1. دکتر علیرضا حشمتی-پزشک عمومی
2. ناصر سیمای-کارشناس ارشد روانشناسی
3. داود بهزاد-کارشناس ارشد رفاه اجتماعی
4. نیلوفر فرید-کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی
5. افسانه کلانتری-کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی
6. مسلم شبیرنگ-کارشناس روانشناسی
7. ندا گزانی زاد-کارشناس پرستاری
8. گلانه کرباسی-کارشناس پرستار

# سخن مجری

اعتیاد به مواد مخدر یکی از پیچیده ترین معضلاتی است که بشر با آن مواجه شده است. یکی از دلایل این پیچیدگی این است که عوامل مختلف اجتماعی، خانوادگی و فردی در بروز آن نقش دارند و به همین دلیل برای برخورد با این پدیده بایستی از رویکرد های چندوجهی بهره جست که به میزان کافی این عوامل مختلف را تا حدی پوشش دهد. یکی از بسترهای شناخته شده اعتیاد محیط های کار است. در دنیای امروز بخش عمده ای از ساعات فعال هر فرد در محیط کار سپری میشود و از سوی دیگر مشکلات یک جامعه در حال گذار الزاماً محیط های کار را با تنش ها و استرس های خاصی روبرو می کنند. به همین دلیل می توان به جرات ادعا نمود که بدون توجه کافی به اعتیاد در محیط های کار هر برنامه پیشگیری از اعتیاد ناقص و ناکار خواهد بود.

مجموعه ای که در پیش رو دارید، با این دیدگاه تدوین شده است که با تکیه بر آموزه های علمی، محتویات آموزشی لازم برای پیشگیری از اعتیاد در محل های کار به گونه ای تدوین گردد که متناسب با مختصات فرهنگی، اجتماعی و سنتی حاکم بر محیط های کار در کشورمان باشد. روند تدوین این محتوا روندی مبتنی بر تعامل فعال مدرسین و بهداشتیان کار بود که از نزدیک با مختصات یادشده آشنایی دارند. بدیهی است که نتیجه این کوشش جمعی به هیچوجه خالی از اشکال نیست اما امیدوارم زمینه ای را برای ادامه اینگونه فعالیتها در کشور فراهم نماید و مقدمه ای باشد برای دستیابی به یک دانش بومی مؤثر در زمینه پیشگیری از اعتیاد در محل های کار. به امید آن روز.

دکتر فرزین رضاعی

# سپاسگزاری

در تدوین این مجموعه افراد زیادی نقش داشته اند، بویژه از زحمات و توجهات مسئولین و کارشناسان محترم مؤسسه داریوش بخصوص جناب آقای دکتر رفیعی، جناب آقای دکتر وجدانی روشن و سرکار خانم دکتر خستوصمیمانه قدردانی می شود و یقیناً بدون راهنماییهای ایشان تدوین این مجموعه به انجام نمیرسید. همچنین از زحمات اعضای گروه آموزش قدردانی به عمل می آید.



# فهرست

صفحه 6	(1) خلاصه
صفحه 7	(2) متن پروپوزال ارائه شده
صفحه 18	(3) تاریخچه مصرف مواد مخدر
صفحه 23	(4) معرفی مواد مخدر و عوارض آن
صفحه 38	(5) محیط های کاری و اعتیاد
صفحه 51	(6) ضرورت پیشگیری از اعتیاد در محیط های کار
صفحه 55	(7) برنامه ریزی پیشگیری از اعتیاد در محیط های کار
صفحه 65	(8) اهداف و استراتژی های پیشگیری از اعتیاد در محیط های کار
صفحه 72	(9) غربالگری در محیط کار
صفحه 77	(10) مهارت های زندگی
صفحه 89	(11) مهارت تفکر انتقادی
صفحه 93	(12) مقابله با فشار عصبی (استرس)
صفحه 99	(13) نحوه برخورد با معتادان و مروری بر درمان
صفحه 113	(14) منابع
صفحه 115	(15) ضمیمه: کتابچه تمرین

## خلاصه

این محتوای آموزش مبانی و مباحث پیشگیری از اعتیاد در محل های کار به گروه های حدواسط (بهداشتیاران کار) تهیه شده است و تلاش شده است مجموعه به گونه ای تهیه شود که گروه مخاطب درک درستی از پدیده سوء مصرف مواد در محیط های کار، آثار و علل آن پیدا کنند؛ از بعد نگرشی ضرورت پیشگیری از اعتیاد در محل های کار را درک کنند و پس از پایان دوره آموزشی بتوانند محور های آموزشی مرتبط با این موضوع را به گروه هدف (کارگران) آموزش دهند. همین منظور اعضا و تیم اصلی تدوین کنندگان که سوابق و تجارب لازم را در خصوص آموزش پیشگیری از اعتیاد دارا بودند تشکیل گردید. در مرحله بعد پیش نویس سر فصل های آموزشی تهیه گردید. به منظور تطبیق بیشتر سرفصل های آموزشی و همچنین محتوای آموزشی مورد نظر، اعضای تیم تدوین کننده با هدف تحلیل وضعیت و تحلیل و بررسی وضعیت افراد حد واسط از نظر دانش، نگرش و همچنین وضعیت محیط کار، با هماهنگی به عمل آمده با مرکز بهداشت سنندج طی دو جلسه دو ساعته در جمع گروهی از بهداشتیاران کار (12 نفر) که در کارخانجات و کارگاهی بزرگ و متوسط ارتباط مستقیم با کارگران دارند حضور پیدا کرده و با شیوه و اصول بحث متمرکز گروهی سعی شد تا تحلیلی از وضعیت دانش، نگرش و رفتار و همچنین وضعیت محیط کار بدست آمده و اعضای تیم تدوین کننده شناخت بیشتری از وضعیت محیط افراد پیدا کنند. پس از دو جلسه بحث گروهی متمرکز با بهداشتیاران، تیم اصلی اقدام به تدوین و تحریر پیش نویس محتوای آموزشی براساس سرفصل های از پیش تعیین شده و همچنین نتایج بدست آمده از دو جلسه بحث گروهی متمرکز مذکور نموده و سپس از بهداشتیاران کارخانجات دعوت شد تا مطالب تدوین شده را به مدت دو روز متوالی (10 ساعت) آموزش ببینند. هر یک از اعضای تیم تدوین کننده قبل و بعد از تدریس، مطالب خود از گروه حدواسط پیش آزمون و پس آزمون به عمل آورده و همچنین در پایان هر جلسه از گروه حدواسط (بهداشتیاران کار) به صورت مکتوب در خصوص محتوای آموزشی ارائه شده نظرخواهی شده بعد به صورت تصادفی از گروه حدواسط درخواست شد که مجدداً در حضور تدوین کنندگان، چکیده مطالب آموزش دیده را به سایر همتایان خود (گروه حدواسط) آموزش بدهند. در مرحله پایانی هیئت بررسی و بازنگری محتوای آموزشی براساس بازبینی نوار ویدیویی جلسات آموزشی، نوار ویدیویی آموزش ارائه شده توسط آموزش گیرندگان نتایج پیش آزمون و پس آزمون و نظرسنجی های انجام شده از آزمون گیرندگان محتوای آموزشی را اصلاح نمودند که تغییرات اعمال شد. در این دوره آموزشی در کنار آموزش نظری با استفاده از تمرینات مرتبط از آموزش عملی هم استفاده شد که مجموعه تمرینات ارائه شده در ضمیمه این مجموعه درج شده است.

نتایج نظرسنجی های به عمل آمده حاکی از رضایت شرکت کنندگان از محتوای ارائه شده می باشد و از 10 نفر بهداشتیار آموزش دیده 7 نفر ارتباط خود را با تیم آموزشی حفظ کرده و برخی درصددند آموزش های فراگرفته را در محیط های کاری خود پیاده نمایند.

متن پروپوزال ارائه شده:

مرکز آموزشی و پژوهشی سوء مصرف و وابستگی به مواد  
(موسسه داریوش)

پیشنهاد نامه آموزشی

## Education Proposal

عنوان طرح: راهنمای پیشگیری از اعتیاد در محل های کار

نام ارائه دهنده طرح: دکتر فرزین رضاعی

تاریخ پیشنهادی اجرای طرح: 1382/2/31

شناسنامه طرح آموزشی

راهنمای پیشگیری از اعتیاد در محل

1- عنوان طرح آموزشی به فارسی :

Preparing the guideline of drug abuse prevention  
in workplaces

2- عنوان طرح آموزشی به انگلیسی:

3- محتوای / محورهای طرح آموزشی: (عناوین اصلی و فرعی):

- تاریخچه اعتیاد
- تشریح انواع مواد مخدر و عوارض آنها
- سوء مصرف مواد در محیط های کارگری، تاریخچه مداخلات در محیط های کار
- ضرورت پیشگیری از اعتیاد در محیط کار
- اهداف و استراتژی های پیشگیری از اعتیاد در محیط کار
- غربالگری در محیط های کار
- عوامل محافظ (از جمله عوامل تاب آوری) و عوامل خطر ساز در محیط های کار
- مهارت های زندگی

4



- فرایند تدوین اولیه: 1. مطالعه کتابخانه ای و مراجعه به منابع اینترنت
- 2. تهیه رئوس هر محور آموزشی

- اجرای آزمایشی (پایلوت): اجرای آزمایشی مجموعه آموزشی
- تدوین متن نهایی: اصلاح مجموعه آموزشی بر اساس بازخوردهای دریافتی از پایلوت

5- نوع آموزش :

نظری  عملی  نظری و عملی

6- قلمرو آموزش :

پیشگیری  درمان دارویی  درمان غیر دارویی  کاهش آسیب

7- کل هزینه درخواستی:

35200000 ریال

8- مدت اجرای طرح :

یک سال

9- تاریخ پیشنهاد طرح :

1383 2/31

مشخصات ارائه دهنده ، مشاوران و همکاران طرح

ارائه کننده طرح : آقای دکتر فرزین رضاعی خانم

دانشگاه  
مؤسسه

مجری :

نام و نام خانوادگی : دکتر فرزین رضاعی

فرزند: نصرالله

تاریخ تولد : 1349/3/19 شماره

شناسنامه: 190

مشاوران و همکاران طرح :

سوابق مرتبط	تخصص	نوع همکاری در طرح	نام و نام خانوادگی
5 سال	پزشک عمومی	اجرای-آموزشی	1. دکتر علیرضا حشمتی-

2. ناصر سیمای	اجرایی-آموزشی	کارشناس ارشد روانشناسی	5 سال
3. داود بهزاد	اجرایی-آموزشی	کارشناس ارشد رفاه اجتماعی	3 سال
4. نیلوفر فرید	اجرایی-آموزشی	کارشناس ارشد مشاوره و راهنمایی	5 سال
5. افسانه کلانتری	اجرایی-آموزشی	مشاوره و راهنمایی	3 سال
6. مسلم شبرنگ	اجرایی-آموزشی	کارشناس روانشناسی	6 سال
7. ندا گزانی زاد	اجرایی-آموزشی	کارشناس پرستاری	2 سال
8. گلانه کرباسی	اجرایی-آموزشی	کارشناس پرستاری	2 سال

نشانی کامل مجری: تهران...دانشگاه علوم پزشکی تهران.....  
نشانی کامل دانشگاه یا مؤسسه: .....  
تلفن: .....

شماره تلفن و همراه:

شماره

### فرآیند تدوین اولیه

#### 1. مرورپیشینه (توجیه علمی مجموعه آموزشی)

در سال 1381 توسط بنیاد پیشگیری از اعتیاد کردستان و در قالب طرح های داریوش، طرحی با عنوان "آموزش چهره به چهره کارگران" در سنندج برگزار شد. در این طرح 135 نفر از کارگران کارگاههای صنعتی و خدماتی در قالب کارگاههای 8 تا ده نفره تحت آموزش پیشگیری از اعتیاد قرار گرفتند. بررسی پیش آزمون و پس آزمون هایی که در جلسات آموزشی به عمل آمد نشان داد آموزش در ارتقاء دانش فراگیران مؤثر بوده است. در زمینه نگرش براساس گزارش جریان طرح، تقاضاهایی که پس از اجرای دوره مزبور واصل شد نشنندهنه تأثیر مثبت نگرشی آموزش های اولیه شده بود. در حال حاضر بسیاری از کارفرمایان و کارگران

## 2-توجیه نیاز و ضرورت اجرای طرح در ایران

با توجه به شیوع بالای اعتیاد در کشور و روند رو به رشد سوء مصرف مواد بخصوص در میان جوانان بایستی در برنامه های پیشگیری از اعتیاد حوزه های مختلف مرتبط با این مسئله را مد نظر قرار داد و از رویکردهای تک بعدی پرهیز نمود. نظر به اینکه جامعه ما یک جامعه در حال گذار محسوب می شود بروز معضلات و استرس های مرتبط با محیط های کار از جمله ناامنی شغلی، تضاد ارزشها و نگرش ها در میان کارگران و نیز میان کارگران و کارفرمایان و مسایلی از این دست قابل پیش بینی به نظر می رسد و به همین جهت در هر برنامه پیشگیری از اعتیاد باید برای مقوله پیشگیری از اعتیاد جایگاه مهمی قایل شد. با این

3-تعبیر

تعداد 15 تا بیست نفر بهداشتیار کار با مدرک فوق دیپلم بهداشت حرفه ای و آشنا با محیط های کارگری

## 4-هدف یا اهداف کلی آموزش :

- 1-اهداف دانشی:گروه مخاطب درک درستی از پدیده سوء مصرف مواد در محیط های کار، آثار و علل آن و راههای پیشگیری از این معضل پیدا کنند.
- 2-اهداف نگرشی:احساس خطر نسبت به سوء مصرف مواد در محیط های کار-گروه مخاطب ضرورت آموزش های پیشگیری از اعتیاد را بپذیرند و نسبت به تأثیرگذاری این آموزش ها نگرش مثبتی پیدا کنند.
- 3-اهداف کنشی:گروه مخاطب بتواند هر یک از محورهای آموزشی را به نحوی کارآمد آموزش دهد.

## 5-اهداف جزئی و دستاوردهای مورد انتظار { دانش ، نگرش ، کنش }

1. ارتقاء دانش گروه مخاطب در زمینه مورد بحث به میزان هفتاد درصد
2. دستکم پنجاه درصد مخاطبین نگرش مثبتی در مورد ضرورت و اثرگذاری آموزش های پیشگیرانه پیدا کنند.

## 6-روشهای آموزش

در هر جلسه با استفاده از روش های بحث گروهی، سؤالات حلقوی، ایفای نقش و سؤالات سقراطی مبحث مربوطه ارائه می شود و بر اساس بازخورد از مخاطبین، محتوای آموزشی حک و اصلاح می شود. در طول دوره آزمایشی، هر یک از مخاطبین به طور آزمایشی آموزش یکی از محورهای آموزشی را به عهده می گیرد و مخاطبین نخبه آمه‌شده، با نقد

آموزش چهره به چهره با استفاده دستگاه اسلاید و مولاژ بدن انسان

### ویژگی‌های مرحله اجرای آزمایشی (پایلوت)

- 1- تعداد حداقل و حداکثر شرکت کنندگان در مرحله آزمایشی: 15 تا 20 نفر
- 2- محل و طول مدت اجرای آزمایشی طرح: 10 ماه
- 3- مشخصات آموزش گیرندگان (درجه و رشته تحصیلی): فوق دیپلم بهداشت حرفه ای یا سایر رشته های بهداشت با حداقل یک سال سابقه کار مرتبط با محیط های کار
- 4- عمده ترین مشخصات تخصصی آموزش دهندگان : داشتن سابقه تدریس یا آموزش-مهارت کلامی مناسب-دارا بودن حداقل مدرک کارشناسی رشته های روانشناسی، علوم تربیتی، جامعه شناسی یا درجه دکترای پزشکی عمومی-دارا بودن سابقه کار در زمینه اعتیاد و آشنایی با محیط های کار

- 5- چنانچه مجموعه آموزشی شامل فعالیت‌های عملی هم می شود . نوع فعالیت ، راهنمایان ، فرآیند راهنمایی را توضیح دهید :

هریک از مخاطبین در طول اجرای دوره یک مبحث را به طور آزمایشی آموزش می دهند. از جلسه آموزش فیلمبرداری به عمل می آید و فرد پس از دریافت بازخورد سایر مخاطبین در صورت امکان جلسه ای را با حضور گوه هدف برگزار خواهد کرد.

6- اجزای مجموعه آموزشی ( شامل ابزارهایی که محتوا را انتقال می دهد ، مثل کتاب ، فیلم ، تمرین .... )

- کتاب راهنمای آموزش
  - پس آزمون و پیش آزمون هر محور آموزشی
  - کتبچه تمرین
- 7- ابزارهای کمک آموزشی مورد نیاز در اجرای آزمایشی ( پایلوت )

دستگاه اسلاید-مولاژ بدن انسان

- 8- روشهای ارزشیابی و سنجش اثر بخشی مجموعه آموزشی
- انجام پس آزمون و پیش آزمون در هر جلسه آموزشی
  - بررسی نوار ویدیویی آموزش های آزمایشی و ارزشیابی توسط سایر مخاطبین (جلسات آزمایشی)
  - نظرخواهی مکتوب از مخاطبین
  - نقدهای شفاهی هر محور آموزشی
  - ارائه سؤالات موردی در پایان هر محور آموزشی و درخواست از مخاطبین برای پاسخگویی

9- روند دریافت بازخورد جهت اصلاح و ارتقا در فرآیند تدوین مجموعه آموزشی

- نظرسنجی از گروه مخاطب
- فیلمبرداری از تمامی جلسات آموزشی-نوار مربوطه توسط گروه تولیدکنندگان بازبینی خواهد شد و محورهای آموزشی بر اساس بازخوردهای کلامی و غیرکلامی مخاطبین و نیز مدرس مربوطه اصلاح خواهد شد.
- در صورت امکان نتایج تجربه با گروه هدف، مراتب در روند اصلاح لحاظ می گردد.

### تدوین متن نهایی

- چگونگی اصلاح محتوي متعاقب بررسی باز خوردهای دریافتی :

اعضای گروه تولید کننده و مدرسان، پس از اتمام جلسات آموزشی طی جلسات گروهی داده های حاصل از بازخوردهای دریافتی را مرور خواهند کرد و بر اساس بحث گروهی، محتوای آموزشی را اصلاح خواهند کرد.

- زمان ارائه مجموعه نهایی

ده ماه پس از دریافت اولین قسط هزینه های مصوب طرح

### منابع

ذکر مراجعی که برای تنظیم طرح پیشنهادی به کار گرفته شده است :

1. کاپلان. سادوک. خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری. ترجمه پورافکاری نصرت ا... تهران. سهراب 1379
2. وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر. راهنمای کاربردی درمان سوءمصرف کنندگان مواد. تهران. پرشکوه (1380)
3. مرکز مطالعات پژوهش و آموزش ستاد مبارزه با مادمخدر. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهشی سال اول. شماره 3. تابستان 1382

# تاریخچه مواد مخدر



در مطالعه تاریخچه استعمال افیون می‌بینیم که بشر آنرا از سال‌های نخستین تاریخ می‌شناخته و به نوعی استعمال می‌کرده است.

کاربرد «مواد مخدر» بعنوان آرام بخش یا «نوشارو» و نیز بعنوان «مکیف» و «نشئه و خلسه آور» از 5000 سال پیش از میلاد برای سومریان، بابلیان و مصریان ... شناخته شده بود تا بدان حد که در برخی از ادیان در میان بعضی از اقوام مصر اندک آن جنبه آئینی و قداست داشته است، بطوریکه در دین زرتشت گرد دانه هوم را در شیر حل کرده و در پاره‌ای از مراسم دینی می‌خوردند. کاربرد توتون و تنباکو در میان سرخ پوستان نیز بیشتر جنبه آئینی و تشریفاتی داشته بویژه «هم‌چیقی» برای برقراری و دوام صلح، بصورت نمادین، از اهمیت زیادی برخوردار بوده است. نوشته‌های قدیمی ثابت می‌کند که استعمال افیون در سراسر ادوار ظهور و سقوط امپراتوری‌های بابل، مصر، یونان و روم متداول بوده است. یافته‌های تاریخ بازگو می‌کنند که مصریان حدوداً از پانصد سال قبل از میلاد مسیح و اروپائیان دست کم چهار هزار سال قبل کوکنار و خشخاش را می‌شناختند. ارسطو، افلاطون، تئوفرانس و بقراط حکیم، افیون را جهت پیشگیری و درمان اسهال توصیه می‌کردند.

#### تاریخچه اعتیاد در کشورها

چنین می‌نماید که تریاک به عنوان ماده مخدر ابتدا در هند و آسیای صغیر تولید می‌شده و سپس به چین زودتر از سایر کشورها پا گذاشت. در قرن 17 میلادی که پای اقوام اروپایی (اسپانیولی، هلندی، انگلیسی) به قاره آسیا باز شد، کشیدن و استعمال تریاک نیز گسترش یافت. به سخن دیگر پدیده اعتیاد با آمدن بیگانگان استعمار در شرق آغاز شد و یکی از انگیزه‌های انتشار اعتیاد در آسیا، کمپانی هند شرقی انگلیس در هند بود.

با تکامل سرمایه‌داری در سالهای 1820 - 1830 در انگلستان سرمایه‌داران انگلیسی بر آن شدند که به بازار عظیم چین دست یابند، از انیرو تجارت تریاک در دستور کار آنان قرار گرفت، زیرا هیچ سوداگری و تجارتي سود آورتر از تریاک نبود. سرمایه‌داران انگلیسی توانستند در پوشش تجارت تریاک و از طریق کمپانی هند شرقی به اهداف متعدد و منابع سود آور زیادی دست یابند و از این طریق تریاک از هندوستان به چین راه یافت و در سراسر آن کشور رو به گسترش نهاد. انگلیسی‌ها از سویی دهقانان هندی را مجبور به کشت تریاک کردند و با صدور تریاک به چین که از کشت و کار دهقانان هندی بدست آمده بود، چای و ابریشم از چین می‌خریدند و آنچه که در این تجارت نا مقدس نصیب چین می‌گشت، ویرانی و بیچارگی، دست‌نشاندهی و وابستگی بود.

در سال 1773 حکومت انگلیسی هند، سیاست تبه‌کارانه صادرات تریاک به میزان زیاد را به چین در پیش گرفت و حق انحصاری تجارت تریاک را به کمپانی هند شرقی واگذار کرد. بمنظور تکمیل این سیاست در سال 1797 حق انحصاری کشت و تهیه تریاک را به کمپانی مذکور تفویض کرد تا سال 1800 تریاک صادر شده به چین به مرز دوهزار صندوق رسید. کمپانی با همدستی مقامات حکومتی هند و انگلیس آشکارا بطور حراج، مواد مخدر را به بازگانان می‌فروخت و سپس آنان، جنس را به چین قاچاق میکردند. تجارت تریاک برای حکومت انگلیس و سرمایه‌داران این کشور که در شرق داد و ستد میکردند مفهومی جز منافع کلان نداشت. برطبق یک بررسی در سال 1835 در چین بیش از 2 میلیون نفر تریاک دود میکردند.

**مورفین:** در سال 1803 توسط فردریش سرتونر (Sertuner) از تریاک جدا شد و در عملیات جراحی و دردهای بعد از عمل مورد استفاده قرار گرفت، به دلیل لذتی که بعد از تزریق و مصرف مورفین به بیمار دست میدهد، به خارج از بیمارستان راه پیدا کرده، مورد سوء استفاده قرار گرفته است. در نیمه دوم قرن 18، در جریان جنگهای استقلال آمریکا؛ پروس - فرانسه و اطریش - پروس برای درمان درد و اسهال مورد استفاده قرار گرفت و آزادی استعمال مورفین و تریاک در این زمان به اعتیاد بسیاری از سربازان منجر گردید چنانکه این اعتیاد به نام بیماری سرباز شهرت یافت. هروئین نیز در سال 1898 برای اولین بار بصورت گرد سفید رنگ که از مورفین بدست آمد مورد مصرف قرار گرفت.

**حشیش:** حشیش نیز از شاهدانه بدست می‌آید. شاهدانه ماده صمغی تولید می‌کند که در برگها و گلها مقدار آن زیادتر است و برگ خشک و شاخه‌های جوانیکه از ریشه می‌رویند به نام ماری‌جوآنا معروف است. اگر صمغ بدست آمده از این گیاه را غلیظ کنند، همان حشیش است. بنگ و حشیش که آنرا کانابیس می‌نامند مانند تریاک به عنوان داروی مسکن تاریخچه‌ای طولانی دارد و از پانصد سال قبل از میلاد مسیح آنرا می‌شناختند. در هندوستان این دارو را در اجتماعات مذهبی مصرف می‌کردند. هر چند استعمال این دارو تنها محدود به هندوستان نمیشد، بلکه اروپائیان نیز همراه با تریاک با آن آشنا شدند (توسط سربازان ناپلئون از شمال آفریقا و مصر به اروپا برده شد). در بسیاری از کشورها این ماده را در کاغذی، سیگار تمانند، لوله کرده می‌کشند. اکنون در آمریکا و اروپا بسیار رایج است؛ در اصطلاح به آن علف (grass) می‌گویند. اصلاح علف به جای حشیش در ایران نیز متداول بوده است.

**کوکائین:** برگهای گیاه کوکا نیز مدتها توسط ساکنان پرو و بولیوی مورد استفاده قرار میگرفت. بومیان آمریکای جنوبی برای آنکه بتوانند راحت‌تر در ارتفاعات زندگی کنند به جویدن برگها کوکا اقدام می‌کردند. فاتحان اسپانیا متوجه این مسئله شدند و کوکا به اروپا راه یافت و در سال 1859 پس از آزمایش گیاه مذکور و جدا ساختن ماده فعال آن، کوکائین بطور خالص از کوکا تهیه گردید و سریعاً توسط عده‌ای مورد سوء مصرف قرار گرفت و حتی در کوکا کولا نیز برای افزایش اثر بخشی این نوشیدنی استفاده شد.

## تاریخچه کشت و استعمال تریاک در ایران

مصرف تریاک به منزله دارویی مسکن و اثر بخش، نتیجه تحقیقات دو پزشک ایرانی بنامهای ابوعلی سینا و محمدزکریای رازی (251 - 313 ه ق) بوده است. بطور کلی استعمال تریاک در ایران را برخی ره آورد و حمله اعراب یا چنگیز به ایران می دانند و دسته ای معتقدند که سپاه نادرشاه به هنگام اقامت خود در هندوستان، تریاک کشتی را از هندیها فرا گرفته، با خود به ارمغان آوردند ولی آنچه مسلم است، کاربرد حشیش در تاریخ ایران زمین نقش حساسی داشته است. بطوری که فرقه اسماعیلیه را «حشاشیون» نیز می نامند رهبران فرقه اسماعیلیه از حشیش، که شیر شاه دانه است، برای ایجاد حالت خلسه در برخی پیروان استفاده کرده، تصمیمات خود را به ایشان القا می کردند و آنها را وادار به کارهای دشوار و خطرناک می کردند. در دروان صفویه استعمال تریاک بیشتر به منظور تعدیل اضطراب بزرگان و درباریان عالیمقان و خوشگذرانی و تفریح، معمول بوده است. در زمان شاه عباس صفوی ظاهراً باید مصرف این ماده توسعه بیشتری پیدا کرده باشد، زیرا می گویند «شربت کوکنار» که همان «جوشانده خشخاش» است، بسیار رایج بوده است. در زمان صفویه خوردن حب تریاک و نوشیدن شربت کوکنار، به ویژه در اصفهان بسیار متداول بوده است. همانطور که ذکر شد مصرف تریاک در سرزمین ما ایران، با مقاصد درماني صدها سال سابقه داشته و تاریخچه اعتیاد حداقل به 400 سال قبل باز می گردد.

بعید نیست که با جنگهای ایران و عثمانی عادت افیون خوری در ایران رواج گرفته باشد، چون این امر در میان سپاهان عثمانی متداول بوده است. در آن زمان مردم ایران و عثمانی معتقد بودند که تریاک مایه قوت و جرأت و جسارت میشود و به همین سبب سربازان را پیش از آنکه بجنگ بروند به خوردن تریاک تشویق میکردند. استفاده از تریاک و مواد مخدر پس از صفویه ادامه یافت و تا حدود نیم قرن پیش تریاک بطور علنی در قهوهخانهها معمول بود. از آن پس بتدریج در اثر فشارهای بین المللی، دولت محدودیت هایی برای معتادین ایجاد کرد ولی استعمال آن همچنان در بین مردم دوام یافت. در دوره قاجاریه در اثر اشاعه و انتشار افکار جدید؛ مردم متوجه زیانهای مواد مخدر شده و در محافل مجالس خصوصی علیه این مواد تبلیغ نمودند؛ ولی اقداماتی که در دوره قاجار علیه استعمال مواد مخدر انجام گرفت نتایج مؤثری به بار نیاورد. در دوران همچنان مصرف تریاک ادامه داشت. در سال 1308 اداره کل صحتیه؛ قانونی به مجلس پیشنهاد کرد در مورد جلوگیری از استعمال تریاک که تصویب هم شد ولی عملاً دولت اداره ای تاسیس کرده بود بنام انحصار تریاک که شیر تریاک را می خرید و آن را در اختیار همه قرار می داد. این قانون هیچ تاثیری در منع مصرف تریاک نداشت و حتی باعث ترویج مصرف نیز می گردید.

در سالهای جنگ جهانی دوم و بعد از آن قاچاق مواد افیونی و اعتیاد رواج بیشتری پیدا کرد. در بهمن سال 1334 قانون منع کشت خشخاش و جلوگیری از مصرف غیرطبیعی توسط مجلس تصویب شد و در نتیجه کاهش قابل ملاحظه ای در تعداد مصرف کنندگان حاصل شد ولی بدلیل عدم کنترل و فساد دستگاه دولتی و سوءاستفاده کشورهای مجاور و نبودن برنامه های درماني و پیشگیری از اعتیاد؛ این تلاشها به کنترل مؤثر اعتیاد منجر نشد. در این سالها اگرچه تعداد زیادی از تریاکی ها را تنبیه کردند ولی بساط تریاک مامورین عالی رتبه برقرار بود. در سال 1348 دولت قانون منع کشت خشخاش را لغو کرد و به جای آن کشت محدود خشخاش را تصویب کرد و به بیماران و پیران معتاد که در آزمایشات طبی اعتیاد آنان به اثبات رسیده بود کوپن و اجازه استفاده از تریاک داده شد.

پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران؛ در خرداد 1359 سهمیه تریاک معتادان مجاز لغو و طبق قانون جدید دوره ای به مدت 6 ماه به عنوان ترک اعتیاد مقرر شد. بازگیری معتادان در آذر ماه

1359 پس از اتمام مهلت شش ماهه به پایان رسید و از آن پس اعتیاد جرم شناخته شد و بنابر قانونی که از تصویب مجلس گذشت؛ رسیدگی به مسئله معتادان در حوزه مسئولیت و اختیار دادرسی مبارزه با موادمخدر و نیروی انتظامی قرار گرفت.

امروزه با وجود اینکه هیچ گونه تولید مواد مخدر در کشورمان وجود ندارد و مبارزه با قاچاق و مواد مخدر نیز به شدت ادامه دارد؛ اما به لحاظ شرایط ویژه کشورمان؛ موضوع سوء مصرف مواد مخدر و لزوم کاهش تقاضای مصرف مواد از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

# معرفة مواد و عوارض جسماني آن

مواد افیوني

حشيش

LSD

مواد استنشاقی

الکل

نيکوتين

## معرفی دسته‌های مواد

مواد از نظر تأثیر بر عمل کرد مغز به سه دسته اصلی تقسیم می‌شوند:

- 1- مواد تضعیف کننده مانند تریاک و هروئین که کارکرد مغز را کاهش می‌دهند.
- 2 - مواد محرک (Stimulant) این مواد شامل کوکائین، آمفتامین و نیکوتین است که کارکرد مغز را افزایش می‌دهند.
- 3 - مواد توهم‌زا شامل: L.S.D حشیش و اکستازی (MDMA) که روی کارکرد مغز تأثیری ندارد بلکه بر روی ادراک اثر می‌گذارد.

### مواد افیونی

مواد افیونی از گیاه خشخاش بدست می‌آیند و تضعیف کننده سیستم عصبی مرکزی می‌باشند مهم‌ترین انواع مواد افیونی عبارتند از تریاک، کدئین، هروئین، مرفین، و متادون، در ایران اعتیاد به مواد افیونی شایع‌ترین انواع اعتیاد به مواد غیر قانونی را تشکیل می‌دهند، هدف از آشنایی با مواد و ابزار مصرف مواد، افزایش توانایی در شناسایی مبتلایان احتمالی به اعتیاد در محیط زندگی است. همچنین آموزش این موارد به والدین، برای هوشیاری بیشتر آنان و تشخیص زود هنگام مصرف مواد توسط فرزندانشان اهمیت دارد. روش‌های مصرف متعدد کاملاً تابع فرد و شرایط محیطی است و معمولاً از وسایل بسیار ساده و در دسترس استفاده می‌شود.

### تریاک :

از گیاه خشخاش به دست می‌آید منشاء هروئین - کدئین و مرفین نیز از همین ماده است تریاک معمولاً به رنگ قهوه‌ای سیر و دارای خواصی خمیری است که بوی شبیه به آمونیاک یا ادرار مانده دارد و هنگام سوختن بوی خاصی شبیه چسپ دوفلو می‌دهد. بسته‌بندی آن به صورت لول؛ حبه قند 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 ی تریاک :

سوخته‌ی تریاک را در آب حل می‌کنند و می‌جوشانند سپس آن را از صافی عبور می‌دهند. آنچه باقی می‌ماند «تقاله» نام دارد. محلول حاصل را مجدداً حرارت می‌دهند با این کار ماده‌ی خمیری و سفت و غلیظی به رنگ قهوه‌ای روشن به دست می‌آید که «شیره» نام دارد.

### روش‌های مصرف تریاک :

1- تدخین (دودکردن) : ابزارهای مورد استفاده برای تدخین عبارتند از : منقل، وافور، چپق‌نگاری (وسیله‌ای شبیه چپق که برای مصرف شیره به کار می‌رود)، قلیان، زغال‌های نیمه‌سوخته، سیخ، میله و سنجاق باز شده‌ای که سر آن سیاه شده باشد. در روش سیخ و سنگ، سرسیخ را داغ کرده با سنجاق تریاک را روی آن می‌گذارند و با لوله‌ی دود حاصل را وارد ریه‌ها می‌کنند.

2- خوردن : این روش را بیشتر افرادی که بیماری جسمی دارند و یا مدت طولانی از روش تدخین استفاده کرده‌اند به کار می‌برند، تریاک را معمولاً بعد از غذا می‌خورند، در این روش مصرف وسیله‌ای و اثری دال بر مصرف وجود ندارد.

3- تزریق: در این روش تریاک را در آب حل کرده و در یک قاشق می‌ریزند و کمی حرارت می‌دهند. سپس آن را روی تکه پنبه یا اسفنج می‌ریزند و با سرنگ می‌کشند و داخل ورید تزریق می‌دهند.

می‌کنند. معمولاً معتادان بی‌بضاعت از این روش استفاده می‌کنند. وجود سرنگ‌های کهنه و چندبار مصرف شده، قاشق سیاه شده و لکه‌های پنبه یا اسفنج علامت مصرف تزریقی ماده است.  
**هروئین:**

یکی از مشتقات نیمه مصنوعی مرفین است و تقریباً دویار قوی‌تر از مرفین می‌باشد و وسیع‌ترین ماده افیونی مورد استفاده در مبتلایان اختلال مربوط به مواد افیونی است. هروئین پودر بسیار نرم و سفید رنگی است که اشکال بسیار ناخالص آن قهوه‌ای رنگ می‌باشد. هروئین را در تکه‌های پلاستیک به شکل مخروطی بسته‌بندی می‌کنند و سر آن را با آتش می‌بندند. در این حالت آب درون آن نفوذ نمی‌کند و در مواقع خطر می‌توانند آن را ببلعند و پس از دفع از آن استفاده کنند. وزن بسته‌های هروئین 5 سانتی‌گرم، ربعی و (1/4 گرم)، 2/5 و 5 گرمی است. هروئین موجود در بازار معمولاً 5 تا 10 درصد هروئین دارد و بقیه آن شیر خشک، پودر بیکربنات و پودر گلوکز است.

### **روش‌های مصرف:**

**1- تدخین:** در این روش، هروئین را روی زیر ورق سیگار می‌ریزند و از زیر با دستمال کاغذی لوله شده و یا تکه‌های مقوای باریک که با کبریت آتش‌زده شده باشد، کمی حرارت می‌دهند و دود حاصل را از دهان بالا می‌کشند، گاهی هروئین را با باربیتورات ترکیب نموده و تدخین می‌کنند که به نام «شکاراژدها» معروف است. وجود تکه‌های دستمال کاغذی لوله شده نیمه سوخته یا تکه‌های باریک مقوا و زوروقی که رویه آلومینیومی آن سیاه شده باشد علامت مصرف تدخینی هروئین است.

**2- استنشاق (دماغی):** در این روش که معمولاً توسط معتادان غیر حرفه‌ای مورد استفاده قرار می‌گیرد، هروئین را روی کاغذ صافی می‌ریزند و با استفاده از اسکناس لوله شده آن را از طریق بینی بالا می‌کشند.

**3- تزریق:** در این روش، هروئین را با آب لیمو، جوهر لیمو، یا قرص ویتامین B در قاشق حل کرده و کمی حرارت می‌دهند. سپس از طریق سرنگ به زیر جلد یا داخل ورید تزریق می‌کنند.

**کدئین:** ماده سفید رنگی که به صورت قرص‌های خالص یا به صورت ترکیب با استامینوفن، آسپیرین یا شربت‌های ضد سرفه مورد استفاده معتادان قرار می‌گیرد. مصرف مکرر و بدون دلیل و یا با بهانه‌های بی‌مورد قرص‌های آسپیرین کدئین یا استامینوفن کدئین نشانه‌ای از اعتیاد به مواد می‌باشد.

**مرفین:** پودری 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 10 و 20 میلی‌گرم مورد مصرف پزشکی قرار می‌گیرد به صورت زیر جلدی، داخل عضلانی و داخل وریدی مصرف می‌شود.

نسبت مردان مبتلا به زنان مبتلا حدود 3 به 1 است. مصرف کنندگان مواد افیونی نوعاً مصرف مواد را در دوره‌های نوجوانی و اوایل دهه سوم عمر شروع می‌کنند. در حال حاضر اکثر افراد وابسته به مواد افیونی در دهه‌های چهارم و پنجم عمر هستند. در ایالات متحده نخستین تجربه با مواد افیونی معمولاً در دوران نوجوانی و حتی در دهسالگی است. این گونه‌آشنایی زودرس با فرهنگ مواد احتمالاً در جوامعی روی می‌دهد که والدین مصرف‌کننده مواد هستند. شخصی که دچار وابستگی به مواد افیونی می‌باشد ناگزیر است این پول را از طریق غیر قانونی یا روسپیگری به دست آورد. روسپیگری فرد دچار وابستگی به مواد افیونی عامل عمده انتشار عفونت ایدز است.

عملکرد مواد افیونی: اثرات اولیه‌ی مواد افیونی از طریق گیرنده‌های مواد افیونی اعمال می‌شود. هروئین سریع‌تر از سدخونی مغزی عبور می‌کند و اثری سریع‌تر از مورفین دارد. هروئین در ابتدا به عنوان وسیله درمان اعتیاد به مورفین معرفی شد، اما در واقع خود آن بیش از مورفین وابستگی ایجاد می‌کند یکی از اثرات تمام مواد افیونی کاهش جریان خون مغز در نواحی خاص مغز افراد دچار وابستگی به این مواد است.

#### آثار مصرف مواد افیونی :

آثار مصرف مواد افیونی تا هشت ساعت پس از مصرف باقی می‌ماند که شامل موارد ذیل است:

- تغییرات رفتاری یا روانی که ابتدا به صورت سرخوشی و سپس بی‌تفاوتی، کج خلقی و پرخاشگری، بیقراری یا کندي 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
- کاهش ادرار
- کاهش تعداد تنفس
- بی‌اشتهایی

لازم به ذکر است که بعد از چندبار مصرف نسبت به تمام علائم فوق تحمل ایجاد می‌شود به غیر از کاهش انقباض مردمک و بی‌بوست که با مصرف مواد تداوم می‌یابد.

در صورتی که مواد در طولانی مدت مصرف شود منجر به موارد زیر می‌شود:  
اعتیاد، بی‌بوست مزمن، تیره‌شدن رنگ پوست، کاهش وزن و سوء تغذیه، پایین آمدن سطح سلامتی به علت بی‌توجهی به وضعیت بهداشتی و مراقبت‌های فردی، تغییر ساعات خواب و بیداری و چرت زدن در طول روز، افسردگی و همچنین عوارض تزریق وریدی مانند آبسه، عفونت‌های پوستی کزاز، ایدز و هپاتیت و انتقال آن‌ها به دیگران دیده می‌شود.  
علائم مسمومیت با مواد افیونی:

گاهی معنادین به مواد مخدر با مصرف بیش از اندازه و مسمومیت حاصل از آن دچار علائمی نظیر انقباض شدید مردمک، اختلال توجه و حافظه، دلیریوم، کاهش درجه حرارت بدن، کاهش تعداد ضربان قلب، ضعف شدید تنفس، افت فشار خون و اغماء می‌شوند. در برخورد با سه علامت مهم (اغماء، مردمک‌های ته‌سنجاقی، ضعف تنفسی) حتماً باید تشخیص مسمومیت با مواد افیونی را در نظر داشت و شخص آسیب دیده را ضمن بازنگه‌داشتن راه‌هوایی به بیمارستان منتقل کرد.

#### علائم ترك مواد افیونی :

علائم ترك در کسانی به وجود می‌آید که 1 تا 2 هفته به طور مستمر از مواد افیونی استفاده کرده باشند. این علائم 6 تا 8 ساعت پس از آخرین مصرف تریاک، هروئین یا مورفین ظاهر می‌شوند، معمولاً روز دوم یا سوم به اوج شدت می‌رسند 7 تا 11 روز بعد از ترك فروکش می‌کنند. این علائم عبارتند از:



- بيقراي ، تحريك پذيري، افسردگي و بي خوابي
- كرامپ عضلاني و درد استخواني
- آبريزش از چشم و بيني
- دل پيچه و اسهال
- سيخ شدن موهاي بدن
- خميازه، سكسكه، عطسه
- اتساع مردمكها
- بي نظمي درجه حرارت بدن(تب، هيپوترمي) احساس سرما و لرز
- تمایل شديد به مصرف مجدد (craving)

این علائم پس از چند روز فروکش می‌کنند، اما بی‌قراری، تحريك پذيري، پرخاشگري، اختلال خواب ، افسردگي و به خصوص اشتياق براي مصرف مواد افیوني، تا ماه‌ها پس از ترك ممكن است باقي بماند

### حشيش

حشيش احتمالاً رایج‌ترین ماده‌ی غیر قانونی مورد مصرف جهان است. از هزاران سال پیش می‌دانستند که حشيش اثرات نشئه آور دارد. حشيش نام مختصر بوته‌ی شاهدانه است. قوی‌ترین انواع حشيش از سرشاخه‌های گل دار گیاه یا از ترشح ریزبین قهوه‌ای مایل به سیاه خشك شده‌ی برگ‌های آن که hash یا hashish نامیده می‌شود به دست می‌آید. بوته‌ی شاهدانه را معمولاً می‌برند، خشك می‌کنند، خرد کرده و داخل سیگار ( که معمولاً سیگاری نامیده می‌شود) ریخته و آن را دود می‌کنند.

اسامي رایج حشيش عبارتند از : ماري‌جوانا، علف، جام ، علف هرز ، چاي و مري‌جين. نام‌های دیگر حشيش که انواع آن را با قدرت‌های متفاوت توصیف می‌کنند عبارتند از شاهدانه، چاسرا، بنگ، گانجا ، داگا و سین سمیلا.

یافته‌های تحقیقی در رابطه با تأثیرات دراز مدت استفاده از حشيش نشان دهنده‌ی بعضی تغییرات در مغز نظیر تحلیل بافت مغزی، استعداد تشنج، آسیب کروموزومی، نقایص مادرزادی، استعداد تشنج، تغییر غلظت‌هورمون های جنسی و بی‌نظمی دوره‌های قاعدگی است. شایع‌ترین اثرات جسمانی حشيش اتساع عروق خونی ملتحمه‌ی چشم (قرمزی چشم) و افزایش خفیف سرعت ضربان قلب است. در مقادیر بالا آفت فشار خون وضعیتی ممکن است بروز کند. افزایش اشتها ( که اغلب اشتهای گاوی نامیده می‌شود ) و خشکی دهان اثرات شایع دیگر مسمومیت با حشيش هستند . جدی‌ترین عوارض احتمالی حشيش از همان مواد سرطان زایی ناشی می‌شود که در توتون معمولی یافت می‌شود و شواهدی وجود دارد که مصرف کننده‌های افراطی حشيش در معرض خطر بیماری مزمن تنفسی و سرطان ریه و لوله‌های تنفسی قرار دارند. مصرف حشيش پیشرفت سرطان‌های سرو گردن را تسریع می‌کند . مصرف حشيش 2 تا 3 برابر خطر ابتلاء به این سرطان‌ها را افزایش می‌دهد. مواد سرطان‌زا و محرك سیگارهای حشيش 50 | 70 برابر بیش‌تر از سیگارهای معمولی است.

حشيش باعث تخریب سیستم ایمنی برای مقابله با بیماری‌های عفونی و سرطانی می‌شود. يك مطالعه بر روی 450 نفر نشان داده است که کسانی که طور مکرر حشيش مصرف می‌کنند ولي سیگاری نیستند، مشکلات سلامتی بیش‌تری دارند و روزهای بیش‌تری نسبت به افراد غیر سیگاری در محل کار حاضر نمی‌شوند و علت این غیبت‌ها در مصرف کنندگان حشيش مربوط به مشکلات سیستم تنفسی است. حتی استفاده‌ی غیر منظم می‌تواند باعث سوختگی و سوزش از

دهان تا گلو که اغلب همراه با سرفه‌های سنگین است شود. کسی که مرتباً حشیش مصرف می‌کند خیلی از مشکلات تنفسی مصرف‌کنندگان سیگار نظیر سرفه‌های روزانه، تولید خلط، مکرر ناحیه‌ی سینه، احتمال زیاد عفونت‌های ریه، احتمال انسداد راه‌های هوایی را دارند. یک مطالعه نشان داده است که خطر حمله‌ی قلبی در استفاده‌کنندگان حشیش 4 برابر بیشتر است. محققین علت این پدیده را ناشی از تأثیرات ماری‌جوآنا بر فشار خون، ضربان قلب و کاهش ظرفیت حمل اکسیژن خون می‌دانند. تحقیقات نشان داده که نوزادان زنان مصرف‌کننده‌ی حشیش در طول دوره‌های حاملگی تغییراتی در پاسخ به محرک‌های بینایی داشته و گریه‌هایشان با فرکانس بالاتر می‌باشد. که نشان دهنده‌ی مشکل در رشد دستگاه عصبی است.

این کودکان در طول دوره‌ی نوزادی و سال‌های قبل از مدرسه مشکلات رفتاری، عملکرد ضعیف ادراک بینایی، درک زبان، نگره‌داری توجه و حافظه دارند. این کودکان نقص‌هایی در مهارت‌های تصمیم‌گیری، حافظه و توانایی تمرکز نشان می‌دهند. اضطراب، افسردگی و آشفتگی‌های شخصیتی همگی با مصرف حشیش ارتباط دارد.

بروز نشانه‌های اضطرابی با دوز مصرف ارتباط داشته و شایع‌ترین عارضه مصرف متوسط حشیش از راه تدخین است. مصرف‌کننده‌های بی‌تجربه بیش از مصرف‌کننده‌های با تجربه ممکن است نشانه‌های اضطرابی پیدا کنند. اختلال روان‌پریشی ناشی از حشیش نادر است ولی افکار بدبینی گذرا شایع است.

عوامل محیطی مشخص نظیر در دسترس بودن حشیش و انتظار مصرف‌کننده از چگونگی تأثیر مواد، تأثیر ارتباطات اجتماعی و سایر عواملی که باعث تجربه‌های متفاوت در دوقلوهای یک تخمکی می‌شوند عوامل مهمی هستند.

با تدخین حشیش اثرات نشئه‌آور ظرف چند دقیقه ظاهر شده حدود 30 دقیقه بعد به اوج می‌رسد و 2 تا 4 ساعت دوام می‌یابد. حشیش را همچنین می‌توان همراه با کیک و سرخ‌کردنی‌ها از راه دهان مصرف نمود. برای دستیابی به اثرات مشابه میزان مصرف حشیش خوراکی را باید دوتا سه برابر دوز تدخینی باشد. متغیرهای زیادی بر خواص روان‌گردان حشیش تأثیر می‌گذارند از جمله میزان قدرت حشیش مصرفی، راه مصرف، روش تدخین، دوز مصرفی، موقعیت و تجربه‌ی قبلی مصرف‌کننده، انتظارات مصرف‌کننده و آسیب‌پذیری زیستی خاص مصرف‌کننده.

#### آثار مصرف حشیش عبارتند از :

- \* تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی، خنده‌ی خود به خود، درک قوی‌تر رنگ، صدا و موسیقی، احساس کندشدن گذر زمان، اختلال توجه، تمرکز، حافظه و قضاوت، اضطراب و افسردگی علائم سایکوتیک مثل توهم و هذیان)
- \* افزایش اشتها
- \* قرمز شدن چشم‌ها
- \* عدم تعادل حرکتی
- \* افزایش ضربان قلب

مسمومیت با حشیش اغلب حساسیت مصرف‌کننده را نسبت به محرک‌های بیرونی بالا می‌برد، جزئیات تازه‌های را آشکار می‌کند. رنگ‌ها را غنی‌تر و عمیق‌تر از گذشته می‌نماید و درک ذهنی زمان را گند می‌کند. در دوزهای بالا مصرف‌کنندگان ممکن است احساس مسخ شخصیت و یا مسخ واقعیت پیدا کنند. مهارت‌های حرکتی با مصرف حشیش مختل می‌شود و اختلال مهارت‌های حرکتی تا پس از رفع اثرات ذهنی و نشئه‌آور ادامه می‌یابد. 12 تا 18 ساعت پس از مصرف حشیش اختلال مهارت‌های حرکتی

در رانندگی با وسایط نقلیه و سایر ماشین آلات تداخل می‌کند و به علاوه این به اثرات الکل که معمولاً توأم با حشیش مصرف می‌شود، افزوده می‌شود. مسمومیت با حشیش ممکن است با نشانه‌های افسردگی همراه باشد هر چند چنین نشانه‌هایی ممکن است حاکی از مصرف دراز مدت حشیش باشد.

### علائم ترك حشیش :

سندرم ترك حشیش در کسانی دیده می‌شود که پس از مصرف دراز مدت مقادیر زیاد اقدام به قطع ناگهانی مصرف می‌کنند. این علائم چند ساعت پس از آخرین مصرف شروع می‌شود در عرض 8 ساعت به اوج می‌رسد و تا 3 - 2 روز باقی می‌ماند  
این علائم عبارتند از :

- تحريك پذيري، بي‌قراري و اضطراب
- اختلال خواب و بي‌اشتهايي
- تعریق و لرزش
- اسهال، تهوع و استفراغ
- دردهای عضلانی
- افزایش درجه حرارت بدن

### مواد توهم زا

مواد توهم‌زا از دسته موادی هستند که سبب تغییراتی در خلق و ادراک می‌شوند بیش از صد نوع توهم‌زای طبیعی و مصنوعی مورد استفاده‌ی انسان قرار می‌گیرد که داروهای روان‌پریشی‌زا نیز نامیده می‌شوند چون علاوه بر ایجاد توهمات موجب قطع تماس با واقعیات و بسط و گسترش هوشیاری می‌شوند. اداره‌ی نظارت بر دارو و خوراک آمریکا آن‌ها را فاقد کاربرد طبی و واجد احتمال سوء مصرف شدید اعلام کرده است. توهم‌زاها به دو دسته‌ی طبیعی و مصنوعی تقسیم می‌شوند. يك توهم زاي كلاسيك مصنوعي که سر دسته‌ی گروه توهم‌زاها می‌باشد L.S.D نام دارد که توسط آلبرت هوفمان در سال 1938 تولید شد که بعداً تصادفاً مقداری جزیی از آن را خورد و نخستین بار توهمات ناشی از L.S.D را تجربه کرد. بالاترین میزان مصرف اخیر مواد توهم‌زا مربوط به گروه سنی 18 - 25 ساله است. عوامل فرهنگی در مصرف مواد توهم‌زا تأثیر می‌گذارد. مرگ و میر و عوارض ناشی از مواد توهم‌زا از برخی مواد دیگر کمتر است.

### (L.S.D) Lysergic Acid Diethylamide

L.S.D معمولاً به عنوان اسید در بازار به شکل قرص، کپسول و شکل‌های مختلف دیده می‌شود. L.S.D معمولاً بی‌بو و بی‌رنگ است و کمی تلخ مزه است و معمولاً از راه دهان مصرف می‌شود اغلب به کاغذهای جاذب (مثل کاغذ خشک کن) افزوده می‌شود و به مربع‌های کوچک‌ترین شده تقسیم می‌شود و هر قطعه برای يك بار استفاده می‌شود. آثار L.S.D دو ساعت پس از مصرف ظاهر می‌شوند، هر چند برخی از انواع توهم‌زاها از طریق استنشاق، تدخین یا تزریق وریدی مورد استفاده قرار می‌گیرند. تحمل نسبت به LSD و سایر مواد توهم‌زا به سرعت پدید می‌آید و عملاً سه تا چهار روز پس از مصرف مداوم ظاهر می‌شود. تحمل به سرعت نیز برطرف می‌شود (معمولاً ظرف 4 تا 7 روز). وابستگی جسمی و نشانه‌های ترك یا توهم‌زا مشاهده نمی‌شود، اما مصرف کننده ممکن است نسبت به تجارب دوره‌های مصرف توهم‌زا وابستگی روانی پیدا کند.

### آثار مصرف L.S.D

- تغییرات رفتاری یا روانی (اضطراب، واکنش هول و هراس شدید، ترس از دیوانگی، افسردگی، افکار بدبینی، رفتارهای خود آزارنه و خودکشی و اختلال در قضاوت). مرگ ممکن است بر اثر آسیب دیدگی جسمی متعاقب اختلال قضاوت ایجاد شود (مثلاً متعاقب اختلال قضاوت در مورد رانندگی یا توانایی پرواز)

- اختلال ادراکی: (مسخ شخصیت، مسخ واقعیت، توهم، خطاهای حسی، حس آمیزی به صورت در آمیختن ادراکات مثل شنیدن رنگها یا دیدن صداها، ادراکات معمولاً بسیار روشن و عمیق می‌شوند، رنگ و جنس غنی‌تر به نظر می‌رسند، طرح‌ها واضح می‌شوند، موسیقی از نظر هیجانی عمیق و تأثیر بیش‌تری پیدا می‌کند و بوها و مزه‌ها نیز قوی‌تر می‌شوند. تصویر ذهنی شخص از خود درک زمان و مکان نیز ممکن است تغییر کند. توهمات معمولاً بینایی و اغلب به صورت اشکال و نقشه‌های هندسی است، اما توهمات سمعی و لمسی نیز گاهی بروز می‌کند:

- تحریک سیستم خود مختار (لرزش، تعریق، افزایش سرعت ضربان قلب)
- اختلال تعادل
- اتساع مردمک
- تپش قلب
- تاری دید
- لرزش
- افت عملکرد شغلی و اجتماعی

### عوارض مصرف طولانی L.S.D

- اختلالات شدید و دیر یا (اضطراب و جنون)

- Flash back (علائم ادراکی ناشی از مصرف بدون مصرف اخیر L.S.D)

گاهی مدت‌ها پس از مصرف ماده توهم‌زا، شخص بازگشت (فلش بک) نشانه‌های توهم زایی را تجربه می‌کند. مطالعات نشان داده‌اند که 15 تا 80 درصد مصرف‌کنندگان توهم‌زا دچار این حالت می‌شوند. تجربه فلش بک ممکن است بر اثر استرس هیجانی، محرومیت حسی نظیر رانندگی یکنواخت، یا مصرف سایر مواد روان‌گردان (مانند الکل یا ماری‌جوآنا) ایجاد شود. فلش بک بازگشت خود به خودی و گذرای تجربه‌ی ناشی از مواد است. اکثر فلش‌بک‌ها به صورت دوره‌های دگرگونی بصری، توهمات هندسی، توهمات شنوایی صدای انسان و سایر اصوات، ادراک کاذب حرکت در میدان محیطی، جرقه‌های رنگی، زنجیره‌های تصاویر از اشیای متحرک، هاله و پس‌تصویرهای مثبت، ریزبینی، درشت‌بینی و تجربه مجدد هیجانات قوی تظاهر می‌کنند. این دوره‌ها معمولاً چند ثانیه تا چند دقیقه دوام دارند اما ممکن است طولانی‌تر نیز باشند. غالباً حتی با وجود آشفته‌گی‌های ادراکی مشخص، شخص بینش خود را نسبت به ماهیت بیمار گونه اختلال حفظ می‌کند. رفتار انتحاری، اختلال افسردگی عمده و هراس شدید از عوارض احتمالی هستند. شایعترین عارضه LSD و مواد مشابه پرواز بد (bad trip) که شبیه هراس شدید نسبت به حشیش است، اما می‌تواند شدیدتر از آن باشد.

### مواد استنشاقی

مواد استنشاقی ذرات شیمیایی قابل استنشاق هستند که اثرات روانی (تغییرات خلق) ایجاد می‌کنند. این مواد به طور معمول در خانه و محل کار یافت می‌شوند. مردم فکر نمی‌کنند که این مواد (مانند اسپرها؛ چسپ‌ها) و مایعات پاک‌کننده به عنوان وسیله‌ای اعتیاد آور مورد استفاده

قرار گیرند. این مواد به راحتی قابل دسترسی هستند. و والدین باید خیلی مواظب باشند که این مواد توسط کودکان به طور اتفاقی استنشاق نشوند.  
**مواد استنشاقی در سه گروه دسته‌بندی می‌شود:**

#### 1- حلال‌ها :

- حلال‌های صنعتی یا خانگی یا تولیداتی که شامل موادی از جمله تینر رنگ، پاک‌کننده‌ها، چسب، مایعات پاک‌کننده‌ی مواد خشک، بنزین و چسب.
- حلال‌های اداری نظیر لاک‌های غلطگیر و پاک‌کننده‌های وسایل الکترونیکی

#### 2- گازها:

- گازهایی که در محصولات خانگی یا شیمیایی به کار می‌رود (نظیر فندک‌های بوتان، کپسول‌های پروپان و گازهای یخچال).
- آبروسل‌های خانگی و حلال‌های موجود در آنها (نظیر، اسپری درد، اسپری‌های بوبر، اسپری‌های ننگه‌دارنده‌ی پارچه)
- گازهای پزشکی بی‌هوش‌کننده مانند اتر
- 3- نیتريت‌ها

مواد استنشاقی به آسانی قابل دسترس و مجاز و ارزان هستند. این سه عامل در مصرف بالای مواد استنشاقی بین مردم فقیر و جوان نقش دارد. مصرف مواد استنشاقی بین نوجوانانی شایع‌تر است که والدین آنها یا خواهر و یا برادر بزرگتر آن‌ها مصرف‌کننده‌ی مواد ممنوعه باشند.  
مواد استنشاقی معمولاً با استفاده از لوله، قوطی، کیسه پلاستیک یا پارچه‌ی آغشته به مواد استنشاقی عموماً به صورت تضعیف‌کننده دستگاه عصبی مرکزی عمل می‌کنند. تحمل نسبت به این مواد ممکن است پدید آید، هر چند نشانه‌های ترک معمولاً نسبتاً ضعیف هستند. مواد استنشاقی سریعاً از طریق ریه‌ها جذب و وارد مغز می‌شوند و اثر آن‌ها ظرف 5 دقیقه ظاهر شده و بسته به نوع و مقدار ماده‌ی مصرفی 30 دقیقه تا چندین ساعت طول می‌کشند. برای مثال 15 تا 20 بار تنفس از محول یک درصد بنزین ممکن است منجر به نشئه‌ای شود که چندین ساعت طول بکشد. هر چند حدود یک پنجم ماده استنشاقی بدون تغییر از ریه دفع می‌شود، مابقی آن در کبد تجزیه می‌شود. مواد استنشاقی طی 4 تا 10 ساعت پس از مصرف در خون قابل کشف هستند و در مراکز فوریت در صورت شک به مصرف مواد استنشاقی لازم است نمونه‌ی خون گرفته شود. اثرات این مواد عموماً سایر تضعیف‌کننده‌های دستگاه عصبی مرکزی (نظیر اتانول، باربیتورات‌ها، بنزودیازپین‌ها) است و یا باعث تقویت اثرات این مواد می‌شوند.  
اکثر افراد احتمالاً مواد استنشاقی را برای مدتی کوتاه مورد استفاده قرار داده و الگوی مصرف دراز مدت که به وابستگی و سوء مصرف منجر شود پیدا نمی‌کنند.

#### مسمومیت با مواد استنشاقی

علائم مسمومیت با مواد استنشاقی عبارتند از :

وجود تغییرات رفتاری یا روانی قابل ملاحظه (نظیر ستیزه‌جویی، تهاجم، بی‌احساسی، اختلال قضاوت، اختلال عملکرد شغلی یا اجتماعی)  
بروز دو یا چند علامت از علائم زیر در حین مصرف مواد استنشاقی یا مواجهه با آن‌ها یا کمی پس از آن : سرگیجه، نیستاگموس، ناهماهنگی حرکتی، تکلم جویده جویده، راه رفتن بی‌ثبات بی‌حالی، رفلکس‌های ضعیف، کندی روانی - حرکتی، لرزش، ضعف عضلانی عمومی، تاری دید یا دوبینی، بهت یا اغما، سرخوشی

شخص ممکن است بعداً دوره‌های مسمومیت را به یاد بیاورد. گاهی می‌توان مصرف اخیر مواد استنشاقی را با مشاهده بثورات اطراف دهان و بینی بیمار، بوی غیر عادی تنفس، بقایای مواد استنشاقی روی صورت، دست‌ها یا لباس بیمار و تحریک چشم‌ها، گلو، ریه و بینی او تشخیص داد.

مواد استنشاقی در دوزهای پایین ممکن است باعث مهار گسیختگی شده و به احساس سرخوشتی و تهییج و احساس‌های دل‌پذیر غوطه‌ور شدن منجر شوند و احتمالاً به خاطر همین اثرات است که مورد استفاده قرار می‌گیرند. مقادیر بالای مواد استنشاقی ممکن است موجب علایم روانشناختی دیگری شوند که عبارتند از ترس، خطاهای حسی، توهمات شنوایی و بینایی و احساس دگرگونی در اندازه‌های بدن، علایم عصبی ممکن است شامل تکلم جویده‌جوده، کاهش سرعت تکلم و اختلال تعادل باشد. مصرف طولانی مدت ممکن است با تحریک‌پذیری، بی‌ثباتی هیجانی و اختلال حافظه همراه باشد. تحمل نسبت به مواد استنشاقی پدید می‌آید و قطع مصرف آن موجب بروز سندرم ترک مواد استنشاقی می‌شود.

سندرم ترک شایع نیست، اما وقتی روی دهد با اختلال خواب، تحریک‌پذیری، نگرانی، تعریق، تهوع، استفراغ، افزایش سرعت ضربان قلب و گاهی هذیان‌ها و توهمات همراه است. مواد استنشاقی با اثرات نامطلوب بالقوه‌ی جدی بسیاری همراه هستند که جدی‌ترین آنها مرگ است. مرگ ممکن است بر اثر تضعیف تنفس، آریتمی‌های قلبی، خفگی، اسپیراسیون مواد استفراغی یا تصادف و جراحت (مثلاً ضمن رانندگی تحت تأثیر مواد استنشاقی) حادث شود. سایر عوارض این مواد عبارتند از آسیب غیر قابل برگشت کبدی و کلیوی و آسیب عضلانی دائمی. ترکیب حلال‌های آلی و غلظت‌های بالای مس، روی و فلزات سنگین با بروز تحلیل بافت مغزی، صرع و کاهش بهره‌هوشی همراه است. چندین مطالعه بر روی نقاشان ساختمان و کارگران کارخانه‌هایی که مدت‌های طولانی با مواد حلال سرو کار داشته‌اند تحلیل بافت مغز را در سی تی اسکن و نیز کاهش جریان خون مغز را نشان داده‌اند. اثرات نامطلوب دیگر عبارتند از نشانه‌های قلبی و عروقی و ریوی (نظیر درد قفسه سینه و اسپاسم برونش) نشانه‌های گوارشی (نظیر تهوع، دل‌درد) و سایر نشانه‌ها و علایم عصبی.

### «الکل»

الکل رایج‌ترین ماده تضعیف‌کننده مغز، و یکی از شایع‌ترین مورد سوء مصرف مواد در تمام دنیا است. سوء مصرف و وابستگی به الکل اغلب با عنوان الکلیسم نامیده می‌شود.

پس از بیماری‌های قلبی و سرطان اختلالات مربوط به الکل سومین معضل بهداشتی جامعه امروز ایالات متحده محسوب می‌شود. حدود 45 - 30% افراد بزرگسال در ایالات متحده حداقل یک دوره گذرا از مشکلات وابسته به الکل (معمولاً دوره فراموشی ناشی از الکل و تصادفات به هنگام مستی یا غیبت از مدرسه یا کار به دلیل افراط در مصرف الکل) داشته‌اند. سالانه حدود 200 هزار مرگ مستقیماً با سوء مصرف الکل ارتباط دارد. علل شایع مرگ در افراد دچار اختلالات وابسته به الکل عبارتند از: خودکشی، سرطان، بیماری‌های قلبی و بیماری‌های کبدی.

عوامل آماری نشان می‌دهد که: احتمال می‌گساری یا مصرف افراطی در مصرف‌کنندگان جوان 25 - 18 ساله بالاتر است. احتمال می‌گساری در مردان بسیار بیشتر از زنان است و درصد مصرف‌کنندگان قهار در بین مردها بیشتر است. میزان می‌گساری و مصرف زیاد الکل بر حسب تراکم جمعیت تغییر چندانی نشان نمی‌دهد. برخلاف الگوی مصرف داروهای قاچاق هر چه سطح تحصیلات فرد بالاتر باشد احتمال مصرف الکل بیشتر است. اختلالات وابسته به الکل در تمامی طبقات اقتصادی، اجتماعی دیده می‌شود. به علاوه این اختلالات به خصوص در افراد

داراي تحصيلات عالي و متعلق به طبقات بالاي اقتصادي اجتماعي شايع است. در بين دانش آموزان دبیرستانی مشکلات وابسته به الكل با سابقه مشکلات تحصيلي همبستگی دارد. کسانیکه در دوره دبیرستان سابقه ترك تحصيل و مدرسه گريزي و بز هكاري هاي مكرر دارند، بیشتر در معرض خطر سوء مصرف الكل هستند، اختلالات رواني كه اغلب همراه با اختلالات وابسته به الكل ديده مي شود عبارتند از اعتياد به ساير مواد، اختلال شخصيت ضد اجتماعي، اختلالات افسردگی و اختلالات اضطرابي. در افراد مبتلا به اختلالات وابسته به الكل ميزان خودكشي بسيار بیشتر از جمعيت عمومي است.

اثرات عمده مصرف الكل به آسیب كبدي مربوطند. مصرف الكل با بروز هپاتيت الكلي و سيروز كبدي ارتباط دارد. افراط دراز مدت در مصرف الكل با پيدايش از التهاب مري و معده، و زخم معده ارتباط دارد. بروز واريس هاي مروي ممكن است همراه با سوء مصرف افراطي الكلي ديده مي شود. اختلالات روده كوچك و لوزالمعده، نارسايي لوزالمعده و سرطان با مصرف افراطي الكل ارتباط دارد. مصرف زياد الكل ممكن است در فرآيندهاي طبيعي هضم و جذب غذا تداخل كند و در نتيجه غذايي مصرف شده به صورت ناقص هضم مي شود. سوء مصرف الكل همچنين جذب مواد غذايي مختلف از جمله ويتامين ها و اسيدهاي آمينه را از روده باريك مختل مي كند. اين اثر همراه با عادات غذايي بد افراد مبتلا به اختلالات وابسته به الكل مي تواند به كمبود جدي ويتامين ها، مخصوصاً ويتامين هاي ب منجر شود. مصرف قابل ملاحظه الكل با افزايش فشارخون، و افزايش خطر سكتة قلبي و بيماري هاي عروقي مغز ارتباط دارد. و همچنين موجب افزايش ضربان قلب، افزايش ميزان بروز سرطان ( به خصوص سر، گردن، مري، معده، كبدي، كولون و ريه) مي شود.

### مسموميت با الكل:

يك اختلال جزئي نيست و در موارد شديد ممكن است به اغماء تضعيف تنفس و مرگ به دليل ايست تنفسي يا ورود مواد استفراغي به شش ها منجر شود. با شروع مسموميت برخي افراد پرحرف و خونگرم مي شوند و برخي نيز كناره گير يا اخمو و سنتيزه جو مي شوند. برخي از بيماران بي ثباتي خلق به همراه دوره هاي متناوب خنده و گريه بروز مي دهند.

### علائم ترك الكل:

وقتي مصرف طولاني مدت و زياد الكل ناگهان قطع شود در طول چند ساعت تا چند روز علائم ترك بروز مي كند. كه عبارتند از لرزش، تعريق و افزايش ضربان قلب، تهوع و استفراغ، اضطراب و بي قراري، اختلالات دركي خطاهاي حسي و توهمات گذاري بينايي، لامسه و شنوايي، تشنج و حالات آشفته گي روانی.

## «نيكوتين»

### اختلالات مربوط به نيكوتين:

نيكوتين درست مانند كوكائين و هروئين اعتياد آور است. اثرات مضر و مصرف سيگار معمولي و سيگار برگ با اين واقعيت خود را نشان مي دهد كه تقريباً 6 درصد هزينه هاي مستقيم مراقبت بهداشتي در ايالات متحده براي درمان بيماري هاي مربوط به توتون مصرف مي شود. طبق برآورد سازمان بهداشت جهاني حدود يك ميليارد سيگاري در جهان وجود دارد كه سالانه 6 ميليون نخ سيگار مصرف مي كنند. سازمان بهداشت جهاني تخمين مي زند كه توتون هر سال

باعث مرگ 3 میلیون انسان می‌شود. هر چند در ایالات متحده تعداد افراد سیگاری در حال کاهش است. اما تعداد این افراد در ممالک در حال توسعه روبه افزایش است. توتون رایج‌ترین شکل نیکوتین است که به صورت سیگار، سیگار برگ و پیپ تدخین می‌شود. توتون همچنین به صورت انفیه و جویدنی هم مصرف می‌شود. (که توتون بی‌دود نامیده می‌شود) مرگ عارضه‌ی اصلی استعمال دخانیات است. علل مرگ عبارتند از سگته‌های قلبی مهلك، بیماری عروق مغز، بیماری قلبی عروقی و تقریباً تمامی موارد بیماری انسداد مزمن ریوی و سرطان ریه. افزایش مصرف توتون جویدنی و انفیه‌ای (توتون بی‌دود) با بروز سرطان دهانی - حلقی ارتباط دارد. تدخین (عمدتاً تدخین سیگار) موجب بروز سرطان ریه، دستگاه تنفس فوقانی، مری، مثانه، لوزالمعده و احتمالاً معده، کبد و کلیه می‌شود. احتمال بروز سرطان ریه در افراد سیگاری 8 برابر بیش از افراد غیر سیگاری است، امروز شایع‌ترین علت مرگ‌های مربوط به سرطان در زن‌ها سرطان ریه است و بر سرطان پستان هم پیشی گرفته است. حتی استنشاق غیر مستقیم دود سیگار در افراد غیر سیگاری سالانه در ایالات متحده چند هزار مورد مرگ ناشی از سرطان ایجاد می‌کند نیکوتین جزء روان‌گردان توتون است. حدود 25 درصد نیکوتین استنشاق شده در حین تدخین وارد جریان خون می‌شود و از طریق جریان خون به فاصله 15 ثانیه وارد مغز می‌شود. نیمه عمر نیکوتین حدود 2 ساعت است. وابستگی به نیکوتین سریعاً ایجاد می‌شود. عوامل اجتماعی قوی که سیگار کشیدن را در برخی موقعیت‌ها تشویق می‌کند و نیز اثرات قوی تبلیغات کارخانه‌های تولید کننده، پیدایش وابستگی را تقویت می‌کنند. در افرادی که والدین یا خواهر و برادرهای آنها سیگار می‌کشند و الگوهای نقش برای این افراد قرار می‌گیرند، احتمال مصرف سیگار بیش‌تر است. چندین مطالعه جدید نیز وجود استعداد ژنتیکی برای وابستگی به نیکوتین را مطرح کرده‌اند. اکثر کسانی که سیگار می‌کشند مایل به ترک آن هستند و بارها سعی کرده‌اند این کار را بکنند اما در تلاش خود ناموفق بوده‌اند. نشانه‌های ترک نیکوتین ممکن است ظرف 2 ساعت پس از کشیدن آخرین سیگار ظاهر شود و معمولاً در 24 تا 48 ساعت اول به اوج خود رسیده است هفته‌ها یا ماه‌ها دوام یابد. علائم شایع عبارتند از میل شدید برای نیکوتین، تنش، تحریک‌پذیری، اشکال در تمرکز، خواب‌آلودگی و اختلال در خوابیدن، کاهش ضربان قلب و تنیدگی عضلانی. سندرم خفیف ترک نیکوتین ممکن است زمانی ظاهر شود که شخص نوع سیگارش را از سیگار معمولی به سیگار کم نیکوتین عوض کند.

اثرات تحریکی نیکوتین موقتاً موجب بهبود توجه، یادگیری، زمان واکنش و توانایی حل مسأله، بالارفتن خلق، کاهش تنش و کم شدن احساس‌های افسردگی می‌شود. اثرات نیکوتین بر جریان خون مغز مطالعه شده و نتایج حاصله حاکی است که مواجهه کوتاه مدت با نیکوتین موجب افزایش جریان خون مغز می‌شود. اما مواجهه دراز مدت با نیکوتین موجب کاهش جریان خون مغز می‌شود.

نیکوتین ماده‌ای بسیار سمی است. دوز 60 میلی‌گرم آن از طریق فلج تنفسی موجب مرگ می‌شود؛ با یک سیگار معمولی 0/5 میلی‌گرم نیکوتین وارد بدن می‌شود. علائم و نشانه‌های سمیت نیکوتین در مقادیر پایین عبارتند از تهوع، استفراغ، آبریزش از دهان، رنگ پریدگی (بر اثر انقباض عروق محیطی) ضعف، درد شکمی، اسهال، سرگیجه، سردرد، افزایش فشار خون، افزایش سرعت ضربان قلب، لرزش و عرق سرد. مسمومیت با نیکوتین همچنین با ناتوانی برای تمرکز، اغتشاش شعور و اختلالات حسی همراه است.

موارد زیر در نتیجه قطع مصرف دخانیات ایجاد می‌شود:



- قطع مصرف دخانیات منافع فوری و عمده برای افراد در هر سنی دارد، چه بیماری مربوط به تدخین داشته باشد چه خیر.
- کسانی که دخانیات را ترک می‌کنند نسبت به آنهایی که مصرف آن را ادامه می‌دهند عمر طولانی‌تری دارند.
- ترک سیگار خطر ابتلا به سرطان ریه و سایر سرطان‌ها، سکته قلبی، بیماری‌های عروقی مغز و بیماری‌های ریوی مزمن را کاهش می‌دهد.<sup>3</sup>
- در زنانی که قبل از حامله شدن یا در سه تا چهار ماه اول حاملگی مصرف دخانیات را قطع می‌کنند خطر پایین بودن وزن نوزدان کاهش می‌یابد.

# محیط‌های کاری و اعتیاد

## مقدمه

گسترش روزافزون اعتیاد در جامعه به گونه‌ای است که اقشار و گروه‌های مختلف سنی، جنسی، شغلی، قومی و .. را به اشکال و درجات متفاوت در معرض خطر قرار می‌دهد. از اینرو سیاست‌گذاری‌های پیشگیرانه در سطوح و ابعاد و قالب‌های مختلفی طراحی و اجرا می‌گردد. این سیاست‌گذاری‌ها که عمدتاً در قالب فعالیت‌های زیر نمود پیدا می‌کنند شامل: فعالیت‌های متمرکز بر خود، خانواده، مدرسه، محله (اجتماع)، محل‌های کار و مکان‌های مجتمع، رسانه‌ها، شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه، آموزش و آگاه‌سازی، وضع و اجرای قوانین و مقررات می‌باشد.

امروزه بدلیل اهمیت و نقش محیط‌های کاری در بروز و گسترش اعتیاد یک سلسله برنامه‌های پیشگیری متمرکز بر آن تدوین و به اجرا در می‌آید. دیدگاه‌های مختلفی که در این زمینه مطرح شده اند همگی بر نقش محیط و تعاملات افراد در محیط‌های مختلف در شکل‌گیری انحرافات اجتماعی تأکید دارند. در این دیدگاه‌ها به عواملی همچون هنجار بودن مصرف مواد، متداول بودن و مقبولیت مصرف آن در بین افراد، تأثیر گروه‌های هم‌تای مصرف‌کننده، وجود باورهای خاص در مورد مصرف مواد توجه خاصی نشان داده می‌شود.

## تاریخچه

صنایع مختلف از دیرباز به مسئله سوء مصرف مواد و الکل در بین کارکنان توجه داشته‌اند. بررسی منابع موجود نشان می‌دهد که اولین بار در سال 1914 کارخانه اتومبیل سازی فورد به بررسی وضعیت مصرف الکل و مواد کارکنان خود پرداخت و در این رابطه استانداردهایی را وضع نمود. کارکنانی که با این استانداردها همخوانی نداشتند دچار تعلیق حقوق و مزایا شده و در صورت عدم اصلاح خود پس از شش ماه از کار اخراج می‌شدند. در سال 1939 با شروع جنگ دوم جهانی نیاز به تولید جنگ افزار های مختلف سبب توجه کارفرمایان به وضعیت بهداشتی و مصرف مواد و الکل کارگران در ایالات کالیفرنیا. اورگان و چند ناحیه دیگر شد و این فعالیتها برنامه های EAP (Employee Assistance Program) را پایه گذاری کرد. به نحوی که تا اواسط دهه 1950 حدود 50 تا 60 برنامه EAP در صنایع آمریکا پدید آمد. در 1973 انستیتیوی ملی سوء مصرف الکل و الکلیسم آمریکا (NIAAA) دو مشاور برنامه های محل کار را در هر ایالت به کار گماشت تا برنامه ها دارای پشتوانه علمی و اجرایی محکمتری گردند.

بسیاری از این مشاورین دانش آموخته های رشته های مرتبط با بهداشت روان بودند. لذا توجه برنامه ها علاوه بر درمان سوء مصرف مواد کارکنان به ارتقای بهداشت روان و حل مشکلات جانبی کارکنان هم معطوف گردید.

گسترش فعالیت در این زمینه منجر به گسترش EAP ها در صنایع مختلف شد به نحوی که تا 1971 سیصدوپنجاه برنامه و تا 1980 پنج هزار برنامه فعال EAP وجود داشت و این رقم در سال 1990 به 2000 برنامه رسید. در دهه 90 حدود 35 درصد شاغلین آمریکایی تحت پوشش این برنامه ها قرار گرفتند.

سیاست‌های اصلی پیشگیری از سوء مصرف مواد در محیط‌های کار ابتدا بر مشکلات الکلیسم متمرکز بود. توجه به این مسئله در آمریکا از دهه 1940 با تاسیس انجمن الکلی‌های گمنام (AA) برای کمک به افراد الکلی و درمان آنها آغاز گردید و تا دهه 1950 و 1960 برنامه‌های متعددی در محیط‌های مختلف کار با دیدگاه بیماری‌بودن اعتیاد و وظایف پیشگیری و درمان به اجرا درآمد. به تدریج برنامه‌هایی مشترک با همکاری پزشکان طب کار مراکز صنعتی و اعضای انجمن الکلی‌های گمنام برای کمک به کارکنان به اجرا درآمد و این برنامه‌ها در محیط کار رسمیت و وجهه پیدا کردند. تا اواسط دهه 1950 حدود 50 تا 60 برنامه از اینگونه در صنعت آمریکا پدید آمد و به مرور فعالیت‌های آن به دو حوزه الکلیسم و بهداشت روان تقسیم گردید. فعالان این بخشها بیشتر روانشناسان و مددکاران اجتماعی بودند. حوزه بهداشت روان بر کاهش کلیه مشکلات شخصی فرد تکیه داشت و کارکنان را به مشارکت فعالانه و خودجوش جهت حل مشکلاتشان تشویق می‌نمود.

در برنامه نوآورانه کارخانه فورد جامعیت فعالیت‌های پیشگیرانه به وضوح مشهود بود و تنها به مسئله مواد و الکل پرداخته نمی‌شد. در این شرکت برای اولین بار بازدید از منازل کارکنان انجام گرفت تا وضعیت زندگی آنان بررسی شود. کارگرانی که فاقد صفات مورد نظر شرکت بودند دچار تعلیق در دریافت سود شرکت می‌شدند. این صفات شامل وظیفه‌شناسی، عقل معاش و صرفه‌جویی و پرهیز از مصرف مواد و الکل بود. اگر فرد خاطی ظرف شش ماه به اصلاح کامل خویش نمی‌پرداخت علاوه بر قطع دریافت سود شرکت، شغل خود را از دست می‌داد. در این فعالیت رابطه‌ای معنادار مابین مشکلات مصرف مواد و برآیند کار آشکار گردید.

بیست و پنج سال بعد، حول و حوش جنگ جهانی دوم چند ایالت آمریکا شاهد تغییر و جابجایی سریع کارگران و سوانح و غیبت‌های مکرر آنان بودند و این مسئله بیشتر به وضعیت ضعیف بهداشتی و سوء تغذیه آنان ارتباط داده می‌شد و جهت حل آن سیستم‌های ارائه خدمات جامع بهداشتی در مانی به هزینه کارفرما پیشنهاد می‌گردید. اینگونه خدمات را امروزه در قالب EAP (برنامه‌های کمک به کارکنان) مشاهده می‌کنیم که علاوه بر پرداختن به مسائل بهداشتی در مانی مانند اعتیاد به حل کلیه مشکلات کارکنان که بر عملکرد شغلی تأثیر گذارد توجه دارد.

### - محیط و اعتیاد :

محیط را مکان فیزیکی و وضعیت اجتماعی‌ای می‌دانند که بستری برای رفتارهای اجتماعی است. اصولاً شروع مصرف مواد مخدر در مکانها و محیط‌های شغلی ابتدا با تشکیل هسته‌هایی همراه است که این هسته یا هسته‌ها را فرد یا افرادی تشکیل می‌دهند که قبل از ورود به این محیط جدید زمینه ذهنی و عملی مصرف مواد را داشته‌اند، ولی چون در محیط قبل مثل خانواده بعثت قیدهای موجود زمینه‌ای برای بروز آن جز در موارد محدود وجود نداشته است، در محیط جدید این نوع اشخاص اولین هسته‌های منفرد مصرف مواد مخدر را تشکیل می‌دهند. افراد تشکیل دهنده هسته با هم سنخیت و خصوصیات مشترک دارند. خصوصیات مشترک افراد تشکیل دهنده یک هسته در یک مکان بیشتر عوامل چون سال ورود به آن مکان و سنخیت‌های قومی، زبانی، فرهنگی و غیره می‌باشد.

اگر شرایطی پیش بیاید که تعدادی از هسته‌ها با هم مرتبط شوند و عامل «تهیه مواد و توزیع آن» آنها را به هم پیوند دهد، شبکه تشکیل شده در محیط و مکان، فضایی را ایجاد می‌کند که اصطلاحاً فضای دینامیکی نام نهاده شده است. پس فضای دینامیکی فضایی است که در آن فضا هسته‌های موجود به نحوی در مورد مواد مخدر با هم ارتباط و داد و ستد داشته باشند. اگر چنین فضایی بوجود آید، آلودگی محیط قایم به ذات می‌شود و محیط خود نقش آلوده‌کنندگی ایفا می‌کند و افرادی را که حتی قبل از ورود به این محیط سیگار هم نمی‌کشند به راحتی به کام مواد مخدر می‌کشاند. اصولاً فضای دینامیکی در یک مکان مجتمع افراد را به سمتی سوق می‌دهد که در آن مواد مخدر به صورت افراطی استفاده می‌شود. در چنین فضایی تنوع افراد زیاد است

و بعضاً افرادی که هیچ سنخیتی با هم ندارند در يك بساط دیده می‌شوند. (نخعی، 1378) در يك طبقه بندي ديگر محيط‌هاي شغلي را می‌توان به دو دسته محيط‌هاي شغلي منفرد و هسته‌اي و محيط‌هاي شغلي مجتمع و کارگاهی تقسیم نمود.

محیط‌هاي شغلي منفرد و هسته‌اي را می‌توان شامل مشاغل منفردی مثل رانندگی دانست که عواملی همچون نوع شغل و شرایط کاری - ارتباط با مواد مورد استفاده در همان شغل - دشواری کار - استرس‌زا بودن شغل - وجود هنجارهاي خاص آن شغل و حتی پردرآمد بودن و فقدان فعالیتهاي نشاط آور زمینه گرایش به اعتیاد را فراهم آورند.

بر اساس تحقیقات بعمل آمده دارندگان مشاغلي همچون رانندگی (اتوبوس بین شهری، تاکسی، مینی‌بوس، تریلر) به دلیل اقتضای شغلي و رفت و آمد مداوم بین مناطق مختلف، امکان گرایش آنان به حمل و مصرف مواد بیش از مشاغل دیگر است. (اورنگ، 67: 43 و مساواتی، 74: 394) و حتی ثابت گردیده افرادی که از لحاظ شغلي در موقعیت مناسب از لحاظ درآمدي و همچنین مستقل هستند گرایش اعتیاد و مصرف دخانیات بیشتری دارند. (مهرگان و برقی، 1378) علاوه بر این تأثیر ارتباط با مواد شیمیایی و دارویی در برخی محیط‌هاي کاری با گرایش به مصرف مواد و اعتیاد سالهاست که به اثبات رسیده است. (نارنجی‌ها، 1381).

همچنین محیط‌هاي شغل کارگاهی و مجتمع را می‌توان شامل کارگاه‌هاي صنعتی و کارخانجات و سازمان‌هاي دانست که عده‌اي از افراد با يك یا چند حرفه مشخص در کنار یکدیگر جمع آمده و با تشکیل هسته‌هاي دینامیک زمینه اعتیاد را فراهم می‌سازند.

عموماً مصرف مواد مخدر را نتیجه تعامل متقابل بین فرد، ماده و محیط می‌دانند بترتیب ذیل:  
- مواد: تجربه مصرف يك ماده و خاطره‌اي خوشایند از آن است که می‌تواند عاملی مخاطره انگیز برای مصرف دوباره باشد. در محیط‌هاي کاری مواد می‌تواند بعنوان بخشی از مواد مصرفی محیط کار (مانند الکل و داروهاي مخدر برای کادر پزشکی، مواد استنشاقی مانند چسب، بنزین و نیز برای کارخانه‌هاي چوب‌بری، رنگ سازی و ساخت پلاستیک) نیز تلقی شود.

- فرد: دانش و نگرشی که فرد در مورد مواد و اثرات آن دارد در مصرف تأثیر گذار است. مهارت‌هاي تطابق توانایی کنار آمدن سازگارانۀ فرد در مواجهه با مشکلات زندگی و فشار گروه همتا در تصمیم برای مصرف اثرگذار باشد.

- محیط که همان مکان فیزیکی و وضعیت اجتماعی که در آن مواد مصرف می‌شود خود عوامل مختلفی را در بر می‌گیرد که هنجار بودن مصرف، فقدان قوانین ضد مواد، نگرش عمومی، گروه‌هاي همتا، الگوی نقش‌پذیری، امکان دسترسی به مواد، امکانات نشاط آوری، شرایط استرس‌زا و غیره در شروع و ادامه مصرف مواد می‌تواند تعیین کننده باشد.

همانگونه که تعامل بین این سه عامل زمینه ساز بروز و شیوع اعتیاد می‌باشد، برنامه‌هاي پیشگیرانه نیز با استراتژی مبتنی بر تمرکز بر همگی این وجوه طراحی می‌گردند. از جمله دلایلی که فعالیت‌هاي پیشگیرانه را به محل کار می‌کشد عبارتند از:

1- دسترسی به افراد در معرض خطر در محل کار

2- سهولت فراهم آوری امکانات پیشگیری در محل کار

3- ارتباط مواد و کار

4- امکان اجرای فنون اجتماع محور در محیط کاری

**عوامل خطرزا و عوامل محافظ در محیط‌هاي کاری:**

برنامه‌هاي پیشگیری در حوزه‌هاي مختلف از جمله محیط‌هاي کاری به شناسایی دو دسته

عوامل می‌پردازد: (1) عوامل خطرزا (2) عوامل محافظ

منظور از عوامل خطر ویژگیها، متغیرها یا حوادثی هستند که وجود آنها در فرد باعث می‌شود که فرد با احتمال بیشتری به نسبت کسی که بطور تصادفی از جمعیت عمومی انتخاب شده است به اختلال دچار شود (Mrazek, 1994). عبارتی به عواملی که خطر مصرف مواد را افزایش می‌دهند عوامل مخاطره آمیز گویند. عوامل محافظ ویژگیها، متغیرها یا حوادثی هستند که وجود آنها باعث می‌شود که فرد نه تنها با احتمال کمتری دچار اختلال شود، بلکه با احتمال بیشتری هم سالم بماند. بعبارت دیگر عواملی که منجر به کاهش مصرف مواد می‌شوند عوامل محافظت کننده می‌گویند.

شناسایی این عوامل در طراحی نوع مداخلات پیشگیرانه اساسی است. در تحقیقات و مطالعات متعدد این عوامل به سه دسته عوامل فردی، محیطی و اجتماعی تقسیم می‌شوند. تا کنون تلاشهای زیادی برای شناسایی عوامل خطرزا و محافظ انجام شده است، برای مثال لستر (1996) مدیر موسسه ملی سوء مصرف مواد، اظهار داشت که بیش از 72 عوامل خطرزا و محافظتی در سوء مصرف مواد وجود دارد. وجود چنین تعداد زیادی از عوامل، وظیفه خطیری را در هنگام طرح ریزی مداخله‌های پیشگیرانه ایجاب می‌کند. بنابراین لازم است تا جهت سازماندهی و درک عوامل خطرزا و محافظتی، الگویی لحاظ شود تا بتواند ساختار مداخله‌ای عملی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد و دیگر رفتارهای مشکل‌زای اجتماعی مرتبط را در محیط‌های کاری هدایت کند.

در اینجا به برخی از عوامل مخاطره‌آمیز گرایش به اعتیاد اشاره می‌کنیم: از میان عوامل خطرزای فردی می‌توان به استعداد ارثی، وجود الگوی معتاد اعم از پدر، مادر، برادر در خانواده، داشتن نگرش مثبت به مواد، دوره نوجوانی، صفات شخصیتی، اعتماد به نفس پایین؛ ماجراجویی و تمایل به خطرپذیری فیزیکی و اجتماعی و علاقه به حس کردن تجربه‌های جدید؛ ضعف در مهارت‌های اجتماعی؛ اختلالات روانی و بیماری‌های جسمی؛ فقدان باورهای اخلاقی و مذهبی؛ قرار گرفتن در معرض مواد و موقعیتهای پرخطر؛ خاطره مثبت از اولین تجارب مصرف؛ فقدان ارتباط ایمنی بخش در خانواده، دوستان و...؛ شکست در سازگاری اجتماعی؛ شکست شغلی؛ بی‌علاقگی به کار؛ بیکاری و احساس عدم امنیت شغلی، تبعیض شغلی و عدم امکان ارتقاء شغلی اشاره کرد.

از بین عوامل مخاطره آمیز بین فردی و محیطی نیز می‌توان عوامل مربوط به خانواده، دوستان محل سکونت و محل کار را نام برد. در این میان فشار گروه‌های هم‌تا - کار فشارزا و پراسترس، ساعات طولانی کار - مسافرت‌های شغلی - ارتباط با مواد خاص و شیمیایی را می‌توان مورد توجه قرار داد. همچنین از میان عوامل خانوادگی؛ گسیختگی خانواده و تک‌والدی بودن (متارکه، طلاق و مرگ) - اختلافات و درگیری‌های زناشویی - خشونت خانواده - طرد شدگی - الگوهای تربیتی سهل‌گیرانه و سختگیرانه - محرومیت‌های اقتصادی همراه با فقدان امکانات پایه‌ای مثل فرصت‌های آموزش و برخورداری از خدمات بهداشتی و اجتماعی را می‌توان نام برد.

از میان عوامل اجتماعی خطر ساز اعتیاد که در محیط‌های کاری نیز بچشم می‌خورد می‌توان از عواملی همچون فقدان قوانین و مقررات جدی ضد مواد مخدر - مقبولیت مصرف و هنجار بودن آن در محیط کاری - وفور و ارزانی آن کمبود فعالیت‌های تفریحی و شادی بخش در محیط کاری - کمبود امکانات حمایتی، درمانی و مشاوره‌ای نام برد.

از جمله عوامل محافظتی که در بعد فردی - محیطی و اجتماعی مطرح و در محیط‌های کاری و شغلی نیز می‌تواند در تدوین برنامه‌های پیشگیرانه مورد توجه قرار گیرد به عوامل زیر اشاره می‌گردد:

عوامل فردی شامل برخورداری از مهارت‌های اجتماعی مناسب و مهارت‌های زندگی از جمله این مهارت‌ها که در 5 حوزه بدان اشاره می‌شود می‌توان به: 1- مهارت تصمیم‌گیری، حل مسئله 2- تفکر خلاق، تفکر نقادانه 3- برقراری ارتباط مؤثر، برقراری ارتباط بین فردی سازگارانه 4- خود آگاهی، همدلی با دیگران 5- مقابله با هیجانها و فشار روانی نام برد

علاوه بر این مهارت‌ها، آموزش مهارت‌های اختصاصی نیز در برنامه‌ها مورد توجه قرار می‌گیرد. این مهارت‌ها شامل مهارت قاطع بودن و مقاومت در برابر فشار گروه جهت سوء مصرف مواد را می‌توان ذکر نمود. شواهد علمی نشان داده است که این آموزش‌ها چنانچه در قالب یک برنامه گسترده باشد، نقش مهمی در پیشگیری اولیه دارد.

(Kaplan 1999, Erreat, 1991) بخصوص آموزش مهارت‌های اختصاصی از جمله مقاومت و قاطعیت در مقابل فشار گروه در محیط‌های کاری اهمیت فراوانی دارد. مطالعات متعدد نشان داده است که مقاومت اجتماعی و قاطع بودن در برابر تعارفات و فشار گروه به‌مراه افزایش اطلاعات در مورد عواقب منفی مواد و سیگار، باعث کاهش 35 تا 45 درصد نرخ مصرف سیگار و 43 تا 47 درصد کاهش در مصرف الکل و ماری‌جوآنا گردیده است (بوتوین Botvin و همکاران 1980 تا 1999) در ادامه عوامل محافظتی فردی می‌توان به شخصیت غیر وابسته و قادر به رویارویی و کنار آمدن با شرایط استرس، شوخ طبعی، خوش‌بینی، صمیمیت، خوش‌فکری، اعتماد به نفس بالا، علاقمندی، مصمم‌بودن، با ایمان و پشتکار بودن، علاقمندی به شغل و موفقیت در آن، پایبندی به ارزش‌های اخلاقی و مذهبی، داشتن توقعات و انتظارات متعادل، کفایت شغلی، کسب مهارت‌های شغلی، امکان ارتقاء و موفقیت شغلی اشاره کرد.

از جمله عوامل حافظتی بین فردی و محیطی می‌توان به وجود روابط ایمنی بخش در محیط کاری - پیوندهای حمایتی و اجتماعی مثل روابط آسایش بخش خانوادگی، اجتماعی و مذهبی و ... کاهش وقایع استرس‌زای زندگی - پیوند با گروه‌های همتای مثبت - نظارت خانواده و والدین اشاره کرد.

همچنین در عوامل اجتماعی حفاظت‌کننده در برابر اعتیاد که بنحوی در محیط‌های کاری نیز لحاظ می‌شود می‌توان به داشتن درآمد و سرپناه مناسب و کافی - دسترسی به فعالیتهای مفرح برای گذران اوقات فراغت - دسترسی به خدمات اجتماعی، فرهنگی، بهداشتی، دسترسی به فرصت‌ها و امکانات شغلی و اقتصادی مناسب، ارزش‌های مثبت، تقویت قوانین محدود‌کننده دسترسی و مصرف مواد و ممنوعیت‌های محیط کاری اشاره داشت.

## عوامل تاب‌آوری

در میان دو دسته عوامل مزبور عده‌ای به عوامل تاب‌آوری Resilience factors نیز اشاره می‌کنند. تاب‌آوری به معنای ظرفیت موفقیت، زندگی کردن و خود را رشد دادن در شرایط دشوار (با وجود عوامل خطر) است. این فرآیند خودجوش در فرد میسر نمی‌شود، مگر اینکه در موقعیتی قرار گیرد تا برای رهایی از آن یا صدمه‌پذیری کمتر، حداکثر تلاش خود را برای کشف و بهره‌گیری از عوامل حافظتی (فردی - محیطی) از درون و بیرون خود که به صورت بالقوه همواره وجود دارد، به کار بگیرد. هر فرد می‌تواند در موقعیتی تاب‌آور (Resilient) و در موقعیتی دیگر غیرتاب‌آور non resilient باشد، این بستگی به کیفیت ارتباط فرد با عامل خطر و عامل محافظ دارد. تاب‌آوری بر منبای این اعتقاد بنا شده است که عده‌ای از افراد که در معرض خطر قرار می‌گیرند، اختلالی را تجزیه نمی‌کنند؛ شاید بتوان نتیجه‌گرفت که مواجهه با خطر شرط لازم برای آسیب‌پذیری است، اما شرط کافی نیست.

عوامل تاب آور باعث می‌شود فرد در شرایط دشوار، با وجود عوامل خطر از ظرفیتهای ممکن خود در دستیابی به موفقیت و رشد در زندگی استفاده کند و از این چالش و آزمون به عنوان فرصتی برای توانمند ساختن خود بهره جسته و از این چالش سربلند به در آید.

برخی از مهمترین عوامل تاب آور عبارتند از :  
داشتن تصویری مثبت از خود ، اطمینان و اتکاء بخود، احساس کنترل فرد بر زندگی خود ، احساس مسئولیت احساس تعلق به شبکه اجتماعی و وجود ارزشهای اخلاقی و معنوی در فرد و محیط.

از اینرو در طرحهای پیشگیری از اعتیاد مبتنی بر محیطهای کار با شناسایی عوامل خطرزا و کاهش این عوامل از یکسو و از دیگر سو اجرای برنامه‌ها و تمهیداتی در شناخت و تقویت عوامل محافظ و تاب آور سعی در سالم سازی محیطهای شغلی دارند.

### استراتژی های پیشگیری

الف) اولین و مهمترین استراتژی پیشگیری در محیط کاری : استراتژی در اجرای طرحهای پیشگیرانه در محیطهای کاری «جلب نظر مدیران و کارفرمایان» می‌باشد. معمولاً اجرای طرحهای زمانبر و هزینه‌بردار که بر روال ارائه خدمات و تولید اثرگذار باشد چندان مورد استقبال کارفرمایان قرار نمی‌گیرد. بر این مبنا توجیه یک طرح پیشگیری در محیطهای کاری نیازمند آگاهسازی مدیران نسبت به عوارض گوناگون مصرف مواد در شغل افراد و محیط کار ایشان می‌باشد که در ذیل به برخی از عوارض اشاره می‌گردد:

- (1) کاهش کیفیت کار ناشی از افت عملکرد مغزی و حرکتی.
- (2) بی‌تفاوتی نسبت به کار و کاهش تعهد شغلی و یا رفتار غیر قابل پیش‌بینی و مخرب حین کار که رفتار و کارایی همکاران را در معرض خطر قرار می‌دهد.
- (3) غیبت از کار، اخراج و از دست رفتن کارکنان با سابقه و با تجربه .
- (4) حوادث شغلی و تهدید امنیت و سلامتی محیط کار.
- (5) زیرپا گذاشتن قوانین و مقررات شغلی و ارتکاب اعمال خلاف .
- (6) ایجاد زمینه مناسب برای جرائم دیگر مانند سرعت از محل کار و کارکنان.
- (7) کاهش کیفیت زندگی، بهداشت و سلامت فردی کارکنان.

مجموعه این عوارض بر حفظ سلامت و تعهدات اخلاقی افراد خدشه وارد نموده موجب کاهش کارایی و عملکرد کمی و کیفی و به دنبال آن کاهش تولید و افزایش خسارات اقتصادی می‌گردد. در راستای جلب توجه، حمایت و مداخله مدیران و کارفرمایان محیطهای کاری در اجرای برنامه‌های پیشگیرانه از اعتیاد فعالیتهای مرتبط با این استراتژی می‌توان به انجام رساند که شامل موارد زیر می‌باشند:

- (1) بررسی نظارت مسئولان در مورد ابعاد مختلف اعتیاد.
- (2) تشکیل کمیته پیشگیری از اعتیاد متشکل از مسئولان و کارکنان.
- (3) برگزاری گردهمایی برای آگاهسازی و توجیه مسئولان در مورد فعالیتهای پیشگیری از اعتیاد.

- (4) بررسی شیوه‌های کاهش مشکلات و فشارهای وارده بر کارکنان توسط مسئولان و کارکنان و بکارگیری شیوه‌های مناسب .

ب) دومین استراتژی در یک برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیطکاری «فراهم کردن زمینه مشارکت کارکنان در فعالیتهای پیشگیری» است بدین منظور تمهیدات لازم می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- 1- مشارکت نمایندگان کارکنان در کمیته پیشگیری از اعتیاد.



2- مشارکت فعال کارکنان در کلیه برنامه‌های مطالعاتی، آموزشی و خدماتی.

(ج) استراتژی سوم « شناخت وضعیت موجود محیط کار و جامعه هدف » می‌باشد. در این ارتباط فعالیت‌هایی شامل موارد زیر انجام می‌شود:

- 1- جمع آوری اطلاعات راجع به مشخصات دموگرافیک کارکنان.
- 2- انجام آزمایش اُپیوم تصادفی و برآورد تعداد افراد مبتلا به اعتیاد.
- 3- بررسی اطلاعات (دانش) و نگرش کارکنان در مورد مواد.
- 4- شناسایی عوامل مخاطره‌آمیز فردی - خانوادگی - محیطی (کارخانه).

(د) استراتژی چهارم می‌تواند آموزش و تقویت بهداشت عمومی و آگاه‌سازی کارکنان در جهت پیشگیری از اعتیاد باشد که فعالیت‌های زیر را در بر می‌گیرد.

1- آگاه‌سازی کارکنان از طریق کلاس‌های آموزشی در مورد خطرات و زیان‌های موادمخدر برای فرد، خانواده و جامعه .

2- آموزش از طریق بروشور، پمفلت، پوستر، فیلم و نمایش و ...

3- آموزش از طریق روحانیون، آموزش چهره به چهره ، بحث گروهی، ایفای نقش، آموزش‌ها علاوه بر عواقب و خطرات مصرف مواد عبارتند از آموزش مهارت‌های انطباقی، اجتماعی و بهداشت روانی، مهارت‌های ارتباطی و مهارت‌های مقابله با استرس، ایجاد نگرش منفی و هنجارزدایی نسبت به مصرف مواد، تثبیت و تعمیق ارزش‌های اخلاقی و معنوی.

ه) «استراتژی ایجاد امکانات لازم جهت تشخیص، درمان و خدمات مشاوره‌ای اعتیاد» که می‌تواند شامل فعالیت‌های زیر باشد:

1- بکارگیری یک نفر مشاور یا مددکار در درمانگاه محل کار جهت ارائه خدمات مشاوره‌ای و ارجاع موارد پیچیده‌تر به مراکز مشاوره تخصصی.

2- انجام آزمایش اُپیوم افراد مشکوک و اجرای دستور العمل درمانی و پیگیری معتادان شناسایی شده .

3- بررسی و شناسایی مشکلات و استرس‌های وارده بر کارکنان و راه‌حل‌های آن.

و) استراتژی بعدی که در برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیط کاری مدنظر قرار دارد، «تقویت فعالیت‌های جایگزین» است . این فعالیت‌ها عبارتند از:

- 1- برگزاری مسابقات ورزشی بین واحدهای مختلف بطور مداوم.
- 2- برگزاری مسابقات فرهنگی و هنری بخصوص در مورد ابعاد مختلف اعتیاد.
- 3- برگزاری اردوهای تفریحی، کوه‌پیمایی، موسیقی و ....

ی) « تقویت قوانین و مقررات در برخورد با اعتیاد در محیط کاری» از دیگر استراتژی‌ها محسوب می‌شود . فعالیت‌های مرتبط با آن نیز می‌تواند شامل ؛

1- وضع مقررات صریح در مورد حمل و مصرف مواد مخدر در محیط کاری توسط کارفرمایان و اصناف .

2 - انجام آزمایش قبل از اشتغال ( بعنوان شرط لازم برای شروع به کار و کسب پروانه).

3- آزمایش تمام یا درصدی از کارکنان بصورت تصادفی در طول سال از نظر مصرف مواد مخدر .

4- پیگیری معتادان شناسایی شده برای تداوم درمان.

وبالآخره « پایش و ارزشیابی فعالیت‌های پیش‌بینی شده و میزان موفقیت در دستیابی به اهداف » که این اهداف در یک برنامه پیشگیری و درمان اعتیاد در محیط‌های کار می‌تواند شامل دو جزء اهداف کلی اعم از ؛ کاهش بروز و شیوع اعتیاد به مواد مخدر

اهداف اختصاصی شامل موارد زیر باشد:

- 1- افزایش اطلاعات کارکنان در مورد خطرات ناشی از سوء مصرف مواد
- 2- ایجاد نگرش منفی در کارکنان نسبت به مواد
- 3- شناسایی عوامل مخاطره آمیز فردی و محیطی و کاهش آنها
- 4- شناسایی عوامل محافظت کننده فردی و محیطی و تقویت آنها
- 5- شناسایی و درمان معتادان
- 6- کاهش خسارت ناشی از اعتیاد در محل کار

اگرچه فعالیتهای یاد شده عمدتاً قابل اجرا در محیطهای کاری مجتمع و کارگاهی است اما استراتژیهای مزبور در ساز و کار مناسب در محیطهای کاری و مشاغل منفرد و هسته‌ای نیز مصداق پیدا می‌کند. البته در این زمینه چه بسا ابتکارات فردی کارساز واقع گردد و از آنجاییکه مشاغل منفرد نیز متکی و وابسته به اصناف و اتحادیه‌ها هستند عمدتاً این استراتژی‌ها در آن شکل و قالب نمود پیدا خواهند کرد.

## مروری بر تجربیات موفق سایر کشورها:

### الف) هندوستان

در این کشور يك برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیط کار با همکاری دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد؛ وزارت دادگستری هندوستان و تشکلهای غیر دولتی هند در دست اجرا می باشد. شعار این برنامه عبارت است از: "پیشگیری بهتر از درمان است" و "يك کارگر سالم يك کارگر تولید کننده است".

اهداف این برنامه عبارتند از:

- 1) فعال سازی مدیران در جهت اجرای برنامه های ساده و مقرون به صرفه برای پیشگیری از سوء مصرف مواد در بین کارکنان آنها
  - 2) آموزش مدیران؛ ناظران و دیگر متخصصان به منظور پشتیبانی از منابع انسانی کشور
  - 3) ارتقای سطح سلامت
- اجزای برنامه شامل موارد ذیل می باشند:

اطلاع رسانی

آموزش

ارزشیابی

نتایج و یافته ها

در این برنامه مباحث زیر در اطلاع رسانی مطرح می شوند:

- الکل و عوارض آن
- سوء مصرف مواد و ضررهای آن
- تأثیرات سوء داروهای تجویزی در محیط کار
- عواقب فانونی سوء مصرف مواد
- نحوه برخورد با معتادان
- تداخل مواد مختلف
- مباحث خاص نظیر سوء مصرف مواد در زنان شاغل
- عملکرد و جگونگی دسترسی به خدمات مراکز مشاوره ای و درمانی

در این برنامه برای آموزش از سخنرانی در جلسات عمومی کارگران؛ مشاوره گروهی و دوره های آموزشی در تمامی سطوح استفاده می شود. همچنین فعالیتهایی به منظور ارتقای سطح

سلامت انجام می شود که شامل معاینات عمومی دوره ای؛ آموزش چگونگی مقابله با استرس؛ ایجاد امکانات ورزشی مختلف در محیط کار و نامگذاری روزهای خاص نظیر روز سلامت و روز بدون سیگار و نظایر آن است.

### نتایج اجرای برنامه در فاصله سالهای 1994 تا 1999:

کاهش سوانح شغلی

ارتقای سطح بهداشت محیط کار

افزایش میزان تعهد شغلی کارکنان

کاهش تلافی مناب و سرمایه

کاهش اعتصابات از 23 مورد در یک زمان مشخص به 1 مورد

در فاز دوم این برنامه 20 تا 30 محیط صنعتی بزرگ بالغ بر 240000 نفر را تحت پوشش قرار داده اند.

### ب) مالزی

در این کشور برنامه ای تحت عنوان برنامه هفت گام برای داشتن محیط کار عاری از مواد مخدر توسط دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد؛ آژانس ملی مبارزه با مواد مخدر مالزی و تشکلهای غیر دولتی در حال اجرا می باشد. گامهای این برنامه عبارتند از:

1. کسب تعهد و مشارکت مدیران

2. تدوین سیاست و راهبرد

3. برنامه های آموزشی برای ناظران

4. آگاه سازی و آموزش کارکنان

5. برنامه های غربالگری

6. ارجاعات درمانی

7. برنامه های مبتنی بر جامعه

در کمیته ای متشکل از مدیریت ارشد؛ نمایندگی کارگران؛ متخصصان امر خارج از سازمان و ناظران و نمایندگان قسمت های اداری سیاستها و راهبردهای برنامه تدوین گردید. برنامه های آموزشی خاص ناظران شامل موارد ذیل بوده است:

پیشگیری از اعتیاد؛ مهارتهای بین فردی؛ مهارت های فرزندپروری؛ مهارتهای مقدماتی مشاوره؛ چگونگی آموزش آموزش دهندگان (نیروهای حد واسط)؛ نحوه مقابله با استرس و راهکارهای درمان و بازتوانی

در این برنامه همه کارکنان از پایین ترین رده تا بالاترین رده باید آموزش ببینند. همچنین در قالب برنامه؛ برنامه های ناگهانی نمونه گیری البته با در نظر گرفتن تمامی جوانب و آبروی افراد انجام می شود. در این برنامه ارجاعات درمانی به مراکز درمانی نیز پیش بینی شده است. ارزشیابی برنامه حاکی از آن است که اجرای برنامه فوق با نتایج زیر همراه بوده است:

افزایش تولید در بخش مشاغل مشارکتی 85.9 درصد

کاهش غیبت از محل کار 67.1 درصد

کاهش سوانح شغلی 77.3 درصد

کاهش هزینه های پزشکی کارکنان 59.9 درصد

# ضرورت پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های کار

مقدمه: بیش از يك قرن از آغاز روند افزاینده توجه اندیشمندان و طراحان پدیده‌های اقتصادی و محیط‌های کار می‌گذرد و در این مسیر وضع محیط‌کاری و نوع شغل افراد و گروه‌ها به عنوان اساسی‌ترین عامل تشکّل شخصیت اجتماعی و کارایی‌های وی در نظر گرفته می‌شود. ایجاد هر نوع بهبود ارتباط، آموزش و کارایی افراد در برنامه‌ریزی‌های محیط کار، افراد را قادر می‌سازد تا از سویی بر سلامت و کارایی حضور خود در جامعه و خانواده بیفزایند و از سویی دیگر خسارت‌ها و کم‌کاری‌های مربوط به شغل خود را به حداقل آن کاهش دهند و در مجموع از برخی آسیب‌های اجتماعی پیرامون خود و گروه همکار و گروه‌های اجتماعی مرتبط پیشگیری کنند. آسیب اجتماعی و روانی اعتیاد به مواد مخدر از جمله آسیب‌هایی است که رابطه تأثیر و تأثر متقابل با محیط کار افراد دارد و پیشگیری اولیه از آن و یا کاهش آسیب‌های ناشی از آن می‌تواند کم‌های بسیار مؤثری را برای اصلاح و بهبود همان محیط و سالم‌سازی تمام جامعه سامان دهد.

در رویکرد مقدماتی دلایلی که فعالیت‌های پیشگیرانه را به محل کار می‌کشاند عبارتند از:

1- دسترسی به افراد در معرض خطر در محل کار

2- سهولت فراهم آوری

3- ارتباط مواد مخدر و کار که سالهاست ارتباط بین این دو مقوله قویاً به اثبات رسیده است.

تأثیر شغل بر روی آوری به سوء مصرف مواد مخدر:

در تاریخچه این موضوع باید اشاره نمود که بیشترین اشخاص معتاد به هروئین و کوکائین در ابتدا طبقات مرفه و اشرافی مانند موزیسین و هنر پیشه‌ها بوده‌اند. در حال حاضر نیز اگر چه گروه‌های یاد شده به همراه الکلی‌های دارای مشاغل کارگری طبقه آماری آشکاری از معتادین را تشکیل می‌دهند، اما گروه‌های دیگری نیز با میزان اعتیاد و نسبتاً بالا و معنی‌دار مشخص شده است. در يك تحقیق نظرسنجی میان کارکنان واحدهای صنعتی اهواز حدود پنج‌درصد از کارکنان مصرف مواد مخدر را تأیید نموده‌اند.

طبق گزارشی از هر 100 نفر پزشک در سال 1375 در ایران يك نفر به مواد آرام بخش معتاد است، حال آنکه در همان زمان این نسبت میان مردم عادی 1/3000 برآورد شده است. اگر چه برآورد مردم عادی با توجه به روشها و دقت آماری سوء مصرف در ایران بسیار کمتر از حد واقعی به نظر می‌رسد ولی در هر حال دست کم ده برابر ریسک ابتلای افراد گروه پزشکی قابل تشخیص است. در انگلستان هفده درصد پزشکان به مواد آرامبخش اعتیاد دارند. شاید میزان بالایی خستگی و نیز ضربه‌های عاطفی و میزان خطر موجود در محیط کار (ناشی از معلولیت و مرگ مراجعین) و ضرورت و سهولت دسترسی به مواد مخدر در این مشاغل میزان بالایی ابتلا را توجیه کند. در حال حاضر کارگران برخی از صنایع که با رنگرزی سروکار دارند ابتدا تحت تأثیر مواد استنشاقی قرار گرفته و سپس زمینه مساعدی برای ابتلا به سوء مصرف و اعتیاد مواد مخدر پیدا می‌کنند. در ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در ایران سال 1378 نسبت کارگران معتاد در میان معتادان خود معرف - زندانی و معتادان شهری به ترتیب 21/6، 28/5 و 22/9 درصد برآورد شده است:

در يك تحقیق میزان معتادان در گروه‌های شغلی مختلف در ایران به اینصورت برآورد شده است. رانندگان 16 درصد، بیکاران 16 درصد، پیشه‌وران 15 درصد، صنعتگران 13 درصد، کارگر 11 درصد، مشاغل آزاد 5 درصد، زارع 2 درصد، محصل و نظامی 1 درصد. از جمع ارقام آمارهای رانندگان، پیشه‌وران و کارگران که هر سه آنها به نحوی شغل کارگری به حساب

می‌آیند رقم 40% به دست می‌آید شدت میزان تأثیر گروه شغلی را در روی آوری به اعتیاد نشان می‌دهد.

تأثیر اعتیاد بر محیط کار وضعیت کار آیی نیروی انسانی :  
در تأیید موارد یاد شده می‌توان به یکی از شواهد پژوهشی که يك نمونه 600 نفری از افراد معتاد و غیر معتاد از لحاظ ویژگی‌های معرف زیر مقایسه کرده است اشاره کرد.

معرف	شاخص ناهمسانی %
وضعیت اشتغال	97
نحوه سرکار رفتن	81
وضعیت درآمد	50
میزان درآمد	80
فروش اموال	28
اجبار زن به کار	40
اجبار فرزندان به کار	45
علت بدتر بودن سر و وضع فرزندان	42
میانگین شاخصهای ناهمسانی	57/87%

در تمام موارد شاخص ناهمسانی نشانه وخیم بودن وضعیت معتادین و افراد خانواده آنها است برای نمونه از لحاظ وضعیت اشتغال و اجبار زن به کار گروه معتادین نسبت به گروه افراد سالم به ترتیب 97% و 40% نابسامانی و وضعیت ناهنجار داشته‌اند.  
علاوه بر مورد فوق مواردی از اعتیاد هنگامی که بر افراد در برخی از گروه‌های شغلی تأثیر می‌گذارند، میزان بالایی از مرگ و میر در اثر سوانح را رقم می‌زنند که از آن جمله می‌توان به تأثیر الکلیسم و اعتیاد بر گروه‌های شغلی مانند رانندگان و نگهبانان اشاره کرد.  
مجموعه عوامل یاد شده ایجاب می‌کند که یکی از مهمترین نقاط تمرکز برنامه‌های پیشگیرانه، به ویژه پیشگیری از اعتیاد در هر سه سطح، محیط‌های کار و اشتغال باشد.  
عوارض گوناگون ناشی از مصرف مواد بر وضعیت شغل افراد و محیط کار بدین شرح می‌باشد:

- 1- کاهش کیفیت کار ناشی از افت عملکرد مغزی و حرکتی؛
  - 2- بی‌تفاوتی نسبت به کار و کاهش تعهد شغلی و یا رفتار غیر قابل پیش‌بینی و مخرب حین کار که رفتار و کار آیی همکاران را در معرض خطر قرار می‌دهد؛
  - 3 - غیبت از کار، اخراج و از دست رفتن کارکنان با سابقه و تجربه؛
  - 4 - حوادث شغلی و تهدید امنیت و سلامتی محیط کار؛
  - 5 - زیر پا گذاشتن قوانین و مقررات شغلی و ارتکاب اعمال خلاف شرع و ارزش‌های اخلاقی و فراهم شدن بستر مناسب برای اشاعه آن؛
  - 6 - ایجاد زمینه مناسب برای جرائم دیگر مانند سرقت از محل کار و کارکنان؛
  - 7 - کاهش کیفیت زندگی، بهداشت و سلامت فردی کارکنان.
- مجموعه این عوارض بر حفظ سلامت و تعهدات اخلاقی افراد خدشه وارد نموده موجب کاهش کار آیی و عملکرد کمی و کیفی، و به دنبال آن کاهش تولید و افزایش خسارات اقتصادی می‌گردد.

# برنامه‌ریزی پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های کار

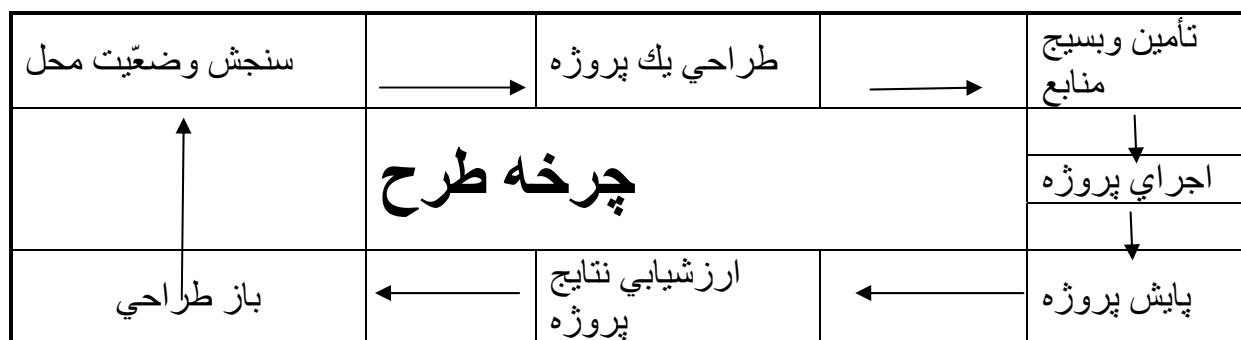
مقدمه :

امروزه فرآیند برنامه‌ریزی در سطوح مختلف اهداف گوناگون، در قالب یا پروژه‌هایی صورت می‌گیرد که امکانات و مراحل دستیابی به اهداف و روشهای ارزشیابی را دربر می‌گیرد. تدوین طرح یا پروژه فرآیندی سیستماتیک است که شامل مراحل زیر می‌باشد: ابتدا تعیین نیازها و مشکلات، سپس طراحی، اجرا و ارزشیابی فعالیت‌های برنامه‌ریزی می‌شود. این فرآیند موجب می‌شود که اطمینان حاصل شود منابع مورد نیاز برای کلیه فعالیت‌های طرح در دسترس است و در محل مناسب و زمان مقتضی مصرف می‌گردد.

1- طرح یا پروژه چیست؟ مداخله‌ای است ابتکاری با محدوده زمانی که متعهد می‌گردد خدماتی هماهنگ ایجاد نماید. در این راستا ترکیبی از منابع با هم کار می‌کنند و بسوی ساختاری موقتی و گذرا برای رسیدن به هدفی خاص هدایت می‌شوند.

2- تدوین و چرخه طرح:

تدوین طرح شامل سلسله مراتبی است که مستمر و مداوم است. مراحل اصلی اگر چه به ظاهر از هم جدا هستند ولی با یکدیگر ارتباط دوطرفه داشته، همپوشانی دارند و مجموع فرآیند را نشان می‌دهند.



3 - هدف طرح‌های پیشگیرانه : تقویت عوامل محافظت کننده از مردم در برابر آسیب اجتماعی مورد نظر و نیز کاهش مقدار و میزان شدت عوامل زیانبار و مخاطره انگیز است. برای نمونه در يك کارخانه سرو صدا و آلودگی فیزیکی شدید جزء عوامل مخاطره انگیز برای بهداشت روان و گرایش به اعتیاد است که باید آنرا کاهش داد. از سوی دیگر مناسب بودن شیفتهای کاری و انگیزه‌های مالی کارکنان جزء عوامل محافظت کننده است و باید تقویت شود.

4 - ضرورت اجتماع محور بودن برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در محیط کار: مقدمه‌های بیان شده چگونگی پایه‌گذاری برنامه طرح‌های مداخله پیشگیرانه در محیط کار را نشان می‌دهد اما پرسش این است که امروزه چه نوع برنامه و طرح‌هایی به طور موفق پاسخگویی نیاز مردم و در عین حال رویکردهای فنی و علمی هستند.

در رفاه اجتماعی پست مدرن تکیه بر مشارکت مردم در برنامه‌ها به صورت استفاده از تشکلهای غیر دولتی و یا برنامه‌های اجتماع محور می‌باشد. هدف برنامه‌های اجتماع محور این است که فرایندهای خدماتی، رفاهی و ارتقایی و مسئولیت‌های معطوف به آن را به افراد، خانواده و جامعه انتقال داده و یا واگذار نماید. در این مدل از سازمانهای موجود در جامعه استفاده شده، وظایفی ساده به نیروهای کمکی یا داوطلبان محول می‌شود. جامعه در برنامه‌ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه دخالت داده شده و از همه منابع موجود جامعه که گاه از آنها استفاده‌ای نشده است در جهت تعمیم و افزایش مهارتهای مناسب استفاده می‌گردد. مهمترین ویژگی روشهای اجتماع محور این است که ضروری‌ترین کمکها به سادگی و با استفاده از منابع موجود در



اختیار تعداد بیشتری از اشخاص نیازمند قرار گیرد. در یک برنامه اجتماع محور برای پیشگیری از اعتیاد باید نکات زیر بصورت عملی تحقق یابد:

الف) قادر سازی: کارکنان و کارگران و محیط کار باید احساس کنند برنامه از مرحله نیاز سنجی و طراحی تا اجرای ارزیابی کاملاً متعلق به خود آنها است و کسانی که تمام وقت در اختیار برنامه هستند و کارشناسان و مسئولین حمایت کننده فقط جزئی از امکانات طرح هستند و این خود اجتماع و گروه کارکنان هستند که نظر دهنده، کارفرما و ارزیابی کننده برنامه‌ها هستند نه‌ایتاً خود آنها باید نظر دهند که برنامه چه اندازه مؤثر بوده است.

ب) وجود احساس هویت مشارکت کنندگان در برنامه که همان اعضای اجتماع هدف هستند به این صورت که محل کار خود را کاملاً متعلق به خود و خود را متعلق به آن بدانند، در تشکلهای یا فعالیتهای سازمان یافته‌ای شرکت کنند و اولویت لازم را برای مشکلات حاد و شدید محل کار خود قایل باشند.

5) نمونه‌هایی از برنامه‌های اجتماع محور برای کارکنان عبارت است:

الف) انجمن پرستاران پنسیلوانیایی مرکزی: فعالیتهای این انجمن شامل آموزشهای ضمن خدمت، اطلاع رسانی به پزشکان، برگزاری سمینارها و جلسات آموزشی، برنامه‌های عفونی، ایدز و واکسیناسیون می‌باشد.

ب) برنامه ایجاد تشکل هنرمندان پاک: در کشورهای منطقه مکنوگ (هلال طلائی) شامل تایلند، ویتنام و .. در این برنامه موسیقی‌دانان، هنرپیشه‌ها و شاغلین سایر رشته‌های هنری تعهد و تلاشهای خود را برای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر به ویژه در میان هنر آموزان و هنرمندان بکار می‌گیرند.

ج) آموزش چهره به چهره کارگران در محل کار (ایران): در این طرح با داوطلب شدن کارگران واحدهای تولیدی خدماتی کوچک، پزشکان و کارکنان علوم مرتبط و معنادان و بهبود یافته در ساعاتی که خود کارگران تعیین می‌کنند در محل کار آنها حاضر شده و با روش چهره به چهره و بحث‌هایی آزاد، آگاهسازی پیرامون پیشگیری از سوء مصرف در محل کار و خانواده را تسهیل می‌کنند (سندج - ایران).

## **10 پله تدوین برنامه پیشگیری از اعتیاد در محل‌های کار**

1) انتخاب محیط کار:

◀ **داوطلب بودن محیط کار برای فعالیتهای پیشگیرانه:** هر چند که برخی از مسئولین کارگاهها و یا تعدادی از کارگران و یا اعضای خانواده کارگران معتاد در هر صورت متمایل به انجام یک برنامه پیشگیری از اعتیاد در محل کار هستند، اما داوطلبانه بودن نیازمند اظهار نظر و تمایل گروه‌های مختلفی از افراد یک جمعیت است. قبل از هرگونه صدور نامه و بخشنامه یا قرارداد برای اجرای طرح، نظر سنجی و تمایل سنجی‌های شفاهی به ویژه با افراد مطلع و کلیدی که بیشتر اوقات از آنها غفلت می‌شود بسیار مهم است. مثلاً نگهبانهای یک کارخانه یا اداره.

◀ **توجیه بودن مسئولان در مورد گستردگی کار:** برخی مسئولان محیط‌های کار تصور می‌کنند که یک برنامه پیشگیری شامل توزیع تعدادی بروشور و پرسش و پاسخ یا چند ساعت آگاهسازی و سخنرانی است. بایستی ضمن توجیه گستردگی مراحل کار، فنی بودن و ضرورت راه‌اندازی یک شبکه کار مداوم و چند ساله را خاطر نشان نمود.

◀ **توجیه بودن مسئولان به عمق آسیب:** مشکل اعتیاد برخاسته از یک زمینه تیره اختلالات شبکه بهداشت روان، مشکلات اجتماعی اقتصادی کلان جامعه و نیز مشکلات تربیتی و اختلالات شخصیت افراد مبتلا است و بر سلامت افراد دیگر جامعه و خانواده نیز

تأثیرهای بسیار مخرب می‌گذارد. توجیه این امر زمان‌بندی، هزینه‌بندی و برخی استراتژی‌های بکار گرفته شده را واقع‌بینانه جلو می‌دهد.

◀ **در دسترس بودن:** اهداف برنامه، طول مدت آن و هزینه‌های مرتبط در یک برنامه منطقی به شیوه‌ای طراحی می‌شوند که میزان اعتبارات موجود، تلاش‌های افتخاری و نیز تعداد افراد متخصص و با تجربه‌ای که در ستاد اجرایی به ویژه در حوزه جامعه توان کار دارند پاسخگویی اهداف یاد شده باشند و از بلند پروازی غیر قابل کنترل اجتناب شود. به این منظور بایستی محیط کار در یک گستره قابل نفوذ و کنترل طراحان و مجریان قرار داشته باشد.

◀ **جمعیت محدود:** اگر جمعیت هدف یک طرح مشخص و تعیین حدود نشود، تعدادی از افرادی که خود را واقعاً عضو آن جامعه نمی‌دانند و فرآیند و نتیجه تغییر و تحولات برایشان مهم نیست به جمعیت هدف افزوده می‌شود و نقاط ضعف بسیاری را ایجاد می‌کند که ممکن است ناشی از تشکیل تصادفی گروه‌های بزرگ افراد بی تفاوت و یا مخالف با برنامه‌ها باشد. برای نمونه اگر بیش از سیصد نفر از کارکنان و مسئولان تحت پوشش فعالیت‌ها قرار می‌گیرند نبایستی خدمات پیگیری برای افراد خانواده آنها یا مراجعان محیط کار منظور شود.

◀ **ساختار یافته و منظم:** انتخاب محیط کاری که حدود آن، ساعات کار و شروع کار بیشتر افراد مشابه بوده و یا از یک خط تولید یا تعمیر و همکاری‌های دیگر برخوردار باشد، کمک می‌کند تا اهداف عینی و قابل دسترسی انتخاب شده و تلاش‌های فنی برای رسیدن به آنها و ارزشیابی نتایج صورت گیرد. مثلاً انتخاب کارگران واحدهای تولیدی کوچک روزانه در فاصله سنی 20 - 16 سال با تحصیلات متوسطه به برنامه ساختار و نظم می‌بخشد.

◀ **روشن بودن انگیزه جهت مداخلات پیشگیرانه:** گاهی مراجعه تعدادی از افراد معتاد از یک محیط کار مشخص مثلاً پادگان، کارخانه یا مراکز تجاری و یا مراجعه افراد خانواده معتادین همان محیط انگیزه روشنی برای این کار است. زمانی مسئولین از افزایش میزان غیبت، تأخیر و مرخصی‌ها و یا اخراج‌های ناشی از اعتیاد نگران می‌شوند. در هر صورت وجود انگیزه‌های مشخص میان اعضای جامعه هدف بایستی طراحی و آغاز اجرای یک مداخله را از آغاز در برگیرد، و خوش بینی‌های واقع‌گرایانه برای حمایت جامعه از آن و تداوم و نتیجه‌گیری احساس شود. گاهی اوقات قبل از آنکه موارد ابتلا افزایش یابد وجود عوامل خطر جدی مانند مجاورت با مناطق بسیار آلوده و یا در دسترس بودن مواد محرک و استنشاقی و یا داروهای دیگر انگیزه کافی ایجاد می‌کند. مثلاً رفتگران شهرداری که با سرنگ‌های آلوده و بقایای وسایل مصرف مواد در برخی محلات یا پارکها مواجه هستند.

(2) **تشکیل یک هسته مرکزی یا ستاد اجرایی طرح:** قطعاً بایستی از افراد عضو جامعه هدف کسانی را که دانش یا تجربه‌های ویژه در یکی از مقوله‌های گوناگون شامل بهداشت، امور اجتماعی، امور تشکلهای و یا زمینه‌های مرتبط را دارند تشویق کرد که بصورت داوطلبانه مسئولیتی را در ستاد بپذیرند.

◀ افراد علاقمند و داوطلب

◀ تام الاختیار و نافذ: این افراد که بعنوان کلیدی و یا مطلع شناخته می‌شوند نقش مهمی در طراحی صحیح و پیشبرد برنامه خواهند داشت. ممکن است یک مسئول کارگاه کلیدی باشد ولی چندان از مسایل سوء مصرف مواد در محیط و جامعه مطلع نباشد. از سوی دیگر ممکن است یک کارگر ساده در کارخانه پیرامون موضوع اطلاعات و دقت بسیاری داشته باشد اما فرد کلیدی نیست.

متشکل از گروه‌های بهداری، حراست، اداری، حفاظت، بازرسی، ایمنی بهداشت، کارگری، و ...

پیگیر و متعهد (هرچند مخالف) : لزومی ندارد که همه اعضای مرکزی ستاد طرح در تمام محورهای نظری و اجرایی برنامه توافق کامل داشته باشند. زیرا همه آنها احتمالاً به حصول برخی نتایج امیدوار و با آن موافق‌اند. در فرآیند اجرا اختلافات شفاف شده و به نحوی حل و فصل می‌شوند.

حتی الامکان رسمیت بخشیدن به آن : می‌توان با يك ابلاغ محلی و نه چندان اداری و الزام‌آور عضویت در ستاد را به حالتی رسمی در آورد.

**3) ارزیابی نیازها:** در ارزیابی نیازها یا نیازسنجی باید توجه کرد که نیاز و تقاضا دو مقوله متفاوت و گاهی مشابه و مکمل‌اند. ممکن است کارمندان يك شرکت تنها تقاضای خود را تقویت سیستم ارجاع درمانی از کارمندان و کارگران معتاد بدانند. اما در بحث و مذاکره مشخص می‌شود که نیاز به يك باشگاه تفریح و ورزش برای کارکنان نیز بسیار مهم است. علاوه بر استفاده از فرم‌های نظرسنجی و مصاحبه و مذاکره‌های رسمی، مشاهده مستقیم افراد و محیط کار و صحبت‌های غیر رسمی پراکنده در زمینه‌سنجی و نیازسنجی يك برنامه بسیار مؤثر و مهم و غیر قابل جایگزین می‌باشد.

#### 4) آگاهسازی و توجیه مسئولان

هسته مرکزی : ضروری است برای جلسات برنامه‌دار و نسبتاً طولانی آگاهسازی، آموزش و جلسات اجرایی هسته مرکزی از محل منابع طرح یا کمک‌های جانبی؛ حق الزحمه و تشویق لازم منظور شود.

مدیران ارشد: مدیران، معاونین، نمایندگان اصلی شوراهای و اتحادیه‌ها، مسئولین تعاونی‌ها و ....

مدیران میانی: می‌توان سرکارگرها و یا سرپرستان شوراهای و گروه‌های فرعی کارمندی و کارگری را جزو مدیران میانی به مشارکت فراخواند. حتی می‌توان اعضای مرکزی شرکت‌های تعاونی مصرف، مسکن و نظایر آنرا بصورت معین شده جز مدیران میان طرح محسوب نمود.

#### 5) طراحی جدول زمانبندی برنامه‌ریزی:

مسئولیت هر فرد: در يك برنامه اجتماع محور محیط کار، همه کارها بصورت کمیته‌بندی و استفاده از گروه‌های هم‌تا یا Peer Group ادامه می‌یابد که در آن هر فرد از هسته مرکزی و مسئولان و یا افراد داوطلب دیگر نقش مؤثر و آشکاری در پیشبرد اهداف کمیته یا گروه خود دارند، مثلاً يك کارگر داوطلب می‌تواند تشویق افراد برای انجام آزمایش‌های متوالی و یا خلاصه نمودن نتایج تست‌های هر دوره را بعهده گیرد.

مکان برگزاری جلسات منظم: مراجعه به محیط کار مردم و قرار گرفتن در همان زیست بوم برای انجام طرح‌های اجتماع محور يك سیاست ضروری و بسیار مؤثر است. از سویی امکان نیازسنجی و ارزیابی‌های زنده و مستقیم و پر محتوایتری برای کارشناسان فراهم می‌آورد و از سویی دیگر ایجادکننده حس احترام، صمیمیت و همدلی بین گروه‌های ستادی و غیر ستادی می‌باشد.

زمان برگزاری جلسات منظم: زمان برگزاری جلسات آموزشی، آگاهسازی و اتخاذ تصمیم نباید به گونه‌ای باشد که کارمند یا کارگر در رده‌های مدیریتی یا

خط تولید از حضور در آن لطمه ببینند و نیز نظم و ترتیب واقع بر جلسات بیانگر روشن بودن مقاصد و نتایج کار می‌باشد.

◀ **حق جلسه:** برای افرادی که به هر دلیل فعلاً از همکاری داوطلبانه خودداری می‌کنند در نظر گرفتن سیستم منظم پرداخت حق جلسه و حق تحقیق و فعالیت ضروری است.

◀ **صورتجلسه و ارسال به مدیران ارشد:** در یک برنامه هدفدار، مستندات و مدارکی برای ارزیابی و توجیه فعالیتها و نیز ثبت و ضبط علمی داده‌ها فرآوری خواهند شد که صورتجلسه‌های ستادی و صورتجلسه کمیته‌ها و گروهها از مهمترین آنها می‌باشد.

◀ **حضور و غیاب:** با راه‌اندازی یک سیستم داوطلبانه حضور و غیاب و استفاده از افراد داوطلب شاغل در برنامه، می‌توان حضور و غیاب را هم با هدف مستند کردن صورتجلسه و پرداختهای حق جلسه و هم به منظور ارزیابی میزان مشارکت فعال افراد در مراحل گوناگون پیشرفت برنامه انجام داد.

## **(6) برنامه‌ریزی:**

◀ **تدوین سیاست برخورد با مواد:** در این مرحله با توجه به هدف و استراتژیهای اتخاذ شده از یکی از سیاست‌های اصلی مقابله با مواد یعنی کاهش تقاضا، کاهش آسیب، پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد و یا ترکیب روشنی از آنها استفاده می‌شود. ضمناً ممکن است اولین طرحها شایعترین ماده مصرفی را هدف قرار دهند و یا آنکه افراد غیرآلوده و تازه وارد را برای پیشگیری اولیه بیشتر تحت حمایت قرار دهند.

◀ **آموزش و تربیت کارکنان (بحث مهارتها):** آموزش مهارتهای زندگی با رویکرد خودداری از سوء مصرف در تمام سطوح پیشگیریه اولیه، ثانویه و سطح سوم طراحی می‌شود. مانند مهارت تفکر انتقادی، مهارت امتناع و نظایر آنها توجه: استفاده از ضمیمه شماره 1 برای این بخش ضروری است.

◀ **تدوین برنامه‌های درمانی و همیاری کارکنان:** درمان آسیب دیدگان سوء مصرف و اعتیاد موجب کاهش تقاضای مواد، پیشگیری از بد آموزی‌های مصرف کننده و ارتقای کارآیی نیروی کار در محیط می‌شود. تشکیل گروههای خود یار معتادین بهبود یافته و در حال درمان با استفاده از تجربه گروههایی مانند گروه معتادین گمنام (NA) ضروری و سودمند است

◀ **تست اعتیاد:** در صورتی که در نیازسنجی مشخص شود که میزان آسیب و خطر ناشی از سوء مصرف زیاد و اعتیاد برخی کارکنان افزایش یافته است اتخاذ یک برنامه منظم برای انجام داوطلبانه تست و در صورت عدم موفقیت آن یک سیستم نیمه اجباری و یا کاملاً اجباری ضروری است تا: 1- میزان دقیق آسیب‌های احتمالی برآورد شود. 2- سیاست‌های مؤثری برای رویارویی با پدیده اتخاذ گردد. 3- فرهنگ آزمایش داوطلبانه که بیانگر رویکرد سلامت افراد و گروههای مؤثر در اجتماع است نهادینه شود.

◀ **آموزش عمیقتر افراد ارشد (مکتوب):** برگزاری دوره‌های تخصصی برای کسانی که آموزشهای مقدماتی برنامه‌های کاهش تقاضا و فعالیت‌های اجتماع محور را دیده‌اند در این پله تحقق می‌یابد.

◀ **ارزشیابی:** در ارزشیابی به این مقوله به صورت فنی پرداخته می‌شود که طرح تا چه اندازه به اهداف خود رسیده است. به دلایل زیر یک برنامه مقابله با مواد در محیط کار بدون ارزشیابی عمیق و همه جانبه کاملاً عقیم خواهد بود:

1- میزان تحقق اهداف و در نتیجه افزایش سلامت و کارایی محیط کار مشخص نخواهد بود.

2- نمی‌توان هزینه و مشارکت‌های صرف شده را توجیه کرده و مقبولیت‌های برای طرح بدست آورد.

3- تدوین طرح‌های اصلاحی برای برنامه‌های بعدی امکان‌پذیر نیست.

بنابراین در نظر گرفتن برنامه مستقل و عینی برای پایش و ارزیابی فرآیند و ارزشیابی برون داد و نتیجه نهایی طرح جزء ضروری طرح در مراحل اولیه و نهایی خواهد بود.

◀ علاوه بر میزان کمی تحقق اهداف، مثلاً از 60 نفر در نظر گرفته شده چند نفر از کارکنان برای درمان مراجعه نموده و چه تعداد موفق بوده‌اند، ملاک‌های کیفی در ارزشیابی مورد نظر است مانند: آیا جمعیت هدف و مجریان طرح از آن اظهار رضایت کلی دارند و نسبت به برنامه مشابه بعدی خوشبین هستند یا آنکه اظهار سردرگمی، حس ابهام و نظایر آن برنامه را نامطبوع و ناموفق جلوه داده است.

7) ارائه به بالاترین مقام ارشد محل کار جهت تصویب: در این پله طرح نهایی شده که ضمناً شامل هزینه‌ها و منابع مورد نیاز است ارائه می‌شود که لازم است با یک توافق جمعی و رسمی و به صورت زیر انجام پذیرد:

(الف) حتی‌الامکان توسط خود اعضاء

(ب) با حضور سایر مدیران میانی: انجام فعالیت به صورت توصیه شده بند (الف) و ب این گرایش را در محیط کار ایجاد می‌کند که در سال‌های بعد و در صورت عوض شدن مسئولان و مدیران ارشد و یاحتی در صورتی که خود به محیط کار دیگر منتقل شوند، در هر حال به صورت برنامه دار و مؤثری به مقوله کاهش تقاضای مواد بیندیشند و در این راه گام بردارند.

(ج) همراه با توضیحات جامع و مسیر عملکرد قبلی

**8) اجرا:** طرح تصویب شده را باید امیدواری و خوش بینی لازم، در فاصله زمانی هر چه کمتر (چون توقعاتی در محیط ایجاد شده است) و نیز با تکیه بر نیازها و دانسته‌های افراد واقع در محیط مورد نظر به اجرا گذاشت.

**9) ارزشیابی و روشن‌سازی نقاط قوت و ضعف:** با استفاده از برنامه ارزشیابی مندرج در طرح کلی و نیز تصمیم‌گیری خودجوش و سیال کمیته‌ها و گروه‌ها در حین کار می‌توان یک گزارش نهایی بسیار فنی و واقع‌گرایانه را درباره تجربه‌های بدست آمده تدوین کرد و ارزشیابی طرح را کامل نمود.

**10) تدوین برنامه جدید (رفع نقاط ضعف قبلی و ارتقاء آن):** اجرای هر برنامه و ارائه گزارش ارزشیابی دقیق آن خود یکی از منابع اصلی برنامه‌های پیشگیرانه قلمرو بهداشت و بهداشت روان است، زیرا اساساً ماهیتی چند ساله دارند و تداوم خودبخود حداقل ده سال پیگیری و ارزشیابی آن طبیعی به نظر می‌رسد.

## پیوست: «آموزش کارکنان» (پایه اساسی فعالیت‌ها)

- 1- ارائه اطلاعات صحیح و علمی در مورد مضرات و خطرات کوتاه‌مدت و دراز مدت مصرف مواد بر فرد، خانواده و جامعه؛
- 2- ایجاد نگرش منفی و هنجار زدایی نسبت به مصرف مواد؛
- 3- تثبیت و تعمیق ارزشهای اخلاقی و اعتقادات مذهبی؛
- 4- آموزش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی و مهارت‌های مقابله با استرس‌های زندگی؛
- 5- شرکت دادن فعال کارکنان در کلیه آموزش‌های پیشگیرانه؛

### مثالها:

1. میتوان با مطالعه ذرات توتون زیر یک میکروسکوپ معمولی نسبت به خواص حساسیت زایی و آلوده‌کنندگی آن بینش عمیقی پیدا کرد.
  2. ممکن است به عواقب بزهکارانه سوءمصرف مواد اشاره کرد و یا تعداد بسیار بالی پزشکان؛ دبیران و کارگرانی را که بدون مواد زندگی می‌کنند یادآوری کرده و در مورد آنها تبلیغ کرد.
  3. مناسب است در مورد خودداری از آزار هم‌نوع؛ تخریب محیط زیست و تخریب اقتصاد جامعه ای که هنوز بسیاری از مردم آن گرسنه اند تبلیغ کرد. خودداری از سوءمصرف و اعتیاد مواد مخدر به منزله احساس مسئولیت و ارزش قایل بودن در زمینه‌های یاد شده است.
- در مورد بندهای 4 و 5 قبلاً مثالهایی در جزوه ارائه شده است.

# اهداف و استراتژی های پیشگیری از اعتیاد در محل کار

در مجموع کارخانجات و محیط های صنعتی به علت وجود متغیر هایی همچون کار بدنی سنگین، نوبت کاری، آلودگی های شیمیایی و صوتی، گسترده بودن محیط کار، فراهم بودن محیط های مناسب برای سوء مصرف مواد، کنترل کمتر بر افراد توزیع کننده مواد، جزء مشاغل در معرض خطر گرایش به سوء مصرف مواد می باشند. با توجه به این واقعیت، هدف یک برنامه کاهش تقاضای مواد در محیط کار بر دو محور افزایش عوامل محافظت کننده و کاهش ضرر عوامل مخاطره آمیز و آسیب زا استوار است.

هر چند هدف گذاری یک برنامه با توجه به نیازسنجی و ویژگی های همان محیط و افراد واقع در آن صورت می گیرد، اما برای نمونه می توان به مثال زیر اشاره کرد:

## **پیش طرح برنامه یکساله پیشگیری و درمان اعتیاد در یک مرکز صنعتی (الف) هدف کلی:**

**کاهش بروز و شیوع اعتیاد به مواد مخدر**

**ویا:**

کاهش آسیب های بهداشتی ناشی از سوء مصرف مواد.

## **(ب) اهداف اختصاصی:**

1) افزایش اطلاعات کارکنان در مورد خطرات ناشی از سوء مصرف مواد

2) ایجاد نگرش منفی در کارکنان نسبت به مواد

3) شناسایی عوامل مخاطره آمیز و محیطی و کاهش آنها

4) شناسایی عوامل محافظت کننده فردی و محیطی و تقویت آنها

5) شناسایی و درمان معتادان

6) کاهش خسارت ناشی از اعتیاد در محل کار

همانگونه که از مرور هدفهای مثال ذکر شده برمی آید، در یک برنامه اجرایی، هدف خوب باید حداقل ویژگیهای زیر را داشته باشد:

1) قابل دسترسی باشد. برای نمونه ریشه کن کردن اعتیاد یا ساختن محیط کاری که کاملاً عاری از مواد باشد یا تغییر نگرش کارکنان به نحوی که هیچگاه معتاد نشوند، دور از دسترس و غیر واقع بینانه است.

2) عینی و قابل اندازه گیری و ارزیابی باشد. برای نمونه آشنا کردن کارگران با مهارتهای زندگی هدفی است که چگونگی و میزان آشنا کردن را تعریف نکرده است و بنابر این کلی و مبهم است. اما مانند

هدف شماره 5 افزایش اطلاعات کارکنان قابل تعریف و اندازه گیری است. غالباً هدفهای خوب از جنس کاهش و یا افزایش هستند، مانند هدفهای شماره 1 و 6 مثال فوق. مگر هدفهایی مانند تأسیس و راه اندازی

یک تشکل داوطلب پیشگیری از اعتیاد در محل کار که از این قاعده مستثنا هستند.

3) هدف مناسب از یک نیاز واقعی و ملموس برای جمعیت مورد نیاز سرچشمه گرفته است.

## **(ج) استراتژی ها:**

استراتژی یا راهبردها طریقه هایی سیستماتیک برای رسیدن به اهداف هستند و انتخاب و دسته

بندی آنها نشان می دهد که اهداف تا چه اندازه عینی و قابل دسترسند و نیز چه فعالیتهایی مورد نیاز

است تا طرح به نتایج مورد نظر یا بخشی از آن برسد. بنابر این در اینجا ضروری است خاطر نشان

شود که تمام بخشهای یک طرح کاملاً به هم وابسته و به صورت منظمی با هم در ارتباطند. استراتژی

های عمومی در یک برنامه پیشگیری از اعتیاد در محل کار عبارت است:

## **1) شناخت وضعیت موجود هدف شامل تعیین نیازها و شناسایی افراد در معرض خطر:**

علاوه بر مسایل عمومی که پیرامون نیازسنجی و سنجش تقاضا وجود دارد می توان برای

شناسایی دقیق تر وضعیت فرمهایی تدوین کرد که در آن سابقه مصرف مواد در محیط کار، نوع



مواد، شایعترین آن، تعداد گروه‌های همبسته در مصرف، سوابق درمان اعتیاد در محیط کار و نظایر آن را به کمک مسئولین بهداشت کار و خود کارکنان تکمیل کرد.

## **2) افزایش حمایت و مداخله مسئولان در دستیابی به اهداف فوق:**

مسئولان خود افراد کلیدی هستند و در تعیین منابع، مدت زمان لازم برای اجرای طرح و خدمات پشتیبانی و نیز مشروعیت دادن به امور نقش اساسی دارند. بنابراین بایستی نه یک مسئول مافوق بلکه گروهی از مسئولان، معاونین، سرپرستان قسمت‌ها و نمایندگان و مسئولین شورا و اصناف از همان آغاز جلب برنامه شده و آنرا متعلق به خود و کارکنان بدانند.

## **3) فراهم کردن زمینه مشارکت کارکنان در فعالیتهای پیشگیری از اعتیاد:**

در رویکرد اجتماع محور بایستی گروه‌های عمده ای از کارکنان برنامه را متعلق به خود بدانند و در جوامعی با فرهنگ شرقی اینکار از طریق‌ه های دوستانه، خاندانی و وابستگی های قومی و مذهبی بسیار راحت تر شکل می گیرد. به عنوان دو توصیه، باید کسانی را برای مشارکت بیشتر خودداری کنیم که کارهای پیشگیرانه را کاملاً بی هدف دانسته و یا منافی مادی در تبلیغ برای مصرف مواد مخدر دارند.

## **4) آموزش و تقویت بهداشت عمومی و آگاه سازی کارکنان در جهت پیشگیری از اعتیاد:**

بدیهی است در محیطی که بهداشت عمومی از لحاظ نور، صدا، گندزدایی، آب و غذای تمیز وجود ندارد نمی توان با آسیبهای بهداشتی و پیچیده و چندبعدی مانند اعتیاد به شیوه ای صحیح مقابله کرد. در طرح های نمونه مثلاً در منطقه شش ضلعی طلایی در آسیای جنوب شرقی همزمان با پیشگیری از اعتیاد مباردت به گندزدایی آب آشامیدنی شده است. از این راه بیشتر مردم احساس قویتری برای انجام دادن دوام بهداشتی نظیر هم خواهند داشت. می توان در محیط کار نیز ضمن آماده سازی مبانی بهداشت عمومی و فردی را مرور کرد و تسهیلاتی در این جهت قایل شد.

## **5) ایجاد امکانات لازم جهت تشخیص، درمان و خدمات مشاوره ای اعتیاد**

ایجاد امکانات تشخیصی یعنی تست مواد مخدر در سه محور بسیار ضروری است:  
(الف) آزمایش قبل از اشتغال که شایعترین شرط لازم برای ورود به بیشتر مشاغل است.  
(ب) آزمایش تمام یا درصدی از کارکنان که نیاز به مجوز قانونی دارد و یا همراه با معاینات دوره ای پزشکی، اینگونه آزمایشها اگر بصورت داوطلبانه صورت گیرد می تواند بیانگر، علاقه فرد به جامعه سالم و یک ارزش هنجاری از اعلام سالم بودن جسم خود و مسئولیت شهروندی باشد.

(ج) آزمایش افراد در حال ترک و درمان برای پیشگیری از عود مجدد افراد معتاد و یا میزان عود. پس از آزمایش درمان موفق یک معتاد می تواند مشوق بسیار خوبی برای افراد معتاد دیگر و خانواده های نگران باشد. ضمناً بایستی توجه کرد که بدون درمان غیر دارویی، مشاوره و خانواده درمانی و شرکت در گروههای همتا و خودیار معتادین در حال بهبود، حصول موفقیت در این زمینه برای درمانگران و مبتلایان چندان امکان پذیر نخواهد بود.

## **6) تقویت فعالیتهای جایگزین:**

فعالتهای فرهنگی، هنری، ورزشی و یا آموزش های فنی اضافه در محیط کار هم بزای گروههای سالم و گروههای در معرض خطر سرگرم کننده و پیشگیری کننده است و به ویژه در قالب فعالیتهای گروهی، فضای گروهی سالم و شادابی را برای خودداری از مصرف مواد ایجاد می کند و هم برای گروههای مصرف کننده و در جهل درمان امکانات زیادی در جهت مقابله با وسوسه مصرف ایجاد می کند. وجود فعالیتهای متنوع در زمانهای مختلف می تواند سلیقه و گرایشات متفاوت را ارضا کند. البته لازم است دقت شود که گاهی برخی گروههای ورزشی و موسیقی، به دلیل حضور یک یا چند نفر که مشکلات شخصی و یا انگیزه های متفاوتی دارند تبدیل به موقعیت آشکار ترویج سوء مصرف

مواد نیروزا و مواد مخدر می شوند. ولی به طور کلی تقویت ورزشهای جمعی، متنوع، دارای تماشاچی و نیز تمرین و اجراهای جمعی و خانوادگی موسیقی می تواند از پدیده یاد شده پیشگیری کند و فعالیت های جایگزین را به اهداف کلی تر خود یعنی ارتقای سلامت عمومی کاهش تقاضای مواد مخدر رهنمون کند. برای نمونه در یک دوره اجرای موسیقی و جشنواره محلات، تعداد زیادی از افراد تیم های شرکت کننده، داوران، مجریان و تماشاچیان، چندین شب از سوء مصرف مواد خود می کاهند که این خود دستاورد بسیار مهمی در مقیاس های جمعی است و نیز آغاز کننده حرکت های بعدی افراد و گروهها در این زمینه خواهد شد.

### **(7) تقویت قوانین و مقررات مبارزه با مواد مخدر:**

علاوه بر مقررات رسمی که برای مجازات و اعمال محرومیت و محدودیت کارگران و کارکنان متخلف در زمینه مواد وجود دارد و مؤثر تر از آن، می توان با استفاده از شورایی مرکب از کارکنان و مسئولان محیط کار، برخی مقررات جدید برای محود کردن فرصتها، مثلاً در نظر گرفتن مکان و زمانهای محدودتر برای مصرف سیگار و یا محروم کردن کارگران دارای سوء مصرف و هتتباد از برخی امکانات ورزشی و حمایتی کارکنان و یا حضور در اجتماعات، اتحادیه ها و گروههای کارکنان وضع کرد.

### **(8) پایش و ارزشیابی فعالیتهای پیش بینی شده و میزان موفقیت در دستیابی به اهداف:**

پایش نوعی بازدید نظارتی است که در هر مرحله از کار برای بررسی صحت انجام امور از لحاظ کمی و کیفی که در اهداف ذکر شده است انجام می شود و ارزشیابی نتیجه تحلیلی پایش ها و اندازه گیری ها را در ارتباط با اهداف نشان می دهد، با این منظور که چه بخشی از نتایج مورد نظر بدست آمده اند و اگر تغییرات و یا نتایج پیش بینی نشده ای حاصل شده است ماهیت آنها چیست؟ پس از تدوین استراتژی ها بایستی با نظر سنجی از مسئولان و کارکنان محیط کار فعالیتهایی را پایش بینی نمود که از طریق آنها بتوان به اهداف مورد نظر دست یافت.

هنگامی که یک فعالیت هدفدار و دارای برنامه صورت می گیرد بسیار ضروری است که پیگیری کنیم چه فعالیتهایی صورت گرفته است؟ میزان دستیابی به اهداف چه میزان بوده است؟ و رضایت خاطر گروههای هدف، کارکنان و خانواده هایشان و مجریان برنامه تا چه حدود حاصل شده است. برای نمونه یک دوره آموزش مهارت های زندگی برای گروههایی از کارکنان و اعضای خانواده شان اجرا می شود. هنگام بر گزاری جلسات آموزشی باید دانست چه تعداد از گروه مورد انتظار در جلسات حاضر بوده اند، کدامیک از مدرسان در برقراری نظم جلسات و ارتباط و ایجاد رضایت موفق تر بوده اند و آیا پذیرایی و استفاده از فضا و وسایل کمک آموزشی به خوبی صورت گرفته است یا خیر. به عملیاتی که به منظور کنترل این موارد انجام می شود پایش می گویند. همچنین باید بررسی کرد که میزان دانش کارکنان و خانواده آنان در مورد مهارت ها نسبت به گذشته چه تغییری کرده است، تا چه اندازه در رفتار خود آن را به کار می بندند و آیا پس از یکسال فراگیری این مهارت ها کمکی به دوری کردنشان از مواد مخدر و یا حل مشکل معتادان توسط آنها نموده است یا خیر. به این مجموعه از عملیات ارزشیابی می گویند که باید قبل از اجرای طرح ها برای آن برنامه ای تدوین نماییم. توجه: برای تکمیل موارد ذکر شده استفاده از ضمیمه های این فصل ضروری است.

## فعالیتها

- 1- فعالیتهای مرتبط با استراتژی «شناخت وضعیت موجود جامعه هدف»
  - 1-1 جمع آوری اطلاعات در مورد مشخصات کارکنان
  - 1-2 انجام آزمایش اپیوم تصادفی و برآورد تعداد افراد مبتلا به اعتیاد
  - 1-3 بررسی اطلاعات و نگرش کارکنان در مورد مواد
  - 1-4 شناسایی عوامل مخاطره آمیز فردی-خانوادگی-محیطی(کار-جامعه)
- 2- فعالیتهای مرتبط با استراتژی «افزایش حمایت و مداخله مسئولان برای پیشگیری از اعتیاد»
  - 1-2 بررسی نظرات مسئولان در مورد ابعاد مختلف اعتیاد
  - 2-2 تشکیل کمیته پیشگیری از اعتیاد متشکل از مسئولان و کارکنان و کارشناس پیشگیری و مشاور
  - 3-2 برگزاری گردهمایی یک روزه برای آگاه سازی و توجیه مسئولان در مورد فعالیتهای پیشگیری از اعتیاد
  - 4-2 بررسی شیوه های کاهش مشکلات و فشارهای وارده بر کارکنان توسط مسئولان و کارکنان و بکارگیری شیوه های مناسب
- 3- فعالیتهای مرتبط با استراتژی «فراهم کردن زمینه مشارکت کارکنان در فعالیت های پیشگیری از اعتیاد»
  - 1-3-1 مشارکت نمایندگان کارکنان در کمیته پیشگیری از اعتیاد
  - 2-3-2 مشارکت فعال کارکنان در کلیه برنامه های مطالعاتی، آموزشی و خدماتی
  - 4- فعالیتهای مرتبط با استراتژی «آموزش و تقویت بهداشت عمومی و آگاهسازی کارکنان در جهت پیشگیری از اعتیاد»
    - 1-4-1 آگاهسازی کارکنان از طریق کلاسهای آموزشی
    - 2-4-2 آموزش از طریق بروشور فیمفلت، پوستری پیپیفیلمو غیره
    - 3-4-3 آموزش از طریق روحانیون
- 5- فعالیتهای مرتبط با استراتژی «ایجاد امکانات لازم جهت تشخیص، درمان و خدمات مشاوره ای اعتیاد»
  - 1-5-1 بکارگیری یکنفر مشاور در درمانگاه محل کار جهت ارائه خدمات مشاوره ای به کارکنان و ارجاع موارد پیچیده تر به مراکز تخصصی
  - 2-5-2 انجام آزمایش اپیوم افراد مشکوک و اجرای روند درمان و پیگیری معتادان شناسایی شده
- 6- فعالیتهای مرتبط با استراتژی «تقویت فعالیت های جایگزین»
  - 1-6-1 برگزاری مسابقات ورزشی بین واحدهای مختلف به طور مداوم
  - 2-6-2 برگزاری مسابقات گروهی هنری بین واحدهای مختلف در مورد ابعاد مختلف اعتیاد
- 7- فعالیتهای مرتبط با استراتژی «تقویت قوانین و مقررات مبارزه با موادمخدر»
  - 1-7-1 وضع مقررات صریح در مورد منع حمل و مصرف مواد مخدر
  - 2-7-1 اعلام رسمی مقررات وضع شده به کارکنان

# غربالگري

## در محیط کار

امروزه سوء مصرف مواد آنقدر شایع است که یکی از مشکلات مبارزه با اعتیاد شناسایی و غربالگری فرد معتاد است. این راهکارها شامل فعالیتهایی از قبیل تهیه شرح حال روان‌پزشکی، پرسشنامه، معاینات، آزمایشات و سایر روشها برای شناسایی کسانی است که درگیر مصرف مواد و یا در معرض خطر استفاده از آن میباشند.

### مفهوم غربالگری:

جستجوی فعالانه بیماری در بین اشخاص به ظاهر سالم يك جنبه اساسی پیشگیری است. امروزه غربالگری به عنوان يك عمل پیشگیرانه محسوب می شود. غربالگری کوششی است در جهت تشخیص و آشکارسازی بیماران (افراد معتاد) تشخیص داده نشده و یا قبل از بروز علائم بالینی در میان افراد جامعه می باشد. البته آزمایشات غربالگری به قصد تشخیص افراد معتاد انجام نمی شود بلکه هدف آن شناسایی سریع و مقرون به صرفه (از نظر اقتصادی) در اشخاصی است که دارای احتمال بالایی از ابتلا به اعتیاد می باشد.

### پدیده کوه یخ:

در اقیانوس ها هنگامی که قطعات بزرگ یخ در آب شناور هستند قسمت کوچکی از یخدر سطح آب و حدود دوسوم آن در زیر آب شناور می باشد. بنابراین به ظاهر قطعه کوچکی به نظر می رسد در حالی که کوهی از یخ در زیر شناور می باشد. پژوهش در مورد مصرف مواد و بیشتر مشکلات بهداشتی وجود الگویی کوه یخ را مطرح و مورد تایید قرار داده است. بدین ترتیب که بخش بزرگی از هر بیماری (مانند دیابت و فشار خون) و مصرف مواد بیش از آنکه به نظر کارشناسان بیاید در جامعه پنهان استو تشبیه به کوه یخ که فقط نوک آن دیده می شود بدین معنی است که توده پنهان بیماری (یعنی موارد بدون نشانه بالینی- اشخاص حامل و موارد تشخیص داده نشده) بخش زیر آب کوه یخ را تشکیل می دهد و قسمت نوک کوه نشانه بخشی است که کارشناسان حرفه ای در عمل آن را مشاهده می کنند.

در مورد کلیه مواد فقط اقلیتی از افراد معتاد (وابسته) هستند و اکثر افراد مصرف کننده گاه به گاه و تقنی هستند. مثلاً در پژوهشی تحت عنوان ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران (RSA) که در سال 1377 و 1388 در سطح کشور انجام گرفت فقط به دسته ای از معتادان مسئله دار (معتادان زندانی- خیابانی و ارجاعی به مراکز درمانی) توجه شده و اکثر افرادی که مصرف کننده تقنی بودند در پژوهش لحاظ نشده بودند. به نظر می رسد قاعده هرم سوء مصرف مواد که شامل موارد مصرف کننده تقنی و گاه به گاه (غیر معتاد) میشود یعنی تعداد وسیعی از افراد جامعه که مصرف نامنظم تری دارند و زندگی خانوادگی- شغلی و اجتماعی شان به میزان کمتری تحت تاثیر مواد قرار گرفته است تا به حال از نظر دور مانده اند. از نظر بهداشتی توجه به این قاعده هرم از این نظر مهم است که احتمالاً بخش قابل توجهی از این افراد به راس هرم منتقل می شوند.

با اینکه روشها و ابزارهای غربالگری تا حد زیادی قابل اعتماد و استفاده می باشند ولی گاهاً مواردی پیش می آید که تشخیصها مشکوک بوده و بعضاً به دلیل تداخل با برخی از داروها و مواد شیمیایی شخص معتاد تیره و بالعکس معتاد معرفی می گردد. بنابراین هدف اصلی در این بحث:

ارائه يك تشخيص ساده، مناسب و مطمئن جهت شناسايي معتادان براي مراکزي چون ارگانهاي مبارزه با مواد مخدر، بیمارستانها، آزمایشگاهها، مراکز استخدومي، زندانها و نیز مواردی چون برخورد ناصادقانه يك معتاد در آغاز تشکیل خانواده و ارجاع آنها جهت درمان و دریافت خدمات حمایتی و مشاوره‌ای است.

### «غربالگري و پیشگري ثانويه»

از کسانی که مواد مصرف می‌کنند بسیاری برای درمان اعتیاد مراجعه پزشکی نمی‌کنند. از طرف دیگر بسیاری به خصوص افراد جوان و نوجوان که به تازگی شروع به مصرف مواد کرده‌اند و هنوز به مرحله وابستگی نرسیده‌اند در معرض خطر اعتیاد قرار دارند. غربالگري برای گروه اول و آگاهی از گروه‌های در معرض خطر برای دسته دوم از این جهت می‌تواند مفید باشد.

### غربالگري هدفدار (گروه‌های در معرض خطر)

(1) فرزندان سوء مصرف کنندگان مواد	(2) ترك تحصیل
(3) برقراري زود رس ارتباط جنسي	(4) وضعیت اقتصادی بد
(5) ارتکاب جرم یا اعمال خشن	(6) تجربه مسائل روانپزشکی
(7) اقدام به خودکشی	(8) معلولیت به دنبال جراحت
(9) سوء استفاده جسمي، جنسي و رواني	(10) مصرف سیگار
(11) مصرف مواد در گروه همسالان	(12) مراکز کار
( مراکز قضایی و زندانها	

### نحوه بازشناسي (screening) معتادین

اعتیاد علاوه بر اثرات درونی دگرگونی‌هایی نیز در روحیه، اخلاق، شخصیت و ظاهر افراد به وجود می‌آورد. اگر جوان یا نوجوانی به مصرف الکل یا مواد مخدر رو آورد، از همان ماه نخست دگرگونی‌هایی در ظاهر و رفتار و حرکات او پدید می‌آید که با دقت و تامل در آنها می‌توان به این موضوع پی برد. این شناسایی در مرحله اولیه اعتیاد از نظر اینکه هنوز در وجود فرد لانه نکرده است و خصوصاً اینکه در قوه شعور فرد خللی ایجاد نگردیده در صورت توجه به سادگی قابل برگشت و کنترل است. پاره‌ای از این تغییرات عبارتند از:

الف) تغییرات در محیط اطراف

- قفل کردن اتاق. فرد درگیر اغلب اتاق خواب را به روی بستگان خود می‌بندد تا برای مدتی تغییر احوالش بر دیگران پنهان بماند.
- وجود وسایل خاص و مشکوک
- تغییر دوستان: اشتیاق فرد برای معاشرت با دوستان مشکوک افزایش می‌یابد.

ب) تغییرات درونی

- فرد معتاد اغلب خواب آلوده و افسرده می‌باشد و لحظات شادابی زودگذر و دوران در خود فرورفتنش طولانی می‌باشد.
- افراد معتاد اغلب پرگو و یاوه‌گو می‌گردند.
- فرد معتاد به دروغ‌گویی و دادن وعده‌های انجام ناپذیر اشتیاق پیدا می‌کند و در بند ایفای قول و قرارهای خود نخواهد بود.
- در کارهای شخصی بی تفاوت و بی نظم می‌باشد.

ج) تغییرات ظاهري

- لاغري و استخواني شدن صورت

- تغییر رنگ لبها
- تغییر در مردمک چشم و اطراف چشم
- چشمان کبود و پف کرده
- تغییر در نگاه (بهت آلود)
- موهای ژولیده و کثیف و شکننده
- زرد و بتدریج سیاه چرده شدن رنگ پوست
- تغییر در وضع ایستادن

#### د) تغییرات رفتاری

- گفتار: تغییر در نحوه بیان و ادای کلمات-تغییر صدا-پرگویی و تغییر ماهیت گفتار به صورت دروغگویی-تملق-و ضد و نقیض گویی
- تغییر کلی در اعمال اجتماعی و ارتکاب اعمال خلاف
- حرکات مشکوک و سردرگم
- حرکات خاص مانند خمیازه کشیدن و خارش
- سایر موارد مانند: افزایش یا کاهش مصرف غذا -افزایش مصرف سیگار و تغییر ساعات خواب و بی میلی جنسی و استفاده از آرامبخش

### «روشهای ارزیابی ابزارهای»

#### الف) مصاحبه‌های ساختاریافته و پرسشنامه‌های غربالگری سوءمصرف مواد

انواع مختلفی از مصاحبه‌های ساختاریافته و پرسشنامه‌های استاندارد تدوین شده اند که در آنها مصرف مواد عواقب آن بررسی می‌شود. بدیهی است که شرط لازم برای مفید واقع شدن این ابزارها این است که فرد داوطلبانه در صدد بررسی مشکل احتمالی خود برآمده باشد.

#### ب) ارزیابی آزمایشگاهی مصرف مواد .

ادرار مایع بیولوژیک و نمونه مناسبی برای انجام آزمایش است. مهمترین مزیت ادرار این است که غلظت دارو در ادرار ممکن است تا چندین برابر غلظت آن در خون برسد و همچنین ادرار به آسانی و در مقادیر زیاد و بدون نیاز به تجهیزات خاص قابل جمع‌آوری بوده و معمولاً حاوی غلظت‌های قابل شناسایی برای اکثر داروهای است که در مقادیر درمانی مصرف می‌گردد. بر همین اساس می‌توان از بین افرادی که مدعی عدم مصرف مواد هستند به طور تصادفی آزمایش ادرار جهت جستجوی وجود مواد افیونی به عمل آید.

#### محل‌های کار کارگران معتاد و محصولات کارخانه

غربالگری در محل‌های کار باید در بستری از تفکر و سیاست‌های پیشگیرانه انجام شود در غیر این صورت نتیجه چشمگیری از آن عاید نخواهد شد. هم کارفرمایان و هم کارگران باید به این درک مشترک رسیده باشند که سیاست‌های محل کار نقش مهمی در امر پیشگیری دارند. اهمیت این موضوع به این دلیل است که داشتن شغل و کسب درآمد در زندگی همه افراد امری حیاتی محسوب می‌شود. محل‌های کار زمانی می‌توانند به امر پیشگیری کمک کنند که رویکردی را اتخاذ نمایند که ارزش سلامت و ایمنی محل کار را تشویق و ترغیب نمایند. زمانی که کارکنان سالم باشند برای سازمان بهره‌وری بیشتری خواهند داشتند. آمارهای رسمی از فرآورده‌های کارخانه‌ها نشان می‌دهد تعداد کارگران معتاد با میزان تولید نسبت معکوس دارد یعنی هر قدر کارکنان معتاد زیاده‌تر باشد میزان محصولات کارخانه کمتر می‌شود چون سوءمصرف مواد میتواند باعث زود خسته شدن- غیبت از کار- افزایش دوره‌های بیمار شدن- حوادث و کاهش مهارت کاری می‌شود.

..  
.  
.





# «مهارت‌هاي انسانی»

## مقدمه :

ویژگی اساسی که انسان را از حیوان متمایز می‌سازد توانایی تفکر اوست. «تفکر يك فرايند شناختي فعال، هدفمند و سازمان یافته است که براي معني بخشیدن به دنيا مورد استفاده قرار مي‌گیرد».

در واقع انسان با کمک تفکر به بازآرایی و یا دستکاری اطلاعات به دست آمده از محیط و نمادهای ذخیره شده در حافظه دراز مدت دست می‌زند. تفکر دارای ابعاد مختلف و متفاوتی است. دو فرایند اصلی تفکر «حل مسئله» و «آفرینندگی» است. این دو علاوه بر اینکه از اجزای اصلی فرایند تفکر هستند از جمله مهارتهای زندگی نیز شناخته شده‌اند.

مهارتهای زندگی توانایی‌هایی روانی - اجتماعی برای رفتار انطباقی و مؤثر هستند که افراد را قادر می‌سازند تا به طور مؤثری با مقتضیات و چالش‌های زندگی روز مره مقابله کنند. مهارتهای زندگی شامل ده مهارت اصلی و اساسی است که اغلب به صورت جفت جفت طبقه‌بندی می‌شوند که بین هر جفت ارتباط طبیعی وجود دارد. دو مهارت مورد نظر در این مقوله:

مهارت تصمیم‌گیری / حل مسئله و مهارت تفکر خلاق / تفکر انتقادی هستند در واقع مهارتهای زندگی راهبردی است برای انسان به منظور رسیدن به يك تفکر صحیح و منطقی. دستیابی به این نوع از تفکر از طریق آموزش مهارتهای زندگی صورت می‌پذیرد که غالباً به شکل غیر رسمی و بوسیله خانواده به کودکان انتقال می‌یابد.

### مهارت تصمیم‌گیری

#### تصمیم‌یعی چه؟

تصمیم اطلاعاتی است که موجب عمل می‌شود و با عمل کردن به تصمیم می‌فهمیم که تصمیم ما واقعی و جدی است. ما برای رسیدن به اهداف خود نیاز به تصمیم‌گیری درست داریم. به این ترتیب، تصمیم‌گیری ابزاری است که برای شکل دادن به آینده خود به شکل مثمر ثمر و مثبت از آن استفاده می‌کنیم. اغلب ما در زندگی روز مره ناچار به گرفتن تصمیم‌های کوچک و بزرگ، مهم و غیر مهم می‌شویم. اما همیشه بهترین و هوشمندانه‌ترین تصمیم‌ها را نمی‌گیریم. تصمیم‌گیری غلط در خصوص مسائل جزئی زندگی آسیب‌چندانی به ما و اطرافیان خواهد زد. اما از این موضوع در مورد مسائل مهم و حیاتی زندگی نمی‌توان چنین ساده و بی‌توجه گذر کرد. اتخاذ يك تصمیم اشتباه و نامتناسب با موقعیت در جریان زندگی می‌تواند آسیب‌های جدی و جبران‌ناپذیری را به همراه داشته باشد. به همین دلیل آموزش صحیح تصمیم‌گیری و طی مراحل درست و منطقی آن برای رسیدن به آینده‌ای سالم و روشن لازم و ضروری به نظر می‌رسد. تصمیم‌گیری سبکها و شیوه‌های مختلفی دارد، این سبکها بر اساس نحوه تجزیه و تحلیل اطلاعاتی که از محیط اطراف می‌گیریم، شکل می‌گیرد.

شیوه‌های مختلف تصمیم‌گیری به شرح زیر است:

- **تصمیم‌گیری احساسی:** در این نوع تصمیم‌گیری فرد بر اساس احساس درونی خود و تأثیراتی که محیط بر احساسات او گذاشته است تصمیم‌گیری می‌کند، یعنی به جای اینکه بر اساس تفکر تصمیم بگیرد، ملاک نهایی او، حس او می‌باشد. اینکه چه حس می‌کند نه اینکه چه فکر می‌کند. اطلاعاتی که درباره جهان خارج داریم از طریق حواس به ما می‌رسد. حواس ما را از خطرهای قریب الوقوع آگاه می‌سازند و اطلاعات لازم را برای تفسیر رویدادها و پیش‌بینی آینده در اختیار ما می‌گذارند. ما از طریق حواس لذت و درد را احساس می‌کنیم. تشخیص

رنگها. تفسیر وزن موسیقی و درک حرارت از طریق حواس انجام می‌شوند که شامل حس بینایی، چشایی، لامسه، بویایی و شنوایی هستند.

تفکر عبارت است از بازاریابی یا دستکاری اطلاعات بدست آمده از محیط یا ذخیره شده در حافظه دراز مدت. در واقع فرایند تجزیه و تحلیل اطلاعات کسب شده از طریق حواس پنجگانه را تفکر می‌نامند.

- **تصمیم‌گیری منطقی:** در این سبک تصمیم‌گیری فرد کلیه اطلاعات به دست آمده از اطراف را بدون سوگیری و بیطرفانه بررسی کرده و با در نظر گرفتن اهداف خود بهترین انتخاب را بر می‌گزیند.

- **تصمیم‌گیری گوش به زنگی:** در این نوع تصمیم‌گیری فرد بقدری دچار اضطراب و استرس تصمیم‌گیری است که نمی‌تواند اطلاعات موجود را به شیوه درست تجزیه و تحلیل نماید و توانایی تصمیم‌گیری را از دست می‌دهد.

- **تصمیم‌گیری اجتنابی:** در تصمیم‌گیری اجتنابی فرد ترجیح می‌دهد که منتظر، خود به خود درست شدن اوضاع بماند و گرفتن تصمیم را به تأخیر می‌اندازد تا بتواند آرامش روانی خود را طی مدت زمانی کوتاه حفظ کند.

- **تصمیم‌گیری تکانه‌ای:** فرد به سرعت و بر اساس هیجانات تصمیم‌گرفته و به ارزیابی اطلاعات و حقایق نمی‌پردازد.

- **تصمیم‌گیری مطیعانه:** در این روش فرد اجازه می‌دهد که دیگران برایش تصمیم بگیرند و در واقع عقاید خود را به او تحمیل کنند و خود منفعلانه تصمیم‌های دیگران را می‌پذیرد.

- **تصمیم‌گیری اخلاقی:** در روش تصمیم‌گیری اخلاقی فرد بر اساس آموزه‌های مذهبی و اجتماعی یا اصول اخلاقی شخصی خود اقدام به تصمیم‌گیری می‌کند و ارتباط مستقیم با ارزشها دارد که می‌تواند مذهبی، اجتماعی، خانوادگی، اخلاقی، قانونی و ... باشد.

در بین تصمیم‌گیریهایی ذکر شده در فوق «تصمیم‌گیری منطقی» بهترین نوع آن می‌باشد و شامل مراحل زیر است:

**مرحله اول:** مواجه شدن با تصمیم: در مرحله اول فرد باید ضرورت تصمیم‌گیری و قطع یا تغییر یک وضعیت را دریابد. لزوم چنین نتیجه‌گیری دریافت اطلاعات از محیط خارج، ایجاد تغییر درخواستها و آرزوهای فرد که درونی است و فرد را وامی‌دارد تا برای رسیدن به آرزوها تصمیم‌بگیرد. بیان واضح و روشن تصمیم.

**مرحله دوم:** خلق حق انتخابها و جمع‌آوری اطلاعات درباره آنها:

برای دستیابی به یک تصمیم صحیح باید انتخابهای مختلف را بررسی نمود و راه دسترسی به انتخابهای مختلف استفاده از تفکر خلاق است که در واقع موجب خلق و آفرینش انتخابهای جدید می‌شود. بارش فکری یکی از شیوه‌های مؤثر برای ایجاد تفکر خلاق است.

**مرحله سوم - ارزیابی پیامدهای پیش‌بینی شده حق انتخاب ها:**

پس از تعیین حق انتخابهای موجود می‌باید به بررسی و ارزیابی آنها پرداخت. این ارزیابی براساس پیامدهای مثبت و منفی کوتاه مدت یا بلند مدت انتخابها برای خود و دیگران صورت می‌گیرد. با ارزیابی می‌توان بهترین تصمیم را انتخاب نمود.

**مرحله چهارم - متعهد کردن خود به یک تصمیم:**

در مرحله چهارم تصمیم گرفته می‌شود و فرد متعهد می‌شود که به آن عمل کند. برای متعهد شدن به اجرای تصمیم فرد می‌تواند به بررسی مجدد انتخابها، تعیین اهداف و فهرست کردن نتایج مثبت اجرای تصمیم، هماهنگ نمودن تصمیم متخذه با ارزشهای اساسی زندگی و طراحی بهترین شیوه اجرای تصمیم بپردازد.

## مرحله پنجم - طرح ریزی برای چگونگی اجرای تصمیم:

پس از اتخاذ تصمیم باید مراحل اجرای تصمیم را مشخص کنیم. یعنی ابتدا اهداف اصلی و فرعی را مشخص و زمان بندی کنیم. سپس لیست کارهایی را که باید انجام دهیم بطور دقیق و مشروح تهیه نموده و راههای مختلف اجرای تصمیم را در نظر بگیریم. همچنین مشکلات اجرای تصمیم را پیش‌بینی کرده و منابع حمایت‌کننده هنگام بروز مشکل را مشخص نمائیم. در واقع یک نقشه دقیق و کاربردی برای اجرای تصمیم و به صورت یک طرح بنویسیم.

### مرحله ششم - اجرای تصمیم:

در موقع اجرای تصمیم باید به موارد زیر توجه نمود:

- بهترین زمان را برای اجرای تصمیم انتخاب کنیم
- اضطراب و تعارض در ابتدای تصمیم‌گیری امری طبیعی و عادی است، اما باید توجه داشت که این حالتها تا زمان شروع و اجرای تصمیم است و وقتی اجرا ادامه یابد این اضطراب و تعارض کاهش می‌یابد.
- در روبه روشن شدن با موانع در اجرای تصمیم از خود بپرسیم که در این موقعیت چه کاری می‌توانیم انجام دهیم؟
- گرفتن اطلاعاتی که پس از اجرا یا در حین اجرای تصمیم از محیط اطراف خود می‌گیریم می‌تواند موجب تعدیل در اجرای تصمیم و یا تغییر در آن شود.
- دادن پاداش به اشکال مختلف به خود در مراحل متفاوت اجرای تصمیم.
- اگر کارها طبق طرح و برنامه از پیش تعیین شده پیش نرود دچار نومییدی و یأس نشده و این آگاهی را به خود بدهیم که ایجاد وقفه و مشکل در اجرای تصمیم‌های دشوار و مهم امری عادی و طبیعی است.

### مرحله هفتم - ارزیابی پیامدهای واقعی اجرای تصمیم

در آخرین مرحله چگونگی اجرای تصمیم و پیامدهای مثبت و منفی اجرا و میزان دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده را بررسی کرده و اگر به آنها نرسیده‌ایم مجدداً مراحل تصمیم‌گیری را اجرا کنیم.

### «مهارت حل مسئله»

حل مسئله یکی از بالاترین سطوح فعالیت‌های شناختی\* انسان می‌باشد که خود یک توانایی است و از راه ایجاد آن در افراد می‌توان آنان را برای مقابله با شرایط متغیر و متفاوتی که در زندگی ایجاد می‌شود آماده نمود.

### مسئله چیست؟

وقتی فرد با مشکل یا مانعی روبه‌رو می‌شود که نمی‌تواند با اطلاعات موجود سریعاً آن را مرتفع سازد اصطلاحاً می‌گویند با مسئله‌ای روبه‌رو شده است که برای رفع آن نیاز به زمان و اطلاعات بیشتری دارد. در واقع مسئله را با اولین پاسخی که به ذهن می‌رسد نمی‌توان حل کرد. همانطور که گفته شد، حل مسئله نوعی توانایی است که از طریق یادگیری ایجاد می‌شود. ما در سراسر زندگی خود بطور مداوم در حال حل مسئله هستیم. حل مسئله دارای یک فرایند 5 مرحله‌ای است اما پیش شرط ورود به فرایند حل مسئله «پذیرش مسئله» می‌باشد. پذیرش مسئله به این معنی است که فرد بپذیرد مشکل یا مسئله‌ای وجود دارد و علاوه بر آن در صد حل آن برآید.

با فهرست کردن مزایای حل مشکل، پذیرش مشکل بطور رسمی و اعتراف به آن، ایجاد احساس مسئولیت نسبت به زندگی در خود و در نظر گرفتن عواقب حل نکردن مشکل و همچنین شناخت موانع و مشکلات حل مشکل می‌توانیم «پذیرش مسئله» را در خود ایجاد و تقویت نمائیم.

## فرایند 5 مرحله‌ای حل مسئله:

### مرحله اول - مشکل چیست؟

در این مرحله مشکل و مسئله باید دقیقاً مشخص شود. برای حل سریعتر و بهتر مشکل باید بدانیم که دقیقاً چه مشکلی وجود دارد، در غیر اینصورت راه‌های متعددی به ذهن می‌رسد که بررسی هر یک از آنها موجب اتلاف وقت خواهد شد. برای تعیین مشکل باید یک توصیف اختصاصی از مشکل به همراه جزئیات آن ارائه دهیم. لازمه ارائه چنین توصیفی طرح چند پرسش کلی و مهم در خصوص مسئله می‌باشد که عبارتند از:

- درباره مسئله چه اطلاعاتی داریم: 5 سوال جزئی زیر می‌تواند اطلاعات لازمه را در اختیار ما بگذارد:

- چه کسی در این مسئله درگیر است (از آن سود می‌برد یا به حل آن کمک می‌کند و ...)

- چه جایی (کجا؟): می‌توانیم اطلاعات بیشتری در خصوص مشکل پیدا کنیم.

- چه وقت: مسئله از چه وقت شروع شده و چه وقت باید حل شود.

- چگونه، باید شروع به حل مسئله کرد و یا آن را به انجام رسانید.

- چرا، حل مسئله برای من مهم است یا چرا حل آن سخت است

سؤال کلی بعدی این است که «می‌خواهیم به چه نتایجی برسیم؟» در این پرسش اهداف خود را از حل مسئله مشخص می‌نمائیم.

- چطور مسئله را تعریف کنیم؟ همانطور که قبلاً گفته شد تعریف مشکل به صورت اختصاصی و با جزئیات موضوع مهمی است که موجب بروز و ظهور راه‌های گوناگونی خواهد شد.

**مرحله دوم - در نظر گرفتن راه‌های مختلف مسئله**

در این مرحله تمام راه‌های ممکن برای حل مسئله را جمع‌آوری می‌کنیم. برای این منظور می‌توانیم با افراد صاحب‌نظر و معتمد مشورت نمائیم، یا از شیوه بارش فکری استفاده کنیم. (طرح کلیه راه‌هایی که به ذهن می‌رسد بدون هیچ محدودیتی و بدون هیچ‌گونه ارزیابی و قضاوتی).

راه دیگر برای جمع‌آوری راه‌ها، تغییر دادن موقعیت و جایگاه خود می‌باشد که موجب ایجاد افکار و اندیشه‌های جدید و در نتیجه رسیدن و دستیابی به راه‌های جدید و بدیع خواهد شد.

**مرحله سوم - ارزیابی راه‌ها**

پس از شناسایی راه‌های مختلف برای حل مشکل اقدام به ارزیابی آنها می‌کنیم. برای این کار می‌توان از سه سوال ارزیابی‌کننده زیر استفاده نمود:

تعیین مزایای راه حل

تعیین معایب راه حل

تعیین اطلاعات دیگری که برای ارزیابی راه‌ها نیاز داریم.

**مرحله چهارم - انتخاب راه حل و برنامه‌ریزی برای اجرای راه حل**

در مرحله چهارم ضمن بررسی راه‌ها بهترین آنها را انتخاب کرده و برای اینکار در ابتدا راه‌ها را با یکدیگر مقایسه می‌کنیم و میزان تأثیر آنها را در حل مشکل و همچنین قابلیت کاربرد راه حل را با توجه به موقعیت اجتماعی، خانوادگی و شخصیتی بررسی نمائیم. در ضمن راه‌ها ممکن است موفق شویم با ترکیب چند راه حل، یک راه حل جدید و بهتر برای مشکل خود ارائه دهیم.

پس از انتخاب بهترین راه حل آن را در تصور خود به کار برده و محاسن و معایب آن را مشخص نموده و عواقب منفی و تأثیرات مثبت آن را در نظر می‌آوریم و سعی می‌کنیم راه حل انتخابی را در یک موقعیت آزمایشی محدود امتحان کنیم. در صورت مطلوب بودن نتیجه،

می‌توان برنامه ریزی دقیق و مرحله به مرحله برای اجرای اصلی راه‌حل را انجام داد به این معنی که ریز کارهایی را که باید برای اجرای راه حل انجام دهیم به ترتیب مشخص نموده و برای هر مرحله زمان مشخصی در نظر می‌گیریم.

### مرحله پنجم - ارزیابی تأثیر راه حل

در آخرین مرحله از فرایند حل مسئله به ارزیابی راه حل اجرا شده می‌پردازیم. میزان دستیابی به اهداف خود را بررسی می‌کنیم. این کار مشخص می‌کند که راه حل انتخابی موفق بوده یا خیر. علاوه بر این پرسیدن نظرات دیگران در خصوص راه حل به کار برده شده می‌تواند در ارزیابی تأثیر راه حل کمک کننده باشد. در پایان مرحله ارزیابی ممکن است به این نتیجه برسیم که راه حل انتخابی کار ساز نبوده و ما را به اهداف از پیش تعیین شده در حل مشکل نرسانده است. در این صورت باید تغییراتی در راه حل بوجود آورید یا راه حل دیگری انتخاب کنید. مسئله مهم در مهارت حل مسئله این است که برای حل مسائل راه‌حلهای مختلف نیز وجود دارد و شکست در اجرای یک راه حل می‌تواند تجربه‌ای باشد برای انتخاب راه حل بهتر و تصمیم‌گیری درست‌تر و مناسب‌تر.

همانطور که در مقدمه گفته شد، مهارتهای زندگی توانایی‌هایی هستند که فرد را برای مقابله مؤثر با کشمکش‌ها و موقعیت‌های زندگی یاری می‌دهد. با توجه به افزایش روز افزون آسیب‌های اجتماعی نظیر خودکشی، اعتیاد، رفتارهای بزهکارانه، خشونت خانوادگی و ... آموزش این مهارتها به افراد توانایی مقابله مؤثر و مقاومت در برابر این آسیبها را می‌دهد. توانایی تصمیم‌گیری به افراد کمک می‌کند تا به شیوه مؤثری در مورد مسائل مهم زندگی خود تصمیم‌گیری نمایند. اگر انسانها بتوانند بطور فعالانه در مورد اعمال و کارهایشان تصمیم‌گیری درست داشته باشند و جوانب مختلف موضوع را بررسی و پیامد هر انتخاب را ارزیابی کنند. مسلماً در سطوح بالاتری از مقابله مؤثر قرار خواهند گرفت.

### «مهارت تفکر خلاق / انتقادی»

تفکر خلاق یکی از فعالیتهای مهم تفکر انتقادی می‌باشد و تفکر انتقادی یک فرایند شناختی فعال هدفمند و سازمان یافته است که با استفاده از آن به بررسی افکار و عقاید خود و دیگران پرداخته و به فهم روشن‌تر و بهتری از دنیای اطراف خود دست می‌یابیم.

سوال کردن و پرسیدن، معنا بخشیدن و تحلیل کردن اطلاعات و یافته‌ها از اجزای اصلی تفکر انتقادی است. ما با کمک این سه فرایند، اندیشه و افکار خود و دیگران را بررسی کرده و به درک و فهم در خصوص آن رسیده و پس از تجزیه و تحلیل و ارزیابی آنها تصمیم به پذیرش یا عدم پذیرش آنها می‌گیریم. به تعبیر دیگر کسانی که فاقد توانایی تفکر انتقادی می‌باشند، هر نظر و مطلب و پیشنهادی را به راحتی و بدون مقاومت و بررسی می‌پذیرند و تصمیم به اجرای آن می‌گیرند. این شرایط خصوصاً در مورد آسیب‌های اجتماعی و بزهکاری از قبیل: اعتیاد، فساد و فحشاء، دزدی، تکدی‌گری و ... می‌تواند بسیار خطر آفرین بوده و افراد فاقد توانایی فوفق به شدت در معرض انواع آسیب‌های اجتماعی قرار می‌گیرند. بنابراین به منظور حفظ و حراست از افراد لازم است این مهارت به آنان آموزش داده شده و تقویت گردد.

### «تفکر خلاق و آفریننده»

در مهارت حل مسئله فرد با یک مشکل یا مسئله رو به رو شده و اقدام به حل آن می‌کند اما در تفکر خلاق و آفریننده فرد هم موقعیت مسئله و هم راه‌حل آن را خود می‌آفریند. این راه حلها اغلب راه‌حلهایی هستند که دیگران قبلاً به آن دست نیافته‌اند و حاصل تفکر خلاق آفریننده آن است. افراد خلاق و آفریننده دارای خصوصیات ذهنی انعطاف پذیری یا نرمش، اصالت و سیالی می‌باشد. در نظر گرفتن موارد متعدد استفاده از یک شی و یا ارائه راه‌حلهای متعدد و ارائه نشده

برای حل يك مشكل از خصوصيات انعطاف پذيري و نرمش است. اصالت مشاهده عمق و درك انتزاعي از مسئله و مشكل است و سيالي سرعت و تعداد پاسخهايي كه فرد براي حل مسئله بيان مي كند مي باشد. در ارتباط با آسيبهاي اجتماعي از طريق تفكر خلاق مي توان وجود مسئله و مشكل را از بين اطلاعاتي كه در اختيار ديگران نيز قرار دارد كشف و خلق نموده و با ارائه راهكارهاي جديد و بديع از افتادن خود و ديگران در دام آنها جلوگیری بعمل آورد.

خصوصيات يك فرد با تفكر خلاق و آفريننده به شرح زير است:

- انگيزه پيشرفت بالا

- كنجكاي فراوان

- علاقمندي زياد به نظم و ترتيب در كارها

- شخصيت غير متعارف ، غير رسمي و كامروا

- پشتكار و انضباط در كارها

- استقلال

- طرز فكر انتقادي

- انگيزه هاي زياد و دانش وسيع

- اشتياق و احساس سرشار

- قدرت تاثير گذاري بر ديگران

- قدرت ابراز وجود و خودكفايي

- زيبا پسندي و علاقه مندي به آثار هنري

- تفكر شهودي

توانايي آفرينندگي و خلاقيت قابل آموزش مي باشد و روشهاي آموزش اغلب به شرح زير بيان شده است:

1- مسائلي را كه به ياد گيرندگان مي دهيد طبقه بندي كنيد : در اين مرحله مسئله اي براي يادگيرنده مطرح مي شود كه راحل براي او ناشناخته است و خود او بايد روش حل كردن مسئله را پيدا كند. سپس ياد گيرنده را با موقعيت ديگري كه در آن هم مسئله و هم روش حل آن براي دانش آموز ناشناخته است روبرو ساخته و از او مي خواهيم هم مسئله و هم راه حل را بيايد.

2 - آموزش مهارت حل مسئله پيش شرط آموزش تفكر خلاق است. بنا بر اين ابتدا بايد مهارت حل مسئله را به افراد آموزش داده و توانايي کاربرد مهارت فوق را در آنها ايجاد نموده و سپس به آموزش آفرينندگي و خلاقيت بپردازيم.

3 - دستاوردهاي خلاقانه افراد را مورد تشويق قرار دهيم. تشويق و ترغيب يكي از معمول ترين و بهترين شيوه هاي تقويت رفتار مي باشد بنا بر اين:

- به سوالات آنان پاسخ داده و براي سوالات آنان احترام قائل شويم حتي سوالات غير معمول و غير متعارف.

- روشهاي غير معمول آنان را پذيرفته و براي آنها احترام قائل شويم.

- فرصت آزمايش و اجراي يادگيري خود انگيخته را به آنان بدهيم.

- بدون قضاوت و ارزشيابي به آنان فرصت يادگيري، تفكر و كشف بدهيم.

4- تجارب افراد را به موارد بخصوص محدود نكنيد:

با طرح سوالاتي با شروع «چگونه» و «به چه طريق» افراد را وادار به طرح فرضيه و جمع آوري اطلاعات و تجزيه و تحليل آنها نمايم. همچنين سوالاتي را مطرح كنيد كه جوابهاي زيادي داشته باشند.

5 - نسبت به اختلافات فردی یادگیرندگان با احترام برخورد کنید و در پرورش استعدادهاي ویژه در آنان بکوشید. هر فرد دارای خصوصیات و ویژگیهای متفاوتی نسبت به دیگران است. پذیرش این تفاوتهاي فردی و احترام قائل شدن برای این تفاوتها در ایجاد تفکر آفریننده و خلاق کاملاً موثر و مفید فایده می‌باشد.

### «مهارت تفکر انتقادی»

تفکر انتقادی خود شامل فعالیتهای مختلفی است از قبیل :

1 - تفکر فعال

2 - بررسی دقیق موقعیتها با سوال کردن

3 - بررسی دقیق منابع اصلی افکار و عقاید و ارزیابی اعتبار آنها

4 - مشاهده موقعیتها ( از دیدگاههای مختلف و ارزیابی دلایل و شواهد آنها)

1 - تفکر فعال :

تفکر فعال استفاده مداوم و فعالانه از هوش، دانش و تواناییها برای مقابله با مؤثر با موقعیتهای زندگی است. به این معنی که شخص در مواجهه با مسائل و مشکلات سریعاً اقدام به جمع آوری و تکمیل اطلاعات نموده و ضمن تجزیه و تحلیل و بررسی موقعیتهای مختلف موجود و ممکن و مشورت با افراد صاحب نظر در موضوع راه حل‌های مختلفی پیدا نموده و سپس به تفکر انتقادی در خصوص هر يك از راه‌ها پرداخته و بهترین آنها را انتخاب می‌کند.

در این نوع تفکر شخص بطور فعالانه وارد موضوع شده و تصمیم به حل مشکل می‌گیرد و نتایج تصمیمها و انتخابهای خود را بعهده می‌گیرد. در واقع از ابتدا تا انتهای قضیه به جای کنار کشیدن خود و فرار از موقعیت بطور متعهدانه داخل در موضوع شده و آن را به نتیجه می‌رساند.

2 - بررسی دقیق موقعیتها با سوال کردن :

یکی از شیوه‌های بررسی موقعیتها ، پرسیدن سوال مناسب و مرتبط با موضوع است. سوال پرسیدن يك توانایی است که موجب جمع آوری آخرین و دقیق‌ترین اطلاعات در خصوص موضوع مورد نظر خواهد شد. اطلاعات به دست آمده از سوال پرسیدن موجب درک و فهم بهتر شده و در نتیجه به ما در تصمیم‌گیری مناسب کمک خواهد نمود.

سوال مناسب یعنی چه ؟

سوال پرسیدن به تناسب هدف برای دستیابی به اطلاعات اشکال متفاوتی دارد که کلی‌ترین آنها به شرح زیر است :

2/1) برای دستیابی به حقایق و اطلاعات اصلی يك موضوع از سوالاتی که معمولاً با کلمات چه کسی ، کجا ، چه وقت و چگونه شروع می‌شود استفاده می‌کنیم .

2/2) برای کشف ارتباط بین افکار و عقاید و حوادث از سوالات «تفسیر» استفاده می‌شود. در اینگونه سوالات ارتباطهای مختلف از قبیل ارتباطات زمانی ، علت و معلولی، مقایسه‌ای و ... پرسیده و سعی در کشف آنها می‌شود.

2/3) سوالات تجزیه و تحلیل کننده که به اجزاء و جزئیات يك موقعیت پرداخته و رابطه این اجزاء را با یکدیگر و کل مورد بررسی قرار می‌دهد.

2/4) سوالات ترکیبی به منظور ترکیب ایده‌ها و طرحهای مختلف برای رسیدن به يك نتیجه جدید و دستیابی به درک و استنباط‌هایی در خصوص اتفاقات آینده و کشف و ابداع راه‌های جدید و نحوه اجرای آنها می‌باشد.

2/5) سوالات ارزیابی کننده که هدف از آنها ارزیابی موقعیت و سپس قضاوت در خصوص آنها و تصمیم‌گیری آگاهانه و درست براساس اطلاعات به دست آمده از سوالات ارزیابی کننده است.



2/6) سوالات کاربردی: کاربرد استفاده از اطلاعات و دانش به دست آمده از يك موقعیت برای موقعیت‌ها و شرایط دیگر است.

### 3- بررسی دقیق منابع اصلی افکار و عقاید و ارزیابی اعتبار آنها :

عقاید و افکار ما از چند منبع سرچشمه می‌گیرند . این منابع شامل موارد زیر هستند:

1- مراجع قدرت مثل والدین ، رهبران سیاسی و مذهبی يك کشور و ... می‌باشند

2 - کتب

3 - شواهد حقیقی

4 - تجربه شخصی

در واقع ما گاهی افکار و عقایدی را بدون هیچ پرسش و استفهامي پذیرفته و یا آنها را نمی‌پذیریم. شیوة تفکر انتقادی به ما می‌آموزد که هر ایده‌ای را بدون بررسی دقیق و فکر کردن مورد پذیرش یا رد قرار ندهیم. بلکه آنها را بررسی کرده و سپس درباره آنها تصمیم‌گیری نمائیم. یکی از راههای بررسی این افکار و عقاید بررسی منابعی است که این افکار را از آنها گرفته‌ایم.

- آیا مراجع قدرت دارای اطلاعات کافی درباره موضوع می‌باشند؟

- آیا اطلاعات آنها قابل اعتماد است؟

- آیا نویسندگان کتب قابل اعتماد هستند؟

- نویسنده برای اثبات ادعای خود چه دلایلی ارائه داده است؟

- منبع اصلی شواهد حقیقی کدامند ؟

- آیا این شواهد حقیقی را می‌توان به طریقه دیگری تفسیر کرد؟

- تجربه شخصی در چه شرایطی ایجاد شده ؟

- آیا اشکالی در این تجربه شخصی وجود نداشته( تحریف یا اشتباه)

- آیا می‌توان توجیه دیگری نیز برای این تجربه شخصی آورد؟

در تفکر انتقادی پس از پرسیدن سوالاتی از قبیل سوالات ذکر شده در بالا اطلاعات مفیدی جمع آوری نموده و سپس به ارزیابی آنها پرداخته و به این ترتیب افکار و عقاید خود و دیگران را بررسی کرده و درک روشن‌تر و بهتری از آنها پیدا خواهیم کرد.

4 - مشاهده موقعیت‌ها از دیدگاههای مختلف و بررسی و دلایل و شواهد آنها:

توانایی پذیرش نظرات دیگران و قبول تجارب جدید در صورت وجود شواهد و دلایل منطقی نیز یکی از شیوه‌های تفکر انتقادی است . در این نوع از عمل فرد با گوش دادن به نظرات و ایده‌های جدید و ارزیابی آنها به شکل انعطاف‌پذیری راه را برای تغییر و اصلاح افکار و عقاید خود بازگذاشته و در واقع سعی می‌کند با اطلاع از رأی و نظر دیگران موقعیتها را از دیدگاه آنان مورد بررسی و ارزیابی قرار داده و اطلاعات بیشتری نسبت به موقعیتها پیدا کند. در پایان می‌توان گفت آموزش تفکر انتقادی به افراد می‌تواند به آنان در ایستادگی و مقابله در برابر آسیبهای موجود در محیط زندگی کمک نموده که بطور کلی و در 3 مرحله صورت می‌پذیرد:

1 - پرسیدن سوالات و ارسای کننده

2 - جمع آوری اطلاعات

3 - ارزیابی اطلاعات

یادگیری این 3 مرحله که در صفحات قبل به تفصیل درباره آنها صحبت شد به افراد توانایی تفکر فعال، هدفمند و سازمان یافته را می‌دهد که به جای قبول و پذیرش ساده و بدون قید و شرط

و بررسی نظرات یا پیشنهادات دیگران به بررسی و ارزیابی آنها پرداخته و پس از سبک و سنگین کردن آنها و با یک تصمیم آگاهانه اقدام به قبول یا رد آنها می‌گیرد.

# مهارت تفکر انتقادي (Critical thinking)

مهارت، نوعی توانایی اکتسابی است که فرد را قادر می‌سازد از امکانات موجود به شیوه‌ای مؤثر برای رسیدن به اهداف خود بهره‌برداري کند. مهارت‌های زندگی مجموعه‌ای روش‌های قابل یادگیری و تمرین هستند که فرد را قادر می‌کنند تا در زندگی روزمره امکان سازگاری و پیشرفت بیشتری برای خود فراهم کند. مهارت تفکر انتقادی مهارتی است که فرد را قادر می‌سازد تا از هوش، دانش و توانایی ارزیابی و نقادی فعال ذهن خود را برای مقابله مؤثر با پرسش‌ها و موقعیتهای دشوار زندگی استفاده کند. کلمه Critical از واژه یونانی Critic به معنی سؤال، معنی دادن و تحلیل کردن گرفته شده و در واقع همین سه فعالیت اساس تفکر انتقادی را تشکیل می‌دهد که مطابق آن مفاهیم و باورهای نامتناسب ناصحیح را بررسی می‌کنیم، افکار و نگرش خود را بازنگری کرده و سپس می‌توانیم رفتار و تصمیم و برنامه‌های صحیح‌تری را ارائه دهیم. برای نمونه در مورد این باور برخی گروه‌های نوجوان و کم‌تجربه که فروشندگان مواد مخدر نیز به آن دامن می‌زنند فکر کنیم: مصرف حشیش باعث زیبا شدن چشمها می‌شود. براساس دانش می‌توان دانست که چنین چیزی واقیعت ندارد و گرنه عمل جراحی - استفاده از لنز و یا مصرف سرمه و سایه و غیره چندان ضرورتی نداشت و بسیاری از پزشکان آرایشگرها از آن استفاده می‌کردند. ضمناً جای بررسی است که آیا بخاطر زیباتر شدن چشمها جایز است یک ماده سمی و دارویی را که عواقب استفاده از آن مشخص نیست مصرف کرد؟ پرسش سوم آنکه آیا زیبایی چشمها یک ویژگی محض است و نوع نگاه کردن، حالت آن، ترکیب چشمها و سایر ابعاد سرو صورت و میزان عواطف موجود در نگاه است که چشم را زیبا می‌نمایاند. این یک نمونه از نتیجه تفکر انتقادی است که ما را قادر می‌سازد از سوء مصرف مواد مخدر خودداری کنیم. اما فعالیت‌های مختلفی که اساس تفکر انتقادی را تشکیل می‌دهد عبارت است از:

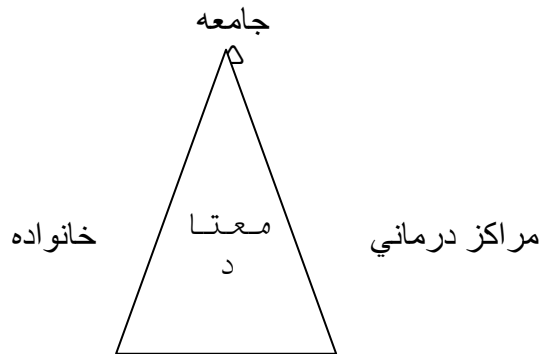
### **فنون عملی آموزش تفکر انتقادی (بارویکرد پیشگیری از اعتیاد):**

1- ابتدا نظر خواهی کنید که آیا فراگیری مهارت‌های زندگی و مهارت‌هایی برای رویارویی با اعتیاد ضرورت دارد و زمان و مکان آن مناسب است یا خیر.

2 - سپس جلسه را با چند پرسش کوتاه در باره یک اندرز یا ضرب المثل درباره موقعیتهای زندگی و چند پرسش کوتاه درباره آن ادامه دهید.

در مورد ضرب المثل «مارگزیده از ریسمان سیاه و سفید می‌ترسد» آیا این فرد حق دارد؟ مثلاً کسی که ناتوانی پدر خود را در ترك سیگار می‌بیند نباید از عواقب مصرف مشروب الکلی یا تریاک بترسد؟ آیا معلمی که متوجه شد یک دانش آموزش سیگار می‌کشد، باید بترسد که به زودی همه دانش آموزان معتاد و یا مجرم خواهند بود؟ و نظایر آن.

3 - از ابتدای جلسه از تمثیل و تصویر سازی ذهنی فعال استفاده کنید. برای تسهیل بیشتر می‌توان از الگوهای هندسی بهره برد. مثلاً



- 4 - ترتیب دادن فضا برای مشارکت و تعمق : رفت و آمد آزاد، شیوه چیدن صندلی‌ها و وجود یک یا دو نفر دستیار که در هر گروه پرسش و پاسخ را فعال نمایند می‌تواند این فضا را ایجاد کند .
- 5 - تشویق به سکوت، تعمق و عجله نکردن در افزایش حجم مطلب آموزشی .
- 6 - بهره‌گیری از یک داستان یا تمثیل کوتاه برای تمرین موارد مورد بحث.
- 7 - پرسیدن و ارسای گسترده و مداوم موقعیتهای تفکر و تأمل همراه با پرسیدن : پرسیدن سوالات زیاد، متنوع و عمیق از قدرتمندترین ابزارهای تفکر انتقادی است. پرسشهایی مانند اینکه : آیا زندگی بدون مصرف مواد مخدر می‌تواند لذتی داشته باشد؟ آیا مواد مخدر تا کنون کسی را هلاک کرده است؟

8 - بررسی دقیق منابع اصل افکار و عقاید و ارزیابی آنها. می‌توان همه مراجعه اصلی را یافت و درباره آنها پرسش نمود، نمونه:

الف) پدر من سالها است با لذت سیگار می‌کشد و هنوز فردی قوی است. پرسشها: آیا او یک ورزشکار نمونه است؟ آیا سیگار کشیدن ضرر مادی برای او نداشته است؟ آیا هنوز دندانهای او کاملاً سالم است؟ آیا همه افراد با جنبه‌های متفاوت به یک میزان سم و دارو را می‌توانند تحمل کنند؟

ب) کتاب : در فلان کتاب داستان ، قهرمان آن به کمک مصرف مشروب الکلی به اهداف ماجراجویانه یا خود می‌رسد. پرسش: چند مورد از تصادفات رانندگی مرگبار در شهر شما در حال مستی راننده‌ها صورت گرفته است؟

9 - بررسی موقعیتهای از نگاه دیگران: خود را بجای دیگران قرار دادن در تکنیکهای مشاوره و خانواده درمانی هم کاربرد دارد. مثلاً ممکن است من تصور کنم که معتادان را باید زندان کرد و یا به دریا انداخت. اما اگر فرزند خودم معتاد شود، آیا هیچ اقدامی برای مخفی کردن و یا درمان وی نخواهم کرد و یا از درمان وی خوشحال نخواهم شد؟ یا به فردی که در جمع اعلام می‌کند مصرف حشیش هیچ ضرر و خطری برای فرد ندارد، توصیه کنیم چند دقیقه خود را جای کسی بگذارد که خواهر هفده ساله‌اش معتاد به حشیش شده است برای گروه‌های تحصیلکرده اشاره به تمثیل فیل و تاریکی که در فرهنگ مشرق زمین بسیار شناخته شده است سودمند می‌باشد.

مقابلہ با

اسٹریس

انسان امروزي با دوجنبه متضاد «استرس» (فشار عصبی) روبرو است. از يك سو، استرس (فشار عصبی) جزء ضروري از زندگي است که با تحريك حرکات آنی، فرد را براي زندگي، حرکت و پیشرفت آماده مي‌نماید و از سوي ديگر، فشار عصبی ریشه بسياري از مشکلات رواني، جسمي و اجتماعي مي‌باشد.

راستي استرس چیست؟ پاسخ فیزیولوژیکی، رواني و رفتاري يك شخص جهت وفق يافتن و تعديل فشارهاي خارجي و داخلي را استرس يا فشار عصبی مي‌گویند. در واقع استرس ناشي از لزوم سازگاري جسماني، رواني و هیجاني ما با تغییرات است، تغییراتي که مرتباً در زندگي انسان رخ مي‌دهند و ممکن است مثبت یا منفي باشند. جالب آن است که تغییرات مثبت هم زمانی که نیازمند سازش هستند مي‌توانند مقدار زيادي فشار عصبی ایجاد نمایند. حذف فشار عصبی به طور کامل بسيار مشکل و حتي غیرممکن است و همچنین از نظر فیزیولوژیکی، عدم وجود کامل استرس مساوي با مرگ است. استرس در حدکم بسيار مفید است چون نه تنها باعث به وجود آمدن علاقه و انگیزه ما مي‌شود، بلکه باعث ایجاد اعتماد به نفس در ما نیز مي‌گردد. داشتن اطلاعات لازم در خصوص ایجاد فشار عصبی، علائم و نشانه‌هاي آن و منابع آن همچنین شیوة اداره مؤثر استرس براي هر فرد اساسي است و مي‌تواند به بهبود سلامتي و کیفیت زندگي ما و اطرافيان ما کمک کند.

فشار عصبی در محیط های کار یکی از منابع اصلی استرس محسوب می شود. وجود نوبت های کاری، ساعات طولانی کار، آلودگی های صوتی، فقدان امنیت شغلی، روابط مبتنی بر ترس و بی اعتمادی با همکاران و کارفرمایان، وجود تبعیض و نابرابری در توزیع امکانات در سطح جامعه و از جمله در محل کار فقط بخشی از عوامل ایجاد فشار عصبی در محیط کار می باشند و شناخت مقوله استرس و نحوه مدارا با آن می تواند نقش مهمی در پیشگیری از اعتیاد در محل های کار ایفا نماید.

مراحل پاسخ به فشار عصبی:

دکتر هانس سلیه در کتاب «استرس زندگي» مراحل پاسخ به فشار عصبی را چنین طبقه‌بندی مي‌کند: در مرحله اول یا عکس العمل آگاهی از خطر، تمام پاسخ‌هاي بدن در يك حالت عمومي تحريك شده قرار مي‌گیرد در این مرحله بدن با افزایش فشار خون، ترشح آدرنالین و کشیدگی عضلات آماده مقابله با موقعیت به وجود آمده مي‌گردد. (اعلام خطر)

در مرحله دوم یا مقاومت، تمامی عکس‌العمل‌هاي جسماني و رواني افزایش مي‌یابد تا بتواند براي مقابله با عوارض استرس‌زا آماده شود. پاسخ استرس به ارگانها یا روندهاي بخصوص که بیشترین توانایی در سازش یا سرکوب نمودن فشار عصبی را دارند منتقل مي‌گردد.

البته هر فرد تا حد معیني قدرت تحمل و مقاومت در برابر عوامل استرس‌زا را دارد یعنی انرژی تطابقي هر فرد محدود است و اگر استرس ادامه پیدا کند بدن خسته و شخص و ادار سومین مرحله که «فرسودگی»<sup>(5)</sup> نام دارد می‌شود.

هنگامي که فردي در اثر عوامل استرس‌زا به مرحله سوم می‌رسد یعنی دچار مشکل اساسي شده است. طولاني بودن استرس و ناتواني در سازگاري مناسب با آن منجر به خستگی بدني شده و امکان ابتلاي به بیماریهاي قلبی و کلیوي، حوادث، خودکشی‌ها و همچنین کاهش کارایی و کاهش کیفیت سلامتي و خوشبختي فراهم می‌شود.

فیزیولوژی استرس (فشار عصبی):

واکنش انسان در برابر فشار عصبی

تغییرات فیزیولوژیکی	فایده حاصل از تغییرات فیزیولوژیک
افزایش ضربان قلب و فشار خون	خون بیشتری به مغز، شش‌ها، دست‌ها و پاهای پمپ می‌گردد که حامل غذا و اکسیژن بیشتری می‌باشد.
افزایش تنفس	تنفس در جهت رساندن اکسیژن بیشتر به عضلات، عمیق‌تر و سریع‌تر می‌گردد.
افزایش تونوس عضلانی	تونوس عضلانی در جهت آمادگی برای عمل کردن افزایش می‌یابد.
افزایش تعریق	جهت خنک نمودن عضلات گرم شده
آزاد شدن قندها و چربی‌های داخل خون	تهیه نمودن سوخت جهت ایجاد سریع انرژی
آزاد شدن فاکتورهای انعقادی خون	خون هنگام زخمی شدن سریع‌تر لخته می‌گردد و خون‌ریزی کمتر می‌شود.
هضم غذا آهسته می‌گردد.	مقدار خون بیشتری در دسترس مغز و عضلات قرار می‌گیرد.

### منحنی فشار عصبی:

:

مقدار کمی استرس یا تحریک برای سلامتی و کارایی ما لازم است. بدون تحرکی که استرس ایجاد می‌کند ما هیچ‌کاری نمی‌توانیم انجام دهیم. از طرف دیگر خستگی تحریک ناشی از استرس زیاد هم می‌تواند برای سلامتی ما زیان آور باشد. سطح سلامتی و کارایی ما با افزایش استرس بالا می‌رود اما نه به طور نامحدود.

به نظر پرفسور سیله فاز مثبت استرس زمانی است که به عنوان نقطه ماگزیمم سلامتی و کارایی ما افزایش یابد. زمانی که خستگی شروع شود و کارایی و سلامتی ما کاهش یابد مطابق با فاز منفی استرس است. گروهی از استرس‌زها که در طی روز با آنها مواجه می‌شویم ما را به سمت نقطه بالای منحنی استرس می‌رانند. اگر ما علائم افزایش استرس را شناسیم پس از مدتی خود را در فاز منفی استرس می‌یابیم. موقعیت ما بر روی منحنی استرس متغیر است. ما نسبت به فاکتورهای مختلف، طبیعت استرسورها و مقدار روش‌های مقابله با استرس متفاوت هستیم. همچنین همه ما آستانه‌های متفاوتی نسبت به استرس داریم که از فردی به فرد دیگر متفاوت است.

ولی با وجود همه اینها در مقابل هر کس نقطه‌ای وجود دارد که استرس دیگر یک نیروی محرک نیست بلکه یک مانع اساسی در جهت سلامتی و کارایی وی محسوب می‌شود. عمل کردن در فاز مثبت استرس



منجر به نیروی زندگی، جدیت، خوش بینی، دید مثبت، مقاومت نسبت به بیماریها، بنیه بدنی، هوشیاری فکری، روابط شخصی مناسب و نیروی تولید و خلاقیت بالا می‌گردد. در فاز منفی استرس ما مستعد خستگی، بی‌حوصلگی، کاهش دقت، افسردگی، بدبینی، بیماری، حوادث و عدم برقراری ارتباط مناسب، نیروی تولید و خلاقیت پائین هستیم.

هدف از بین بردن فشار عصبی نیست چون این امر کاملاً غیر ممکن و حتی نامطلوب است، بلکه هدف ما باقی ماندن در فاز مثبت فشار عصبی به وسیله مقدار مناسب از آن می‌باشد.

حجم فشار عصبی قابل تحمل بستگی به دو عامل دارد:

1- شدت و کثرت تغییرات

2- قدرت تطابق ما

### پیامدهای فشار عصبی:

آگاهی از علائمی که مغز و جسم ما در پاسخ به فشارهای جسمانی و هیجانی از خود نشان می‌دهد امکان این را به ما می‌دهد که قبل از آنکه این فشارها غیر قابل کنترل شوند آنها را تشخیص دهیم. برخی از علائم مانند زیاد سیگار کشیدن، خستگی، سردرد، پرخاشگری و کج خلقی گویای آمادگی بیشتر برخی از افراد به استرس است. داشتن فکر و خیال‌های واهی و غیر قابل کنترل و عدم تمرکز از جمله واکنش‌های روانی حاکی از فشار عصبی است. به یاد بیاورید زمانی که عصبانی هستید نمی‌توانید مسائل را به خوبی به حافظه خود بسپارید و در زمان دادن امتحان مشکل از یادآوری مطالب در رنج هستید.

احتمال ارتکاب اشتباه زمانی که بر اثر استرس دچار عدم تمرکز هستید بسیار زیاد است. در نتیجه استرس قدرت قضاوت کاهش پیدا کرده و تصمیمات شتابزده گرفته می‌شوند و این تصمیمات خود باعث آشفتگی بیشتر ذهنی می‌گردند و اعتماد به نفس شخص را دچار تزلزل می‌سازند و کاهش اعتماد به نفس نیز استرس بیشتر را باعث می‌گردد و این دور همچنان تکرار می‌شود.

علائمی که مغز و جسم ما در پاسخ به فشار عصبی نشان می‌دهند کدام‌ها هستند؟

### نشانه‌ها یا فشار عصبی:

**بیماریهای قلبی:** بسیاری از پزشکان معتقدند که فشار عصبی خصوصاً استرس شغلی مهمترین عامل در بروز بیماری عروق کرونر و حمله قلبی می‌باشد.

**چاقی:** پاسخ به استرس سوخت و ساز بدن را افزایش می‌دهد که منجر به کاهش وزن می‌شود. با این وجود بسیاری از افراد تحت فشار عصبی نه تنها بیشتر می‌خورند بلکه یک رژیم نامتعادل دارند. در واقع چاقی نه تنها یک علامت فشار عصبی است بلکه منبع استرس نیز می‌باشد.

**دیابت (بیماری قند):** ارتباط بین فشار عصبی و دیابت به خوبی شناخته شده است، عکس العمل استرس باعث آزاد شدن قند به داخل خون می‌شود که این قند در کبد ذخیره می‌گردد.

**اختلالات پوستی:** محاسبات آماری نشان می‌دهد که 40% تمام اختلالات پوستی در ارتباط با فشار عصبی می‌باشد.

**زخم معده:** بسیاری از کسانی که زخم معده رنج می‌برند افرادی بسیار حساس نسبت به فشار عصبی می‌باشند و در معرض استرس‌های مداوم می‌باشند.

### سیستم دفاعی:

ابتدا وقتی فشار عصبی ایجاد می‌شود سیستم ایمنی فعال می‌گردد و زمانی که فشار عصبی ادامه پیدا می‌کند این سیستم سرکوب می‌شود. و به همین دلیل فشار عصبی می‌تواند باعث عدم کفایت سیستم ایمنی گردد.

**اعتیاد به الکل:** عدم توانایی در مقال فشار عصبی دلیلی است که بسیاری از افراد به الکل روی می‌آورند که خستگی و فشار زندگی را کاهش دهند.

**اعتیاد به دخانیات:** سیگار کشیدن يك پاسخ متداول و مضر به فشار عصبی می‌باشد. بسیاری از سیگاریها به عنوان يك وسیله کاهش تنش<sup>(11)</sup> به سیگار روی می‌آورند. **بی‌خوابی:** یکی از علائم هشدار دهنده و زودرس فشار عصبی اختلال در خواب می‌باشد. از علائم هشدار دهنده دیگر نشانه‌های روحی فشار عصبی است مانند عدم تمرکز حواس، فراموشکاری، ناتوانی در یادآوری وقایع اخیر، ناتوانی در گرفتن اطلاعات جدید، داشتن افکار معیوب (دور باطل)، دودلی و تردید، نامرتب و بی‌برنامه بودن، به طور مکرر اشتباه کردن، عدم دقت و ... از علائم دیگر می‌توان بی‌تفاوتی، کابوسهای شبانه، انزوای اجتماعی، خستگی مداوم صبحگاهی، افزایش مصرف قهوه و کاهش اشتها نام برد. اداره کردن استرس:

یکی از نکات بسیار مهم در اداره کردن استرس تغییر روش زندگی بر اساس رژیم غذا مناسب، ورزش و آرامش است.

رژیم غذایی: برای تغذیه سالم باید کیفیت رژیم غذایی و تعادل بین خوردن غذا و صرف کردن انرژی را در نظر گرفت. چگونگی خوردن غذا یعنی منظم و آهسته غذا خوردن در سلامتی عمومی ما نقش مهمی بازی می‌کند. خوردن مقادیر کافی مایعات و کاهش مصرف نمک و قند و کاهش خوردن غذاهایی که پاسخ استرس را ایجاد می‌نمایند مانند قهوه و شکلات نیز در بهبود رژیم غذایی ما مؤثر است.

ورزش: ورزش و فعالیت فیزیکی سودهای فراوان دارند. ورزش از يك سو تمام سیستم‌های بدن را به حالتی هم‌مدار (Syntropic) در می‌آورد که در مواقع فعالیت فیزیکی یا حالتی مشابه (استرس) توانایی ما را در جهت مقابله مؤثر افزایش دهد و از سوی دیگر راه بسیار خوبی برای تخلیه حس تهاجم و افسردگی است. احساس سلامتی و آسودگی پس از ورزش بیش از مدت خود ورزش دوام دارد و يك احساس مثبتی نسبت به خود و محیط اطراف به وجود می‌آورد.

شناخت استرس به روش علمی نیز می‌تواند در کنترل فشار عصبی به طور مؤثری کمک نماید. استفاده از جزوات آموزشی و برنامه‌های تعلیماتی مهارت‌های زندگی از روش‌های علمی آشنایی با نحوه عملکرد فشار عصبی در سیستم بدن و زندگی ماست.

# «نحوه برخورد با معتادان و مروري بر درمان»

اعتیاد بیماری مزمن و پیشرونده ای است که علل و عوامل زیستی - روانی - اجتماعی متعددی در بروز آن می‌توانند نقش داشته باشند. وجود نقائص کارکردی در موارد زیستی - روانی - اجتماعی بیماران موجب شده تا مبحث درمان اعتیاد به یکی از مباحث بسیار پیچیده و طاقت فرسا در علم پزشکی و روانشناسی و با میزان شکست و عدم موفقیت بالا مبدل شود. اختلالات و یا ضعف‌های شخصیتی، ضعف در کنترل تکانه‌ها، نداشتن مهارت‌های مختلف زندگی از جمله مهارت حل مسأله، مهارت تفکر انتقادی، مهارت رویارویی با اضطراب، مهارت امتناع، مهارت ابراز وجود، نابسامانی‌های مختلف اجتماعی، مشکلات خانوادگی و ... همگی مواردی هستند که می‌توانند زمینه‌ساز بروز اعتیاد و یا عود مجدد آن باشند. بدیهی است که حذف و یا اصلاح جامع کلیه عوامل زمینه‌ساز فوق‌الذکر کاری سخت و مستلزم صرف زمان زیادی می‌باشد.

### ارتباط درمانگر و بیمار با هم در سیستم اعتیاد

در مدل‌های رابطه بین درمانگر - بیمار کارآمدترین آن مدل مشارکتی می‌باشد. به عبارت دیگر درمانگر و بیمار هر دو در سیستم درمانی نقش فعال داشته و مشارکت فعالانه آنها در درمان اهمیت بسزایی دارد. بدین ترتیب لازم است که بیمار در سیستم درمان با آگاهی و تمایل باطنی خویش و بدون اعمال زور و فشار قدم بگذارد. در کلینیک‌های درمانی گاهی به مواردی بر می‌خوریم که اعضاء خانواده از امکان درمان عضو معتادی از خانواده سوال می‌کنند که خود هیچگونه تمایلی به درمان ندارد و یا اینکه بیمار را با اعمال زور و فشار به درمانگاه ارجاع میدهند که خود نیازی به درمان احساس نمی‌کند. بدیهی است در اینگونه موارد امکان موفقیت در درمان اعتیاد بالا نخواهد بود. بنابراین به منظور جلب همکاری و همراهی بیمار در درمان لازم است که خود او نیز ابتدا نیاز به درمان را احساس کند رسیدن به این احساس مستلزم گذراندن مراحل است که در فرایند اعتیاد به 5 مرحله تقسیم می‌شود که ذیلاً به شرح مختصری از این مراحل می‌پردازیم.

### مرحله پیش تأمل:

فرد مصرف کننده در این مرحله هیچگونه احساس ناخوشایندی راجع به مصرف مواد مخدر ندارد و عموماً نگرش وی نسبت به مواد مخدر نگرشی کاملاً مثبت بوده و هیچگونه اعتقادی بر مضر بودن رفتار خویش ندارد و لذا لزوم تغییر رفتار را نیز نخواهد پذیرفت.

### مرحله تأمل:

در این مرحله بیمار ضمن مصرف مواد مخدر و کسب لذت از آن بتدریج با مشکلاتی مواجه می‌شود که خود نیز آنها را معلول مصرف مواد مخدر می‌داند. به بیان ساده‌تر فرد با جنبه‌های منفی مصرف مواد مخدر نیز مواجه می‌گردد. با این وجود هنوز مصرف مواد را دوست دارد و به آن ادامه میدهد.

### مرحله عمل:

بیماران این گروه از مصرف مواد و مشکلات ناشی از آن خسته شده و تصمیم می‌گیرند که تغییری در رفتار معمول خویش به وجود آورند و لذا در صدد ترك و یا کاهش میزان مصرف برآمده و بتدریج می‌توان آنها را در کلینیک‌های درمان اعتیاد مشاهده کرد:

### ● مرحله نگهداری:

این گروه با موفقیت توانسته‌اند به هر شکل مصرف مواد را کنار گذاشته و در رفتار مرتبط با اعتیاد تغییر ایجاد کرده‌اند و خود را دیگر در زمره معتادین به حساب نمی‌آورند و فعالانه به فکر تغییر وضعیت زندگی و اصلاح مشکلاتی که

در نتیجه مواد مخدر به وجود آورده اند بر می آیند. رسیدن به این مرحله چندین ماه و حتی چندین سال ممکن است زمان لازم داشته باشد.

### ● مرحله عود :

متأسفانه بسیاری از بیمارانی که پا به عرصه مرحله عمل می گذارند تغییر رویه داده و مجدداً به مصرف مواد می پردازند. در حقیقت در درمان اعتیاد، عود خود یک فرایندی است که عوامل متعددی می توانند منجر به آن شوند و اصولاً اعتیاد را باید بیماری به شمار آورد که با عودهای مکرر همراه است.

### مصاحبه انگیزشی:

همانگونه که پیشتر اشاره شد لازمه ارتقاء میزان موفقیت در درمان جلب همکاری و همراهی بیمار است و بدین منظور بیمار می بایست به مرحله سوم یا مرحله عمل برسد. مصاحبه انگیزشی یکی از راهکارهایی است که با تلاش در جهت تغییر نگرش بیمار نسبت به نکات مثبت مواد و ایجاد یا تقویت نگرش منفی نسبت مواد، تردید و دودلی در بیمار را بر طرف کرده و عزم آنها را در ورود به عرصه درمان جزم می کند. موفقیت و کارایی این تکنیک ارتباط مستقیم و تنگاتنگی با توانایی و قابلیت های مشخص مشاور دارد. لازم به ذکر است مصاحبه انگیزشی که توسط مشاورین با تجربه و خیره صورت می گیرد با توصیه و نصیحت بسیار متفاوت می باشد.

عموماً نصیحت و نصایح درمانی با مخالفت و مقاومت بیمار مواجه می شود و جایگاهی در درمانهای علمی اعتیاد ندارد. در مصاحبه انگیزشی شخص مشاور با رعایت حرمت و احترام بیمار، به گرمی با بیمار همدلی کرده و فعالانه با شنیدن افکار و احساسات بیمار سعی می کند به دور از سرزنش و ملامت به درکی منطقی از او برسد. درمانگر با تجربه با استفاده از تردید و کشمکش و مجادله درونی خود بیمار سعی می کند تا مناقشه درونی بیمار را به سمت و سوی تصمیم بر تغییر رفتار سوق دهد. مصاحبه انگیزشی ممکن است به تناسب آمادگی بیمار و تواناییهای مشاوره حدود 4 - 2 جلسه به طول بیانجامد. پس از پایان این جلسات در صورت وجود انگیزه بیمار بر ترک اعتیاد فرایند درمان را می توان آغاز کرد.

### مروری بر درمان:

بطور کلی درمان اعتیاد از دو مرحله اصلی تشکیل شده که شامل :

(الف) مرحله اول یا سم زدایی :

سم زدایی به معنی پاکسازی و زدودن جسم بیمار از وجود مواد مخدری که در آخرین نوبت قبل از ورود بیمار به فرایند درمان مصرف شده می باشد. سم زدایی که بسته به شیوه های به کار گرفته شده ممکن است یک روز و در بعضی از شیوه ها ممکن است دو تا سه هفته به طول انجامد عموماً با بروز برخی علائم جسمی و روانی آزار دهنده نظیر دل درد و دل پیچه، اسهال، استفراغ، درد عضلات و استخوان، احساس لرز و سرما، خمیازهای مکرر، آب ریزش بینی، بی خوابی، بی قراری، عصبانیت و پرخاشگری و ... تحت عنوان سندرم ترک یا خماری همراه است. سم زدایی خود می تواند به شیوه های مختلف و با داروهای مختلف صورت پذیرد. در این مرحله لازم است که برای بیمار بروز علائم ناخوشایند سندرم ترک به زبانی ساده تشریح گردد. با این وجود باید به بیمار اطمینان داد که این علائم غیر قابل تحمل نبوده و حداکثر تلاش برای به حداقل رسانیدن آن علائم خواهد شد.

همچنین ذکر موارد موفق درمان برای بیمار می تواند جدیت و تحمل بیمار را افزایش دهد.

= شیوه های سم زدایی

1) شیوة سنتی: در این روش بیمار در اتاقی با حفاظ محکم برای مدت معین محبوس شده و بدون استفاده از داروی خاصی بیمار به حال خود رها شده و فقط در مواقعی آب و غذا به وی رسانیده و در قبال درد و مشکلات خماری بیمار هیچگونه حمایت خاصی از او به عمل نمی آید. از آنجا که در این روش از بیمار حمایت مناسبی به عمل نمی آید و اطرافیان بیمار در قبال دردها و آلام بیمار موضعی منفعل و غیر فعال به خود می گیرند که چندان هم اخلاقی به نظر نمی رسد و از طرفی عموماً بدون جلب رضایت و تمایل باطنی بیمار صورت می گیرد و روشی مفید و علمی به حساب نیامده و معمولاً با میزان شکست بالایی نیز همراه است.

## 2) سمزدایی با استفاده از کلونیدین:

این دارو که به شکل قرص می باشد و دارویی غیر مخدر می باشد به سبب آنکه موجب کاهش شدت بعضی از علائم سندرم ترک یا خماری می شود (و البته نه همه علائم) دارویی مناسب در درمان بیماران می باشد. البته به علت احتمال بروز افت فشار خون در بیمار لازم است که دارو به تجویز و تحت نظارت پزشک مصرف گردد. همچنین قطع نمودن دارو نیز باید به شیوة خاصی صورت گیرد که مستلزم نظارت پزشک می باشد.

## 3) سمزدایی با متادون

متادون دارویی با خواص شبه افیونی که در سم زدایی بعضی از بیماران خصوصاً افرادی که به مصرف هرئین با مقدار بالا وابسته می باشند می تواند مفید و مؤثر واقع شود. افراد سالخورده، زنان باردار، بیماران مبتلا به اختلالات قلب و عرق بیماران هستند که ممکن است از سمزدایی با متادون سود ببرند.

## 4 و 5) سمزدایی به روش سریع و سمزدایی به روش فوق سریع:

این دو روش بایستی با امکانات کامل بیمارستانی و بی هوشی و مراقبت های ویژه و با حضور متخصص بی هوشی صورت پذیرد. بدیهی است به علت احتمال بروز عوارض جدی بیمارانی که جوان و سالم از نظر سایر بیماری های جسمانی و فاقد اختلالات قلبی و عروقی باشند مناسب این شیوة درمانی می باشند. مزیت این دو روش کوتاه شدن زمان و مدت سمزدایی است.

پزشکانی که تجربه درمان اعتیاد را کسب کرده اند بر اساس وضعیت جسمی، روانی، اجتماعی بیماران و همچنین مدت مصرف مواد، نوع ماده مصرفی، الگوی مصرف و سوابق ترک های پیشین بیماران خود مناسب ترین شیوة سمزدایی را انتخاب و به بیماران پیشنهاد می کنند.

## ب) مرحله دوم یا مرحله بازتوانی:

این مرحله مهمترین و حساس ترین زمان برای رسیدن به اهداف درمان است و اگر در اجراء این مرحله سهل انگاری صورت گیرد درمان نا تمام و بی نتیجه خواهد ماند. تمام بیماران پس از اتمام مرحله سمزدایی صرف نظر از اینکه از چه نوع دارویی و یا از کدام روش و شیوة سمزدایی «سرپائی، بستری، سریع، فوق سریع، کلونیدین، متادون و...» استفاده کرده باشند تنها سهم کوچکی از درمان را گذرانده اند و پیروزی و موفقیت در ترک اعتیاد منوط به شرکت در فعالیتهای مرحله بازتوانی است.

به عبارت دیگر هر بیمار از هر شیوة درمانی که برای سمزدایی استفاده کرده است پس از اتمام دوره سمزدایی و دفع مواد مخدر از بدن حتماً باید وارد مرحله بازتوانی شود. بهبودی کامل از اعتیاد مستلزم آن است که بیمار به خوبی این مرحله از درمان را نیز پشت سر بگذارد. اما متأسفانه مردم عموماً به قسمت اول یعنی سمزدایی بیش از اندازه بها داده و درمان را فقط به همین مرحله محدود کرده و پس از اتمام سمزدایی با این تصور که دیگر بهبود یافته اند برنامه درمانی خود را نیمه کاره به پایان می رسانند و همین بی توجهی نسبت به مرحله دوم و قطع

ارتباط بیمار با درمانگران خود یکی از عمده‌ترین عوامل شکست درمان و عود مجدد اعتیاد می‌باشد. پیگیری بیماران درمان شده در طول یکسال و شرکت دادن آنها در برنامه‌های بازتوانی می‌تواند موفقیت مراجعان را در پرهیز از مصرف مواد مخدر افزایش دهد.

## تکنیک‌ها و روش‌های درمانی در مرحله بازتوانی:

شیوه‌هایی که در مرحله بازتوانی مورد استفاده قرار می‌گیرند عمدتاً غیر دارویی و مبتنی بر علوم روانشناسی و روانکاوی می‌باشد. روان درمانی فردی، رفتار درمانی، گروه درمانی خانواده درمانی، ورزش درمانی، کاردرمانی و ... همگی تکنیک‌هایی هستند که می‌تواند در درمان مفید واقع شود.

### روان درمانی :

عدم توانایی افراد در غلبه بر احساسات منفی و ناخوشایند درونی، احساس پوچی و بیهودگی وحشت و ترس و اضطراب با منشاء مبهم، احساس حقارت و کمتری، نداشتن اعتماد به نفس و ... مواردی هستند که گاه فرد برای رهایی از آنها اقدام به مصرف مواد مخدر می‌کند در حقیقت مصرف مواد برای آنها نوعی « خود درمانی » محسوب می‌شود. در روان درمانی درمانگر با اصلاح باورها و اعتقادات غلط و تغییر نگرش‌های فرد از طریق مباحث روانشناسی به بیمار کمک می‌کند تا تعادل درونی و روانی را در خود ایجاد کند و به آسایش درونی برسد و درمانگر چگونگی کنترل احساسات و تنش‌های درونی و رسیدن به آرامش درونی رابه بیمار آموزش میدهد.

### خانواده درمانی :

خانواده در حقیقت یک سیستم است که با ازدواج آغاز شده و با تولد فرزندان بسط می‌یابد. اعضاء خانواده در تعامل و ارتباط با یکدیگر هستند و از یکدیگر تأثیر می‌پذیرند. هر تغییری در این سیستم بر همه جای آن اعمال می‌شود.

در بازبینی خانواده‌های معتادین عموماً با درهم آمیختگی سلسله مراتب، گسستگی مرزها، جابجایی و معکوس شدن نقش افراد خانواده مواجه خواهیم شد. سست شدن عواطف، احساس عدم امنیت و تنش و ناآرامی در بافت خانواده مشاهده می‌شود. در خانواده‌ای که پدر در آن حضور ضعیف و کم‌رنگ داشته است عموماً فرزندان پسر با مادر خود همانند سازی کرده و از او الگو و نقش می‌پذیرند و نوعی وابستگی و چسبندگی با مادر ایجاد می‌شود. پس از بلوغ نوجوان مذکر و حضور او در عرصه‌های اجتماعی تطابق و سازگاری با قواعد اجتماع دستخوش تعارض و دوگانگی می‌گردد. تعارض و کشمکش درونی ایجاد شده می‌تواند زمینه‌ساز اعتیاد باشد. بیشتر خانواده‌های معتادین به دلیل عوارض و پیامدهای اعتیاد دچار مسائل و مشکلات متعدد اجتماعی، اقتصادی و عاطفی و خانوادگی هستند و توانایی‌های آنها از این نظر عموماً تحلیل رفته و بسیار خسته می‌باشند؛ بر همین اساس لازم است که شرایط خانواده و وضعیت حاکم بر محیط زندگی فرد را نیز مورد توجه قرار داد. رفتار ناهنجار فرد عموماً معلول رفتار متقابل اعضاء خانواده با یکدیگر است و لذا توجه به ارتباط اعضاء خانواده با یکدیگر و اصلاح رفتار آنها و ارائه آموزشها و اطلاعات لازم به آنها می‌تواند در درمان اعتیاد بیمار مفید و راهگشا باشد. به طور خلاصه از اهداف خانواده درمانی می‌توان بهبود روابط و همبستگی خانوادگی برای تشویق و ترغیب درمان، حفظ روابط زناشویی، افزایش سازگاری اجتماعی و شغلی بیمار، کاهش ارتباطات بیمار با همسالان مصرف کننده مواد را نام برد.

بنابراین احتمال شکست درمان با حضور فعالانه اعضاء خانواده در درمان و همراهی و همدلی آنها بسیار کاهش و تقلیل خواهد یافت. رفع و یا حداقل کاهش تنش و ناآرامی در خانواده و بهبود روابط متقابل اعضاء خانواده با یکدیگر فاکتور بسیار مهمی در ترک و درمان اعتیاد بشمار



میرود. بیماران که از حمایت‌های خوب و مناسب و منطقی خانواده برخوردار هستند میزان موفقیت بالاتری را نیز خواهند داشت.

### گروه درمانی :

گروه درمانی یکی از شیوه‌های مفید و موثر در درمان اعتیاد می‌شود در این روش بیماران پس از سم‌زدایی بر حسب ویژگیها و خصوصیات مشترکی که در آنها وجود دارد در گروه‌های 8 - 12 نفره گروه بندی می‌شوند جلسات این گروه‌ها به رهبری یک نفر روانشناس ماهر و کارآموده اداره می‌شود، در این روش از قدرت شفا بخشی گروه که در نتیجه تعامل و تأثیر افراد گروه به یکدیگر که به صورت کلامی و غیر کلامی مبادله می‌شود بهره گرفته می‌شود. اعضاء گروه به رهبری روانشناس مجرب فضا و جوی را ایجاد کرده که در آن افراد را به درک و شناخت راه‌های آسیب‌پذیری و روانشناختی که ممکن است منجر به مصرف مواد مخدر شود رسانیده و سپس راه‌های مناسب مقابله با آن را شناسایی کنند.

### ویژگیهای گروه درمانی شامل :

1) حمایت افراد گروه از یکدیگر و استفاده از فشار گروه برای پرهیز از مصرف مواد.

2) وجود جو و فضایی مناسب که فردی می‌تواند در آن در مورد مشکلات خود صحبت کند

3) کمک به رفع احساس تنهایی و درک مسائل و مشکلات مشابه خود در دیگر اعضاء گروه.

4) درک و فهم مناسب احساسات و رفتارهای خود و دیگران

5) فرصت مناسب جهت تمرین مهارت گوش دادن، مهارت ابراز وجود و عقیده، مهارت بیان احساسات

6) تقویت احساس تعهد فرد در کنترل رفتار خود و ممانعت از عود بیماری

7) هویت‌یابی و احساس تعلق داشتن به دیگران و مورد حمایت و علاقه واقع شدن.

8) انتقال تجارب و همچنین پسخوراند به یکدیگر در مورد بهانه جویی‌ها و دلیل تراشیها بدیهی است پذیرش این قبیل پسخوراندها از جانب فردی که همتای خود آنها بیشتر است تا از جانب درمانگر.

### بطور کلی اهدافی که در گروه درمانی دنبال می‌شود شامل :

1- آموزش مهارتهای اجتماعی.

2- آموزش اثرات و خطرات مواد مخدر.

3- آموزش مهارت ابراز وجود.

4- پیشگیری از عود مجدد.

5- تقویت عزت نفس.

6- آموزش مهارت حل مسئله، مهارت کنترل اضطراب، و سایر مهارتهای زندگی.

### گروه‌های خودیاری:

گروه‌های خودیاری همانطور که از نام آنها برمی‌آید گروه‌هایی هستند مستقل و آزاد، بدون وابستگی به هیچ نهاد و یا ارگان دولتی که خود اعضاء گروه محور و خط مشی فعالیت‌های گروه را تعیین می‌کنند. گروه NA (Narcotic Anonymous) یا معتادین گمنام یکی از این تشکلهای می‌باشد. در حقیقت NA یک سازمان غیر انتفاعی بین‌المللی متشکل از معتادین در حال بهبودی و ترک اعتیاد است و یکی از موفق‌ترین و کارآمدترین تشکلهایی است که در زمینه درمان اعتیاد فعالیت دارد و در این راستا نیز دست آوردهای بسیار چشمگیری را با خود به همراه آورده

است برخلاف سایر روشها، در این گروهها درمانگر حضور نداشته و خود معتادین اداره کننده جلسات می‌باشند. اساس این گروه بر اصول پذیرش حقایق و تأکید بر صراحت و صداقت است. از نظر متخصصان، مهمترین جنبه گروههای خودیاری ارائه حمایت‌های اجتماعی است. در اساننامه NA دوازده ماده و یا اصطلاحاً قدم وجود دارد که اعضاء گروه ضمن گذراندن این قدمهای دوازده گانه روند درمانی خود را بتدریج کامل می‌کنند و همچنین قوانین و سنت‌های دوازده گانه را آموخته و از یکدیگر می‌آموزند که چگونه زندگی بدون مواد مخدر داشته باشند و تن به استعمال مواد مخدر ندهند. حضور جدی و فعالانه بیماران پس از ترک و سمزدایی در گروه (NA) آمار عود مجدد را به میزان قابل توجهی کاهش میدهد. قدم‌ها و سنت‌های دوازده گانه ای که اعضا گروه NA ترغیب به رعایت آنها می‌شوند در قسمت ضمیمه آورده شده است.

## لغزش

به معنی يك یا چند بار مصرف ناگهانی و اتفاقی مواد مخدر ( و نه مصرف مداوم) پس از سمزدایی می‌باشد. لغزشها لزوماً به عود منجر نمی‌شود اما در صورت عدم چاره اندیشی مناسب می‌تواند منجر به اعتیاد و وابستگی مجدد گردد.

عود یا Relapse : مصرف مجدد و مکرر و منظم‌تر مواد مخدر پس از سمزدایی را عود می‌نامند. در حقیقت عود پدیده یا فرآیندی است که بتدریج و نامحسوس ( و نه ناگهانی و محسوس) از یکسری رفتارهای به ظاهر کم خطر شروع شده و در نهایت پس از مدتی منجر به مصرف مداوم و منظم مواد مخدر می‌شود. در واقع عود با یکسری رفتارهای به ظاهر کوچک و غیر قابل توجه شروع می‌شود اما در انتهای این طیف، فرآیند عود مجدد واقع شده است. به عنوان مثال حفظ معاشرت و رفت و آمد

بیمار با دوستان معتاد، حضور حتی غیر فعال در مجالس و شب نشینی‌هایی که در آن مواد استعمال می‌شود، شروع بعضی از اختلافات کوچک در خانواده و بهانه‌جویی و کج خلقی‌های بیمار، همگی مواردی هستند که در نهایت ممکن است منجر به عود شود. بنابراین لازم است که درمانگران وقت کافی را برای مواردی که زمینه‌ساز و فراهم کننده بستری لازم جهت عود می‌باشد داشته باشند. سکونت در محله‌های آسیب‌خیز، نداشتن برنامه و امکانات لازم جهت گذراندن اوقات فراغت، بیکاری و گذران وقت به بطالت، وضعیت اقتصادی نامناسب، تردد دوستان معتاد پیشین در منزل، وجو تنش و ناآرامی در محیط خانواده، برخورد ناصحیح و تحقیر آمیز خانواده با بیمار و .... مواردی هستند که زمینه عود را می‌توانند فراهم کنند.

بدین ترتیب عوامل اصلی افزایش دهنده احتمال عود را می‌توان در سه وضعیت عمده تقسیم‌بندی کرد این عوامل شامل موارد زیر است :

1- در موقعیت‌های منفی هیجانی : در شرایطی که فرد در موقعیت هیجانی منفی نظیر خشم، غم و غصه، افسردگی، احساس اضطراب و ترس، یأس و نومیدی، احساس حقارت .... قرار می‌گیرد احتمال لغزش و یا عود افزایش می‌یابد.

2 - در شرایط بروز تنش و تعارض بین فردی: در موقعیتهایی که به هر دلیل روابط بین فردی دستخوش مشکل و تعارض می‌گردد و موجب بروز تنش و اختلاف با خانواده، دوستان، کارفرما و .... می‌گردد احتمال عود افزایش می‌یابد.

3 - فشارهای گروه یا جمع : گاهی بیمار به جهت مواجه شدن با فشاری که از سوی يك جمع یا گروه‌های اجتماعی اعمال می‌شود مجبور به همصدایی و همراهی با آنان شده و این همراهی ممکن است عامل مصرف مواد مخدر باشد.

**وسوسه یا ولع مصرف (Craving) :**

میل بسیار زیادی که با فشار زیادی به تمام افکار بیمار نفوذ کرده و او را به سمت سوی مصرف مجدد مواد سوق میدهد و سوسه یا ولع می‌نامند. همانطور که از این تعریف بر می‌آید این میل و سوسه آنقدر شدید و مقاومت ناپذیر است که تعادل روحی و روانی فرد را برهم می‌زند و موجب احساس گناه و بی‌کفایتی در فرد کرده و بدین ترتیب با شکستن اعتماد به نفس او زمینه مناسب را جهت عود فراهم می‌کند.

موقعیت‌های متعدد و متفاوت بسیاری ممکن است سبب بروز و سوسه مصرف گردد. هر عاملی که باعث تداعی و زنده شدن خاطرات گذشته مواد و یادآور لحظاتی باشد که فرد مواد مخدر مصرف می‌کرد، ممکن است با و سوسه همراه شود.

### **نقش حمایتی خانواده از بیمار در مقابله با و سوسه:**

یکی از نقش‌های بسیار مهم خانواده در فرایند درمانی حمایت در مقابل ولع مصرف می‌باشد. خانواده باید با برخوردی صحیح و رفتاری صمیمانه و منطقی اعتماد بیمار را به خود جلب کرده و

ضمن طبیعی دانستن این احساس و بدون قضاوت و پیشداوری از بیمار بخواهند در صورت و سوسه شدن بی‌هیچ ترس و شرمندگی از این احساس، خانواده را در جریان گذاشته تا آنها بتوانند سریعاً به کمک بیمار بشتابند. برای مقابله با و سوسه مصرف در این قبیل موارد می‌توان به کارهایی نظیر ورزش کردن، کوهنوردی، یا قدم زدن با اعضای خانواده، دوش گرفتن، مطالعه کردن، تماشای فیلم‌های مناسب، مهمانی رفتن با خانواده و یا به کارهای هنری چون خطاطی، موسیقی، نقاشی و... پرداخت. به منظور پیشگیری از تداعی خاطرات گذشته مصرف مواد لازم است که کلیه ابزار و لوازمی را که مواد مخدر به وسیله آنها استعمال می‌شود مانند (بافور، پپیپ، زرورق، سرنگ و...) را در حضور بیمار از بین برد و حتی گاه لازم است دکوراسیون و آرایش لوازم منزل را نیز تغییر داد. برچیدن پوسترها و تصاویر اتاق بیمار در صورتی که احتمال آن برود که یادآور لحظات خوشی ناشی از مصرف مواد و مخدر باشد می‌تواند در کاهش موارد و سوسه کمک کننده باشد. همچنین لازم است که خانواده به طور قاطع و جدی از کلیه افرادی که به نحوی با مواد مخدر سرکار دارند (اعم از مصرف کننده و یا فروشنده) برخورد کنند و از آنها بخواهند که کاملاً با بیمار قطع ارتباط کنند. گاه لازم می‌شود که حتی خانواده محل سکونت خود را نیز عوض کنند. زیرا خود این ارتباطات و حتی دیدن مصرف کنندگان مواد ممکن است موجب تحریک بیمار و عود مجدد گردد.

### **سوء ظن و بدبینی خانواده به بیمار :**

علیرغم اینکه ماهیت اعتیاد به گونه‌ای است که عموماً موجب سلب اعتماد خانواده از بیمار می‌شود ولی در فرایند درمان خانواده باید از پلیسی برخورد کردن و شک و سوء ظن زیاد نسبت به رفتارهای بیمار بکاهد. بیمار نباید مرتب مورد بازجویی خانواده قرار گیرد و نباید احساس کند که کلیه اعمال او زیر نظر اطرافیان قرار دارد زیرا این مسئله ممکن است موجب شکست در درمان گردد.

### **«کاهش آسیب»**

در طول سالهای اخیر مصرف مواد مخدر شیوع بیماری‌های خطرناک عفونی و مسری، نظیر ایدز و هپاتیت را گسترش داده است. در بسیاری از کشورهای دنیا اعتیاد یکی از مهمترین راه‌های انتقال بیماری ایدز و هپاتیت است. شیوه زندگی معتادین آنها را نسبت به این قبیل بیماری‌ها به واسطه رفتارهای جنسی پرخطر، تزریق‌های غیر بهداشتی، استفاده از سرنگ‌های مستعمل و مشترک، نزاع و کتک کاری‌هایی که با تماس‌های خونی همراه است آسیب پذیر می‌کند. بیش از 60% موارد انتقال ایدز در ایران ناشی از تزریق مواد مخدر با وسایل آلوده می‌باشد.

واضح است که خطر شیوع این بیماریها کمتر از اعتیاد نیست. زیرا به راحتی امکان انتقال و سرایت به خانواده و اطرافیان بیمار و بلکه جامعه را نیز خواهد داشت. از این حیث سازمان بهداشت جهانی بر این استراتژی تأکید دارد که برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد و کاهش تقاضا، نباید با برنامه‌هایی که در راستای، مبارزه با گسترش شیوع و بروز ایدز در جهان طراحی می‌شود مقابله کند. چرا که خطر ایدز از دیدگاه سازمان جهانی بهداشت به مراتب بیشتر از عوارض اعتیاد برآورد می‌شود.

زمانی که دانش بشری از درمان قطعی يك بیماری خاص عاجز و ناکام می‌ماند و امکان دستیابی به بهبودی کامل ممکن نیست، کمترین کار مفید در این موارد آن است که درمان را با هدف کاهش شدت و یا سرعت پیشرفت بیماری و آسیب‌های ناشی از آن ادامه دهیم. به عبارت دیگر اگر نمی‌توانیم بیماری را کاملاً از بین ببریم از پیشرفت آن باید جلوگیری کرد و مانع بروز عوارض ثانویه آن بیماری شد. در مبحث درمان اعتیاد نیز علیرغم استفاده از همه شیوه‌های درمانی رایج و در دسترس گاهی تلاشهای درمانگران برای ترك کامل اعتیاد با شکست مواجه می‌شود. در چنین شرایطی با استفاده از یک‌سری راهکارهای ویژه و بخصوص می‌توان شدت آسیب‌ها و عوارض ناشی از اعتیاد را کاهش داد بدین معنی که با طراحی سیاست و برنامه‌های خاص علیرغم تداوم مصرف مواد مخدر توسط بیمار عوارض بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی مصرف مواد مخدر را کاهش دهیم. مهمترین برنامه‌های کاهش آسیب عبارتند از.

#### - آموزش

پیشگیری از شیوع ایدز و هپاتیت و کاهش آسیب‌ها در سطح جامعه از طریق آموزش به عنوان مهمترین شیوه‌ها که به کمک آنها می‌توان موجب تغییر هوشمندانه و آگاهانه رفتارهای پرخطر فراهم می‌گردد. از طریق آموزش مضرات مصرف تزریقی مواد مخدر، آموزش شیوه‌های ضد عفونی کردن وسایل تزریق، آموزش شیوه‌های تزریق استریل و بهداشتی، آموزش رفتارهای سالم و محافظت شده جنسی و استفاده از کاندوم به عنوان عامل پیشگیری کننده از انتقال بیماریهای مقاربتی آسیب‌های ناشی از مصرف مواد مخدر کاهش خواهد یافت.

#### - برنامه تعویض سرنگ:

در بیمارانی که به هیچ طریقی حاضر و یا قادر به قطع مصرف تزریقی مواد مخدر نیستند با فراهم نمودن امکانات تعویض و توزیع سرنگ استریل در مراکز ویژه عوارض ناشی از تزریق مواد مخدر کاهش خواهد یافت. دسترس آسان به سرنگ و سرسوزن استریل با قیمت رایگان و یا ارزان امری بسیار مهم در کاهش آسیب می‌باشد.

#### - برنامه توزیع رایگان کاندوم:

توزیع رایگان کاندوم علاوه بر کاهش میزان حاملگی‌ها ناخواسته در میان معتادین که خود عامل مشکلات اجتماعی بیشماری می‌تواند باشد به دلیل کاهش میزان سرایت بیماریهای مقاربتی و ایدز فاکتور بسیار مفیدی در استراتژیهای کاهش آسیب خواهد بود.

#### - درمانهای نگره‌دارنده:

از جمله راهکارهای مفید در کنترل و کاهش عوارض ثانویه اعتیاد، استفاده از داروهای خوراکی نظیر متادون و بوپرونورفین می‌باشد. این داروها با توجه به خواص فارماکولوژی خاص خود احساس نیاز جسمی و روانی فرد معتاد را به مصرف مواد مخدر کاهش می‌دهد. از آنجا که این قبیل داروها خود از خانواده ترکیبات افیون هستند و ایجاد وابستگی و اعتیاد خواهند کرد شیوه درمانی مناسبی برای همه افراد نخواهند بود. اما بعضی از معتادین مقاوم به درمان که علیرغم تلاشهای مکرر جهت ترك اعتیاد قادر به بهبودی کامل نبوده‌اند و همچنان از شیوه‌های پرخطر مصرف مواد مخدر نظیر تزریق استفاده می‌کنند از این درمانهای نگره‌دارنده سود

خواهند برد. مصرف این قبیل داروها اگر چه موجب درمان و بهبودی کامل فرد از اعتیاد نمی گردد ولی حداقل نیاز وی را به تزریق مواد کاهش داده و کاهش نیاز به تزریق خود عاملی مهم در کاهش شیوع ایدز و هپاتیت خواهد بود. این داروها به جهت ممانعت از بروز علائم ازار دهنده ترك (خماري) ناشی از پرهیز از مصرف مواد مخدر همچون دردهای شدید عضلات و استخوان ها، تهوع و استفراغ، اسهال، بی قراری و اضطراب، هختلال اعصاب و روان... موجب بهبود عملکرد شغلی و خوانوادگی فرد در مقایسه با زمان مصرف مواد و مخدر شده و ضمن کنترل مهار اعتیاد، سلامت جسمی و روانی فرد را بهبود می بخشد و حضور مثبت و فعال او را در عرصه های اجتماعی و اقتصادی ارتقا میدهد. به بیانی دیگر استفاده از درمانهای دارویی نگهدارنده خوراکي نظیر متادون و یا بوپرنورفین در معتادین صعب العلاج به دلایل ذیل بسیار مفید و کارآمد خواهد بود.

1. کاهش مصرف داروهای قاچاق و غیرقانونی
2. ارتقا وضعیت بهداشت و سلامت فرد بیمار
3. کاهش انتقال بیماریهای ایدز و هپاتیت B و C
4. کاهش میزان بروز و شیوع اعمال و فعالیتهای خلاف قانون و جرم و جنایت مرتبط با مواد.
5. افزایش میزان توانایی اشتغال و همچنین بهبود وضعیت اقتصادی فرد و خانواده
- 6 - کاهش هزینه های بهداشتی و اجتماعی.
- 7 - کاهش مرگ و میر مرتبط با مواد و عوارض آن.

## پیوست مبحث درمان

قدم‌های و سنت‌های دوازده‌گانه‌ایی که اعضاء گروه NA که ترغیب به رعایت آنها می‌شوند شامل موارد زیر هستند: قدم‌های دوازده‌گانه :

- قدم اول - اقرار به عجز و ناتوانی خود در مقابل اعتیاد.
  - قدم دوم - رسیدن به این باور که نیرویی برتر از خود آنها برای رسیدن به سلامت عقل وجود دارد.
  - قدم سوم - سپردن اداره و زندگی خود به خداوند.
  - قدم چهارم - تهیه یک ترازنامه اخلاقی جستجوگرانه و بی‌باکانه از خود.
  - قدم پنجم - اقرار به ماهیت دقیق خطاهای خود در مقابل خداوند، خود و افراد دیگر.
  - قدم ششم - آمادگی کامل جهت برطرف کردن نواقص شخصیتی.
  - قدم هفتم - درخواست متواضعانه از خداوند جهت رفع کمبودهای اخلاقی.
  - قدم هشتم - تهیه فهرستی از تمام کسانی که به هر طریق از جانب آنها مورد آزار قرار گرفته جهت جبران خسارت.
  - قدم نهم - جبران خسارت از افرادی که آزار دیده‌اند.
  - قدم دهم - تداوم تهیه ترازنامه شخصیتی از خود و اقرار به اشتباهات خود.
  - قدم یازدهم - سعی در بهتر نمودن رابطه آگاهانه خود با خداوند از راه دعا و مراقبه .
  - قدم دوازدهم - رساندن پیام بیداری روحانی به کسانی که هنوز رنج می‌کشند (معتادین) و اجرای اصول فوق در تمام امور زندگی.
- = سنت‌های دوازده‌گانه:

سنت اول - منافع مشترک باید در رأس قرار گیرد، بهبودی شخصی به اتحاد معتادان گمنام بستگی دارد.

سنت دوم : در رابطه با هدف گروه‌ها، فقط یک مرجع نهایی وجود دارد. خداوندی مهربان که به گونه ممکن خود را در وجدان گروه ما بیان می‌نماید.

سنت سوم : تنها لازمه عضویت تمایل به قطع مصرف می‌باشد.

سنت چهارم : گروه NA باید مستقل باشد.

سنت پنجم : هدف اصلی هر گروه فقط رساندن پیام به معتادی که هنوز در رنج است می‌باشد.

سنت ششم : گروه NA نباید موسسات یا سازمان‌های انتفاعی را مورد تأیید قرار دهد و نباید در آنها سرمایه‌گذاری مالی کند و یا از نام NA بهره‌برداری مالی کند.

سنت هفتم: عدم دریافت کمک‌مالی از خارج و اتکاء کامل به خود.

سنت هشتم: گروه NA باید غیر حرفه‌ای باقی بمانند اما مراکز خدماتی NA می‌تواند کارمندان مخصوص استخدام کند.

سنت نهم: NA هرگز نباید تحت این نام سازماندهی شود اما می‌توان کمیته‌هایی ایجاد کرد تا مستقیماً در برابر کسانی که به آنها خدمت می‌کنند مسئول باشند.

سنت دهم: NA هیچ عقیده‌ای در مورد سایر موضوع‌های خارجی ندارد و هرگز نباید NA به مباحث اجتماعی کشیده شود.

سنت یازدهم: استراتژی NA بر اصل جاذبه استوار است تا تبلیغ و همیشه لازم است اصل گمنامی را در تمام سطوح مطبوعات، رادیو و تلویزیون و ... حفظ شود.

سنت دوازدهم: گمنامی اساس روحانی تمام سنت‌های ما می‌باشد و همیشه اصول را به شخصیت‌ها ترجیح می‌دهیم.

# منابع:

- 1- آموزش مهارت های زندگی با رویکرد پیشگیری از اعتیاد؛ تدوین شده در معاونت پیشگیری بهزیستی کردستان-1379
- 2- استورا؛ تنبیدی یا استرس بیماری جدید تمدن؛ ترجمه: دادستان پریرخ؛ انتشارات رشد؛ بهار 1377
- 3- اسعدي سيد حسن. آموزش شیوه های علمي پیشگیری. انتشارات "آن" پاییز 1380
- 4- دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل (UNCP). اعتیاد. شجاعی حسین- سبحانی عبدالرسول. انتشارات پورسینا. 1379
- 5- تقوي، نعمت اله. بررسی عوامل اعتیاد جوانان از دیدگاه جامعه شناسی. مجموعه مقالات سمینار بررسی مسایل مربوط به اعتیاد جوانان. ناشر فرمانداری تبریز، 1378
- 6- خستو گل آرا. پیشگیری اولیه از سوءمواد. کتاب کار برای مجریان برنامه " ". دفتر امور اعتیاد بهزیستی کشور-1381
- 7- خستو، گل آرا. پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد. معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، 1381 .
- 8- خستو، گل آرا. بهداشت روانی برای همه . انستیتو روانپزشکی تهران - 1382
- 9- خستو، گل آرا. پیشگیری از سوء مصرف مواد و وابستگی با رویکرد اجتماع محور
- 10- راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد. وزارت بهداشت؛ درمان و آموزش پزشکی؛ با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر
- 11- رحیمی موقر آفرین؛ راهنمای پیشگیری از اعتیاد؛ معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور؛ 1376
- 12- ستوده، هدایت اله. آسیب شناسی اجتماعی . انتشارات آوای نور، تهران، 1376.
- 13- زارعیان؛ آرمن؛ کلیات بهداشت جامعه، 1375
- 14- زرگر یدالله؛ مینه یابی اعتیاد به مواد مخدر در کارکنان صنایع شهرستان اهواز؛ مجله ژرفای تربیت؛ شماره یازدهم؛ دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد وزارت آموزش و پرورش 1380
- 15- صوفي وندي نادر؛ مسایل وابسته به مواد مخدر در هلال شش ضلعي طلايي؛ معاونت پیشگیری بهزیستی کرمانشاه-1381
- 16- طب داخلی هاریسون-روانپزشکی-ترجمه میرزایی منصور؛ آراکلیان کارن؛ نشر حیان-1376
- 17- طهرانی، عاتکه. پیشگیری از اعتیاد مبتنی بر خانواده. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال دوم، شماره 8 . تهران، 1382.
- 18- فرجاد محمد حسین؛ اعتیاد و آسیب شناسی خانواده؛ انتشارات چهر-1378
- فصلنامه رفاه اجتماعی سال دوم به شماره 6 ، تهران، 1381
- 19- کاپلان. سادوک. خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری. ترجمه پورافکاری نصرت ا... تهران. سهراب 1379
- 20- کاپلان هرولد-سادوک بنیامین-خلاصه روانپزشکی-علوم رفتاری و روانپزشکی بالینی-ترجمه رفیعی حسن-رضاعی فرزین-تهران، نشر سالمی، 1378
- 21- گزارش جهانی مواد مخدر 2000؛ برنامه بین الملل کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد
- 22- گلدیان ژاکلین؛ مجموعه آموزشی پیشگیری از اعتیاد در محیط های کار؛ معاونت امور پیشگیری سازمان بهزیستی کشور



23- لویز جودیت؛ دانا روبرت؛ اصول و کاربرد مشاوره در پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد مخدر -

- 24- مایرز چت؛ "آموزش تفکر انتقادی"؛ ترجمه خدایار اردبیلی-1374- نشر دانشگاه آزاد اسلامی
- 25- مرکز مطالعات پژوهش و آموزش ستاد مبارزه با مادمخدر. فصلنامه علمی اعتیاد پژوهشی سال اول. شماره 3. تابستان 1382
- 26- نارنجی‌ها هومان، پیشگیری از اعتیاد در محل‌های کار. کارگاه پیشگیری از اعتیاد اجتماع محور. معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، تهران، 1381
- 27- نخعی، عباس. تأثیر محیط اجتماعی بر اعتیاد. مجموعه مقالات سمینار بررسی مسایل مربوط به اعتیاد جوانان ناشر فرمانداری تبریز، 1378
- 28- مهرگان، نادر. بررسی عوامل مؤثر اقتصادی در گرایش به اعتیاد. مجموعه مقالات سمینار بررسی مسایل مربوط به اعتیاد جوانان. ناشر فرمانداری تبریز، 1378.
- 29- وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر. راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد. تهران. پرشکوه (1380)

30.S.Miller,S.Gold,E.Smith,Manual of therapeutic for addiction(1997)

31.Alex Wodak,M.D.International Harm Reduction Association(IHRA)3 March 2002

# ضمیمہ: کتابچہ تمرین

## راهنمای تمرین اهداف و استراتژی‌های پیشگیری از اعتیاد در محل کار

موارد زیر به عنوان اهداف پیشگیری از اعتیاد در يك محیط کار تدوین شده است. ضمن بررسی آنها مشخص نمایید که آیا هدف هستند یا خیر. آنها که هدف هستند نقص اساسی هرکدام از آنها چیست.

- 1- آموزش 5 نفر از مسئولان کارخانه برای پیشگیری از اعتیاد.
- 2 - موظف ساختن حراست اداره برای خودداری از اخراج افراد معتاد و معرفی آنها به کلینیک درمانی.
- 3 - افزایش فعالیت ورزشی تیمی بین کارکنان به منظور ارتقای مهارت‌های سازگاری و ارتباطی.
- 4 - توجه عمیق‌تر به کارمندان دارای سابقه ناراحتی عصبی و روانی.
- 5 - ایجاد تعاون و مشارکت خانوادگی از طریق برگزاری همایش‌های مشترک رویارویی با سوء مصرف مواد با شرکت اعضای خانواده‌های کارگران.
- 6 - کاهش میزان غیبت‌های اعلام نشده غیر مجاز از کار به میزان 90% حالت کنونی در شش ماهه اول طرح.

## تمرینات مبحث برنامه‌ریزی پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های کار

- 1- چرخه يك طرح فرضی برای کارکنان و کارگران بخش کشاورزی يك منطقه روستایی ترسیم کرده هر کدام از مراحل را با توجه به اجتماع محور بودن طرح و ده پله تدوین برنامه مرور نمایید.
- 2 - توضیح دهید برای طرح فوق افراد کلیدی و مطلع را با چه توجیهی انتخاب خواهید کرد.
- 3 - در چنین منطقه‌ای سیاست اصلی برخورد با مواد احتمالاً چه مواردی در برمی‌گیرد؟ راجع به آن ده دقیقه بحث و نتیجه‌گیری کنید.

## راهنمای تمرین ضرورت پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های کار :

1 - در يك کارخانه نساجي در غرب کشور چهارصد کارگر بصورت دوشيفت روزانه و شبانه مشغول به کارند. ضمناً به دليل وارد شدن دستگاههای جديد هر ماه 20 - 10 کارگر در معرض تعديل شدن از محیط کار قرار دارند. در مجموع رعايت ایمني بهداشت در این کارخانه رضایتبخش نیست و در گوشه کنار کارخانه ، گاهی بقایای وسایل مصرف مواد مشاهده شده است. با توجه به ضرورت‌های عنوان شده هشت مورد از ضرورت‌های پیشگیری از اعتیاد در محیط یاد شده را مشخص کنید.

## تمرین مبحث عوامل مخاطره آمیز و محافظتی

- 1- چه ویژگی‌های خاصی در محیط‌های کار در زمینه مصرف را ایجاد می‌کند؟
- 2- توضیح دهید که از وضعیت مصرف مواد در میان مشاغل مختلف چه می‌دانید؟
- 3- ناصر به تازگی در یک کارگاه مکانیکی خودروهای سنگین مشغول به کار شده است و در حال فراگیری این حرفه مراحل شاگردی را می‌گذراند در این محل علاوه بر اینکه تعمیرکاران حضور دارند افراد مختلفی مثل رانندگان اتوبوس - تریلر و ... آمد و شد دارند و ناصر گاهی شاهد رد و بدل کردن مواد و برپایی محفل مصرف مواد نیز می‌باشد. عوامل مخاطره آمیز فردی - بین فردی - محیطی و اجتماعی برای ناصر چه چیزهایی هستند، شرح دهید.
- 4 - برپایه این عوامل خطر ساز عواملی که ممکن است ناصر را در برابر مصرف مواد محافظت کند اعم از فردی محیطی و اجتماعی کدامها هستند؟
- 5 - در طراحی و اجرای فعالیتهای پیشگیرانه اولیه و مداخله در اعتیاد محیط‌های کاری انواع فعالیتهایی که می‌تواند فرد و محیط را تحت تأثیر قرار دهد شرح دهید:
- 6 - خدمات موجود در محیط کاری که بتواند در پیشگیری از مصرف مواد و درمان آن بکار رود کدامها هستند؟
- 7 - چگونه می‌توان مدیر یک کارگاه را به اتخاذ تصمیمات و اجرای برنامه‌هایی در پیشگیری از مصرف مواد در محیط کاری خود متقاعد کرد؟
- 8 - عوامل تاب آوری فردی در محیط‌های کاری که بتواند در گرایش به سوء مصرف مواد مؤثر افتند، را در قالب یک نمایشنامه به اجرا در آورید.
- 9 - مباحث مربوط به عوامل محافظ و خطر زای اعتیاد در محیط کار را در قالب بحث گروهی کارکنان بررسی نمایید.
- 10- در قالب یک کمیته کاری متشکل از کارفرمایان و کارکنان در یک محیط شغلی به بررسی وضعیت محیط و شناخت و تحلیل آن از لحاظ اعتیاد پردازید.
- 11 - چنانچه قصد داشته باشید روابط ایمنی بخش با گروه‌های هم‌تا را بعنوان یک عامل محافظ در محیط کاری مورد تقویت قرار دهید، چه اقداماتی بعمل خواهید آورد.
- 12 - ایرج برای یافتن شغلی به تهران رفته است و توانسته در یک کارگاه ساختمانی کاری برای خود پیدا کند. چون ایرج فاقد پدر است و تأمین مخارج منزل نیز بر عهده او افتاده، نتوانسته تحصیلات خود را به پایان برساند. بنظر شما چه عوامل خطر زای فردی از نظر گرایش او به اعتیاد وجود دارد؟ مهارت‌های لازم برای مقابله با این خطرات که باید کسب کند کدامها هستند؟
- 13 - در قالب یک نمایش مهارت قاطعیت در برابر فشار گروه را برای کارکنان شرکت کننده در کلاس آموزش چهره به چهره به اجرا در آورید.

## «تمرین مبحث عوارض مواد مخدر»

- 1- کدامیک از عوامل زیر سبب پوکی مغز می‌شود.  
الکل  حشیش  سیگار
- 2- کدام حالت زیر می‌تواند ناشی از مصرف مکرر تریاک و هروئین باشد؟  
یبوست مزمن  دردهای استخوانی و عضلانی  آپریزش از بینی
- 3 - شخص وابسته به مواد مخدر نسبت به کدامیک از حالات زیر بعد از مصرف طولانی تحمل پیدا نمی‌کند؟  
یبوست و کاهش قطر مردمک  کاهش درد  گر گرفتگی و افزایش درجه حرارت بدن
- 4- افیون‌ها از چه چیزی به دست می‌آیند؟  
1- سرشاخه گیاه شاهدانه  2 - گیاه خشخاش  3 - تنباکو
- 5 - کدامیک از مواد زیر جزء مواد توهم‌زاد هستند؟  
1- الکل  2 - LSD  3 - مواد افیونی
- 6 - کدامیک از موارد زیر جزء مواد استنشاقی هستند؟  
حلال‌ها  افیون‌ها  سیگار
- 7 - ماده مؤثر حشیش چه نام دارد؟  
THC (تستراهیدروکانابینول)  نیکوتین  استون
- 8 - از میان مواد زیر کدامیک ارزان قیمت‌تر و سهل‌الحصول‌تر هستند؟  
مواد استنشاقی  مواد افیونی  مواد توهم‌زا
- 9 - اثرات مواد افیونی از کدامیک از راه‌های مصرف زیر، سریع‌تر ظاهر می‌شود؟  
مصرف تزریقی  مصرف تدریجی  مصرف خوردنی
- 10- کدامیک از موارد زیر در اعتیاد و سوء مصرف مواد نقشی ندارد؟  
محیط  ژنتیک  درآمد بالا
- 11- کدامیک از مواد زیر کاربرد طبی ندارد؟  
LSD  مواد افیونی  حشیش
- 12- کدامیک از مواد زیر مضعف مغز بوده و کارکرد آن را پایین می‌آورند؟  
حشیش  نیکوتین  افیون‌ها
- 13 - حالتی که به دلیل عدم دسترسی به مواد ایجاد می‌شود چه نام دارد؟  
نشنگی  خماری  لذت
- 14 - لذت ایجاد شده بر اثر مصرف مواد اعتیاد آور .....  
دائمی است  فقط در دفعات اولیه مصرف ایجاد می‌شود   
در مصرف طولانی مدت با هر بار مصرف مواد ایجاد می‌شود

## «تمرینهای مربوط به مبحث مهارتهای زندگی»

### تمرین شماره 1 : تمرین نه‌گفتن

- 1- سعی کنید در خانه تنها باشید در کنار وسیله نر می تشك یا بالش زانو زده و با مشت به آن بکوبید و فریاد بزنید : نه
  - 2- موقع رفتن به دشت یا کوه با فریاد کلمه « نه » را تکرار کنید.
- این تمرین تجربه خوبی است که کلمه نه را به خوبی حس کنید، اما این امر زمانی در رابطه با استرس شما مفید خواهد بود که در عمل از آن استفاده کنید. انجام تمرین نه به تخلیه درونی یعنی

بیرون ریختن رنجش‌ها و پرخاشگریها کمک کرده و از طرف دیگر قدرت نه گفتن را در شما تقویت می‌کند.

**تمرین شماره 2 : آیا واقعاً می‌دانید چگونه باید نفس کشید؟**

1- به پشت دراز بکشید. لباس راحت و گشادی بپوشید، کاملاً آرام و راحت باشید و یکی از دست‌هایتان را روی شکم بالای ناحیه ناف قرار دهید .

2- شکم و ماهیچه‌های شکمی را کاملاً سفت کنید به طوری که شکمتان حالت چین‌خوردگی به خود بگیرد.

3- حالا شکم و ماهیچه‌های شکم را شل و به حالت آرمیدگی در آورید.

- این تمرین را 5 بار تکرار کنید. یک دقیقه استراحت کنید و هر طور که

می‌خواهید نفس بکشید.

4- دست‌هایتان را روی شکم قرار دهید و عمل دم را انجام دهید به طوری که دست به طرف بالا حرکت کند.

5- از طریق دهان نفس بکشید و تاجائی که می‌توانید بگوئید آ، آ، ... .

- این تمرین را ده بار تکرار کنید.

هرچند وقت یکبار به این طریق نفس بکشید تا شکم شما منبسط گردد و در همان زمان عمل متقابل را به وسیله فشار دادن دست به روی شکم انجام دهید. در هر فرصتی اینگونه نفس کشیدن

را تکرار کنید در فروشگاه، صف خرید، پشت چراغ قرمز و ... .

انجام این تمرین تنفس عمیق شکمی را به شما می‌آموزد.



### تمرین شماره 3 : اداره کردن زمان

صرف چند دقیقه در طول روز برای برنامه‌ریزی کافی است. در ابتدا کارهایی که باید انجام دهیم بنویسیم و پس از آن کارهای مقدم را براساس اولویت و اهمیت کار مشخص نمائیم. بهتر است زمان مناسب هر کار را محاسبه کنیم. ما اغلب مایلیم که زمان مورد نظر هر کار را کمتر از حد واقعی برآورد نمائیم. بهتر است زمانی را برای وقایع غیر قابل پیش‌بینی کنار بگذارید و در جدولی که تهیه می‌کنید به طور مختصر موفقیت و عدم موفقیت در انجام هر کار را یادداشت نمائید.

این روش می‌تواند کارایی ما را افزایش دهد و مقدار قابل توجهی استرس را از بین ببرد.

### تمرین شماره 4 : تکیه بر جنبه‌های مثبت

برای داشتن دیدی مثبت در ارتباط با دنیای پیرامون یک نکته اساسی وجود دارد و آن این است که ما باید اول نسبت به خودمان احساس خوبی داشته باشیم.

- آرام در جای راحتی نشسته و در مورد خودتان فکر کنید. ابتدا تنها به نقاط قوت خود فکر کنید و سپس یک ورقه کاغذ برداشته و فهرستی تهیه نمائید. این فهرست باید حداقل شامل 5 مورد باشد. البته هرچه به موارد بیشتری اشاره نمائید بهتر است. این فهرست را به مدت یک هفته به همراه خود داشته و هر روز آن را در مقابل آئینه مرور نمائید.

### تمرین شماره 5 : آرامسازی (relaxation)

ریلاکس فیزیکی عضلات و بخصوص ریلاکس پیشرونده عضلات برپایه منقبض کردن و سپس شل کردن عضلات بزرگ بدن استفاده‌های زیادی دارد. این روش ما را از پاسخ عضلانی بدن به استرس آگاه می‌سازند.

- ◀ در حالیکه لباس آزاد و راحت به تن دارید و بر روی زمین یا تختخواب سفت دراز کشیده‌اید به یک موسیقی ملایم که به آن علاقه مندید گوش دهید.
- ◀ چشمهایتان را ببندید و در همین حالت تا 20 به آرامی بشمارید.
- ◀ زانوها را به طرف قفسه سینه بیاورید تا می‌توانید زانوهای خود را بغل کنید و تا 20 بشمارید و بعد به حالت اولیه برگردید.
- ◀ چشمهایتان را ببندید و عضلات ناحیه زانو به پائین پای خود را سفت و منقبض کنید. این حالت سفتی را حفظ کرده و تا 5 بشمارید. بعد دوباره این ناحیه را شل کنید.
- ◀ این تمرینات را با همین روش در ناحیه ران، باسن، مناطق شکمی، قفسه سینه، دست‌ها و بازوها، شانه‌ها و در آخر در مورد صورتان انجام دهید.

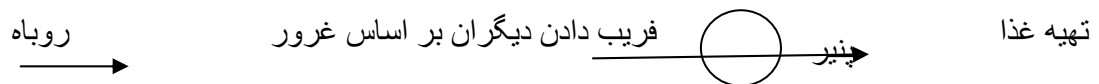
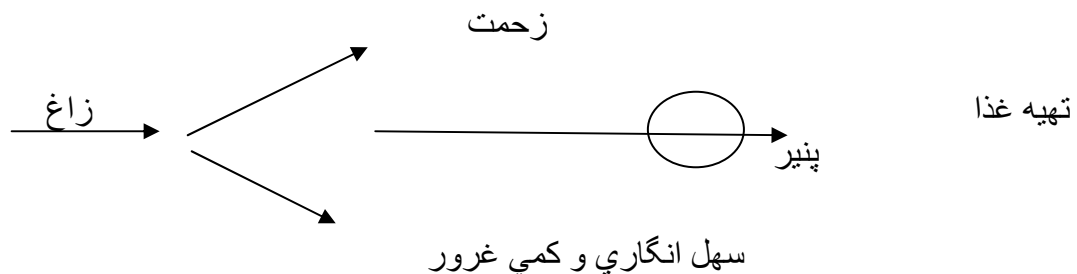
## تمرین مبحث مهارت تفکر انتقادی

( برای گروه سنی 18 - 28 سال )

داستان : زاغکی (زاغ کوچک) قالب پنیری را که درجایی دیده بود با منقار خود برداشته بر بالای درخت نشست. روباه که صحنه را دیده بود، بالای درخت رفته و با او سخن می‌گوید. از پروبال و زیبایی او و نیز از خوش آوازی او تعریف بسیار می‌کند. زاغ که از تعریف و تمجید روباه سرخوش می‌شود، دهان و منقار باز می‌کند تا آواز خوش سردهد. پنیر بر زمین افتاده، روباه آن را می‌رباید.

مراحل و روش درک و تفسیر داستان به منظور پرورش مهارت تفکر انتقادی:

- 1- ابتدا هدف کلی جلسه را که روشن نمودن مسأله غرور و خودپسندي و تأثیر آن بر زندگي انسان است بیان می‌کنیم. از آنها می‌خواهیم تا برداشت ساده و بسیار مختصري از خودپسندي ارائه دهند یا خاطره کوتاهی از آن را فقط تعریف کنند.
- 2- نقش داستان گویی در زندگي بشر، عبرت آموز بودن آن و ضرورت آن برای کودکان را به صورت پرسش و پاسخ قرار می‌دهیم.
- 3- پس از رسیدن به تفاهم کلی در موارد بالا داستان را يك بار مرور می‌کنیم. اگر احیاناً فردي در جلسه یا کلاس داستان را نشنیده و یا به صورت متفاوتی شنیده است، آن را مجدداً بوسیله خود فراگیران مورد بازگویی قرار می‌دهیم.
- 4- در این مرحله به فراگیران پیشنهاد می‌کنیم تا از الگو پردازی و تصویر ذهنی برای تجسم بهتر موقعیت و عناصر موجود در آن استفاده نمایند و هر گروه پنج نفره برای تمرین دو یا سه مدل هندسي ترسیم نمایند مانند:



- 5 - پس از بررسی انتقادی مدل‌های ترسیم شده، سه تا پنج دقیقه سکوت جمعی و تعمق راجع به کلیت مسایل مطرح شده سودمند است. (می‌توان سکوت را در فواصل بعدی، برنامه‌ریزی نمود).
- 6 - از فراگیران بخواهید کل نکاتی را که به نظرشان می‌رسد، مورد پرسش قرار دهند. مثلاً
  - غرور چیست؟
  - به دست آوردن غذا به هر قیمتی برای انسان یا برخی حیوانات مناسب است یا خیر؟ فرصت طلبی یعنی چه؟
  - آیا مشابه این داستان در زندگي شما اتفاق افتاده است یا نه؟
  - آیا به نظر دیگران نیز این شباهت وجود دارد؟
  - خود شیفتگی و غرور در معتاد شدن افراد چه نقشی دارد؟
  - اگر شما به جای روباه یا کلاغ بودید، چه احساسی داشتید؟
  - اگر شما به جای روباه یا کلاغ بودید، چه کارهایی در این موقعیت انجام می‌دادید؟ می‌توان مدل‌هایی به کمک فراگیران ترسیم نموده یا مدل‌های موجود را تغییر داد.

- 4 - ترتیب دادن فضا برای تعامل و مشارکت، آزاد بودن افراد برای پرسش و پاسخ در عین رعایت حق و نوبت دیگران بسیار مهم است و در رشد تفکر انتقادی نقش اساسی دارد. چیدن میز و صندلیها، تشویقهای به هنگام مربی برای پرسش کردن و گاهی اوقات بحثهای چند نفره بین افراد و سپس مطرح نمودن نتیجه بحث، محیطی پذیرا برای رشد این مهارت ایجاد می‌کند، می‌توان دستیارانی در میان جمع افراد تعیین نمود تا به موقع جریان پرسش و پاسخ را نوسازی و فعال نمایند. (مانند کاری که گاهی اوقات در تئاتر انجام می‌دهند و یا چند بازیگر به میان تماشاچیان آمده و نقش خود را در فعال سازی و افزایش مشارکت آنها ایفا می‌کنند).
- 5 - حرکت از موارد جزئی و محسوس به اصول کلی اساسی‌ترین محور تدریس بر مبنای تفکر انتقادی است. پس از مقدمه و شروع مطلب که تصویر کلی از موضوع را شکل می‌دهد، بایستی حتی الامکان از این روش استفاده نمود. برای نمونه از ابتدا دانش آموزان چند ذره توتون را زیر ذره بین سوزانیده و ذرات و غبار حاصل از آن را مشاهده نمایند. سپس راجع به تأثیرات آن بر ریه انسان و حیوان و افزایش نیکوتین خون بحث و آزمایش شود.
- 6 - تشویق به سکوت و تعمق در هنگام طولانی شدن مطلب و یا طولانی شدن پرسش و پاسخها، تکنیک مناسبی است و در بهسازی تفکر و آموزش تفکر انتقادی بسیار مهم است و ضمناً نظم و هماهنگی بیشتر جهت کسب نتایج مثبت از پرسش و پاسخها ایجاد می‌نماید.
- 7 - برای ایجاد تفکر عمیق و جزئی نگر و مؤثر، افزودن به وقت کلاس و عجله نکردن، راهبردی اساسی است. در برخی دانشکده‌های پزشکی آمریکا و ایتالیا به مدرسین توصیه شده است که حتی اگر از حجم درس کاسته می‌شود، با این وجود توانایی تفکر انتقادی و مهارت حل مسأله را برای دانشجویان مطرح کنند. برای نمونه می‌توان برای جوانان بیشتر در مورد عوارض الکل و حشیش تمرکز نمود و حجم کمتری از مسایل مربوط به تریاک را عنوان کرد.
- 8 - با بهره‌گیری از يك داستان یا تمثیل کوتاه آشنا برای همه فراگیران مراحل تفکر انتقادی و نیز فنون یاد شده در این نوشتار را تمرین نمایند.

## «تمرین مبحث مهارت تصمیم‌گیری»

بیان مشکل و راهکار ارائه شده و چگونگی حل مشکل در جریان مشاوره  
مشخصات فردی مراجع:

جنسیت: مذکر  
سن: 24 ساله وضعیت تاهل: مجرد  
تحصیلات: دیپلم  
شغل: کارگر کارگاه درب و پنجره سازی  
نوع مشکل: ارجاع توسط متخصص قلب جهت درمان اضطراب و افسردگی  
وضعیت خانوادگی: پدر: فوت شده  
مادر: 51 ساله، خانه‌دار  
خواهر: 17 ساله، دوم راهنمایی، بیکار  
برادر: 9 ساله، سوم دبستان، محصل

شرح مشکل: مراجع کارگر روز مزد در یک کارگاه درب و پنجره‌سازی است که از 17 سالگی شروع به مصرف سیگار به صورت تفننی نموده و در حال حاضر نیز مصرف سیگار او ادامه داشته و به حداقل یک پاکت در روز افزایش یافته است. مدتی است که دچار عوارض ناشی از مصرف سیگار شده است تنگی نفس، مشکلات قلبی و عروقی، افزایش فشار خون و ... پدر خانواده در قید حیات نمی‌باشد و سرپرستی خانواده به عهده مراجع می‌باشد. باتوجه به عوارضی که از مصرف سیگار به او عارض شده و نیاز به فعالیت شدید بدنی در شغل و همچنین کاهش توانایی انجام فعالیت بدنی و نیاز به استراحت موجب عدم رضایت صاحب کارگاه از مراجع گردیده و صاحب کارگاه مهلت یک ماهه برای پیدا کردن شغل جدید برای او تعیین نموده که تلاش مراجع تا به حال (20 روز از مهلت تعیین شده گذشته) برای یافتن کار جدید با شکست مواجه شده و موجب بروز اضطراب شدید و یأس و ناامیدی و گاه افکار خودکشی و نگرانی شدید از وضعیت مالی خانواده و ایجاد بحران در خانواده شده است.

### طرح درمانی:

پس از طرح مشکل توسط مراجع و روشن‌سازی و علت‌یابی مشکل در جریان چند جلسه مشاوره به آموزش مهارت تصمیم‌گیری به مراجع پرداخته شد:

در جلسه اول به روشن‌سازی مشکل برای مراجع و با کمک و همراهی مراجع پرداخته شد. در این جریان سعی شد که مراجع به ارزیابی و بررسی مشکل و ریشه‌یابی آن بپردازد و به این منظور از مرحله اول فرایند تصمیم‌گیری منطقی استفاده شده:

علت مراجعه ارجاع ← متخصص قلب علت ← اضطراب شدید و افسردگی علت ← از دست دادن شغل و نگرانی از آینده علت ← کاهش توانایی انجام کار علت ← مشکلات قلبی و عروقی عارض شده علت ← مصرف بالا و طولانی مدت سیگار. با توجه به فرایند طی شده در روشن‌سازی مشکل. مراجع با ضرورت تغییر در شیوه زندگی مواجه گردیده و به این نتیجه رسیده که لازم است اقدامی جهت رفع مسئله و مشکل انجام دهد.

در مرحله دوم آموزش مهارت تصمیم‌گیری اقدام به آموزش روش «بارش فکری» به مراجع شد و مراجع بر اساس یادگیری شیوه جدید اقدام به ارائه کلیه راه‌های موجود بدون در نظر داشتن معایب و محاسن آنها به شرح زیر پرداخت:

- تعویض شغل از کارگر آهن‌گری به یک شغل با تحرک جسمی کمتر مثل فروشندگی .  
- خودکشی

- پذیرش مشکلات به همان شکل موجود (بی‌تفاوتی)

- ترک اعتیاد به سیگار

- درمان بیماری قلبی و افسردگی

- انتقال مسئولیت خانواده به مادر ( تأمین درآمد خانواده توسط مادر )  
 - ترك خانواده

**در مرحله سوم :** به ارزیابی راه‌های ارائه شده توسط مراجع پرداخته شد. به این منظور نکات مثبت و منفی کلیه راه‌ها توسط مراجع مشخص و ثبت گردید: مشروح این مرحله به شرح زیر است:

- عوض کردن شغل (حتی الامکان شغلی که تحرک بدنی نداشته باشد مثل فروشنده‌گی)

معایب	محاسن
عدم موفقیت برای یافتن شغل جدید	رفع مشکل مالی خانواده
نیاز به سرمایه به منظور راه‌اندازی شغل آزاد	
نداشتن مهارت حرفه‌ای دیگر بجز آهنگری	
نیاز به آموختن شغل جدید	
زمان بر بودن یادگیری برای شغل جدید	

- بی‌تفاوتی نسبت مشکلات و پذیرش مشکلات به همان شکلی که هست، خودکشی، ترك خانواده

معایب	محاسن
ضربه شدید به خانواده	راحت شدن از مشکلات زندگی
آسیب پذیر شدن خانواده	
نداشتن حمایت و سرپرست در خانواده	

• ترک سیگار

معایب	محاسن
عادت شدید به مصرف سیگار	بازگشت سلامت جسمی
سخت بودن ترک سیگار	بازگشت سلامت روانی
	بازگشت تعادل به خانواده و رفع بحران
	از دست ندادن شغل
	اصلاح روابط خانوادگی
	حفظ وضعیت مالی خانواده

• درمان افسردگی

معایب	محاسن
مصرف دارو	رفع مشکلات روانی
مراجعه مداوم و مستمر به پزشک	رفع بحران و اضطراب
	اصلاح روابط خانوادگی
	از دست ندادن شغل
	ثبات وضعیت مالی خانواده

انتقال مسئولیت زندگی به مادر

معایب	محاسن
عدم توانایی مادر برای کار بعلت کهولت سن	رفع موقت و محدود مشکلات مالی خانواده
نداشتن مهارت حرفه‌ای	
تنها شغل ممکن کار در منازل دیگران	
ایجاد اختلاف در خانواده	
عدم حضور مادر در خانواده جهت نگهداری از بچه‌ها	
تضاد اشتغال مادر با ارزشهای شخصی و خانوادگی	

پس از مشخص نمودن معایب و محاسن هر یک از راه‌حلها و ارزیابی آنها مراجع با در نظر گرفتن بیشتر بودن محاسن دو راه حل \* ترک سیگار و \* درمان افسردگی و احساس ضرورت اجرای این دو راه حل با ترکیب آن دو راه حل جدیدی تحت عنوان « ترک و درمان اعتیاد به سیگار و افسردگی» ابداع نمود.

**در مرحله چهارم:** مراجع با همراهی مشاور اقدام به ارزیابی و بررسی مجدد راه حل منتخب و هماهنگی آن با اهداف و ارزشهای شخصی و خانوادگی خود پرداخته، همچنین به فهرست کردن پاداشهایی که از اجرای راه حل به دست می آورد به شرح زیر پرداخت:

از دست ندادن شغل	عدم ایجاد مشکلات مالی در خانواده
رفع بحران از خانواده	اصلاح ارتباط مراجع با خانواده خصوصاً مادر
رفع مشکلات روانی	افزایش حس اعتماد به نفس در مراجع

در پایان مرحله چهارم مراجع اقدام به بررسی راههایی برای اجرای تصمیم خودبه شرح زیر پرداخت:

- 1- بررسی راهلهای چگونگی اجرای تصمیم
  - 2 - مشورت با خانواده
  - 3 - شناسایی کلینیکهای تخصصی ترک سیگار و یافتن آدرس
  - 4 - شناسایی روانپزشک و یافتن آدرس
  - 5 - شروع به اقدام در اولین فرصت (اینجا و اکنون)
  - 6 - تصور نمودن پاداشهایی که از اجرای تصمیم نصیب مراجع خواهد شد.
- در مرحله پنجم** مراجع با همراهی مشاور به ریز کردن برنامه برای اجرای تصمیم پرداخت مشخص نمودن اهداف خود از راه حل انتخاب شده
- حفظ انسجام خانواده
  - از دست ندادن شغل
  - باز یافتن سلامت جسمی روانی
  - و سپس به ریز کردن کارهایی که باید انجام شود پرداخت نظیر:
  - گرفتن آدرس کلینیک ترک سیگار از مسئول پذیرش مرکز مشاوره
  - گرفتن آدرس روانپزشک ترک سیگار از مسئول پذیرش مرکز مشاوره
  - صحبت با خانواده جهت جلسات حمایت و همکاری خانواده
  - صحبت با صاحب کارگاه جهت تمدید مهلت و در جریان گذاشتن او در تصمیم به ترک سیگار و درمان افسردگی

و .....  
**در مرحله ششم:** مراجع اقدام به اجرای تصمیم گرفته و برای انجام فهرست کارهای لازم را تهیه و آنها را زمانبندی نمود و بهترین زمان را برای اجرای آن انتخاب نمود.  
 مراجع پس از انجام ریز اقدامات در یک زمان از پیش تعیین شده (1/5 ماه بعد) اقدام به ارزیابی مجدد تصمیم و پیامدهای مثبت و منفی آن به شرح زیر پرداخت:

- پیامدهای مثبت:**
- اصلاح ارتباط مراجع با خانواده و جلب حمایت آنها
  - تثبیت وضعیت شغلی و رضایت صاحب کارگاه از تصمیم مراجع و اجرای آن
  - رفع بحران از خانواده
  - کاهش علائم جسمی و روانی بیماری در مراجع
- با توجه به پیامدهای مثبت اجرای راه حل و رسیدن مراجع به اهداف از پیش تعیین شده مراجع به ادامه اجرای تصمیم پرداخت.

## «تمرین مهارت حل مسئله»

«بیان مشکل و ارائه راهکار بر اساس شیوه حل مسئله در جریان مشاوره»

### شرح مشکل :

مراجع خانمی است 54 ساله - متأهل (ازدواج دوم) ، دیپلم، بازنشسته آموزش و پرورش، دارای یک فرزند دختر 14 ساله و محصل که شکایت اصلی خود را اختلاف شدید دخترش با همسرش ذکر می‌کند.

مشخصات همسر مراجع: 52 ساله - متأهل ( ازدواج دوم) ، بیکار، دیپلم، معتاد به تریاک به شیوه خوردن از 17 سال پیش

طی بررسی و روشن سازی مشکل مشخص شد که پدر بعلت اعتیاد به تریاک دچار بیخوابی شده و در نتیجه تا صبح بیدار مانده و با ایجاد سر و صدا و روشن نمودن برق و رادیو ضبط موجبات بیخوابی همسر و دخترش را فراهم نموده و صبح با شروع فعالیت سایر اعضای خانواده به خواب رفته و در صورت ایجاد سر و صدا در منزل اقدام به فریاد زدن و درگیر شدن با دختر می‌نماید. جو منزل را به شدت متشنج می‌کند که موجب فرار دختر از منزل و ولگردی در خیابانها و پناه بردن به منزل دوستان و آشنایان خصوصاً در فصل تابستان و تعطیلی مدارس می‌شود. این قضیه مادر را به شدت نگران کرده و موجب مراجعه او به مرکز مشاوره گردیده است.

راهکار ارائه شده به شیوه حل مسئله :

دعوت از دختر و پدر خانواده جهت حضور در جلسه بعدی مشاوره و اقدام به ارائه راه حل به شیوه حل مسئله و با استفاده از برگه تمرین مهارت حل مسئله.

« برگه تمرین مهارت حل مسئله»

« الگویی مهارت حل مسئله تکمیل شده توسط اعضای خانواده»

1- تعیین مشکل بیخوابی پدر بعلت اعتیاد و شدت آن

1/1) درباره مسئله چه اطلاعاتی داریم؟

چه کسی؟ پدر، مادر، دختر

کجا؟ پدر، مادر، دختر

چه وقت؟ از حدود 3 سال پیش

چگونه؟ بعلت ایجاد بحران و تنش در خانواده بصورت فوری

چرا؟ آسیب پذیر بودن دختر خانواده

1/2) می‌خواهیم به چه نتایجی برسیم؟ اهداف: رفع فوری بحران از خانواده و دور نمودن دختر از آسیب .

1/3) چطور مسئله را تعریف کنیم؟ بی‌خوابی پدر بعلت اعتیاد و اختلال در نظم طبیعی خانواده

2- در نظر گرفتن راه‌های مختلف حل مسئله ( بارش فکری)

- ترک اعتیاد پدر - مراجعه پدر به روانپزشک جهت دریافت خدمات درمانی و رفع مشکل بیخوابی - جدایی والدین از یکدیگر - اشتغال پدر خانواده

3 - ارزیابی راه‌ها

3/1) تعیین مزایای راه‌ها: ترک اعتیاد ← حل مشکل خانواده بصورت اساسی

\* مراجعه به روانپزشک ← بازگشت خانواده به زندگی عادی و طبیعی

• جدایی والدین ← -



\* اشتغال پدر ← تأمین درآمد خانواده - اصلاح ساختار خانواده - تنظیم زندگی بصورت طبیعی

3/2) تعیین معایب راه‌ها

\* ترك اعتیاد ← زمان‌بر بودن

• مراجعه به روانپزشك ← -

\* جدایی والدین ← انحلال خانواده و سرگردانی اعضا

\* اشتغال پدر ← زمان‌بر بودن و وابسته به ترك اعتیاد

3/3) تعیین اطلاعاتی که برای ارزیابی راه‌ها نیاز داریم . ترك اعتیاد ← عدم تمایل پدر به ترك اعتیاد

\* مراجعه به روانپزشك ←

\* جدایی والدین ← مخالف بودن کلیه اعضای خانواده

\* اشتغال پدر ← وابستگی پدر به همسر از نظر مالی و عدم تمایل به اشتغال و تغییر

وضعیت

4- انتخاب راه‌حل و برنامه‌ریزی برای اجرای آن 4/1 ارزیابی و مقایسه راه‌ها : در مقایسه راه‌ها، راه‌حل مراجعه به روانپزشك در اولویت قرار گرفت.

4/2) خلق يك راه حل جدید: ترکیب راه‌های مراجعه به روانپزشك - ترك اعتیاد - اشتغال پدر به ترتیب

3/ 4) امتحان کردن راه‌ها در تصور خود : بازگشت نظم زندگی و تأثیر مثبت در رفتار پدر و دختر

4/ 4) انتخاب راه حل:

1- مراجعه به روانپزشك

2 - ترك اعتیاد پدر ( توجیه پدر در خصوص لزوم ترك اعتیاد)

3 - اشتغال پدر ( توجیه پدر در خصوص لزوم اشتغال)

5 - ارزیابی تأثیر راه حل و اجرای آزمایشی

5/1) مقایسه نتایج با اهداف : - حل نسبی مشکل بیخوابی پدر با مراجعه به روانپزشك و بازگشت خانواده به زندگی طبیعی - کاهش اختلاف و درگیری بین پدر و دختر - احساس آرامش و امنیت دختر در خانواده و کمتر شدن آمد و رفت‌های منجر به آسیب در دختر - بهبود در روابط بین زن و شوهر با توجه به اقدام به ترك اعتیاد همسر

## تمرین‌های مبحث درمان

مورد شماره 1

خانمی حدوداً 45 ساله که آموزگار می‌باشد به کلینیک درمانی مراجعه کرده و اظهار میکند پسر 28 ساله او که بمدت 5 سال معتاد به تریاک بوده است و اکنون مدت 2 ماه است که توسط کلونیدین و به تجویز پزشک سمزدایی شده است. بیمار ارتباط خوبی با پدر ندارد و به او بی‌اعتنا است. بیمار مجرد و بیکار است. بخش زیادی از حقوق ماهیانه مادر بابت و لخرجی‌های او هزینه می‌شود.

در صوت مخالفت مادر از پرداخت هزینه‌ها بیمار شروع به لجبازی، پاره کردن لباسهای خود، شکستن شیشه و ظروف منزل می‌کند و مادر را تحت فشار قرار میدهد و در نهایت مادر همیشه تسلیم خواسته‌های او می‌شود. اخیراً نیز مادر را در صورت عدم پرداخت پول تهدید و به عود مصرف مجدد مواد می‌کند.

### پیشنهاد مناسب چیست؟

خانواده درمانی یکی از ابعاد مهم در حل مشکل این مورد بوده و نحوه برخوردی افراد خانواده از بی‌اعتنایی پدر گرفته تا تسلیم شدن محض مادر و تن به خواسته‌ها و بهانه جویهای غیر منطقی او دادن از جمله مواردی است که لازم است اصلاح شود. همچنین تشویق بیمار جهت شرکت در جلسات گروه NA و آشنایی با آنها کمک کننده باشد. استفاده از گروه درمانی و تکنیک‌های مناسب ممکن است در تغییر شناخت و رفتار بیمار مؤثر باشد.

### مورد شماره 2:

خانمی 38 ساله به کلینیک مراجعه و اظهار میدارد که برادر ایشان مدت 12 سال معتاد به هروئین به شیوه استنشاقی می‌باشد و دهها بار اقدام به ترک نموده است (به اصرار خانواده) اما هر بار در همان روزهای ابتدایی درمان را نیمه‌کاره رها کرده است. یک بار در بیمارستان بستری شده و جهت سمزدایی اقدام نموده است اما پس از ده روز بستری با تهدید و ارباب خانواده درمان را نیمه‌کاره رها کرده و از بیمارستان خارج شده است. بیمار فردی بسیار ناز پروده و خود محور بوده و همیشه تمام خواسته‌هایش توسط خانواده در بهترین شکل ممکن تأمین شده است. تحمل کمترین سختی را نداشته و هیچگونه شغل و یا تخصصی ندارد و از درآمد سایر افراد خانواده استفاده می‌کند.

### پیشنهاد درمانی مناسب این مورد چیست؟

ابتدا با توجه به شرح حال ارائه شد به نظر میرسد که انگیزه بیمار در مراحل درمانی بسیار کم و ناچیز است انجام مصاحبه انگیزشی برای بیمار با هدف اولاً ایجاد انگیزش مناسب جهت ترک اعتیاد و تقویت میزان تحمل سختی‌های دوره ترک و گاهاً با هدف اصلاح ساختار خانواده و توجیه نمودن او به وجود مشکل در همچنین پس از اتمام جلسات مصاحبه انگیزشی می‌بایست.

بتدریج زمینه را برای کلیه اعضای خانواده در شرکت فعالانه در جلسات خانواده درمانی فراهم کرد. بدیهی است سمزدایی با کلونیدین درمان مناسبی برای او نبوده و لازم است از متادون به عنوان درمان نگهدارنده استفاده کرد. پس از گذشت زمان لازم (بیش از یکسال) از درمان با متادون و دیگر درمانهای غیر دارویی در صورت آمادگی و تمایل بیمار می‌توان برای ترک متادون نیز اقدام کرد اما در این مورد نباید عجله کرد و داوطلب بودن بیمار در این زمینه الزامی است.

### مورد شماره 3 :

بیمار آقای 45 ساله که مدت 20 سال معتاد به مواد مخدر بوده و حدود 8 سال است از هرئین به شکل تزریقی استفاده می‌کند. مصرف روزانه ایشان 3 گرم هرئین در 5 نوبت تزریق می‌باشد. در آزمایشات انجام شده HIV مثبت می‌باشد. در خیابانها زندگی کرده و هزینه مصرف مواد را از طریق سرقت و یا گدایی و سایر جرائم تأمین می‌کند. طبق اظهارات او به کرات از سرنگ مستعمل و گاهی مشترک استفاده می‌کند. خانواده او سالهاست که او را طرد کرده و هیچ اطلاعی از آنها ندارد. چندین بار در مراکز بازپروری حبس بوده اما هر بار پس از ترخیص مجدداً به سمت مواد رفته است.

### پیشنهاد :

به نظر می‌رسد که در مورد این بیمار می‌بایست از برنامه‌های کاهش آسیب استفاده کرد ابتدا با ارائه رایگان سرنگ استریل در مقابل یک سرنگ مستعمل سعی در کنترل و یا کاهش انتشار ایدز توسط بیمار به دیگران شده پس از جلب اعتماد بیمار بتدریج سعی می‌کنیم آموزشهای لازم در خصوص کاهش آسیب نظیر تزریق استریل، تعویض سرسوزن ... را به بیمار ارائه دهیم. بتدریج در صورت آمادگی بیمار سعی می‌کنیم مصرف مواد مخدر را به سمت مصرف متادون رایگان سوق دهیم.

### مورد شماره 4 :

بیمار دختر خانمی 18 ساله است که با پدر خود زندگی می‌کند و مادر او فوت شده است تنها فرزند خانواده می‌باشد وضع مالی او خوب است ولی به شدت در منزل احساس تنهایی و اندوه می‌کند. پدرش وقت کمی را با او می‌گذراند و بیشتر اوقاتش را با دوستان خود در بیرون می‌گذراند. بیمار از حدود یکسال و نیم پیش توسط دوستش به مصرف تریاک تشویق شده و در حال حاضر روزی 1 گرم تریاک به صورت خوراکی مصرف می‌کند. بیمار توسط معلم خود جهت درمان به مرکز مراجعه نموده است اما انگیزه ترک را دارد.

### پیشنهاد :

درمان سمزدایی با کلونیدین درمانی مناسب برای او بوده و قبل و بعد از سمزدایی وحتی در صورت لزوم حین سمزدایی با بیمار مشاوره فردی انجام داده و انجام مشاوره خانواده و صحبت با پدر بیمار در خصوص اطلاع نحوه رفتار و توجه بیشتر به وضعیت عاطفی بیمار بسیار مهم است. لازم است مهارت‌های مختلف زندگی مانند مهارت نه گفتن، مهارت حل مسأله، مهارت دوست‌یابی، مهارت ابراز وجود ... را طی جلسات متعدد بعد از سمزدایی به بیمار آموزش داد.

### مورد شماره 5 :

بیمار خانم 35 ساله‌ای است که به علت اعتیاد به ترک به مدت سه سال به کلینیک مراجعه نموده است. دوبار سابقه ترک اعتیاد داشته است اما هر بار پس از سمزدایی و قطع درمان دارویی با تریاک شدن هوا بشدت دچار اضطراب شده و پس از چند روز تحمل اضطراب در نهایت برای رهایی از اضطراب شدید مجدداً به مصرف مواد مخدر روی آورده و مجدداً بیماری عود کرده است. در شرح حال دقیق‌تر مشخص شد در کودکی یکبار شب هنگام مورد آزار جنسی قرار گرفته است و از آن تاریخ به محض تریاک شدن هوا ناخواسته دچار ترس و اضطراب می‌شود. بیمار چند سال پیش به پیشنهاد یکی از دوستان خود تریاک مصرف کرده است و به علت کاهش اضطراب پس از مصرف مواد بتدریج معتاد به مواد شده است. اما پس از مدتی به دنبال بروز عوارض و اثرات منفی مصرف مواد درصد رهایی از اعتیاد بر آمده است.

### پیشنهاد درمانی :

بدیهی است اضطراب بیمار عامل بسیار مهمی در اعتیاد و عود مجدد آن می‌باشد و می‌بایست بطور جدی مورد درمان قرار گیرد. بر همین اساس پس از سمزدایی یا حتی ممکن است قبل از شروع درمان سمزدایی لازم باشد بیمار توسط روانپزشک و یا روانشناس با تجربه تحت درمان اضطراب قرار می‌گیرد. داروها و تکنیک‌های درمانی مختلفی برای اضطراب ممکن است مورد استفاده قرار گیرد. در خصوص درمان اعتیاد نیز می‌توان از کلونیدین به عنوان داروی اصلی در سمزدایی استفاده شود.

## تمرین های مبحث مقابله با فشار عصبی (استرس)

### تمرین شماره 1: تمرین نه گفتن

1- سعی کنید در خانه تنها باشید در کنار وسیله نرمی تشک یا بالش زانو زده و با مشت به آن بکوبید و فریاد بزنید: نه.

2- موقع رفتن به دشت یا کوه با فریاد کلمه «نه» را تکرار کنید.

این تمرین تجربه خوبی است که کلمه نه را به خوبی حس کنید، اما این امر زمانی در رابطه با فشار عصبی شما مفید خواهد بود که در عمل از آن استفاده کنید. انجام تمرین نه به تخلیه درونی یعنی بیرون ریختن رنجش ها و پرخاشگریها کمک کرده و از طرف دیگر قدرت نه گفتن را در شما تقویت می کند.

### تمرین شماره 2: آیا واقعاً می دانید چگونه باید نفس کشید؟

1- به پشت دراز بکشید. لباس راحت و گشادی بپوشید، کاملاً راحت و آرام باشید و یکی از دست هایتان را روی شکم بالای ناحیه ناف قرار دهید.

2- شکم و ماهیچه های شکمی را کاملاً سفت کنید به طوریکه شکمتان حال چین خوردگی به خود بگیرد.

3- حالا شکم و ماهیچه های شکم را شل و به حالت آرمیدگی در آورید.

- این تمرین را 5 بار تکرار کنید. یک دقیقه استراحت کنید و هر طور که می خواهید نفس بکشید.

4- دست هایتان را روی شکم قرار دهید و عمل دم را انجام دهید به طوریکه دست به بالا حرکت کند.

5- از طریق دهان نفس بکشید و تا جایی که می توانید بگوئید آ، آ، ...

- این تمرین را ده بار تکرار کنید.

هر چند وقت یکبار به این طریق نفس بکشید تا شکم شما منبسط گردد و در همان زمان عمل متقابل را به وسیله فشار دادن دست به روی شکم انجام دهید. در هر فرصتی اینگونه نفس کشیدن را تکرار کنید در فروشگاه، صف خرید، پشت چراغ قرمز و ...  
انجام این تمرین تنفس عمیق شکمی را به شما می آموزد.

### تمرین شماره 3: تنظیم وقت

چند دقیقه در طول روز برای برنامه ریزی کافی است. در ابتدا کارهایی را که باید انجام دهیم بنویسیم و پس از آن کارهای مقدم را بر اساس اولویت و اهمیت کار مشخص نمائیم. بهتر است زمان مناسب هر کار را محاسبه کنیم. ما اغلب مایلیم که زمان مورد نظر هر کار را کمتر برآورد نمائیم. بهتر است زمانی را برای وقایع غیر قابل پیش بینی کنار بگذارید و در جدولی که تهیه می کنید به طور مختصر موفقیت و عدم موفقیت در انجام هر کار را یادداشت نمائید.  
این روش می تواند کارهایی ما را افزایش دهد و مقدار قابل توجهی استرس را از بین ببرد.

### تمرین شماره 4: تکیه بر جنبه های مثبت

برای داشتن دیدی مثبت در ارتباط با دنیای پیرامون یک نکته اساسی وجود دارد و آن این است که ما باید اول نسبت به خودمان احساس خوبی داشته باشیم.

- آرام در جای راحتی نشسته و در مورد خودتان فکر کنید. ابتدا تنها به نقاط قوت خود فکر کنید و سپس یک ورقه کاغذ برداشته و فهرستی تهیه نمائید. این فهرست باید حداقل شامل 5 مورد باشد. البته هر چه به موارد بیشتری اشاره نمایند بهتر است. این فهرست را به مدت یک هفته به همراه خود داشته و هر روز آن را در مقابل آینه مرور نمائید.

### تمرین شماره 5: رهایی<sup>1</sup>

ریلاکس فیزیکی عضلات و بخصوص ریلاکس پیشرونده عضلات بر پایه منقبض کردن و سپس شل کردن عضلات بزرگ بدن استفاده‌های زیادی دارد. این روش ما را از پاسخ عضلانی بدن به استرس آگاه می‌سازد.

- در حالیکه لباس آزاد و راحت به تن دارید و بر روی زمین یا تختخواب سفت دراز کشیده‌اید به یک موسیقی ملایم که به آن علاقه‌مندید گوش دهید.

- چشمهایتان را ببندید و در همین حالت تا 20 به آرامی بشمارید.

- زانوها را به طرف قفسه سینه بیاورید تا بتوانید زانوهای خود را بغل کنید و تا 20 بشمارید و بعد به حالت اولیه برگردید.

- چشمهایتان را ببندید و عضلات ناحیه زانو به پائین پای خود را سفت و منقبض کنید. این حالت سفتی را حفظ کرده و تا 5 بشمارید بعد دوباره این ناحیه را شل کنید.

- این تمرینات را با همین روش در ناحیه ران، باسن، مناطق شکمی، قفسه سینه، دست‌ها و بازوها، شانه‌ها و در آخر در مورد صورتان انجام دهید.

---

<sup>1</sup>)Relaxation

