

مقایسه ی بهداشت روانی دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری دانشگاه مشهد

فصل

اول

فصل اول: کلیات

۱-۱. مقدمه:

در هر جامعه‌ای نیروی فعال و جوان بعنوان یکی از ذخایر و سرمایه‌های آن جامعه محسوب و مطرح می‌باشد و در عمل نیز چرخه‌ی فعالیت‌های مختلف پیکره اجتماع بطور مستقیم و غیرمستقیم متکی به نیروهای فوق است که متأسفانه قشر وسیعی از جوانان و نوجوانان ما اکنون گرفتار سیگار شده‌اند که آنان را در کام خویش فرو می‌برد و توان حرکت و فکر را از آنان می‌گیرد و هستی را از آن‌ها ساقط میکند.

۱ - بالاترین رقم سنی معتادان در ایران را افراد ۲۷ - ۲۱ ساله تشکیل می‌دهند.

۲ - افرادی که به انواع سیگار اعتیاد پیدا کرده‌اند، اغلب اولین تجربه‌شان را به صورت تفریحی و در دوران نوجوانی با کشیدن سیگار شروع کرده‌اند.

۳ - تشخیص رفتارهای آشکار دوره نوجوانی از رفتارهای ناشی از مصرف سیگار دشوار است.

۴ - نوجوانانی که از بودن در خانواده‌یشان احساس رضایت داشته‌اند و روابط صمیمی بین اعضای خانواده وجود داشته‌است، کمتر به دنبال سیگار، الکل و انواع مخدرها بوده‌اند.

یکی از مشکلات عمده‌ای که نسل جوان جامعه با آن رو به روست، خطر گرایش به مصرف سیگار است. از آن جا که مصرف این گونه مواد (انواع سیگارها، قرص‌ها، مخدرها و...) در بین جوانان و نوجوانان رو به افزایش است، وظیفه والدین، مربیان و سایر نهادهای اجتماعی و آموزشی برای آگاه ساختن قشر جوان از عواقب مصرف سیگار به مراتب سنگین‌تر از قبل می‌شود. با توجه به این موضوع، والدین و مربیان باید سعی کنند با استفاده از روش‌ها و آموزش‌های لازم، بچه‌ها را از همان دوران کودکی و پیش نوجوانی با آثار زیان بار مصرف سیگار و اثرات و پیامدهای ناشی از آن بر جسم و روان شان مطلع سازند.

به رغم نکوهش و مذمت در مضرات سیگار و هشدار محققان، پزشکان و کارشناسان بهداشتی و فعالیت رسانه‌ها در مورد این بلای خانمانسوز و قاتل خاموش، باز هم به وفور مشاهده می‌کنیم که افراد بسیاری در جامعه همچنان به کشیدن سیگار و دود کردن وجود خود مشغول هستند و هیچ توجهی به این هشدارها و علائم خطر ندارند و افراد دیگر را به این ورطه و منجلاب می‌کشند.

آیا می‌دانند که چرا سیگار می‌کشند و چه چیزی از کشیدن سیگار نصیب آن‌ها می‌شود یا چه خسارات جبران‌ناپذیری به روح و جسم و اگر صاحب خانواده هستند به خانواده بیگناه آن‌ها وارد می‌شود و جدای از این چه ضربه‌ای به افراد جامعه به خصوص نوجوانان، جوانان و قشر دانشجو که در حالت هشدار قرار دارد وارد می‌شود؟!

باید بدانیم که اگر راهکارهای پیشگیرانه و موثر در شیوع مصرف سیگار و سیگار در میان نوجوانان و جوانان در نظر گرفته نشود، همواره باید نگران عواقب به مراتب بدتری از این بلای خانمانسوز در میان نسل فردای جامعه باشیم!

افرادی که نگرش‌ها و باورهای مثبت و یا خنثی به سیگار دارند، احتمال مصرف و اعتیادشان بیش از کسانی است که نگرش‌های منفی دارند. این نگرش‌های مثبت معمولاً عبارتند از: کسب بزرگی و تشخیص، رفع دردهای جسمی و خستگی، کسب آرامش روانی، توانایی مصرف مواد بدون ابتلا به اعتیاد.

از آنجا که محیط آموزشی بعد از خانواده، مهم‌ترین نهاد آموزشی و تربیتی است، می‌تواند از راه‌های زیر زمینه ساز مصرف سیگار در نوجوانان باشد:

بی توجهی به مصرف سیگار و فقدان محدودیت یا مقررات جدی منع مصرف در محیط آموزشی، استرس‌های شدید تحصیلی و محیطی، فقدان حمایت اساتید و مسئولان از نیازهای عاطفی و روانی به خصوص به هنگام بروز مشکلات و طرد شدن از طرف آنان. تحقیقات نشان می‌دهند،

افرادی که به انواع سیگار اعتیاد پیدا کرده اند، اغلب اولین تجربه‌شان را به صورت تفریحی و با کشیدن سیگار و در دوران نوجوانی کسب کرده بودند و به تدریج اعتیاد آنان، از حالت تفریح خارج شده و با تکرار و زیاد شدن میزان مصرف، معتاد شده‌اند. گروهی دیگر از جوانان و نوجوانانی که شروع به مصرف سیگار می‌کنند، اظهار می‌دارند که برای فرار از مشکلات و مسائل زندگی روزمره و داشتن احساسی بهتر از احساس فعلی‌شان دست به این کار زده‌اند.

۲-۱. بیان مسأله:

پدیده گرایش به سیگار بعنوان یکی از مهمترین آسیب‌های اجتماعی خاصه در میان نسل جوان توجه بسیاری از متخصصان و مسئولین، سیاسی فرهنگی، تربیتی و آموزشی بسیاری از کشورها را به خود معطوف ساخته است.

در کشور ایران به دلیل وجود بافت جوان جمعیتی این موضوع پیچیدگی خاص خود را یافته است. لذا شناسایی و تبیین درست آن برای یافتن راه‌حلهای مناسب ضروری به نظر می‌رسد. اما از آنجایی این گروه نقش‌های متعدد و تعیین‌کننده‌ای در جامعه بعهدہ دارند، آسیب آنان حتی در میزان پایین لطمه‌های جبران ناپذیری فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و غیره را بدنبال خواهد داشت؛ لذا اتخاذ برنامه‌های پیشگیرانه در مورد آنان از الویت بسیار برخوردار است. بررسی مصرف سیگار در زمان حاضر از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. از یک طرف جمعیت جامعه‌ی ایران جوان است و از طرف دیگر جوانان اصلی‌ترین قربانیان مصرف سیگار هستند چرا که جوانان به خاطر خصوصیات جوانی، آسیب‌پذیری بیشتری دارند چون پویا و جستجو‌گرنده.

امروزه کارشناسان و صاحب نظران معتقدند که در حال حاضر بحران مصرف سیگار و سیگار را در کنار ۳ بحران یعنی ((بحران نابودی محیط زیست، بحران تهدید اتمی و بحران فقر)) به عنوان مسئله روز در آمده است. طبیعی است که حل این بحران و معضل و بلای خانمانسوز از عهده یک سازمان و یا چند مرجع، آن هم صرفاً با یک بر خورد قهری نه تنها خارج بوده بلکه نگرش یک بُعدی به مسئله است و وضعیت فعلی را بدتر خواهد نمود. به گونه‌ای که عمیقاً احساس می‌شود تنها

راه حل موضوع، خارج شدن از ((برنامه روزی)) و گام برداشتن در مسیر ((برنامه ریزی)) و ایجاد عزم ملی و بسیج همگانی در این راستا است. کسی نیست که در خصوص مضرات و اثرات سوء سیاسی، اجتماعی و فرهنگی معضل سیگار که در قرن حاضر از مهمترین و دردناکترین معضلات بشری است آگاهی نداشته باشد. سیل خروشان مصرف سیگار بیرحمانه در مسیر حرکت خود، کودکان، نوجوانان و جوانان و حتی سالخوردگان را طعمه قرار داده و علاوه بر متلاشی کردن کانون گرم و پاک خانوادگی سبب ناکامی در زندگی و تمایل بخودکشی و مرگ در آنها نیز می‌گردد.

مشکل مصرف سیگار به عنوان یک پدیده مهلک که نتایجش می‌تواند اثرات بسیار سویی در زمینه‌های سیاسی، اقتصادی و فرهنگی جامعه داشته باشد در هر جامعه‌ای مطرح است و معمولاً گروهی که در برابر این پدیده خطرناک بیش از سایر گروه‌ها آسیب‌پذیر است همانا (گروه جوان) یک جامعه می‌باشند به طور کلی وقتی صحبت از گروه جوانان می‌شود مقصود افرادی بین پانزده تا بیست سال است که گروهی وسیعی از جمعیت جهان یعنی حدود ۸/۵٪ از جمعیت کشورهای پیشرفته و ۱۰/۹٪ از جمعیت کشورهای در حال توسعه را تشکیل می‌دهند.

آنچه مسلم است دلایل مصرف سیگار بسیار پیچیده است و از فرهنگی به فرهنگ دیگر و کشوری به کشور دیگر تفاوت می‌کند. تحقیقات متعددی در داخل کشور و از آن جمله در سطح دانشگاه‌ها صورت گرفته است که به نحوی به علل گرایش به مصرف سیگار و غیره پرداخته‌اند و در این زمینه به نتایجی نیز دست یافته‌اند اما همچنان که ذکر شد گرایش و مصرف سیگار بسته به فرهنگ، مذهب، قومیت، منطقه‌ی جغرافیایی، شرایط آب و هوایی، سطح اقتصادی، فرهنگی و علمی نه تنها با خارج از کشور بلکه حتی در داخل کشور ما نیز تفاوت می‌کند. به همین خاطر و با توجه به اهمیت موضوع یعنی مصرف سیگار در بین دانشجویان دانشگاه، از آنجایی که پژوهشی در این خصوص در سطح دانشگاه فردوسی صورت نگرفته بود بر آن شدیم تا با انجام این پژوهش به بررسی مصرف سیگار و مقایسه‌ی بهداشت روانی در بین دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری پردازیم.

۳-۱. اهمیت و ضرورت تحقیق:

دانشجویان قشری هستند که سکانداران آینده‌ی هدایت کشور محسوب می‌شوند و اگر این قشر عظیم خود دارای زمینه و بستر مناسب برای رشد و تعالی نباشند چه بسا پس از اینکه وارد جامعه و نیروی کار کشور که شدند با توجه به پیشینه‌ی نامناسب خود بسیاری دیگر از اقشار و گروه‌های مختلف جامعه را نیز تحت تأثیر خود قرار داده و از این طریق لطمات جبران ناپذیری به پیکره‌ی اجتماع بزنند. برای مثال دانشجویی که اکنون خود سیگار مصرف می‌کند و در آینده نیز قرار باشد معلم شود و به تربیت و تعلیم فرزندان ما پردازد، چگونه می‌تواند مانع از این شود که الگوی دانش‌آموزان خود واقع نشود و از این طریق آن‌ها را تحت تأثیر خود قرار ندهد. از اینگونه مثال‌ها زیاد می‌توان بیان نمود اما آنچه که مهم است این است که مسئولان آموزشی و فرهنگی کشور و بخصوص دانشگاه‌ها اقدام به آموزش و فرهنگ سازی در این زمینه در سطح کشور و دانشگاه‌ها نمایند.

آنچه که تقریباً همگانی است و در بین جوانان بیشتر جامعه‌ها دیده می‌شود مصرف سیگار به منظور برطرف کردن اضطراب و افسردگی نهفته است. در صورتی که جوانان به علت نا آگاهی به جای استفاده از مکانیسم‌های دفاعی موجود در از بین بردن ناراحتی‌هایشان به دنبال یک راه‌حل فوری و معجزه‌آسا می‌گردند که اضطراب یا افسردگی خود را برطرف کنند که معمولاً در این گونه موارد به وسیله دوستان همسن و سالشان سیگار به آن‌ها معرفی می‌گردد به عقیده‌ی یکی از متخصصان عادت به مصرف سیگار مانند سایر عادت‌ها، عادت نمی‌شود مگر با انجام و تامین نیازهای فرد البته باید ذکر کرد که فقط یک شخصیت فکری مضطرب و یا افسرده نیست که به مصرف سیگار روی می‌آورد بلکه گروه‌های دیگر جوانان نیز ممکن است دچار این دام شوند. جوانان به علت اینکه مانند بزرگسالان آمادگی پذیرش و مقابله با مشکلات زندگی را ندارند و برخی از مشکلات عادی برای آنان به صورت شدید و جدی جلوه و تظاهر می‌کند بنابراین در برابر مشکلات و خطرات احتمالی آسیب پذیرند به ویژه دوران بلوغ که جوانان دچار مشکلات و بحران‌هایی می‌-

گردند. وظیفه‌ی بزرگترها ایجاب می‌کند که به طور منطقی و صحیح با جوانان و مشکلاتشان روبه‌رو گردند. متأسفانه والدین یا مربیان آگاهی و اطلاعات اندکی در مورد تحولات روحی دوران بلوغ جوان دارند. لذا به جای برخورد منطقی و درست با مشکل جوانان او را هدف انتقادات و ملامت‌های خود قرار می‌دهند. لذا نمی‌توانند آنچنان که باید و شاید جوان را در برابر مشکلات زندگی و یا ناراحتی‌هایش که ناشی از دوران بلوغ و احیاناً کمبود محبت و عدم درک از طرف بزرگترها از خانواده و اجتماع فراری شده و به دنبال یک ماده معجزه‌گر باشند که سیگار را می‌یابند زیرا جوان می‌بیند که دوستانش نه تنها او را ملامت نمی‌کنند بلکه وی را بیشتر و بهتر نیز درک می‌کنند لذا هرگونه راه‌حلی را که آنان برای رفع مشکل پیشنهاد کنند بدون هیچ‌گونه تامل و تعلق می‌پذیرد..... و همه چیز از همین جا شروع می‌شود..... ابتدا سیگار..... سپس سیگار همراه حشیش..... و بالاخره هرئین.

پیشینه مصرف دخانیات به طور تخمینی به حدود ده هزار سال پیش می‌رسد. در چین و یونان باستان، بر اساس نوشته‌های تاریخ نویسان و آثار حکاکی شده، از تنباکو و توتون به عنوان گیاهی دارویی یاد شده است.

پژوهش‌های انجام شده نشان می‌دهد که اکثر معتادان، سیگار مصرف می‌کنند و نیز اعتیاد را از سیگار شروع کرده‌اند. بر اساس معیارهای تشخیصی سازمان بهداشت جهانی، سیگار در ردیف مواد اعتیادآور محسوب می‌شود. سیگار، در ورودی اعتیاد، و چراغ سبزی برای سایر اعتیادها است. مصرف سیگار، نخستین قدم به سوی اعتیاد است. سیگار، زمینه‌ساز اعتیاد به سیگار بوده و مادر اعتیاد به سیگار محسوب می‌شود.

بنابراین، آشنایی با عوامل زمینه‌ساز مستعد کننده در مقابل آن از دو جهت ضرورت دارد:

۱- شناسایی افراد در معرض خطر مصرف سیگار و اقدام‌های پیشگیرانه لازم برای آنان؛

۲- انتخاب نوع درمان و اقدام‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای لازم برای معتادان به سیگار.

در بررسی تاریخ، بشری را نمی توان یافت که با مسائل مربوط به سیگار دست به گریبان نبوده و شاید بتوان گفت سیگار همزاد با بشر در این جهان یافت شده و تا زمانی که انسان در این عرصه وجود دارد آن نیز پا بر جاست. مسائل مربوط به سیگار تازگی نداشته و اثرات آن نیز همواره در سرنوشت ملت‌ها و اقوام قابل جستجو است. در کتب تاریخی ایران و حتی در کتاب قانون ابن سینا از اثرات این مواد نامبرده شده است. اما بیشتر گزارشات در مورد سیگار مربوط به زمان صفویه و سپس قاجاریه تا عصر کنونی است همراه با فراز و نشیب‌های این دوران که اشاعه مصرف مواد افیونی مورد توجه بوده است. قوانین یکصد ساله در مورد محدود نمودن مصرف مواد نیز یافت میشود.

در زمان ما مسئله سیگار شکل مخاطره آمیز و کاملاً پیچیده ای به خود گرفته و در عین حال گسترش جهانی یافته است.

استعمال دخانیات همچنین عامل موثری در ابتدا به انواع بیماری‌هاست زیرا براساس آمار در مراکز بیمارستانی کشور ۹۰ درصد سرطان ریه ۷۵ درصد بیماری‌های ریوی ۴۰ درصد کل سرطان‌ها و ۵۰ درصد بیماری‌های قلبی بخاطر استعمال دخانیات به وجود می‌آید.

مصرف سیگار به عنوان یک آسیب و معضل اجتماعی بهداشتی اقتصادی و فرهنگی با پیچیدگی‌های خاص خود حاکمیت ملی امنیت و استقلال کشور ما را تحت تاثیر قرار داده است با توجه به مسائل جنبی آن میتوان ادعا نمود که ارزش‌های انسانی و اسلامی و نیز هویت ملی ما در معرض خطر و آسیب این آفت بزرگ قرار گرفته است. توجه به آمارها نشانگر رشد روزافزون مصرف کنندگان سیگار در اجتماع رو به قوت ما دارد. این موضوع که قشر جوان جامعه بیشتر در معرض آسیب و آماج سیگار می باشند وظیفه همگان را در موضع تقابل با این مشکل خطرتر می‌سازد. برآستی وظیفه ما افراد این جامعه درقبال این دیو بدسیرت چیست؟ خانواده‌های ما و والدین ما چه وظیفه و مسئولیتی را بر عهده دارند؟ دستگاه‌های تعلیم و تربیت ما چگونه و یا اینکه عزم

ملی و جزم تک تک افراد این جامعه در هر لباس و در هر مکان و هر زمان را می‌طلبید، برآستی کدام یک چاره کار است؟

هم‌اکنون مصرف سالانه سیگار در کشور ما بیش از ۵۰ میلیارد نخ است که حدود ۲۷ میلیارد نخ آن توسط شرکت‌های داخلی تولید و بقیه از مبادی رسمی وارد کشور می‌شود! حال، چقدر از مبادی قاچاق وارد می‌شود معلوم نیست! هر سیگاری در کشور ما در هر روز از ۱۳ تا ۱۵ و ماهانه معادل ۴۵۰ نخ سیگار دود می‌کند و این در حالی است که در سال ۳ تا ۴ هزار میلیارد تومان برای خرید و هزینه‌های درمانی ناشی از سیگار مصرف می‌شود که با این هزینه گزاف هزاران شغل ایجاد می‌شود؟!!

تحقیقات نشان می‌دهد سالانه ۱/۵ میلیون نفر در اثر کشیدن سیگار در جهان فوت می‌کنند که این رقم در سال ۲۰۲۰ به ۱۰ میلیون نفر خواهد رسید، این در حالی است که ۱/۲۵ میلیارد نفر از جمعیت کره زمین سیگاری هستند و تقریباً ۱۰۰ هزار نفر در هر روز کشیدن سیگار را به صورت حرفه‌ای شروع می‌کنند و اکثر آن‌ها را جوانان و نوجوانان تشکیل می‌دهند که بیشتر در سنین ۱۵ تا ۲۵ سالگی هستند که این امر دریچه‌ای برای ورود به اعتیاد و ناهنجاری‌های اجتماعی و حرکتی آرام و خاموش برای ویرانگری زندگی است. تلفات انسانی ناشی از مصرف دخانیات هم در کشور ما در مرز خطرناکی قرار دارد زیرا به طور میانگین هر ۸ دقیقه یک ایرانی به واسطه بیماری‌های ناشی از مصرف سیگار جان خود را از دست می‌دهد. به اعتقاد پژوهشگران افرادی که سیگار کشیدن را از سنین نوجوانی آغاز کرده باشند حتی اگر این عادت خود را ترک کنند بیشتر از کسانی که در سنین بالاتر به سیگار روی آوردند ولی آن را ترک کرده‌اند دچار صدمات ژنتیکی می‌شوند.

تحقیقات بیانگر آن است که اکثر افراد سیگاری در کشورهای در حال توسعه هستند، یعنی می‌توان گفت از هر ۱۰ نفر ۸ نفر در این کشورها سیگاری هستند که با این احتساب حدود ۸۰ درصد از بیماری‌ها و مرگ و میرها نیز به این کشورها تعلق می‌گیرد و جالب است که این روند رو

به افزایش است در حالی که در کشورهای توسعه یافته روبه کاهش است و این نشان از عدم آگاهی کافی کشورهای فقیر و در حال توسعه در مورد آثار مخرب و زیانبار مصرف سیگار و دخانیات و آگاهی کافی در کشورهای توسعه یافته است چرا که آنها معتقدند این کار نوعی عقب‌افتادگی و بی‌تفکری است.

طبق آخرین آمارها در کشور ما ۱۲ درصد از افراد جامعه مصرف کننده دخانیات هستند، حال اگر تنها یک درصد سیگاری‌ها در ایران کم شوند یعنی به ۱۱ درصد برسند، ۷۰۰ هزار سیگاری کم می‌شوند و به ازای صرفه‌جویی در هزینه آن می‌توان ۱۸ هزار شغل جدید ایجاد کرد! برخی آمارها شمار سیگاریهای کشور را ۱۰ میلیون نفر اعلام می‌کنند یعنی از هر ۷ ایرانی یک نفر به مصرف دخانیات (سیگار قلیان پپ) معتاد است. هم اکنون حدود ۲۸ درصد مردان و ۴ درصد زنان و در کل ۱۰ میلیون نفر از جمعیت کشور روزانه ۱۳ نخ سیگار می‌کشند که اگر روزانه به طور متوسط ۵۰۰۰ ریال صرف استعمال دخانیات نمایند رقمی معادل ۵۰ میلیارد ریال در روز در کشور دود می‌شود که همین رقم هم از سوی دولت برای هزینه‌های درمانی بیماران ناشی از مصرف سیگار بودجه درمانی صرف می‌شود.

شاید در باب علت‌یابی بتوانیم به دوستان زیاد و ناباب، در دسترس بودن آسان مواد دخانی، سیگاری بودن والدین (دلیل سیگاری بودن ۵۰ درصد دختران و پسران)، عدم ممنوعیت و ارزان بودن سیگار، سهل‌انگاری والدین و عدم برخورد مسئولانه و منطقی با فرزندان و موارد گوناگون دیگر اشاره کنیم که این باعث تأسف است.

به هر حال، پیگیری مجدانه دست اندرکاران و مسئولان ذیربط در ممنوعیت تبلیغ و تشویق مستقیم و غیر مستقیم افراد و تحریک آنها نسبت به فروش و مصرف سیگار در اماکن عمومی و محیط اداری و آموزشی و فروش و مصرف آن توسط افراد زیر ۱۸ سال - که قانون ممنوعیت آن هنوز حالت اجرایی جدی به خود نگرفته است - گسترش شعارها و هشدارهای بهداشتی در اماکن

فرهنگی - آموزشی و اماکن عمومی بخصوص روی پاکت‌های سیگار، تا حد زیادی در پیشگیری و اعتیاد به مواد دخانی موثر است.

همچنین، عزم جدی و جهانی در برابر تبلیغات سوء شرکت‌های تولیدی (اکثراً آمریکایی با سود سالیانه بیش از ۳۰۰ میلیارد دلار)، افزایش قیمت سیگار و همچنین مالیات (که در این صورت درآمد دولت نیز افزایش می‌یابد)، برنامه‌ریزی و اقدامات پیشگیرانه از سوی کارشناسان و مسئولان به عنوان ضرورتی انکارناپذیر در خصوص گرایش افراد زیر ۲۰ سال، چرا که اعتیاد به سیگار در این سنین زمینه‌ساز بیشتری برای اعتیاد به مواد مخدر است، ارائه آموزش‌های لازم در زمینه مضرات و زیان‌های ناشی از استعمال دخانیات از طرف سازمان‌هایی نظیر مراکز دانشگاهی و آموزش و پرورش که درصد بالایی از ارتباط با جوانان و نوجوانان را دارند، گسترش مراکز دولتی و غیردولتی ترک سیگار، خدمات بیشتر مشاوره‌ای ترک دخانیات و ... از راهکارهای بسیار موثر در این امر مهم است.

همانطور که می‌دانیم بر اساس هرم‌های سنی کشور ما با جمعیتی جوان روبرو است و درصد بیشتری از جامعه ما را جوانان تشکیل می‌دهند. جوانی جمعیت بر تمامی مسایل در همه جنبه‌ها تأثیر می‌گذارد. اثرات تخریبی فردی و اجتماعی مصرف سیگار باعث شده است که مصرف سیگار به عنوان بیماری (فردی و اجتماعی) مورد بررسی قرار گیرد.

در جریان آموزش و پرورش عوارض نامطلوبی می‌گذارد از قبیل:

الف: با پیش زمینه‌ی اعتیاد می‌تواند مانع ادامه تحصیل جوان شود. ب: بر روند آموزشی تأثیر منفی بگذارد. ج: تأثیر سیگار منحصر به فرد نمی‌شود، بلکه کل جامعه را در بر می‌گیرد.

از طرف دیگر چون تحقیق در زمینه سیگار هم بنیادی و هم کاربردی است. لذا با توجه به مسایل فوق از آنجایی که جامعه انتخاب شده ((دانشجویان)) که مشاهده می‌شود اعتیاد به مصرف

سیگار و در بین آنان رو به گسترش است. بدین جهت هر گونه بررسی و مطالعه در جهت روشن تر شدن ابعاد مختلف این پدیده اجتماعی، هر چند اندک باشد، امری ضروری و اساسی به شمار می-رود.

۱-۴. هدف پژوهش

۱-۵. فرضیه‌ها یا سؤالات:

سوء مصرف مواد در دانشجویان سیگاری در مقایسه با دانشجویان غیر سیگاری میزان بهداشت روانی را بطور معنی داری کاهش می‌دهد.

۱-۶. تعریف اصطلاحات، مفاهیم کلیدی و متغیرها:

۱-۶-۱. تعاریف نظری:

۱-۶-۱-۱. تعاریف اعتیاد

□ اعتیاد یعنی خوگرفتن و وابسته شدن جسمی، روانی و عصبی فرد به سیگار که ترک یا فرار از آن ناممکن و یا بسیار مشکل است.

□ دکتر پرویز پیران، اعتیاد را عادت کردن، وابسته شدن فرد به وسیله یا ابزار اعتیاد می‌داند که معمولاً دارای مابه ازای خارجی و شخصی است و عادت کردن وابسته شدن به نیاز جسمی و فکری یا هر دو مبدل شده به نحوی که فرد برای به دست آوردن وسیله‌ی اعتیاد، به هر کاری تن می‌دهد. و چنانچه کنش و واکنش به فعل در بیاید، مشکلات جسمی و روانی رفتاری هر کدام به تنهایی یا به هم پدید می‌آید (آقا بخشی، ۱۳۷۸).

□ اعتیاد یعنی مصرف نابجا و مکرر سیگار که موجب وابستگی به آنها می‌شود. این وابستگی بدنی و روانی است، ترک مصرف مواد افیونی مشکلات و محرومیت های بدنی و روانی را در پی خواهد داشت (از مقاله دکتر سید حسین فخر).

□ اعتیاد عبارتست از وابستگی به عوامل یا موادی که تکرار مصرف آنها با کم و کیف مشخص و درمان معین از دیدگاه معتاد ضروری می‌نماید. (از مقاله دکتر احمد حسنی).

□ اعتیاد یک بیماری روانی، اجتماعی، اقتصادی است که بر اثر فعل و انفعال تدریجی بین بدن انسان و مواد شیمیایی تحت تأثیر یک سلسله شرایط و اوضاع و احوال خاص روانی، اقتصادی، اجتماعی و سنتی به وجود می‌آید. (از تحقیق خانم دکتر ربابه شیخ‌الاسلام)

□ از نظر فارماکولوژی اعتیاد عبارت است از حالت مقاومت اکتسابی که در نتیجه استعمال متمادی دارو در بدن حاصل می‌شود به قسمی که استعمال مکرر دارو موجب کاسته شدن اثرات تدریجی می‌گردد و پس از مدتی شخص می‌تواند مقادیر سمی دارو را در بدن بدون ناراحتی تحمل کند و در صورتی که دارو به بدن نرسد اختلالات جسمی و روانی موسوم به سندروم محرومیت بروز می‌کند. در سال ۱۹۵۰ سازمان جهانی بهداشت تعریف زیر را برای اعتیاد ارائه دادند:

□ اعتیاد دارویی حالتی است که در اثر مصرف دوره‌ای یا مداوم یک ماده شیمیایی (طبیعی یا مصنوعی) که برای انسان یا جامعه مضر باشد ایجاد می‌گردد و ویژگی‌های آن به قرار زیر است: ۱- اشتیاق یا نیاز اجباری به استفاده مداوم آن ماده و ظهور رفتاری اجباری برای پیدا کردن آن به هر وسیله. ۲- تمایل به افزودن به مقدار مصرف به مرور زمان. ۳- پیدا شدن وابستگی‌های جسمی و روانی بر اثر استفاده از آن ماده.

سازمان جهانی بهداشت برای استفاده مداوم یا دوره‌ای مواد شیمیایی که برای فرد و جامعه مضر نبوده و نیز حالت ایجاد شده توسط آن خصوصیات بالا را نداشته باشد واژه عادت دارویی را در نظر گرفت. ولی به مرور زمان مشخص گردید که تعاریف خصوصاً برای عادت دارویی نارسا هستند و به همین دلیل در سال ۱۹۵۷ میلادی تعاریف توسط کمیته کارشناسان سازمان جهانی بهداشت مجدداً به این صورت تصحیح گردید که وابستگی روانی به یک دارو "بدون پدیده محرومیت" را عادت و وابستگی روانی و جسمی "همراه با پدیده محرومیت" را اعتیاد نامیده‌اند. اما تعاریف فوق نیز با شروع مصرف داروهائی از قبیل ال . اس . دی و آمفتامین‌ها نارسا شدند. چون

مصرف آفتامین برای گروهی موجب افزایش فعالیت‌های روزانه می‌گشت و برای گروهی حمله جنون ایجاد می‌کرد به همین جهت در سال ۱۹۶۴ کمیته مزبور اصطلاح وابستگی دارویی را **Drug Dependence** برای هر دو حالت فوق انتخاب کرد و چنین استدلال نمود که یک بیمار ممکن است نسبت به داروی خاص وابستگی روانی پیدا کند، در حالی که بیمار دیگر نسبت به همین دارو، علاوه بر وابستگی روانی از لحاظ جسمانی نیز وابسته شود. کمیته مزبور وابستگی دارویی را حالتی ناشی از استعمال مکرر یک دارو به طور دوره‌ای یا مداوم می‌داند، که خصوصیات آن بسته به ماده مورد استفاده متغیر است و به همین دلیل ذکر شده است که نام شیمیائی مورد بحث در جلو عبارت “وابستگی دارویی” قید گردد. به هر حال با توجه به اینکه در کشور ما واژه اعتیاد از همه جهت قابل درک عموم می‌باشد در این سایت از کلمه اعتیاد بیشتر استفاده شده است. با توجه به تعاریف فوق در رابطه با اعتیاد مشخصاً در چند مقوله با یکدیگر شریکند و آن اینک:

۱- وابستگی شدید وجود دارد.

۲- وابستگی جسمی و روانی است.

۳- قطع این وابستگی مشکلاتی را به همراه دارد.

وابستگی به مواد (Substance dependence)

امروزه در محافل دانشگاهی به جای اعتیاد از وابستگی نام برده می‌شود، هر چند که میان مردم این بیماری به “اعتیاد” و خود بیمار به عنوان “معتاد” شناخته شده است. بر اساس آخرین جمع بندیهای علمی که در دهه هشتاد انجام گرفت “وابستگی” یک نشانگان بالینی است که در پی مصرف مواد علائمی در حالات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیکی فرد مصرف کننده ظاهر می‌گردد میزان وابستگی کمی است و به درجات مختلفی می‌تواند وجود داشته باشد. شدت وابستگی با رفتارها متعاقب مصرف مواد، سنجیده می‌شود. بیمار وابسته به مواد علیرغم تجربه مشکلات متعدد ناشی از مصرف مواد، قادر به قطع مصرف آن نیست و به طور اجباری و وسواس گونه به مصرف آن ادامه می‌دهد.

تفاوت عادت و اعتیاد

« عادت » و « اعتیاد » دو اصطلاح و عنوانی هستند که در افکار عمومی به غلط مشابه و معادل هم در نظر گرفته می‌شوند در صورتیکه اختلاف کلی و اساسی با هم دارند .

« عادت » در اصل عبارتست از تطابق موجود زنده با محیط زیست یا شرایط جدید و بی‌سابقه که در انسان انواع مختلف وجود داشته و در کتاب « معمای عادت » طرح جدیدی در مورد تعریف و تقسیم‌بندی آن ارائه گشته و « عادت » بر چهار گروه اصلی بشرح زیر تقسیم شده‌اند:

اول - « عادت روحی » که عبارتست از تطابق روحی و معنوی با مسائل و موضوعات و کلیه پدیده‌های جدید و بی‌سابقه‌ایکه با آنها انس و عادت از پیش وجود نداشته تا آثار معنوی حاد آنها از بین برود ؛ از قبیل خیر خوش یا ناخوش مهمی که در ابتدا انسان را بشدت متأثر نموده و تحت تأثیر خود قرار میدهد ، مانند اثرات خبر فوت پدر یا مادر و نزدیکان مورد علاقه یا خبر موفقیت در کنکور ورودی دانشگاه و یا خبر اصابت جایزه بزرگی در قرعه‌کشی و غیره . به مرور زمان که خبر کهنه میشود (انسان ضمن انس گرفتن به آن عادت کرده) اثرات روانی آن از بین میرود .

دوم - « عادت عضوی » عبارتست از عادت دادن عضوی از اعضاء بدن بکار و فعالیت منظم و مداوم غیرارادی معینی که قبلاً از روی علم و آگاهی و دخالت شعور و اراده انسان صورت میگرفته ولی پس از تمرین و تکرار کافی میتواند بطور خودبخودی و غیر ارادی و ناآگاه نیز انجام گیرد ، مانند عادت دادن انگشتان به حروف ماشین تایپ یا عادت دادن دستها و پاها بکارهای معینی مانند دوچرخه سواری و رانندگی یا به هنرها و صنایع .

سوم - « عادت غریزی » عبارتست از عادت عضوی مشخصی که به اقتضای فطری و ناآموخته از بدو حیات در اعضاء وسلولها و نسوج معینی بوجود آمده و همان خصوصیات عادت نامبرده دو فوق را داراست مانند کار قلب و کلیه‌ها و ریه‌ها و فعالیتهای درونی اعضاء و نسوج و سلولهای داخلی بدن که بطور غیر ارادی و منظم انجام میگیرد .

چهارم - « عادت حیاتی » عبارتست از تطابق بدن موجود زنده (تطابق بیولوژیکی) با شرایط جدید محیط زندگی بخصوص از نظر عوامل فیزیکی و شیمیایی مانند تطابق بدن با گرما و سرما (عامل فیزیکی) یا با رژیم‌های غذایی و داروئی مختلف (عامل شیمیایی) یا با آب و هوای مختلف (عامل فیزیکی و شیمیایی توأم) .

در استعمال دارو بمدت دراز (و هر نوع ترکیبات شیمیایی مختلف در حد تحمل بدن) نوعی تطابق بیولوژیکی بوجود می‌آید که در صورت قطع استعمال آن دارو یا ماده شیمیایی معین و بخصوص (مانند استعمال طولانی داروهای مسکن یا خواب آور) ممکنست اختلالات فیزیکی و شیمیایی و بدنبال آن اختلالات فیزیولوژیکی و بیولوژیکی محسوس و گاهی غیرقابل تحمل در شخص بوجود آید زیرا بدن در اثر عادت به آن دارو و تطابق با شرایط مربوط بمصرف آن به یک اعتدال مجازی موقتی رسیده که با حذف آن ، اعتدال بدن بر هم میخورد و شخص موقتاً تحت فشار خاصی قرار میگیرد زیرا بدن مستقیماً به آن دارو عادت کرده و خو گرفته است که این امر در مورد سیگار بسیار سخت و از تمام انواع عادات بیولوژیکی یا حیاتی (تطابق بیولوژیکی) دردناکتر و غیرقابل تحمل تر است .

« اعتیاد » عبارتست از تطابق بدن با هر دارو یا ماده شیمیایی خارجی غیرلازمی بمدت طولانی که یکی از انواع عادات حیاتی یا عادات بیولوژیکی محسوب میگردد . استعمال مداوم و طولانی سیگار منجر به ایجاد سخت‌ترین انواع عادات حیاتی در بدن میشود که همان « اعتیاد به سیگار » میباشد .

تریاک یا تغییر « عادت » عموماً سهلتر و سریعتر و بدون عوارض سخت بوده و به مانند ترک اعتیاد با مشکلات بزرگ روبرو نمی‌گردد ، در حالیکه « اعتیاد » علاوه بر لطمات سنگین جانی و خسارات مالی بسیار و آماده کردن بدن به انواع بیماریهای جسمی و روحی گوناگون ، از نظر ترک و رهائی با مشکلات بزرگ و گاهی با زحمات و مشقات و سختی‌ها و ناملایمات بیشتری همراه است ولی البته نباید فراموش کنیم که « ترک اعتیاد غیر ممکن نیست » و چون

عنوان « اعتیاد » از طرفی اکثراً با « عادت » قابل اشتباه بوده و در تمام موارد نمی‌تواند مطابق با واقعیت امر در استعمال طولانی داروهای مختلف و مواد ، صدق و تطابق نماید از اینروست که در سال‌های اخیر از طرف محافل علمی و پزشکی تعاریف دیگری انتخاب گردیده که بیش از همه تعاریف سازمان بهداشت جهانی کامل‌تر و جامع‌تر و مطمئن‌تر و نیز قابل استفاده در تمام جهات استعمال مداوم داروها (اعم از مخدر و غیره) بوده و آن انتخاب عنوان « وابستگی به دارو » است.

۱-۶-۲. پیشگیری چیست؟

لغت «پیشگیری» یعنی جلوگیری از وقوع یک اتفاق، از نظر بهداشتی، پیشگیری عبارت است از مداخله ای مثبت و اندیشمندانه برای مقابله با شرایط مضر قبل از اینکه منجر به اختلال یا ناتوانی شود.

هدف از پیشگیری اولیه پیشگیری از شروع اختلال است که منجر به کاهش میزان بروز (Incidence) و در نتیجه، کاهش میزان شیوع (Prevalence) می‌گردد.

روش‌های پیشگیری اولیه عبارتند از:

۱- از بین بردن علل

۲- کاهش عوامل مخاطره آمیز

۳- افزایش مقاومت فرد

۴- جلوگیری از سرایت بیماری

بر طبق نظر مرکز پیشگیری از سوء مصرف مواد (CSAP) یکی از سه مرکز تحت نظرمديریت سرویس‌های بهداشت روانی و سوء مصرف مواد (SAMSHA)، بخشی از خدمات بهداشت عمومی آمریکا، دپارتمان خدمات انسانی و بهداشتی، پیشگیری بعنوان مجموعه کوشش‌های ما برای تامین زندگی سالم و سازنده برای همه افراد گفته می‌شود.

پیشگیری سبک‌های زندگی سازنده را ارتقاء و بهبود می‌بخشد که این سبک‌ها مخالف سوء مصرف مواد است و ایجاد محیط‌های اجتماعی را تشویق می‌کند که سبک‌های زندگی عاری از مواد را تسهیل می‌کند. پیشگیری باعث جلوگیری از مشکلات مربوط به سوء مصرف مواد می‌شود.

پیشگیری موفق از تنباکو، الکل، و دیگر مواد به این معنی است که نوجوانان، زنان حامله و دیگر جمعیت‌های در معرض خطر، الکل، تنباکو و دیگر مواد را مصرف نکنند. پیشگیری خطر مصرف مواد را کاهش می‌دهد و محیط ایمن را بوجود می‌آورد. پیشگیری موفق منجر به کاهش در مرگ و میرهای مربوط به ترافیک، خشونت، **HIV/AIDS** و دیگر بیماری‌های مقاربتی جنسی (**STDs**)، تجاوز، حاملگی نوجوان، سوء رفتار با کودک، سرطان و بیماری قلبی، صدمات و تروما و دیگر مشکلات مربوط به سوء مصرف مواد می‌شود. پیشگیری فرآیند پویایی است که باید مرتبط با هر نسل باشد و استمرار پیدا کند.

۱-۶-۳. بهداشت روانی:

بهداشت روانی به مفهوم عام خود یعنی سلامت فکر و تعادل روانی و دارا بودن خصوصیات مثبت روانی و نیز راه‌های دستیابی به سلامت فکر و روح که تکامل فردی و اجتماعی انسان‌ها با پرداختن به آن روشن می‌شود.

۱-۶-۲. تعاریف عملیاتی:

در این پژوهش منظور از علل سیگار کشیدن نمره‌ای است که فرد از پرسشنامه‌ی علل سیگار کشیدن بدست می‌آید.

فصل

دوم

۱-۲. موضع گیری های نظری و یافته های پژوهشی در خصوص اعتیاد به سیگار و سیگار

۱-۱-۲. دیدگاه های مربوط به سوء مصرف مواد

۱. دیدگاه زیست شناختی و پزشکی

دیدگاه پزشکی اولین دیدگاهی است که به اعتیاد به چشم یک اختلال نگریده است (دیویسون و نیل، ۲۰۰۱). تحقیقات مختلفی در زمینه های پایه های زیست شناختی اعتیاد انجام می گیرد. در سال ۱۹۷۴، آنکفالین یک پناپتید درونزا با اثرات شبیه به تریاک شناسایی شد. این کشف به شناسایی سه طبقه از مواد درونزا در مغز از جمله اندروفین ها و آنکفالین ها منجر شد. اندروفین ها در انتقال عصبی وقفه دادن درد، درگیر هستند. این مواد وقتی کسی از نظر جسمی آسیب می بیند آزاد شده و تا حدودی مسئول فقدان درد در ضمن تصادفات حاد هستند. اثرات اولیه ترکیبات تریاک و شبه تریاک از طریق گیرنده های مواد افیونی اعمال می شود. (کاپلان، سادوک و گرب، ۱۹۹۴).

فرد مبتلا به اختلال وابسته به مواد افیونی ممکن است کاهش فعالیت با منشأ ژنتیکی در سیستم افیونی داشته باشد، این کاهش فعالیت ممکن است نتیجه کمتری بودن تعداد یا حساسیت کمتر گیرنده های افیونی، آزاد شدن کمتر مواد افیونی درونزا یا غلظت بالای آنتاگونیست ها فرضی مواد افیونی درونزا باشد (کاپلان، سادوک و گرب، ۱۹۹۴). یکی از پایه های نورولوژیکی مهم که واسطه ای اثرات تقویت کنندگی سوء مصرف مواد است سیستم میان مغزی دوپامین است که هسته های سلول آن در ناحیه ی تگمنتال بطنی است. و مغز قدامی، خصوصاً هسته آکومبوس را عصب می دهد (گیلدر و همکاران، ۱۹۹۶). این راه های دوپامینی بخشی از سیستم پاداش فیزیولوژیکی را تشکیل می دهد که خاصیت بالا بردن فراوانی رفتارهای فعال کننده آن را دارد. این دیدگاه تبیین های بسیار جالبی در مورد وابستگی، تحمل و درد دارو فراهم ساخته اند و همینطور تا حدودی زمینه های ژنتیک سوء مصرف مواد را آشکار ساخته اند.

۲. دیدگاه اجتماعی

¹ Davison & Neal

² Mindbrain dopamine system

نظریه‌های جامعه‌شناسی اعتیاد را یک مسئله اجتماعی تلقی کرده و سعی می‌کنند آن‌ها را از این دید بررسی کرده و تحقیق کنند. بر اساس پژوهش‌های انجام یافته معلوم شده است که وابستگی به مواد افیونی محدود به طبقات پایین اجتماعی - اقتصادی نیست، هر چند میزان بروز وابستگی در این گروه از طبقات اجتماعی - اقتصادی بالاتر است. انواعی از عوامل اجتماعی وابسته به فقر بشری احتمالاً در وابستگی به مواد افیونی دخالت دارند. حدود ۵۰٪ مصرف‌کننده‌های هروئین در شهرها کودکان تک‌والد یا والدین از هم جدا شده هستند و از خانواده‌هایی برآمده‌اند که در آن‌ها حداقل یک عضو مبتلا به اختلال وجود دارد (کاپلان، سادوک و گرب، ۱۹۹۴). خطر سوء مصرف دارو در جوامعی بالاست که به نوعی نسبت به مصرف دارو سهل‌انگار هستند. ممکن است در گروه‌های همتا، جوان برای مصرف دارو به منظور کسب شأن و قابلیت تحت فشار اجتماعی قرار گیرد. بعضی از پژوهش‌ها، شواهدی نشان داده‌اند مبنی بر این که مصرف دارو توسط افرادی را می‌توان با توجه به مصرف مواد، توسط همتا‌های او پیش‌بینی کرد (گیلدر و همکاران، ۱۹۹۶).

بین سوء مصرف دارو و شاخص‌های محرومیت اجتماعی نظیر بیکاری و بی‌خانمانی رابطه وجود دارد (گیلدر و همکاران، ۱۹۹۶). از عوامل دیگری که در دیدگاه‌های اجتماعی مطرح است قابلیت وصول دارو توسط افراد می‌باشد. استفاده از داروهای نسخه شده که به راحتی از اکثر داروخانه‌ها قابل وصول است. بعضی از داروها مثل نیکوتین که به راحتی قابل وصول است. سیگار هم که در اکثر کشورها از طریق قاچاق قابل وصول است دیدگاه‌های جامعه‌شناختی اطلاعات بسیار زیادی در زمینه‌ی سوء مصرف مواد فراهم ساخته‌اند.

۳. دیدگاه روان‌تحلیلی

در مقالات روان‌تحلیلی، رفتار معتاد به سیگاربر حسب تثبیت لیبیدویی، با پیشرفت به سطوح پیش تناسلی، دهانی یا حتی سطح ابتدایی‌تر رشد روانی - جنسی توصیف شده است. اکثر نظریه - پردازان روان‌تحلیلی بیش از همه روی حالت دهانی تاکید کرده‌اند. نیاز به توضیح روابط سوء مصرف مواد، دفاع، کنترل تکانه، اختلالات عاطفی و مکانیسم‌های انطباقی باعث شده تا روان - تحلیلمان معاصر بیشتر بر روی ضابطه‌مندی روان‌شناسی ایگو تاکید کنند. غالباً تصور می‌شود

آسیب دیدگی شدید ایگو با سوء مصرف دارو رابطه دارد و حاکی از آشفتگی‌های عمیق مربوط به رشد می‌باشد. در نظریه‌های معاصر مسائل مربوط به رابطه بین ایگو و عواطف به عنوان یک ناحیه کلیدی موضوع اعتیاد مطرح شده است.

۴. دیدگاه‌های یادگیری و شناختی - رفتاری

نظریه پردازان افراطی دیدگاه یادگیری سعی کرده‌اند که با الگوی محرک - پاسخ مسئله پیچیده اعتیاد را تبیین کنند ولی با توجه به ناکارآمدی این الگو، در درمان و پیشگیری از سوء مصرف مواد اکثر پژوهشگران به الگوی محرک - ارگانیسم - پاسخ روی آورده‌اند و این الگو را در تبیین و درمان سوء مصرف مواد کارآمد و اثربخش یافته‌اند (بندورا^۱، ۱۹۹۷؛ گزوپ، ۱۹۹۴).

در رویکرد یادگیری مشاهده‌ای بر عوامل زمینه‌ساز شناختی، رفتاری و عاطفی توأم توجه می‌شود و در این میان بر موضوعات کلیدی چون خویش‌داری^۲، خوداثربخشی^۳ و تغییر محیط و رفتار تأکید می‌شود. پژوهشگران زیادی با استفاده از این رویکرد، طرح‌های درمانی متنوعی را برای درمان اختلالات مختلف سوء مصرف مواد فراهم ساخته‌اند.

رویکرد شناختی - رفتاری نیز تقریباً مثل طرفداران نظریه‌ی یادگیری مشاهده‌ای بر شناخت نگرش افراد، عواطف، هیجانات، رفتار و شیوه‌های مقابله‌ای معتادان تأکید دارد (گزوپ، ۱۹۹۴). از این دید افراد معتاد قبل از شروع مصرف دارو تا حدودی کمبود مهارت‌های شناختی و رفتاری دارند که آسیب‌پذیری آنان را شدت می‌بخشد. غالباً به نظر می‌رسد که آن‌ها توان مقابله با چالش‌های روزمره‌ی زندگی را ندارند، احساسات ایشان بی‌ثبات است و از افسردگی، اضطراب، مشکلات زندگی، بد خلقی و مواردی از این قبیل شکایت می‌کنند (گیلدر و همکاران، ۱۹۹۶). دیدگاه‌های شناختی - رفتاری از جمله آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و سبک حل مسئله کارآمدی خود را در پیشگیری از بروز و نیز پیشگیری از عود مجدد سوء مصرف مواد نشان داده‌اند (گزوپ، ۱۹۹۴).

عوامل مخاطره آمیز

¹ Bandura

² Self-Control

³ Self-Efficacy

عوامل مخاطره آمیز مصرف مواد شامل عوامل فردی، عوامل بین فردی و محیطی و عوامل اجتماعی است.

عوامل مخاطره آمیز فردی

□ دوره نوجوانی و جوانی

□ استعداد ارثی

□ صفات شخصیتی:

• صفات ضد اجتماعی

• پرخاشگری

• اعتماد به نفس پایین

□ اختلالهای روانی:

• افسردگی اساسی

• فوبی

□ شرایط عاطفی

□ نگرش مثبت به مواد

□ موقعیتهای مخاطره آمیز:

• ترک تحصیل

• بی سرپرستی

□ تأثیر مثبت مواد بر فرد

در اینجا به شرح هر یک از عوامل فوق می پردازیم:

دوره نوجوانی و جوانی

طی دوره کودکی، فرد بشدت تحت تأثیر خانواده است اما بتدریج وبا افزایش سن ، نقش افراد خارج از خانواده بخصوص همبازی‌ها و همکلاس‌ها افزایش می‌یابد و از اهمیت خانواده کاسته می‌شود. این شرایط با افزایش سن فرد سیر فزاینده می‌یابد و طی دوره نوجوانی به اوج خود می‌رسد. دوره نوجوانی به خودی خود یکی از حادترین ادوار زندگی است؛ چرا که مخاطره-آمیزترین دوران زندگی از نظر شروع به مصرف مواد است. نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی و کسب هویت فردی و اجتماعی است. در این دوره، میل به استقلال و مخالفت با والدین به اوج می‌رسد و نوجوان برای اثبات بلوغ و فردیت خود ارزش‌های خانواده را زیر سوال می‌برد و سعی در ایجاد و تحلیل ارزش‌های جدید خود دارد. مجموعه‌ی این عوامل، علاوه بر حس کنجکاوی و نیاز به تحرک، تنوع و هیجان، فرد را مستعد مصرف مواد می‌نماید.

در این دوره فشار دوستان و همسالان ممکن است افکار و نوع تربیت خانوادگی او را تحت‌الشعاع قرار دهد. بسیاری از نوجوانان متعلق به خانواده‌های عاری از سیگار ممکن است اولین تجربه استعمال مواد را از دوستان خود فراگیرند (لیاقت، ۱۳۷۴). علاوه براین شرایط ، طی دوره جوانی برای فرد نیازهای جدیدی بوجود می‌آید. بعنوان مثال نیاز به کسب هویت از آن جمله است. چنانچه خانواده و جامعه شرایط لازم برای نیل به هویت فرد را فراهم آورند این نیاز بصورت مناسب برآورده می‌شود، در غیر اینصورت فرد برای نیل به هویت و ابراز وجود راه‌های انحرافی را برمی‌گزیند، از جمله این راه‌های انحرافی عضویت در گروه‌های کجرو است، نوجوانی که خواهان تثبیت هویت خود بعنوان عضوی از گروه است با رغبت تام درهمه‌ی فعالیت‌های گروه شرکت می‌کند تا وفاداری خود را به گروه ثابت نماید. براساس همین شرایط در حدود ۷۳٪ از مددجویانی که بدلیل اعتیاد به کانون اصلاح و تربیت اهواز فرستاده شده‌اند مصرف سیگار را از مدرسه و در سنین بین ۱۴ - ۱۲ سالگی آغاز کرده‌اند (مرکز جرم‌شناسی اداره‌ی کل زندان‌های استان خوزستان :

چنانکه ذکر شد فرآیند هویت‌یابی جوان با مشکلاتی همراه است که به شرط آگاهی والدین و جوانان از این مشکلات، طی کردن این دوره تسهیل می‌شود. اما در برخی خانواده‌ها آنقدر مشکل و درگیری وجود دارد که افراد درگیر فرآیند هویت‌یابی، به ناگزیر از راه‌های انحرافی به این مهم نایل می‌آیند. بدلیل این مشکلات، جوان در خانه امکان ابراز وجود نمی‌یابد، درعین حال ابراز وجود برای او یک نیاز است. این موقعیت درکنار یک محیط جرم‌خیز که در آن استعمال سیگار نشانه‌ای برای بلوغ و به اصطلاح «کسی شدن» است، باعث می‌شود فرد بسوی کسانی سوق داده شود که امکانات ابراز وجود را در اختیار او قرار دهند. وقتی والدین با جوان برخوردی کودکانه دارند، سبب می‌شوند تا وی با انجام رفتارهای مربوط به بزرگسالان، نشان دهد که دیگر کودک نیست. در این شرایط ممکن است فرد به سیگار، مصرف الکل یا سیگار روی آورد (کرباس، ۱۳۷۷).

ژنتیک

شواهد مختلفی از استعداد ارثی اعتیاد به الکل و مواد وجود دارد. تاثیر مستقیم عوامل ژنتیکی عمدتاً از طریق اثرات فارماکوژنتیک و فارکودینامیک مواد در بدن می‌باشد که تعیین‌کننده تاثیر ماده بر فرد است. برخی از عوامل مخاطره‌آمیز دیگر نیز تحت نفوذ عوامل ژنتیکی هستند مانند برخی اختلالات شخصیتی و روانی و عملکرد نامناسب تحصیلی ناشی از اختلالات یادگیری.

صفات شخصیتی

عوامل مختلف شخصیتی با مصرف مواد ارتباط دارند. از این میان، برخی از صفات بیشتر پیش‌بینی‌کننده احتمال اعتیاد هستند و به طور کلی فردی را تصویر می‌کنند که با ارزشها یا ساختارهای اجتماعی مانند خانواده، محیط آموزشی و مذهب پیوندی ندارد و یا از عهده انطباق، کنترل یا ابراز احساسهای دردناکی مثل احساس گناه، خشم و اضطراب بر نمی‌آید. این صفات عبارتند از: عدم پذیرش ارزشهای سنتی و رایج، مقاومت در مقابل منابع قدرت، نیاز شدید، احساس فقدان کنترل بر

زندگی خود، اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت در برابر پیشنهادهای خلاف دیگران، فقدان مهارتهای اجتماعی و انطباقی. از آنجا که اولین مصرف مواد، معمولاً از محیطهای اجتماعی شروع می شود هر قدر فرد قدرت تصمیم گیری و مهارت ارتباطی بیشتری داشته باشد، بهتر می تواند در مقابل فشار همسالان مقاومت کند.

اختلال های روانی

در حدود ۷۰ درصد موارد، همراه با اعتیاد اختلالهای دیگر روانپزشکی نیز وجود دارد. شایع ترین تشخیصها عبارتند از: افسردگی اساسی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، فوبی، دیس تایمی، اختلال وسواسی- جبری، اختلال پانیک، مانیا، اسکیزوفرنی.

نگرش مثبت به مواد

افرادی که نگرشها و باورهای مثبت و یا خنثی به سیگار دارند، احتمال مصرف و اعتیادشان بیش از کسانی است که نگرشهای منفی دارند. این نگرشهای مثبت معمولاً عبارتند از: کسب بزرگی و تشخیص، رفع دردهای جسمی و خستگی، کسب آرامش روانی، توانایی مصرف مواد بدون ابتلا به اعتیاد.

موقعیتهای مخاطره آمیز فردی

بعضی از نوجوانان و جوانان در موقعیتهای شرایطی قرار دارند که آنان را در معرض خطر مصرف مواد قرار می دهد. مهمترین این موقعیتهای عبارتند از: در معرض خشونت قرار گرفتن در دوران کودکی و نوجوانی، ترک تحصیل، بی سرپرستی یا بی خانمانی، فرار از خانه، معلولیت جسمی، ابتلا به بیماریها یا دردهای مزمن. حوادثی مانند از دست دادن نزدیکان یا بلایای طبیعی ناگهانی نیز ممکن است منجر به واکنشهای حاد روانی شوند. در این حالت فرد برای کاهش درد و رنج و انطباق با آن از مواد استفاده می کند.

تأثیر مواد بر فرد

این متغیر وقتی وارد عمل می شود که ماده حداقل یک بار مصرف شده باشد. چگونگی تاثیر یک ماده بر فرد، تابع خواص ذاتی ماده مصرفی و تعامل آن با فرد و موقعیت فرد مصرف کننده است. تاثیر مواد بر فرد مصرف کننده، به میزان قابل توجهی، به مشخصات او بستگی دارد. این مشخصات عبارتند از: شرایط جسمی فرد، انتظار فرد از مواد، تجربیات قبلی تاثیر مواد و مواد دیگری که هم زمان مصرف شده اند. مواد مختلف نیز تاثیرهای متفاوتی بر وضعیت فیزیولوژیک و روانی فرد دارند، مثلاً: هروئین و کوکائین سرخوشی شدید، الکل آرامش و نیکوتین مختصری هشیاری و آرامش ایجاد می کند.

عوامل مخاطره آمیز بین فردی و محیطی

□ عوامل مربوط به خانواده:

• غفلت از فرزندان

• وجود الگوی نامناسب در خانواده

• خانواده آشفته

• شرایط عاطفی

□ عوامل مربوط به دوستان:

• دوستان مصرف کننده مواد

□ عوامل مربوط به محیط آموزشی:

• فقدان محدودیت

• فقدان حمایت

□ عوامل مربوط به محل سکونت:

• شیوع خشونت و اعمال خلاف

عوامل مربوط به خانواده

خانواده اولین مکان رشد شخصیت، باورها و الگوهای رفتاری فرد است. خانواده علاوه بر اینکه، محل حفظ و رشد افراد و کمک به حل استرس و پاتولوژی است، منبعی برای تنش، شکل و اختلال نیز می‌باشد. نا آگاهی والدین، ارتباط ضعیف والدین و کودک، فقدان انضباط در خانواده، خانواده متشنج یا آشفته و از هم گسیخته، احتمال ارتکاب به انواع بزهکاریها مانند سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد. همچنین والدینی که مصرف کننده مواد هستند باعث می‌شوند فرزندان با الگو برداری از رفتار آنان مصرف مواد را یک رفتار بهنجار تلقی و رفتار مشابهی پیشه کنند. تحقیقات نشان می‌دهند، افرادی که به انواع سیگار اعتیاد پیدا کرده‌اند، اغلب اولین تجربه‌ی‌شان را به صورت تفریحی و در دوران نوجوانی کسب کرده بودند و به تدریج اعتیاد آنان، از حالت تفریح خارج شده و با تکرار و زیاد شدن میزان مصرف، معتاد شده‌اند. از آن جایی که مصرف سیگار همیشه رو به افزایش است، نوجوان نیز ابتدا با مقداری کم شروع می‌کند و چون با گذشت زمان، مقدار کم اولیه نیاز جسمی او را تامین نمی‌کند، مجبور می‌شود یا مقدار مصرف را افزایش دهد و یا فاصله زمانی مصرف را کوتاه تر کند که در نهایت منجر به وابستگی شدید او به مواد و اعتیاد او می‌شود. در نظر داشته باشید، رهایی از تجربیات منفی مکرر بسیار دشوار و طاقت فرسا است. گروهی دیگر از جوانان و نوجوانانی که شروع به مصرف سیگار می‌کنند، اظهار می‌دارند که برای فرار از مشکلات و مسائل زندگی روزمره و داشتن احساسی بهتر از احساس فعلی شان دست به این کار زده‌اند. به طور کلی، عوامل متعددی موجب اعتیاد جوانان می‌شوند که مهمترین آنها عبارتند از:

عوامل خانوادگی :

۱- زمینه های خانوادگی: متأسفانه اغلب افرادی که در خانواده های معتاد متولد می-شوند و پرورش می یابند تکرار مصرف اعضای خانواده برایشان عادی می شود و ترس از تجربه مصرف آن از آنان دور می شود چون بین پدر و فرزند از لحاظ ژنتیک رابطه‌ی مستقیم وجود ندارد بلکه عمل مصرف پدر برای فرزندان عادی می شود ولی اگر مادری در دوران بارداری معتاد باشد فرزندش معتاد متولد می شود که قابل درمان است.

الگوهای نامناسب رفتاری اطرافیان منجر به تقلید کورکورانه نوجوانان از آنان می شود. سیگار کشیدن، نوشیدن الکل، اعتیاد به سیگار و سایر کجروی های اخلاقی در خانواده موجب بدآموزی و زمینه سازی برای شروع انحرافات و آسیب های اجتماعی در بچه ها (اعم از کودک و نوجوان) می شود. در چنین خانواده هایی نوجوانان به جای این که به فکر انجام فعالیت های مثبت و سازنده باشند، مدام درصدد یافتن راه هایی برای مقابله با آثار این بحران ها هستند و در بدترین شرایط نیز خود درگیر آن می-شوند.

۲- فقرمادی خانواده: باکمال تأسف دیده شده که بیشترین معتادان هر جامعه را افراد فقیر تشکیل می دهند مثلاً افرادی که در محله های شلوغ و پرجمعیت و شهرهای صنعتی و تجاری زندگی میکنند بیشترین درصد معتادان شهر نیویورک هستند. البته نمی توان گفت بین فقر و اعتیاد رابطه مستقیمی وجود دارد چون در جامعه ها خیلی از افراد هستند که فقیرند ولی معتاد نیستند.

علت هایی که افراد را به این راه می کشاند یکی از محرومیت های ناشی از فقر است. عامل دیگر این است که توزیع کنندگان سعی می کنند که عوامل توزیع را از این گونه افراد انتخاب کنند چون به علت فقر تخصص و حرفه ای ندارند و در نتیجه بازارکارشان بی رونق است عوامل تولید سعی می کنند که اول آن ها را معتاد کنند و بعد از آنان برای فروش سیگار استفاده نمایند چون کاری است بدون زحمت و با درآمد نسبتاً خوب و در عین حال به تخصص هم نیازی ندارد چون خوشبختانه بین میزان آگاهی و شناخت یا حدود تحصیلات و اعتیاد مردم رابطه معکوس هست.

زیرا به دلیل فقر و نداری امکان دسترسی به بسیاری از امکانات آموزشی را از دست می‌دهند و هیچ تخصص و حرفه‌ای پیشه نمی‌کنند و در نتیجه در بازار کار سهم عمده‌ای ندارند. همین امر موجب کشیده شدن گروهی از جوانان به سمت و سوی فروش سیگار و امکان استفاده از آن قرار می‌گیرند.

۳- عدم آگاهی و کم سوادی: افرادی که از سواد و

تحصیلات کمتری برخوردارند، آسیب پذیرتر از افرادی هستند که نسبت به مضرات و تاثیرات سوء سیگار آگاهی دارند. هر چند نمی‌توان میزان تحصیلات افراد را عاملی برای مصرف این گونه مواد دانست، اما تحقیقات بسیاری نشان می‌دهند که هر چه سواد و میزان تحصیلات قشر جوان بالاتر باشد، کمتر به اعتیاد و استفاده از مواد روی می‌آورند. بر اساس آمار ۶۶ درصد افراد معتاد، سوادی در سطح ابتدایی و کمی نیز در سطح متوسطه داشته‌ان.

۴- اختلافات خانوادگی: آمارها نشان می‌دهند، نوجوانانی

که والدین شان دچار مشکلات و مسائل اخلاقی - رفتاری هستند، بیشتر در معرض خطر اعتیاد و مصرف سیگار هستند. مشکلات رفتاری خانوادگی منجر به عدم امنیت و فشار روانی بر جوانان و نوجوانان می‌شود و آنان را از محیط امن خانواده دور می‌سازد. همین امر موجب ارتباط بیشتر او با دوستان و گاه افراد مسئله داری می‌شود که زمینه ساز بسیاری از مسائل اجتماعی بعدی می‌شوند.

۵- خصوصیات و ویژگی‌های جوانان و نوجوانان: در خیلی

از موارد مشاهده می‌شود، نوجوانان و جوانانی که مضطرب، پریشان، افسرده و منزوی هستند، مرتب دچار شکست‌های گوناگون تحصیلی- اجتماعی می‌شوند و عزت نفس، خویشتن داری و اعتماد به نفس‌شان را از دست می‌دهند و به سیگار، الکل، سیگار و... به عنوان مفری برای رهایی از این مشکلات روی می‌آورند.

۶- فشار دوستان و هم سالان: گروهی از نوجوانان به

دلیل سازگاری با دوستان و همسالان‌شان و یک رنگ شدن با

آنها چنان موجودیت فردی - خانوادگی خود را فراموش می-کنند که در برابر هر تقاضایی سر تسلیم فرود می‌آورند. هر چه روابط بین والدین و فرزندان نوجوان‌شان کاهش یابد، ارزش همسالان و روابط گروهی برای آنان بیشتر می-شود.

۷- شرایط عاطفی: یک موضوع دیگر که با مشکلات خانوادگی مربوط است، عدم صمیمیت و فقدان رابطه عاطفی بین والدین و فرزندان می‌باشد. زمانی که نیازهای عاطفی جوان در محیط خانواده برآورده نشود، او سعی می‌کند این نیاز را با اتکا بر دوستان حل کند و به اصطلاح ((نگاه به بیرون)) دارد. از آنجا که فقدان تجربه و هیجان پذیری از جمله مؤلفه‌های دوره جوانی است، در این جمع‌های دوستانه اموری مانند استعمال سیگار، سیگار و موضوعات جنسی بعنوان نوعی سرگرمی تلقی می‌شود. بدیهی است که همه افراد با هدف غرق شدن در این امور وارد محافل دوستانه نمی‌شوند، ولی گروه از مکانیزم‌هایی برای یکدست کردن افراد استفاده می‌کند که همه‌ی افراد را ناگزیر به مشارکت در این فعالیت‌ها یا ترک گروه می‌نماید. اصرار در استعمال مواد، سبک مصرف مشارکتی (که در آن اعضای گروه بصورت دوره می‌نشینند و به نوبت مواد استعمال می‌کنند)، تمسخر کردن افرادی که از مشارکت امتناع می‌کنند یا مخاطب قرار دادن آنان با القابی مانند « جوجه، بچه‌ننه، آدم حسابی و . . . » از جمله‌ی این مکانیزم‌ها است. همچنین شرایط مزبور سبب کاهش اثر تلاش‌هایی می‌شود که در جهت بازپروری معتادین صورت می‌پذیرد. مثلاً در یک مطالعه معلوم شده است ۳۴٪ معتادین سابق بدلیل وجود دوستان معتاد و تحت تأثیر اصرارهای آنان مجدداً به اعتیاد روی آورده‌اند (فرجاد، ۱۳۷۴). البته همین شرایط را با توجه به محیط و برگشت فرد به موقعیتی که نسبت به نشانه‌های آن شرطی شده و به همین دلیل به مصرف مجدد مواد گرایش می‌یابد، نیز می‌توان تبیین نمود.

در برخی تحقیقات علاوه بر تشویق و فشار همسالان، وجود گسستگی در خانواده، فقدان رابطه با سایر اعضای خانواده و ناامیدی نسبت به آینده از جمله عوامل مؤثر در پیوستن فرد به گروه همسالان کجرو تلقی می‌شود (عدالتی ۴۹ : ۱۳۷۷). در تحقیقی دیگر (نریمانی ۱۲۲ : ۱۳۷۷) آمده

است که ۵۲٪ معتادان نمونه‌ی مورد بررسی گفته‌اند که حداقل یک دوست معتاد داشته‌اند و از جمله عوامل مهم بازگشت مجدد به اعتیاد، دوستان معتاد هستند.

نقش خانواده در آگاه سازی جوانان و نوجوانان برای پیشگیری از عادات و رفتارهای منفی و غیر سالم جوانان و نوجوانان، هیچ گاه نباید صبر کرد تا آنان با چنین مشکلاتی درگیر شوند و آن گاه درصدد یافتن راه حل و شیوه مقابله با آن برآیند. از طرف دیگر، با نادیده گرفتن و یا انکار واقعیات موجود، نه تنها نمی‌توان مشکلی را حل کرد، بلکه فرصت یافتن راه حل هم از دست می‌رود. بهای پیشگیری موثر از اعتیاد جوانان، همانا هوشیاری همیشگی والدین و اعضای موثر خانواده است.

جوانی نمایانگر رشد، بلوغ و تشکیل عادات پایدار فردی است. جوانی دوره ای است که با گذر از انواع هیجان‌ها، آشوب‌ها و آشفتگی‌های روحی - روانی گوناگون به سوی رشد اجتماعی سالم در حال تحول است. نتایج تحقیقات بی‌شماری نشان می‌دهند، نوجوانان و جوانانی که ارتباط صمیمانه و نزدیکی با اعضای خانواده شان دارند و از بودن در جمع آنها احساس رضایت و شادی می‌کنند، کمتر به دنبال رفتارهای ناسالم می‌روند

ستیزه والدین:

ضمن ارتباط و تماس با معتادان جوان، با عده‌ای برخوردیم که از روابط نامطلوب والدینشان با یکدیگر و با آنان این راه را انتخاب کرده بودند چون وقتی محیط خانواده کانون و محیط مناسبی برای زندگی نباشد انسان سعی می‌کند بیشتر اوقات خود را در خارج از خانواده بگذراند.

و این کار ارتباط او را با دیگران مانند کسانی که شکارچیان ماهری هستند و به دنبال شکار می‌گردند زیاد می‌کند و آنان پس از شناخت مشکل شخص در جهت انسانی دلسوز ظاهر می‌شوند و او را به استفاده از سیگار دعوت می‌کنند و پس از چند بار مصرف معتادش می‌کنند.

رفاه اقتصادی خانواده :

تعداد چشم گیری از مشتریان سیگار را افراد ثروتمند و پردرآمد جامعه تشکیل می دهند چون در خانوادهایی که رفاه و درآمد اقتصادی زیاد است و روابط انسانی بر اثر کثرت کار و یا سرگرمی ضعیف تر می گردد.

ضعف روابط انسانی به نوبه خود عامل مساعدی برای کشش به سیگار است. بهترین دلیل این مدعا افزایش روزانه درصد معتادان در جوامع صنعتی غرب است که با رشد صنعت روابط انسانی ضعیف تر می گردد امروزه والدین و فرزندان نسبت به هم احساس و عاطفه گذشته را ندارند.

چون بایکدیگر تماس و ارتباط کمتری دارند و یا افرادی که درآمد بیش از حد دارند موقعیت و زمینهی مساعدتری برای شرکت در کلوپ های شبانه و یا تفریحات متنوع در داخل و یا خارج از کشور را دارند و بدیهی است که این قبیل امکانات هم برای مصرف و هم برای فروش سیگار جای مساعدی است .

در جامعه های امروزی افرادی که بیشترین درآمد را دارند چون برخی از هنرمندان هنرهای مبتذل و آثانی که زندگی خوبی دارند اغلب ارقام چشم گیری از معتادان را تشکیل می دهند.

در دسترس بودن موادمخدر :

یکی از مهمترین عوامل اعتیاد دردسترس بودن موادمخدر است چون چیزی که به آسانی در اختیار مردم قرارگیرد گرایش به آن آسانتر صورت می پذیرد در ایران به تجربه ثابت شده است که اجازه مصرف تریاک حتی طی شرایطی خاص برای عده مخصوصی که به اعتیاد جوانان کمک کرده است و چه بهتر که وزارت بهداشت و درمان و سازمان بهزیستی نیز به این مشکل اجتماعی بیشتر توجه کند چون حتی گرفتن اجازه مصرف برای عده ای وسیله درآمد شده است که هم به نابودی افراد جامعه کمک می کند و هم رشد اجتماعی و اقتصادی جامعه را که با وجود نیروی انسانی کارساز نیست (نیاز دارد) متوقف می نماید در آمریکا ثابت شده است که در زمان قانونی بودن مصرف سیگار حشیش ، درصد معتادان بسیار بالا بوده است و یاد رکوشور نپال که مصرف حشیش و هروئین آزاد است .

بالا ترین رقم جذب توریست جوان را از جامعه های صنعتی غرب دارد و حتی ازدخترانی که به نپال می آیند و مدت توقفشان طولانی می شود ممکن است برای خرید سیگار تن به خودفروشی بدهند.

نابرابری های اقتصادی و اجتماعی:

اختلاف طبقاتی در هر جامعه به بی ایمانی بیشترین افراد آن جامعه نسبت به شرایط اقتصادی موجود منتهی می شود و همین بی ایمانی نسبت به شناخت اجتماعی در گرایش به اعتیاد تاثیر به سزایی دارد. یکی از دلایل عمده ای که جامعه ی آمریکا بالاترین رقم معتادان را دارد وجود طبقات اجتماعی مختلف در آن جامعه است طبقاتی بودن آن جامعه تضاد اجتماعی را زیاد می کند و شاید سیگار راه درمان مناسبی در این زمینه برای مردم باشند. هر سال دولت آمریکا میلیون ها دلار پول صرف بیماری اجتماعی اعتیاد می کند و با توجه به نظر رهبران آمریکا به این مشکل اجتماعی سالیانه درصد معتادان در حال افزایش است و به همین علت تا شکاف و فاصله طبقاتی کم نشود اعتیاد در آن جامعه کاهش نخواهد یافت.

بیکاری :

به عنوان یک پدیده اجتماعی زمینه مساعدی برای انحراف بویژه اعتیاد است افراد بیکار چون بیشترین اوقات خود را در قهوه خانه ها یا تریاها می گذرانند و این گونه اماکن بهترین و مناسب ترین جابرای فروش و مصرف سیگار است.

در نتیجه برای گرایش و کشش به طرف اعتیاد عامل مساعدی به شمار می آیند که دراصل ازبیکاری مردم ناشی می شود زیرا یکی از مواردی که در هنگام تحقیق نظر مرا جلب میکرد وجود این قبیل اماکن عمومی برای مصرف سیگار بود .

عقاید معتادان درباره اعتیاد و اعتقادات دینی:

۹۳ درصد اظهار داشتند که اعتیاد چه از نظر جسمانی و چه از نظر اجتماعی برایشان مضر است. جوانان بیشتر درباره عواقب اجتماعی اعتیادشان نگرانی داشتند ولی افراد مسن تر در باره عواقب جسمانی ۷۸ درصد اظهار نمودند که مذهب بطور کلی با اعتیاد مخالف است ولی ۲۱ درصد اظهار نمودند که نظر مذهبی وضع اعتیاد کاملاً روشن نیست یک درصد اظهار نمودند که مذهب هیچ گونه قانونی علیه اعتیاد ندارد.

۹۶ درصد اظهار داشتند که به عقاید مذهبی پای بند می باشند ولی ۳۸ درصد وظایف مذهبی شان را انجام می دادند (فرجاد و همکاران، ۷۴).

عوامل مربوط به دوستان

تقریباً در ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می دهد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان به اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد، برای گرفتن تایید رفتار خود از دوستان، سعی می کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. گروه «همسالان» به خصوص، در شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار موثر هستند. بعضی از دوستی ها، صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می گیرد. نوجوانان به تعلق به یک گروه نیازمندند و اغلب پیوستن به گروه هایی که مواد مصرف می کنند، بسیار آسان است. هر چند پیوند فرد با خانواده، محیط آموزشی و اجتماعات سالم کمتر باشد، احتمال پیوند او با این قبیل گروه ها بیشتر می شود.

مطالعات متعددی در زمینه سبب شناسی پدیده اعتیاد بعمل آمده و محققان عوامل مختلفی را در ارتباط با شیوع اعتیاد معرفی نموده اند. یکی از یافته های ثابت تحقیقات نقش عمده دوستان و همسالان در کشیده شدن به اعتیاد است. در پی به این تحقیقات اشاره می شود.

دوستان و معاشران و بطور کلی همسالان در سال های جوانی نقش مهمی در کشیده شدن فرد به اعتیاد دارند (اورنگ، ۱۳۶۷، کی نیا، ۱۳۶۷ نقل از تقوی، ۱۳۷۷) در تحقیق فرجاد و همکاران (

۱۳۷۴) ۶۳٪ از نمونه شروع اعتیاد را در نتیجه توصیه‌ی دوستان اعلام کرده‌اند. این میزان به نسبتی مشابه در تحقیقات دیگر نیز یافت شده است. ۶۰٪ نمونه‌ی معتادان مورد بررسی عدالتی (۱۳۷۷) توسط دوستان با سیگار آشنا شده‌اند. ۶۱٪ نمونه‌ی مورد بررسی زرگر (۱۳۷۸) دوستان یا همکاران را اولین پیشنهاد دهنده‌ی مصرف سیگار عنوان کرده‌اند. همچنین فرخاک (۱۳۷۸) دریافت ۶۱/۴٪ معتادان یک نمونه‌ی کشوری تحت تأثیر دوستان به مصرف مواد روی آورده‌اند. چنانکه گفته شد این یافته جزء موارد مکرر بوده و در تحقیقات خارج از کشور نیز به آن اشاره شده است. دینز و مارتین (۱۹۹۲ نقل از سراج خرمی ۱۳۷۵) دریافتند همه‌ی آزمودنی‌هایی که در ماه قبل از تحقیق سیگار مصرف کرده بودند، بصورت غیرقابل تغییر دوستانی معتاد داشته‌اند. مطالعات هیوگز (۱۹۹۵ نقل از عدالتی، ۱۳۷۷) نشان می‌دهد نقش همسالان در گرایش نوجوانان به مواد حائز اهمیت بسیار است.

روش‌های مقابله با فشار همسالان

روش‌های مختلفی برای کاهش فشار ناشی از شرایط گروهی دوستان و همسالان وجود دارد که همگی بر آموزش تأکید دارند. از آن جمله واکسیناسیون ذهنی، آموزش قاطعیت و آموزش مهارت‌های زندگی است که در پی به تفکیک بررسی می‌شوند.

واکسیناسیون ذهنی

از زمان کشف عوامل میکروبی ایجاد بیماری‌های واگیر توسط پاستور، ایجاد مصونیت در برابر عوامل بیماری‌زا از طریق واکسینه کردن افراد یکی از طرق مهم پیشگیری از بیماری‌های عفونی بشمار رفته است (مه‌ریار و جزایری ۱۹: ۱۳۷۷). هرچند در مورد مشکلات اجتماعی نظیر اعتیاد امکان واکسیناسیون به معنی دقیق آن وجود ندارد، اما فرض بر آن است که با هشدار دادن به افراد نوعی آمادگی برای مقابله با شرایط سوق دهنده به سوی مصرف مواد در آن‌ها بوجود می‌آید. از نظر تاریخی آغاز کاربرد این روش به دوران جنگ کره برمی‌گردد که تعداد زیادی از خلبانان آمریکایی

به اسارت نیروهای چینی درآمدند. تجربه ناشی از این شرایط باعث شد مطالبی در مورد نحوه مقابله با اندیشه‌های کمونیستی به نیروهای در معرض خطر اسارت ارائه دهند، با این هدف که در صورت اسارت افراد امکان مقابله با اندیشه‌های کمونیستی و مقاومت در برابر آن‌ها داشته باشند. نحوه کار بدینگونه بود که حملاتی خفیف به مبانی فکری افراد می‌شد تا به استدلال در برابر این حملات بپردازند (ارونسون ۹۲ : ۱۹۹۱). در ارتباط با اعتیاد نیز امکان استفاده از این روش برای گروه‌های در معرض خطر وجود دارد. با تشخیص دقیق روش‌های اعمال فشار گروهی می‌توان فرد را برای مقابله با این شرایط آماده کرد، درست همانطور که گویی او را برای مقابله با یک میکروب آماده می‌کنیم.

آموزش قاطعیت

در این روش فرض بر آن است که نوجوانان بدلیل فقدان اعتماد به نفس و احساس ضعف در برابر دیگران نمی‌توانند به تقاضاهای نامعقول آنان جواب منفی بدهند. راه حل پیشنهادی عبارتست از تمرین در شرایط خطر ساز (که قبلاً با توجه به شرایط سنی و موقعیت اجتماعی فرد مشخص شده است)، و مشابه سازی این شرایط مخاطره آمیز بگونه‌ای که فرد وقتی در شرایط واقعی قرار گیرد با توجه به تمرین‌های انجام شده توان ایستادگی در برابر تقاضاهای نامعقول از جمله دعوت به استعمال سیگار را داشته باشند. این شرایط نه تنها در مورد پیشگیری از اعتیاد بلکه پیشگیری از عود مجدد اعتیاد در افراد بازپروری شده نیز مؤثر است. با توجه به سن، سواد و شرایط اجتماعی فرد امکان استفاده از تمرین فردی، مشاهده فیلم مناسب با نیاز فرد و یا ترکیبی از دو روش وجود دارد. فرض بر آن است که مکانیزم‌های تنبیه و تقویت جانشین (بندورا ۱۹۸۵ نقل از سیف ۲۱۶ : ۱۳۸۱) در این زمینه فعال می‌شوند و فرد را از عواقب اعمال خود آگاه می‌کنند.

آموزش مهارت‌های زندگی و اطلاع رسانی

در این روش فرض بر این است که فرد بدلیل فقدان تجربه و مهارت ممکن است در مسیرهای انحرافی گرفتار آید و از سوی کسانی راهنمایی شود که فاقد صلاحیت لازم هستند. به همین دلیل با

آموزش مهارت‌های پایه و نیز اطلاع‌رسانی درمورد مخاطرات موجود امکان‌پذیر از شرایط منجر به سوء‌مصرف وجود دارد. اجزاء این روش شامل موارد زیر هستند:

- ۱- آموزش روش‌های تصمیم‌گیری و قبول مسئولیت
- ۲- آموزش روش‌های غلبه بر اضطراب و نگرانی
- ۳- اطلاع‌رسانی درباره‌ی میزان سوء‌مصرف مواد بین جوانان و کل جمعیت
- ۴- آگاهی و اطلاع‌رسانی درباره‌ی عوارض سوء‌مصرف مواد

لازم به توضیح است که این برنامه بصورت وسیع تحت عنوان همیاران جوان توسط اداره‌ی کل زندان‌های استان خوزستان در سال ۱۳۷۷ انجام شد و با دعوت از دانش‌آموزان دبیرستان‌های اهواز در مجتمع فرهنگی ورزشی سپید این اداره‌ی کل ضمن پر کردن قسمتی از اوقات فراغت این گروه از جوانان آموزش‌های لازم در زمینه‌ی اعتیاد و سیگار به آنان ارائه شد (زرگر ۱۹: ۱۳۷۸).

عوامل مربوط به محیط آموزشی

از آنجا که محیط آموزشی بعد از خانواده، مهم‌ترین نهاد آموزشی و تربیتی است، می‌تواند از راه‌های زیر زمینه‌ساز مصرف مواد در نوجوانان باشد:

بی‌توجهی به مصرف مواد و فقدان محدودیت یا مقررات جدی منع مصرف در محیط آموزشی، استرس‌های شدید تحصیلی و محیطی، فقدان حمایت معلمان و مسئولان از نیازهای عاطفی و روانی به خصوص به هنگام بروز مشکلات و طرد شدن از طرف آنان.

عوامل مربوط به محل سکونت

عوامل متعددی در محیط مسکونی می‌تواند موجب گرایش افراد به مصرف مواد شود: فقدان ارزش‌های مذهبی و اخلاقی، شیوع خشونت و اعمال خلاف، وفور مشاغل کاذب، آشفتگی و ضعف همبستگی بین افراد از جمله این عوامل هستند.

معمولاً انتخاب دوست و معاشر با توجه به محل سکونت فرد صورت می‌پذیرد. بنابراین نوع دوستان را می‌توان نمودی از شرایط محیطی و خانوادگی فرد تلقی کرد. باید توجه داشت که در مورد پدیده‌های اجتماعی نظیر اعتیاد یک عامل به تنهایی نقش چندانی ندارد و مقادیر طرح شده فوق در مورد علل گرایش به سیگار را می‌توان بگونه‌ای دیگر نیز توجه کرد که در جای خود مورد بررسی قرار می‌گیرد. یکی از مسائلی را که قبل از بررسی نقش دوستان در گرایش به مواد باید مورد توجه قرار داد، سن شروع مصرف سیگار بعنوان پیش‌آیند مصرف سیگار است.

بررسی‌های متعددی در این مورد صورت گرفته است. ۹۳٪ نمونه‌ی مورد بررسی زرگر (۴۰): شامل معنادین خود معرف، مصرف سیگار را از سنین زیر ۲۵ سال شروع کرده‌اند که محدوده پایین آن زیر ۱۰ سالگی است. در مطالعه فرخاک (۳۸: ۱۳۷۸) معلوم شد اکثر معنادین در گروه سنی بین ۲۰ تا ۳۰ سالگی هستند و میانگین سن شروع مصرف سیگار آن‌ها ۱۸/۸ سال می‌باشد. بعلاوه در یک مطالعه معلوم شده هرچه سن شروع مصرف سیگار پایین‌تر باشد سن شروع مصرف مواد نیز پایین‌تر بوده و پیش‌آگهی بدتر است (زرگر ۷۹: ۱۳۷۸ ب)، در همین مطالعه سن آغاز مصرف سیگار ۱۷/۲ و میانگین سن مصرف مواد ۲۱/۲ گزارش شده است. در تحقیقی پیرامون کودکان خیابانی شهرستان اهواز (برات‌وند ۴۵: ۱۳۷۸) معلوم شد ۹۰٪ نمونه مورد بررسی سیگاری بوده‌اند، ضمن اینکه میانگین سن نمونه ۱۲/۵ سال بوده است. همچنین در بخش دیگری از همین مطالعه معلوم شد ۳۵٪ اعضای نمونه قبل از ۱۰ سالگی شروع به مصرف سیگار نموده‌اند. یک نکته هشدار دهنده‌ی این مطالعه، آغاز مصرف مواد توسط برخی از کودکان و بدون مصرف قبلی سیگار توسط آنان است. از آنجا که دیدگاه سنتی در مورد سیر گرایش به مصرف مواد سیگار را بعنوان پیش‌آیند مصرف مواد تلقی می‌کند، با توجه به این یافته به نظر می‌رسد دیدگاه مزبور نیاز به نقد و تجدید نظر دارد. با توجه به موارد مطرح شده بنظر می‌رسد گروه سنی نوجوان و جوان جزء گروه‌های در معرض خطر اعتیاد باشند. این امر با توجه به جوانی جمعیت کشور موضوعی مهم است بر اساس برخی آمارها بیش از ۵۰٪ جمعیت کشور زیر ۲۵ سال می‌باشد (قنبر ۸۰: ۱۳۷۴).

عوامل مخاطره آمیز اجتماعی

□ فقدان قوانین و مقررات جدی ضد سیگار

□ بازار مواد

□ مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی

□ کمبود فعالیتهای جایگزین

□ کمبود امکانات حمایتی، مشاوره ای و درمانی

□ توسعه صنعتی، محرومیت اجتماعی - اقتصادی

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

قوانین

فقدان قوانین جدی منع تولید، خرید و فروش، حمل و مصرف مواد، موجب وفور و ارزانی آن می شود.

بازار مواد

میزان مصرف مواد، با قیمت آن نسبت معکوس دارد. هر چه قیمت مواد کاهش یابد، تعداد افرادی که بتوانند آن را تهیه کنند افزایش می یابد. همچنین سهل الوصول بودن مواد به تعداد مصرف کنندگان آن می افزاید.

مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی

در جوامعی که مصرف مواد نه تنها ضد ارزش تلقی نمی شود، بلکه جزیی از آداب و سنن جامعه و یا نشان تمدن و تشخیص و وسیله احترام و پذیرایی است، مقاومتی برای مصرف مواد وجود ندارد و سوء مصرف و اعتیاد شیوع بیشتری دارد.

کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی

کمبود امکانات لازم برای ارضای نیازهای طبیعی روانی و اجتماعی نوجوانان و جوانان از قبیل کنجکاوی، تنوع طلبی، هیجان، ماجراجویی، مورد تایید و پذیرش قرار گرفتن و کسب موفقیت بین همسالان، موجب گرایش آنان به کسب لذت و تفنن از طریق مصرف مواد و عضویت در گروههای غیر سالم می شود.

عدم دسترسی به سیستمهای خدماتی، حمایتی، مشاوره ای و درمانی

در زندگی افراد، موقعیتهای و مشکلاتی پیش می آید که آنان را از جهات مختلف در معرض خطر قرار می دهد. فقدان امکانات لازم یا عدم دسترسی به خدماتی که در چنین مواقعی بتواند فرد را از نظر روانی، مالی، شعلی، بهداشتی، اجتماعی حمایت نماید، فرد را تنها و بی پناه، بدون وجود سطح مقاومت اجتماعی رها می کند.

توسعه صنعتی جامعه، مهاجرت، کمبود فرصتهای شغلی و محرومیت اقتصادی - اجتماعی

توسعه صنعتی، جوامع را به سمت شهری شدن و مهاجرت از روستاها به شهرها سوق می دهد. مهاجرت باعث می شود تا فرد، برای اولین بار، با موانع جدیدی برخورد نماید. جدایی از خانواده، ارزشهای سنتی و ساختار حمایتی قبلی به تنهایی، به انزوا و ناامیدی فرد می انجامد. کم سواد، فقدان مهارتهای شغلی، عدم دسترسی به مشاغل مناسب و به دنبال آن محدودیت در تامین نیازهای حیاتی و اساسی زندگی و تلاش برای بقا، فرد را به مشاغل کاذب یا خرید و فروش مواد

می کشاند و یا برای انطباق با زندگی سخت روزمره و شیوه جدید زندگی به استفاده از شیوه های مصنوعی مانند مصرف مواد سوق می دهد (رحیمی موقر، آفرین؛ و همکاران، ۱۳۷۶).

۲-۱-۱. سیگار

۲-۱-۱-۱. مقدمه

وابستگی به نیکوتین شایعترین، روزمره ترین، پرهزینه ترین و در ضمن درمان پذیرترین نوع وابستگی به مواد است. از جمله دلایل نادیده گرفتن مسئله ی وابستگی به نیکوتین در دستگاه های تشخیصی و برنامه های درمانی آن است که سیستم های بیمه ی درمانی هزینه ترک استعمال دخانیات را تقبل نمی کنند، اما پی بردن به هزینه های سرسام آور درمان بیماری هایی که در اثر وابستگی به نیکوتین بوجود می آیند و نیز اینکه افرادی که نیکوتین مصرف می کنند، معمولاً دارای اختلالات دیگر روانپزشکی می باشند، توجه به درمان وابستگی به نیکوتین را افزایش داده است.

۲-۱-۱-۲. تعریف

وابستگی به نیکوتین و علائم ترک آن دو اختلال مربوط به مصرف نیکوتین هستند که در **DSM IV** تعریف شده اند. علائم اصلی اختلال وابستگی به مواد در **DSM IV** اینگونه ذکر شده است: ادامه مصرف مواد در حالیکه مشکلات ناشی از آن قطعی باشد. از آنجا که ۵۰٪ سیگاری ها بعلت بیماری های ناشی از مصرف سیگار جان خود را از دست می دهند، تعریف کلی فوق از وابستگی به مواد، شامل حال نیکوتین نیز می گردد. علائم اصلی ترک به مواد در **DSM IV** اینگونه تعریف شده است: "رفتار ناسازگارانه که در هنگام قطع مصرف مواد یا کاهش مصرف بروز می کند". از آنجا که علائم ترک سیگار در بیش از نیمی از سیگاری ها مشخص و قابل مشاهده می باشد، تعریف فوق درباره وابستگی به مواد در مورد سیگار نیز صدق می کند. در **DSM IV** از سوء مصرف نیکوتین صحبت نمی شود، زیرا سوء مصرف، قبل از هر چیز مشکلات عمده روان-اجتماعی می آفریند که در مصرف سیگار مشاهده نمی شود. البته در **ICD 10** مصرف پر خطر

سیگار طرح شده، یک طبقه‌بندی که شبیه سوء مصرف است و باعث مشکلات فیزیکی می‌گردد. مسمومیت ناشی از نیکوتین بسیار نادر است و در **ICD 10** مطرح شده، اما در **DSM IV** نه.

۲-۱-۱-۳. اپیدمیولوژی

آمار دقیق از وابستگان به سیگار در ایران موجود نیست، شاید آمار از آمریکا در این زمینه گویا باشد. ۲۵٪ آمریکایی‌ها سیگار می‌کشند، ۲۵٪ قبلاً سیگاری بوده‌اند، ۵۰٪ هرگز سیگار نکشیده‌اند. پس از هر دو نفر، یکی در معرض وابستگی قرار دارد. رایج‌ترین سن برای شروع سیگار ۱۶ سال است و تعداد کمی نیز با ۲۰ سالگی شروع می‌کنند. علائم وابستگی به نیکوتین سریعاً بروز می‌کند.

۷۵٪ سیگاری‌ها حداقل یکبار تلاش کرده‌اند که ترک کنند. حدود ۴۰٪ هر سال تلاش می‌کنند. ۳۰٪ حتی برای ۲ روز هم که شده نیکوتین را ترک می‌کنند و ۱۰-۵٪ برای همیشه موفق به ترک سیگار می‌شوند. در گذشته ۹۰٪ ترک‌های موفق بدون درمان دارویی صورت می‌گرفت، اما در حال حاضر یک سوم سیگاری‌ها با استفاده از دارو موفق به ترک می‌شوند.

۲۰٪ جمعیت عمومی به نیکوتین وابسته می‌گردند و ۸۵٪ آنها به مصرف روزانه نیکوتین عادت دارند. علایم ترک نیکوتین در ۵۰٪ از استعمال‌کنندگان که تلاش به ترک دارند، بروز می‌کند. مصرف سیگار در کشور ما عمدتاً در میان مردان شیوع دارد، درحالی‌که در کشورهای غربی در زنان و مردان شیوع یکسان دارد

اصل سیگار کشیدن به اندازه بیس بال یا میکی ماوس، آمریکایی شناخته شده است. بنابر گزارش مرکز ملی پیشگیری از بیماری‌های مزمن و ارتقا سلامتی آمریکا با کمی کمتر از ۵۰ میلیون نفر معتاد به نیکوتین، سیگار کشیدن همچنان عامل اصلی مرگ در آمریکا به شمار می‌رود که سالانه جان نزدیک به ۴۴۰/۰۰۰ انسان را می‌گیرد.

تحقیقات نشان می‌دهد سالانه ۱/۵ میلیون نفر در اثر کشیدن سیگار در جهان فوت می‌کنند که این رقم در سال ۲۰۲۰ به ۱۰ میلیون نفر خواهد رسید، این در حالی است که ۱/۲۵ میلیارد نفر از جمعیت کره زمین سیگاری هستند و تقریباً ۱۰۰ هزار نفر در هر روز کشیدن سیگار را به صورت حرفه‌ای شروع می‌کنند و اکثر آن‌ها را جوانان و نوجوانان تشکیل می‌دهند که بیشتر در سنین ۱۵ تا ۲۵ سالگی هستند که این امر دریچه‌ای برای ورود به اعتیاد و ناهنجاری‌های اجتماعی و حرکتی آرام و خاموش برای ویرانگری زندگی است.

تحقیقات بیانگر آن است که اکثر افراد سیگاری در کشورهای در حال توسعه هستند، یعنی می‌توان گفت از هر ۱۰ نفر ۸ نفر در این کشورها سیگاری هستند که با این احتساب حدود ۸۰ درصد از بیماری‌ها و مرگ و میرها نیز به این کشورها تعلق می‌گیرد و جالب است که این روند رو به افزایش است در حالی که در کشورهای توسعه یافته روبه کاهش است و این نشان از عدم آگاهی کافی کشورهای فقیر و در حال توسعه در مورد آثار مخرب و زیانبار مصرف سیگار و دخانیات و آگاهی کافی در کشورهای توسعه یافته است چرا که آنها معتقدند این کار نوعی عقب‌افتادگی و بی‌تفکری است.

طبق آخرین آمارها که البته به دیده‌ی شک باید بدان نگریم در کشور ما ۱۲ درصد از افراد جامعه مصرف‌کننده دخانیات هستند، حال اگر تنها یک درصد سیگاری‌ها در ایران کم شوند یعنی به ۱۱ درصد برسند، ۷۰۰ هزار سیگاری کم می‌شوند و به ازای صرفه‌جویی در هزینه آن می‌توان ۱۸ هزار شغل جدید ایجاد کرد!

۲-۱-۱-۴. سبب شناسی

سطح نیکوتین صبح‌ها به بالاترین میزان خود می‌رسد، در عصر سیر نزولی پیدا می‌کند و در شب تقریباً به صفر می‌رسد. بنابراین سیگاری که صبح‌ها مصرف می‌شود دارای بیشترین اثر است.

نیکوتین باعث کاهش خشم و تثبیت خلق و افزایش توجه می‌گردد و احساس گرسنگی و میل به غذا را کاهش می‌دهد.

مصرف نیکوتین، همچون مصرف غالب مواد به لحاظ اجتماعی تشویق می‌گردد. دسترسی بدان آسان است و هیچ دولتی آنرا منع نکرده است. بسیاری از جوانان گمان دارند که مصرف نیکوتین در ایام بلوغ به آنها کمک می‌کند تا بر اوضاع مسلط شوند. وابستگی فیزیکی با شروع علایم ناگوار ترک، شروع می‌شود. آنها هم‌رنگ شدن با جماعت هم سن و سال را دنبال می‌کنند و معمولاً سطح تحصیلات پایین، خوی عصیانگر، علائم افسردگی و عزت نفس پایین دارند. هم عامل گروه هم سالان و هم عوامل خانوادگی در گرایش به مصرف نیکوتین موثر می‌باشند. فقدان قوه توجه، رفتارهای نابهنجار اجتماعی و اختلال مصرف الکل یا سیگار به تداوم مصرف سیگار کمک می‌کنند. از متداولترین طرق وابستگی به نیکوتین کشیدن سیگار است که طی چند قرن اخیر به انواع آن به مرور افزوده شده و هم اکنون نیز در حال گسترش است.

توتون که لفظ آن از لغت تُتُن ترکی مأخوذ گردیده در اصل نام گیاهی از انواع نیکوتیاناست. عمل کشیدن سیگار در ابتدا توسط سرخپوستان انجام گرفته و بعد گسترش یافته است. استعمال دخانیات در ایران از زمان شاه عباس کبیر رواج یافته است سیگار کشیدن یک مفهوم یادگیری اجتماعی است که به صورت یادگیری آموخته شده و تابع پیچیده‌ای از متغیرهای پیش آیند و پس آیند می‌باشد.

منابع متعدد تقویتی می‌توانند عادت سیگار کشیدن را تقویت کنند و اینها در اکثر موارد در سال‌های نخستین دوره بلوغ ایجاد می‌شود. این مراحل که بی شک در افراد مختلف متفاوتند و حتی در مورد یک شخص در زمان‌های مختلف متفاوتند. شامل مواردی از این قبیل است؛ تحریک حاصل از درون دادن و بیرون دادن دود، تأثیر تحریک نیکوتین، کاهش اضطراب به ویژه در موقعیت‌های

اجتماعی، توجه اجتماعی افزایش یافته، بالا بردن تصور از خویش زمانی که سیگار را با دهانش مرتبط می‌سازد. حتی کسانی که خیلی سیگار می‌کشند.

وقتی از سیگار کشیدن دست می‌کشند هر چند ممکن است میل به سیگار در آن‌ها باقی بماند، هیچ نوع علامتی از خماری خاص فیزیولوژیکی را تجربه نمی‌کنند؛ بهترین توصیف از سیگار کشیدن آن است که بگوئیم آن یک عادت است که تحت کنترل نظام پیچیده‌ای از تحریکات فیزیولوژیک، اجتماعی و دیگر تحریکات محیطی است.

مصرف دخانیات مثل سیگار، پپ، چپق و قلیان نه فقط اعتیاد روانی، بلکه اعتیاد جسمانی نیز ایجاد می‌کند.

وابستگی روانی : مصرف دخانیات باعث ایجاد احساس آرامش شده و این احساس به شکل بخشی از زندگی آن‌ها در می‌آید.

وابستگی جسمانی (فیزیکی): به علت مصرف دخانیات، بدن برای عملکرد طبیعی خود و برای جلوگیری از پیدایش نشانه‌های قطع نیکوتین، نیاز به مصرف میزان مشخصی از دخانیات دارد. هر چند دخانیات در میان مواد اعتیاد آوری مثل هروئین، تریاک، حشیش و مشروبات الکلی، منع اجتماعی کمتری دارد، و براحتی در اختیار مردم قرار می‌گیرد، اما بررسی‌ها نشان می‌دهد که سیگار یکی از بارزترین علل مرگ و میر ناشی از سرطان، بیماری‌های عفونی، و سکته در جهان است.

در سیگار حدود ۴۰۰۰ ماده شیمیایی خطرناک همچون آمونیاک، سرب و آرسنیک موجود می‌باشد اما ماده‌ای که سبب می‌گردد افراد بدنبال سیگار گرایش یابند نیکوتین است. نیکوتین از برگهای گیاه تنباکو بدست می‌آید. نیکوتین یک آلکالوئید (شبه قلیا) بسیار سمی و روغن مانند می‌باشد. نیکوتین تاثیر مضاعف تحریک و سرکوب‌گر در بدن دارد. یک نخ سیگار حاوی ۸ الی ۲۰ میلی گرم نیکوتین است که تنها ۱ میلی گرم آن هنگام

کشیدن سیگار جذب بدن می‌گردد. شایان ذکر است که تنها ۲ الی ۵ میلی گرم نیکوتین سبب تهوع و استفراغ و تنها ۶۰ میلی گرم از این ماده مرگ آور می‌باشد. راه‌های ورود نیکوتین به بدن ۳ طریق می‌باشد:

- جذب از طریق پوست
- جذب از طریق ریه ها
- جذب از طریق غشاء مخاطی بینی و دهان

بیشترین جذب نیکوتین از طریق استنشاق و آلئول‌های (کیسه‌های ریز هوایی که تبادل گازها در آن‌ها صورت می‌گیرد) ریه می‌باشد. نیکوتین پس از ورود به جریان خون مستقیماً و سریعاً به مغز می‌رسد و سپس در تمام بدن منتشر می‌گردد. تنها ۱۰ الی ۱۵ ثانیه زمان کافی است که پس از اولین پک شما به سیگار نیکوتین به مغز شما برسد. مهمترین اثر نیکوتین نیز بر روی مغز اعمال می‌گردد اثراتی که باعث:

۱- احساس لذت و خوشایندی از کشیدن سیگار

۲- احساس تحریک پذیری پس از ترک سیگار

می‌گردد. نیمه عمر نیکوتین در بدن ۱ ساعت می‌باشد بدین مفهوم که پس از سپری شدن ۶ ساعت از کشیدن سیگار تنها در حدود ۰,۰۳۱ میلی گرم از ۱ میلی گرم نیکوتین جذب شده در بدن باقی خواهد ماند. بدن از طرق زیر از شر نیکوتین خلاص می‌گردد:

۱- ۸۰ درصد نیکوتین توسط آنزیم‌های کبد تجزیه می‌گردد.

۲- نیکوتین در شش‌ها متابولیزه شده و به کونینین و اکسید نیکوتین تبدیل می‌گردد.

۳- کوتینین و دیگر مواد متابولیزه و باقی مانده نیکوتین نیز توسط کلیه‌ها فیلتر شده و از طریق ادرار دفع می‌گردند.

- نیمه عمر کوتینین ۲۴ ساعت می‌باشد بنابراین با آزمایش ادرار حتی تا ۲ روز بعد قادر می‌باشید تشخیص دهید فرد اخیراً سیگار کشیده یا خیر.
- برخی افراد کبدشان آنزیم کمتری به منظور تجزیه نیکوتین ترشح کرده بنابراین اینگونه افراد در روز به تعداد سیگار کمتری برای تداوم اثرات سیگار نیازمندند.
- افرادی که بطور مداوم سیگار می‌کشند بدنشان نسبت به نیکوتین مقاومت حاصل کرده و برای دستیابی به اثرات سیگار به تعداد سیگار بیشتری نیاز دارند.

اثرات نیکوتین بر بدن:

نیکوتین عملکرد بدن و مغز شما را دگرگون می‌کند. نتیجه نهایی متناقض می‌باشد: نیکوتین هم نیرو بخش و محرک و هم سرکوبگر و آرامش دهنده است. نیکوتین اثرات زیر را در بدن ایجاد میکند:

۱- نیکوتین سبب ترشح فوری آدرنالین می‌گردد. با اثر آدرنالین هنگامی که شما وحشتزده هستید و یا حالت تهاجمی پیدا می‌کنید آشنا هستید: ضربان قلبتان سریعتر شده، افزایش فشار خون، تنفس سریع و کم عمق، افزایش گلوکز خون، کاهش دمای پوست، تحریک سیستم عصبی مرکزی. خود نیکوتین نیز به نوبه خود مانع ترشح هورمون انسولین می‌گردد (انسولین قند خون را کاهش می‌دهد) بنابراین نیکوتین سبب می‌شود گلوکز بیش از معمول در خون وجود داشته باشد که باعث می‌گردد شخص احساس گرسنگی کمتری کند.

۲- نیکوتین متابولیسم پایه را افزایش می‌دهد یعنی فرد کالری بیشتر از معمول خواهد سوزاند. بنابراین به مرور زمان وزنشان کاهش خواهد یافت.

۳- نیکوتین سبب افزایش ترشح استیل کولین می‌گردد. افزایش استیل کولین باعث افزایش فعالیت‌های نورون‌های مغزی، بهبود سرعت عمل واکنش شما به محرکات، افزایش توانایی تمرکز کردن می‌شود.

۴- افزایش ترشح دپامین: این همان عاملی است که به فرد در پی استعمال سیگار حس خوشی و نشاط میدهد.

۵- سبب آزاد سازی گلوتامات که سبب افزایش یادگیری و حافظه می‌گردد.

۶- افزایش ترشح آندروفین. آندروفین یک مسکن درد طبیعی بدن است و خاصیتی همچون مرفین دارد.

اما در دراز مدت نیکوتین اثرات مخرب زیر را بدنبال دارد:

۱. فشار خون بالا.

۲. حس بویایی تضعیف می‌شود.

۳. گردش خون در لته‌ها کند می‌شود.

۴. خطرات تشکیل لخته خون در مغز و قلب بشدت زیاد می‌شود.

۵. انسداد عروق خونی و در پی آن سکته قلبی و مغزی.

۶. کاهش ویتامین C.

۷. کاهش کارایی سیستم ایمنی بدن.

۸. سرطان دهان، گلو، حنجره و ریه.

۹. برونشیت و آمفیزم.

۱۰. زخم معده.

۱۱. ۳۰ درصد از موارد سرطانهای کلیه را ناشی از اثرهای سیگار می‌دانند.

۱۲. کاهش وزن.
۱۳. کاهش حواس بویایی و چشایی.
۱۴. چین و چروک پوست .
۱۵. ناتوانی جنسی و ناباروری در مردان.

سیگار، عامل مهم سرطان ریه بوده و از عوامل مهم در بروز شمار زیادی از سرطان هاست. از هر هزار نفر که به علت سرطان ریه فوت می کنند بیش از نهمصد نفر آن‌ها، سیگار می کشند. مصرف هر سیگار بیش از ۵ دقیقه از عمر انسان می کاهد.

نیکوتین سبب آزاد شدن کتکول‌آمین‌ها (**Catecholamine**) از جمله اپی نفرین و نوراپی نفرین می شود. افزایش کتکول‌آمین‌ها موجب افزایش ضربان قلب و فشار قلب و انقباض عروق محیطی، و در نتیجه افزایش مصرف اکسیژن قلب می شود.

نیکوتین سبب افزایش میزان چربی‌های خون، گلوکز و بتا اندورفین شده و از سوی دیگر باعث ایجاد منواکسید کربن، که یک گاز سمی است می شود و در نتیجه انتقال اکسیژن را دچار اشکال می کند.

اما اگر به فکر ترک سیگار هستید باید بدانید که، ۲۰ دقیقه بعد از استعمال آخرین سیگار فشار خون و ضربان نبض شما نرمال می شود. و دمای دست‌ها و پاهای شما تا حد نرمال افزایش پیدا می - کند.

۸ ساعت بعد از آخرین سیگار تان، احتمال حمله قلبی کاهش و ۴۸ ساعت بعد از آن توانایی بویایی و چشایی شما افزایش می یابد.

۷۲ ساعت بعد از استعمال آخرین سیگار، تنفس برای شما راحت تر خواهد بود.

۲ هفته تا ۳ ماه بعد از سیگار آخر، ظرفیت ششهای شما افزایش می یابند، گردش خون شما

بهبتر و پیاده روی برایتان راحتتر می شود و عملکرد ریه‌ها تا ۳۰ درصد افزایش می یابد.

یک تا ۹ ماه بعد از استعمال آخرین سیگار، سرفه و کوتاهی تنفس کمتر شده و میزان انرژی بدنتان افزایش می‌یابد. در این زمان ریه‌های شما در برابر عفونت مقاومت بیشتری نشان می‌دهند.

۵ سال بعد از آخرین سیگار، خطر سرطان ششها کاهش یافته و ۱۰ سال بعد از مصرف سیگار آخر، خطر بروز سرطان ششها و سرطان‌های دیگر از بین می‌رود.

در پژوهشی که به مدت ۹ سال روی بیش از ۲۰۰۰ نفر سیگاری، انجام گرفت، مشاهده شد که میزان سگته مغزی در اشخاص سیگاری، چندین برابر افراد غیر سیگاری است.

بر اساس مطالبی که نوشته شد، توتون و تنباکو به جز ضرر و زیان هیچگونه سود و ثمری ندارد.

به قول شاعر :

نه شکوفه‌ای نه برگی نه ثمر نه سایه دارم همه حیرتم که دهقان، به چه کار کاشت ما را
(ذوقی اردستانی)

اعتیاد، از جمله اعتیاد به سیگار، نوعی خودکشی و مرگ تدریجی است. هر پک سیگار، پس از هشت ثانیه جذب خون می‌شود. هر نخ سیگار حدود ده پک است. شخصی که روزانه یک پاکت سیگار مصرف می‌کند، دویست بار مورد تقویت، در راستای ادامه مصرف سیگار، قرار می‌گیرد.

شاید در باب علت یابی بتوانیم به دوستان زیاد و ناباب، در دسترس بودن آسان مواد دخیانی، سیگاری بودن والدین (دلیل سیگاری بودن ۵۰ درصد دختران و پسران)، عدم ممنوعیت و ارزان بودن سیگار، سهل انگاری والدین و عدم برخورد مسئولانه و منطقی با فرزندان و موارد گوناگون دیگر اشاره کنیم که این باعث تأسف است.

۲-۱-۱-۵. درمان و ترک سیگار

تصمیم جدی برای ترک

اولین فکری که ممکن است به ذهن شما خطور نماید این است: چرا باید ترکش کنم؟ برای شروع باید سلامتی خود را مد نظر داشته باشید. ترک آن، بلافاصله باعث کاهش احتمال ابتلا به انواع سرطان می‌گردد. این نیز واقعیتی محسوب می‌شود که سیگاری‌های سابق نسبت به کسانی که کماکان سیگار می‌کشند از سلامتی بیشتری برخوردارند. به علاوه دیگر دود سیگار اطرافیان شما را آزرده خاطر نخواهد کرد.

سپس نوبت به برطرف شدن مسائلی دیگر می‌رسد. نفس شما دیگر بوی بد نخواهد داد، حس ذائقه شما بازگشته و همه چیز خوشمزه‌تر خواهد شد. و به این فکر کنید که با ترک سیگار تا چه اندازه در پول خود صرفه جویی می‌کنید. اگر روزی یک پاکت می‌کشید، در سال حدود ۲۰۰ هزار تومان دود می‌کنید در حالی که می‌توانید این پول را به مصارف بهتری برسانید.

مسئله مهمی که باید بخاطر داشته باشید این است که تنها زمانی می‌توانید سیگار را ترک کنید که آمادگی آن را داشته باشید. بخاطر دیگران یا دلایلی که زیاد برایتان اهمیت ندارد، اقدام به ترک آن نکنید. فقط برای خودتان این کار را انجام دهید. این تنها روشی است که قطعاً شما را موفق خواهد کرد.

طبق اصول راهنمای ترک سیگار که توسط **APA** در سال ۱۹۹۶ منتشر شده است، افراد سیگاری خواهان ترک باید در سه مورد بررسی شوند:

۱- وضعیت استعمال سیگار: شامل سیگارهای کنونی و آن‌ها که زمانی ترک کرده و دوباره شروع کرده‌اند، نوع مصرف نیکوتین و فراوانی مصرف نیکوتین.

۲- انگیزه ترک: انگیزه ترک را می‌توان در سه مرحله طبقه‌بندی کرد:

الف- پیش از مرحله آماده‌سازی فکری **Precontemplation** - (هنوز برنامه ترک تهیه نشده).

ب- تعمق و تأمل درباره مصرف **Contemplation** - (در این مرحله نیز برنامه خاصی برای

ترک تدارک دیده نشده است). ج- آماده‌سازی برای ترک **Preparations** - (تهیه برنامه برای ترک

استعمال در آینده نزدیک). انگیزه عمومی برای ترک سیگار مربوط به نگرانی درباره زیان‌های جسمی آن، تاثیرات سوء استعمال سیگار بر دیگران و فشارهای اطرافیان است.

۳- موانع عمومی ترک سیگار: که شامل علایم ترک سیگار، ترس از ناکامی در ترک و در مواردی نیز ترس از اضافه وزن می‌باشد.

در بین افرادی که آماده ترک سیگار هستند، بهتر است تاریخ ترک مشخص شود. غالب درمانگران و سیگاری‌ها، ترک یکباره سیگار را ترجیح می‌دهند، اکثر سیگاری‌ها برای ترک، دائماً امروز و فردا می‌کنند و اگر هم تصمیم جدی برای ترک سیگار بگیرند برنامه زمانی برای خود مشخص می‌کنند و به تدریج از تعداد سیگارها کم می‌کنند تا بالاخره به طور کامل آن را کنار بگذارند. اما معمولاً این افراد بعد از مدت کمی به خانه اول خود بر می‌گردند. به تازگی محققان به این نتیجه رسیده‌اند که ترک یکباره سیگار بسیار موثرتر از ترک تدریجی آن است. پژوهشگران انگلیسی با تحقیق بر روی ۲ هزار نفر از افراد سیگاری و سیگاری سابق، متوجه شدند کسانی که یک باره اقدام به ترک کرده‌اند، حداقل به مدت ۶ ماه، ۲/۶ برابر موفق‌تر از آن‌هایی هستند که ترک تدریجی را انتخاب می‌کنند.

روبرت وست، سرپرست این تحقیق، موفقیت افرادی که یکباره ترک می‌کنند را به یک تئوری نسبت می‌دهد. در این تئوری، فردی که تحت فشار عصبی قرار دارد با کوچک‌ترین درگیری فکری اقدام به انجام کارهای بزرگ می‌کند.

در بین سیگاری‌ها نیز ممکن است این درگیری ذهنی به واسطه بیماری فرد به خاطر سیگار و یا طرد شدن از جامعه و دوستان به خاطر سیگاری بودن، باعث تصمیم فرد به ترک ناگهانی و طولانی مدت شود. و چنانچه شخص بخواهد باید به خواست ترک تدریجی وی نیز احترام گذارد. درمانگر می‌تواند با توصیه‌های مختصر درباره نیاز به مصرف دارو و یا گروه درمانی، موضوعات مربوط به اضافه وزن، شرایط پر خطر و غیر قابل دسترس کردن سیگار و نکات دیگر را برای فرد خواهان ترک سیگار توضیح دهد. از آنجا که عود سیگار سریعاً اتفاق

می‌افتد، پیگیری منظم، مثلاً از طریق تلفن، ملاقات در محل کار و یا حتی ملاقات در منزل توصیه می‌شود.

بعد از این که تصمیم به ترک سیگار گرفتید، لازم است تاریخی را برای شروع در نظر بگیرید. تصور در این کار خیلی راحت میتواند باعث ترغیب شما در به تاخیر انداختن ترک سیگار تا مدتی نامعلوم گردد. همچنین باید ببینید که آیا می‌خواهید به یکباره آن را کنار بگذارید و یا به تدریج. البته معمولاً بهتر است که به یکباره این کار را انجام دهید.

با وجود تمام این تلاش‌ها سیگار کشیدن جزو عاداتی است که ترک آن از مشکل‌ترین کارها به حساب می‌آید. سه روز نخست، کلید این اقدام به شمار می‌رود. دیوید داتون، پژوهشگر رفتار دانشگاه مرکز پزشکی نبراسکا می‌گوید: "فاجعه بازگشت در سه روز اول به اوج خود می‌رسد." در زیر پنج راه پیشنهادی کارشناسان در زمینه گذراندن این مرحله اساسی و ترک کردن سودمند آمده است.

سیگار را کاملاً کنار بگذارید :

با کشیدن سیگارهای کم جرم که فقط باعث پک‌های شدیدتر و طولانی‌تر می‌شوند کارتان را آسان نکنید. . اگر به کشیدن حتی یکی دو نخ سیگار ادامه دهید، بازهم ممکن است مانند گذشته در دام بیفتید. از تنباکوی بدون دود نیز استفاده ننمایید. و تمام سیگارها و زیر سیگاری‌ها را از خانه‌ی-تان ببرید چرا که نگهداری سیگار در منزل احتمال مراجعه به آن را افزایش می‌دهد. پس هر چیزی که مربوط به دخانیات است را مانند زیرسیگاری، فندک و سیگار را دور انداخته و از آنچه که با استعمال دخانیات مربوط است خود را رهایی دهید.

عهد ببندید:

اگر چه این عمل جنبه قانونی ندارد، اما با بستن یک قرارداد می‌توانید به کارتان رسمیت ببخشید. این پیمان را با یکی از دوستان یا یکی از اعضای خانواده خود بسته و به هر کسیکه می‌شناسید اعلام کنید که قصد ترک سیگار را دارید تا غرورتان شما را در راهی که می‌روید ثابت قدم نگاه دارد. بعلاوه می‌توانید اقدام بنصب تابلوی "لطفا سیگار نکشید" در خانه، محل کار یا اتومبیل خود نمایید تا دیگران را از تعهد خود آگاه نگاه دارید.

طلب یاری نمایید:

چرا از دیگران برای رنگ کردن خانه و یا اثبات کشی درخواست کمک می‌کنیم؟ چون وقتی بار مسئولیتی را با دوستان تقسیم می‌نماییم راحت‌تر می‌توانیم از عهده‌اش برآیم. وقتی همزمان با دوستان سعی در ترک سیگار می‌کنید، می‌توانید انگیزه یکدیگر را تجدید نموده و در لحظات سخت با هم صحبت کنید. نقل و انتقال تجربیات به همدیگر اثرات بسیار سودمندی دربر خواهد داشت. کمک بگیرید، از دوستان و خانواده بخواهید که تشویقتان کنند (و اطمینان حاصل کنید که در اطرافتان سیگار نکشند). با پزشکتان مشورت کنید. حتی می‌توانید از طب سوزنی و هیپنوتیزم استفاده کنید. این روش‌ها روی جسم و ذهن عمل نموده و باعث مقاوت بدن در برابر نیکوتین می‌گردند. البته میزان اثر بخشی از شخصی به شخصی دیگر متفاوت است.

مشغول بمانید :

سیگار کشیدن یک عادت است. کاری که شما برای آرام کردن اعصاب یا مشغول نگاه داشتن خود به صورت ناخودآگاه انجام می‌دهید. لازم است عادت دیگری را جایگزین کشیدن سیگار نمایید. برای مثال می‌توانید آدامس بجوید، آب نبات بخورید و یا از سبزیجات استفاده کنید. گذشته از این، سعی کنید میل و کشش خود را به کشیدن سیگار با انجام برخی اعمال بیضرر و وقت‌گیر جایگزین کرده و از بین ببرید. هرگاه هوس کشیدن کردید، یک

لیوان پر آب بخورید تا میلتان فروکش کند. هدف این است که کمی فاصله انداخته تا رغبت شما برای مصرف سیگار مرتفع شود. توجه خود را از سیگار معطوف مسایل دیگر نمایید. با خواندن کتاب، حمام گرم یا ورزش از فشار آن بکاهید. اما از الکل استفاده نکنید و از عادات بد دیگر پرهیزید. ترک سیگار آغاز جدیدی برای شما بشمار آمده و باید عادت‌های خود را مطابق با آن تغییر دهید. اگر به همراه چای صبحانه عادت به کشیدن سیگار داشتید، بجای آن آب پرتقال یا شیر موز بخورید. اگر در بین وقت استراحت کلاس دانشگاه، با دوست خود مبادرت به کشیدن سیگار می‌نمودید، من بعد از این با افراد غیر سیگاری و در محیط‌هایی که سیگار کشیدن در آنجا ممنوع است، وقت استراحت خود را بگذرانید. و از امکانی که سیگار کشیدن در آن‌ها رواج دارد دروی کنید، عادت‌هایی جدید و سالمتر برای خود در نظر بگیرید.

از درمان صحیح استفاده کنید :

استفاده از برچسب، آدامس یا اسپری نیکوتین آزار دهنده نیست. دنیای پزشکی از این موضوع کاملاً آگاه است که ترک سیگار مشکل‌تر از آن چیزی است که گفته می‌شود. بنابراین محصولات زیادی برای از بین بردن این عادت بد تولید شده است. در حله‌ی اول آدامس نیکوتینی ساخته شد که نه تنها باعث مشغول نگاه داشتن دهان شما می‌گردد، بلکه مقدار اندکی نیکوتین برای ارضای بدن وارد سیستم فرد مینماید.

بطور مشابه، برچسب‌های نیکوتینی وجود دارند که باعث مقاومت بدن در برابر نیکوتین هنگام نکشیدن سیگار می‌شوند. و در انتها داروهایی مانند "زاین" باعث از بین رفتن میل و رغبت شما به کشیدن سیگار می‌گردند. در هر حال پیش از بکاربردن هر کدام از این محصولات با پزشک خود مشورت کنید.

مقاوم باشید:

همان گونه که قبلا نیز گفته شد، ترک سیگار بسیار دشوار است. قطعا دچار وسوسه‌ی کشیدن سیگار خواهید شد و موانع بسیاری در سر راهتان قرار خواهد گرفت ولی باید پایداری نموده و هیچگاه دلسرد نگردید. این یک مسابقه دوی سرعت نبوده بلکه دوی استقامت است؛ باید جنگنده باشید. هر روز برایتان آسانتر خواهد شد.

به خودتان پاداش دهید:

ترک سیگار گامی بلند در زندگی محسوب شده و باید بهمین مناسبت همانند اتفاقات مهم دیگر جشنی برپا کرد. با پولی که قرار بود صرف خریداری سیگار و یا توتون گردد، اکنون می‌توانید با آن چیزی بخرید که برایتان لذت بخش باشد ولی نه چیز دیگری که باز خود باعث برگشت یا اعتیاد شود، مانند یک تلویزیون پلاسمای زیبا. به این وسیله یک مزیت محسوس ترک سیگار را دریافته و برای ادامه کار مصمم‌تر خواهید شد.

از سیگار متنفر شوید:

برای اینکه دیگر هیچگاه سراغ سیگار نروید، دیواری از تنفر و انزجار نسبت به آن پیش خود ترسیم کنید تا همواره مانع رغبت شما به مصرف سیگار گردد. یک روش مناسب این است که همیشه شیشه کوچکی که داخلش چند ته سیگار وجود دارد به همراه خود داشته باشید و هرگاه هوس سیگار کشیدن به سرتان زد، در شیشه را باز کرده و داخلش را بوکنید، بوی تعفن و زننده آن قطعا شما را از کاری که می‌خواهید انجام دهید منصرف خواهد کرد.

میچ بند ببندید:

این یک روش روانشناسانه است. همیشه میچ بند به دستتان ببندازید. هرگاه میل به سیگار پیدا کردید، آنرا محکم بیچانید تا کمی احساس درد به شما دست بدهد. بعد از زمانی کوتاه مغز شما احساس درد را جایگزین هوس کشیدن سیگار نموده و میل شما از بین خواهد رفت.

ورزش کنید:

تمرینات ورزشی قطعاً به شما کمک خواهد نمود چراکه فعالیت زیاد باعث مشغول نگه داشتن ریه‌ها و از بین بردن میل به سیگار می‌گردد. از لحاظ جسمانی هم احساس بهتری خواهید یافت. این احساس به عنوان یادآوری کننده خوبی برای مزایای سیگاری نبودن به شما خدمت خواهد کرد.

برنامه غذایی منظمی داشته باشید:

سعی کنید از وعده‌های غذایی مناسبی استفاده نموده و در ساعات منظمی اقدام به خوردن غذا نمایید. با داشتن رژیم غذایی مناسب آسانتر می‌توانید سیگار را ترک نموده و درعین حال از سلامتی بیشتری برخوردار خواهید گشت. مزیت دیگر برنامه غذایی منظم جلوگیری از پرخوری و در نتیجه اضافه وزن است، مشکلی که در اغلب کسانی که قبلاً سیگاری بوده‌اند دیده می‌شود.

مراحل را آهسته طی کنید:

واژه "همیشه" کلمه‌ای وحشت‌آور است چراکه اشاره به آن دارد که مابقی عمر خود را باید به همین منوال و بدون هیچ انحرافی طی نمایید. کاری که باید انجام دهید این است که روز به روز پیش روید؛ با اهداف دراز مدت خود را هراسان نکنید. امروز سخت تلاش می‌کنید که سیگار نکشید. فردا نیز دوباره به همین ترتیب.

رهایی از مصرف سیگار:

وقتی کار تمام شد و به نتیجه رسید، هیچ دلیلی مثبتی برای آغاز مجدد وجود ندارد و آن چه که هست دلایل منفی می‌باشد. بعلاوه هیچکس جز خودتان نمی‌تواند شما را مجبور به ترک نماید. مطمئن باشید صحیح‌ترین مبارزه را در زندگی خود انجام می‌دهید. در نهایت اگر می‌خواهید عادت دیگری را جایگزین کشیدن سیگار نمایید دقت کنید که کار بدتر از بد نشود!

خانواده درمانی:

در خانواده درمانی می‌توان عمدتاً با آموزش والدین اقدامات پیشگیرانه در ابتدا به مصرف نیکوتین را اجرا نمود. پرهیز از شرایطی که در فرزندان افسردگی، عزت نفس پایین، آشفتگی ذهن و غیره ایجاد شود، از جمله اقدامات اولیه محسوب می‌شود. انتقال مهارت‌های بیان خویش در جمع خانواده، تقویت حس همبستگی و همیاری و کلاً تقویت بیان خویش در جمع خانوادگی از راه‌های موثر در پیشگیری از مصرف نیکوتین بشمار می‌رود. فضای سرد عاطفی، انزوا، بی‌تفاوتی اعضای خانواده که معمولاً در خانواده‌های از هم گسیخته مشاهده می‌شود، عواملی هستند که گرایش به مصرف سیگار را افزایش می‌دهند.

از آنجا که سن شروع به سیگار بطور کلی در سنین بلوغ ذکر می‌شود، مسئولیت والدین در برخورد با تعارضات این دوران حائز اهمیت فراوان است. بسیاری از جوانان که در محیط خانه فضای تفاهم برای رفتار خویش نمی‌یابند با پیوستن به گروه‌های همسال بیرون از خانه و با پیدا کردن یک نقطه مشترک، یعنی کشیدن سیگار، محیط جایگزین برای خود می‌آفرینند و باز از آنجا که در جامعه ما مصرف سیگار عمدتاً توسط پسران و مردان صورت می‌گیرد، نقش رابطه پدر-فرزندی حائز اهمیت می‌گردد. پدرانی که حضور روانشناختی ملموسی در خانه دارند و از روابط صمیمی با فرزندان خود برخوردارند، بهتر می‌توانند بر گرایش فرزندان خود به سمت استعمال سیگار تأثیرات بازدارنده داشته باشند.

از سوی دیگر باید خاطرنشان کرد که الگوی حاکم بر نگرش والدین که سیگار را نقطه شروع برای مصرف مواد دیگر ارزیابی می‌کنند، مورد تأکید نمی‌باشد و چه بسا افراد سیگاری که هیچ عادت نابهنجار دیگری ندارند و از سوی دیگر، افراد با اختلالات وابستگی-شخصیتی و ارتباطی دیگر که سیگار مصرف نمی‌کنند.

نیکوتین درمانی:

درمان جایگزین با نیکوتین (NRT) در حال حاضر یکی از موثرترین روش‌های ترک سیگار در نوجوانان محسوب می‌شود. به گزارش پایگاه اینترنتی BBC، در حال حاضر روش نیکوتین

درماني براي ترك سيگار در زنان باردار و بيماران مبتلا به اختلال قلبي، كبدي و كليوي استفاده مي‌شود. متخصصان با توجه به اهميت ترك سيگار در افراد ياد شده تاكيد دارند كه هرچه زودتر از سريخ ترين روش ممكن، از استعمال سيگار جلوگيري به عمل آيد و درضمن نيكوتين درماني فعلا جزء موثرترين تكنيك‌هاست. در حال حاضر سعي مي‌شود تا از روش NRT براي تشويق نوجوانان به ترك سيگار بدون تحمل عوارض شديد آن استفاده شود؛ زيرا تنها عوارض ثبت شده روش مزبور اندكي سردرد و در برخي موارد گيجي است. آمار نشان مي‌دهد در اروپا، از هر ۱۰ دختر و ۱۴ پسر ۱۱ تا ۱۵ ساله، يك نفر سيگار مي‌كشد.

ترك سيگار با تصوردرماني:

بر اساس نتايج تحقيقات دانشمندان دانشكده پرستاري آكرون در اوهايو، تصور درماني هدايت شده، موجب ترك سيگار در افراد سيگاري مي‌شود.

يافته‌هاي جديد تحقيقاتي نشان مي‌دهد كه برخي افراد سيگاري چنانچه درعالم خيال سيگار را ترك كنند، اين مساله به آنان در ترك واقعي آن كمك مي‌كند. در تحقيقي بر روي ۷۱ فرد سيگاري نشان داد آنايي كه تحت شيوه "تجسم درماني" قرار گرفتند، دو سال پس از اين عمل، دو برابر افرايي كه تنها با آنان مشاوره شده بود، موفق به ترك سيگار شدند. شيوه درماني تجسم هدايت شده اين افراد، شامل تمرين‌هايي از قبيل: شل كردن عضلات و تمرين‌هاي تنفسي به منظور آرامش و تمرکز ذهن بود. افراد مورد مطالعه پس از اين مرحله آموختند كه خود را در حالي سالم و تندرست در حال انجام فعاليتهايي خاص از قبيل ورزش، غذا خوردن مناسب و پرهيز از استعمال سيگار تجسم كنند. اين شيوه براي برخي افراد موثر بود بطوريكه دو سال بعد ۲۶ درصد آنان سيگار را ترك کرده بودند. درحالي كه درگروه سيگاري‌هاي مورد مطالعه ديگر كه تنها از مشاوره سود برده بودند، ۱۲ درصد موفق به ترك سيگار شدند.

تعریف اختلالات مربوط به اعتیاد یا مبتنی بر کمیت، فراوانی و یا شدت رفتارهای مواد جویانه از طرف بیمار می‌باشد و یا اینکه اصطلاح "مصرف غیر قانونی مواد" مبنای تعریف اختلالات مربوط به اعتیاد قرار می‌گیرد.

امروزه در محافل دانشگاهی به جای اعتیاد از وابستگی به مواد (substance dependence) نام برده می‌شود، هر چند که در میان مردم این بیماری "اعتیاد" و خود بیمار به عنوان معتاد شناخته شده است.

بیمار وابسته به مواد علیرغم تجربه مشکلات متعدد ناشی از مصرف مواد قادر بر قطع مصرف آن نیست. مصرف مواد یک الگوی رفتاری ناسازگارانه و بیمار گونه است که بروز علائم رفتاری، روانی، شناختی و جسمی به اختلالهای بالینی در فرد مصرف کننده منجر می‌شود. این اختلالها عبارتند از.

۱- ایجاد تحمل: بیمار در دفعات بعدی مصرف مواد برای رسیدن به سطح قبلی روانی و جسمانی ناشی از اثر مواد باید مقادیر بیشتری از آن را مصرف کند.

۲- بروز علائم ترک: عدم مصرف مواد علائم جسمانی و روانی ترک مانند بیقراری، اضطراب، بیخوابی، درد عضلات، اسهال و استفراغ ظاهر می‌شود.

۳- تمایل بعدی: هوس، در بیشتر بیماران پس از قطع مصرف مواد وجود دارد ولی بیمار قادر به کنترل هوس و ترک مصرف این کار نمی‌باشد.

۴- بیمار برای تهیه مواد، هزینه، وقت و سرمایه‌های دیگران و خانواده را مصرف می‌کند.

۵- در پی استمرار مصرف مواد با تغییرات روانی و رفتاری در بیمار، مشارکت وی در فعالیت‌های خانوادگی، اجتماعی، تفریحی و شغلی کاسته می‌شود.

۶- علیرغم آگاهی بیمار از عوارض جسمانی و روانی مصرف مواد، بیمار قادر به عدم استفاده از آن نمی‌باشد. در تعریف علمی برای اینکه فردی را بیمار وابسته به مواد بدانیم لازم است حداقل

۱۲ ماه الگوی مستمر مصرف مواد را داشته باشد.

سوء مصرف مواد (substance abuse)

در مقابل بیماران "وابسته" کسانی هستند که اقدام به مصرف می‌کنند ولی با مشخصاتی که در بالا برای بیماران وابسته به مواد ذکر شد مطابقت ندارند. در این گروه شدت مصرف به حدی نمی‌باشد که وابسته تلقی شوند. این گروه از بیماران بارها و به طور متناوب مواد مصرف می‌کنند. الگوی مصرف این دسته بر خلاف گروه بالا مقاومت ناپذیر نبوده و جنبه اجباری ندارد. اما بهر حال نتایج مصرف و مخرب مواد را در پی دارد. از این موارد می‌توان غیبت از مدرسه، محل کار، درگیری با همکاران و دوستان، عدم انجام تعهدات اجتماعی و خانوادگی، بی‌توجهی به فرزندان و خانواده و... را نام برد. الگوی مصرف به هر گونه‌ای که باشد می‌تواند با مخاطرات فیزیکی مانند مصرف مواد هنگام رانندگی و خطرهای فراوان به دنبال آن همراه گردد. به خاطر داشته باشیم یک‌بار مصرف ممکن است موجب سوءمصرف یا مصرف تفریحی شود و مصرف تفریحی موجب مصرف دائم و اعتیاد شده و خطر بعدی اعتیاد مصرف تفریحی و ایدز است.

تعریف اعتیاد: اعتیاد یعنی عادت کردن، خو گرفتن، حالتی که سبب مداومت در استعمال بعضی از داروها از قبیل تریاک، مرفین، هروئین، حشیش و الکل در انسان می‌شود. (فرهنگ فارسی عمید) یا به عبارتی دیگر حالتی ناشی از استعمال منظم و پیگیر بعضی از مواد که شخص در صورت محرومیت از آنان دچار اختلالات عصبی و مزاجی می‌شود.

اعتیاد یک وابستگی یا تعلق غیر طبیعی به برخی از سیگار یا داروها می‌باشد. معمولاً نوجوانان در این قلمرو سنی در معرض خطر اعتیاد هستند.

بعضی از نوجوانان در محیط دوستان ممکن است سیگار بکشند و این موجب عادت به سیگار کشیدن در آنها می‌شود و پس از آن در صورتی که موقعیت‌های دیگری در جمع دوستان وجود داشته باشد از مواد دیگری هم استفاده می‌کنند. معمولاً والدین تصور می‌کنند که اعتیاد،

فرزندانشان را تهدید نمی‌کند و فقط برای دیگران پیش می‌آید، در صورتی که اعتیاد یک معضل اجتماعی است و والدین باید به محیط دوستان فرزندان خود توجه داشته باشند.

اعتیاد یکی از پدیده‌های بیمارگونه در جوامع به شمار می‌آید و نیز مانند سایر بیماری‌های مزمن یک نوع بیماری محسوب می‌شود.

همانطوری که عوامل زیادی سبب بیماری سرطان و رشد آن در بدن می‌شوند، برای اعتیاد نیز عوامل مسبب وجود دارند که اگر به موقع تشخیص داده نشده و یا درمان نشوند سبب هلاکت خواهند شد. این علت‌ها می‌توانند به خاطر مشکلات روحی روانی دوران کودکی، عوامل ژنتیکی، سابقه اعتیاد در خانواده و افراد فامیل نزدیک، مشکلات اقتصادی، بحران‌های زندگی، مناسبت و برقراری روابط با افراد معتاد و هزاران دلیل دیگر باشند.

اعتیاد به تریاک و مشتقات آن به عنوان یک مشکل فزاینده بر زندگی اقتصادی، شخصی و سلامت روانی و اجتماعی افراد جامعه تاثیر می‌گذارند.

خواص مشتقات تریاک (هروئین، تریاک، شیره و...) بسیار شبیه به هم می‌باشند. اعتیاد به مواد مورفینی سبب تخریب احساسات افراد نسبت به خود و کاهش اعتماد به نفس واقعی در آنها می‌شود. نهایتاً اعتیاد به سیگار سبب تخریب محیط خانوادگی، ترک شغل، بروز افسردگی، عصبانیت، و خشونت خواهد شد و چهارچوب قوای روانی فرد را به مخاطره می‌اندازد. افراد معتاد معمولاً مایل به تنهایی هستند و معمولاً در جمعی شرکت نمی‌کنند که مانند آنها در آن جمع نیز حضور داشته باشند. بدقولی، انجام ندادن به موقع وظایف محوله، دیر خوابیدن و دیر بیدار شدن، ترک شغل، دوری از دوستان و خویشاوندان سالم از مشخصات افراد معتاد است.

انواع مواد و شیوه‌های مصرف

مواد افیونی کدامند؟

تریاک، شیره و سوخته تریاک، کدئین، هروئین و مرفین انواعی از مواد افیونی هستند که از گیاه خشخاش به دست می‌آیند. در ایران مواد افیونی شایع‌ترین مواد غیر قانونی مورد مصرف می‌باشند.

آثار مصرف مواد افیونی

ابتدا احساس لذت و سرخوشی و سپس کج خلقی و افسردگی

احساس گرما و گل انداختن صورت

تنگ شدن مردمک چشمها

گیجی و رخوت

تهوع و استفراغ

ضعیف شدن تنفس

اغما و مرگ در اثر مصرف مقادیر زیاد مواد

عوارض مصرف طولانی مواد افیونی

اعتیاد (مواد افیونی به شدت اعتیاد آورند و معمولاً پس از چند بار مصرف وابستگی ایجاد

می‌کنند)

یبوست

تیره شدن پوست

کاهش میل و توانایی جنسی در مردان

نامرتب شدن قاعدگی در زنان

بی‌توجهی به وضعیت بهداشتی و سلامتی

کاهش وزن

چرت زدن دائمی

افسردگی

عفونتهای خطرناک مثل ایدز، عفونت کبدی و کزاز در اثر تزریق

علایم ترک مواد افیونی

وقتی فردی به مواد افیونی معتاد شد، قطع ناگهانی مصرف آنها باعث بروز علایم

ناخوشایندی می شود که ۶ تا ۸ ساعت پس از آخرین بار مصرف ظاهر شده و تا ۱۰ روز باقی

می ماند. اوج شدت این علایم روزهای دوم و سوم پس از قطع است. این علایم عبارتند از:

درد استخوانی و عضلانی

دل پیچه و اسهال

آبریزش از چشم و بینی

عطسه، سسکسه و خمیازه

سیخ شدن موهای بدن و احساس سرما و لرز

بی قراری

بی خوابی

عصبانیت و پرخاشگری

این علایم پس از چند روز رفع می شوند، اما اشتیاق به مصرف مواد تا چند ماه باقی می ماند و

همین اشتیاق ممکن است سبب مصرف مجدد شود.

توتون:

توتون که از گیاه نیکوتیناتا باکوم به دست می‌آید قرن‌هاست که از سوی انسان‌ها مصرف می‌شود. این ماده را می‌توان دود کرد، جوید یا استنشاق نمود. اولین گزارش درباره اعتیاد زایی توتون، در مجله‌ی جهان جدید به چاپ رسید. در آن مجله اعلام شده بود که سربازان اسپانیایی میل زیادی به سیگار کشیدن دارند و نمی‌توانند مصرف توتون را متوقف کنند.

وقتی در سال ۱۸۲۸ توانستند نیکوتین را از برگ‌های توتون جدا سازند، دانشمندان مطالعه روی تأثیرات این ماده روی مغز و بدن را آغاز کردند. این پژوهش‌ها در واقع نشان دادند که توتون هزاران ماده شیمیایی دارد. اما جزء اصلی آن که روی مغز اثر می‌گذارد و موجب اعتیاد می‌شود، نیکوتین است. تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که اعتیاد ناشی از نیکوتین فوق‌العاده قوی است و قدرت اعتیادآوری آن به اندازه سایر مواد مانند هروئین و کوکائین است. برخی از آثار نیکوتین عبارتند از تغییر در نظم تنفس و فشار خون، گرفتگی عروق و افزایش هشیاری، بسیاری از تأثیرات نیکوتین بواسطه تأثیرات آن روی سیستم عصبی مرکزی و پیرامونی ایجاد می‌شود.

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

مصرف طولانی مدت مواد موجب اختلال در بهداشت و سلامت جسمی روانی فرد می‌شود که با بروز بسیاری از بیماری‌های مزمن و خطرناک همراه است. به علاوه از آنجا که اعتیاد بیشتر به هنگام ایجاد و ساخت خانواده و در ارزشمندترین سال‌های زندگی، از نظر میزان کارایی، بیشترین تأثیر را بر زندگی خانوادگی و شغلی فرد می‌گذارد.

تریاک:

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

رنگ و شکل: تریاک معمولاً به رنگ قهوه‌ای سیر و دارای قوامی خمیری است که بویی شبیه به آمونیاک یا ادرار مانده داده و هنگام سوختن بوی خاصی شبیه چسب دوقلو می‌دهد. بسته‌بندی آن به صورت لول، 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 تریاک: سوخته تریاک را در آب حل می‌کنند و می‌جوشانند سپس آن را از صافی عبور می‌دهند. آنچه باقی می‌ماند "تفاله" نام دارد. محلول حاصل را مجدداً حرارت می‌دهند. با این کار ماده خمیری و سفت و غلیظی به رنگ قهوه‌ای روشن به دست می‌آید که "شیره" نام دارد.

روش‌های مصرف:

۱- تدخین (دود کردن): ابزارهای مورد استفاده برای تدخین عبارتند از: منقل، وافور، چپق، نگاری (وسیله‌ای شبیه چپق که برای مصرف شیره بکار می‌رود)، قلیان، ذغال‌های نیمه سوخته، سیخ، میله و سنجاق باز شده‌ای که سر آن سیاه شده باشد. در روش سیخ و سنگ، سر سیخ را داغ کرده با سنجاق، تریاک را بر روی آن می‌گذارند و با لوله‌ای دود حاصل را وارد ریه‌ها می‌کنند.

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

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

ورید تزریق می‌کنند. معمولاً معتادان بی بضاعت از این روش استفاده می‌کنند. وجود سرنگ‌های کهنه و چندبار مصرف شده، قاشق سیاه شده، تکه‌های پنبه یا اسفنج، علامت مصرف تزریقی ماده است.

هروئین:

یکی از مشتقات نیمه مصنوعی مرفین 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 در آن نفوذ نمی‌کند و در مواقع خطر می‌توانند آن را ببلعند و پس از دفع از آن استفاده کنند. وزن بسته‌های هروئین ۵ سانتی گرمی، ربعی (۱/۴ گرم)، ۲/۵ و ۵ گرمی است. هروئین موجود در بازار معمولاً ۵۱ تا ۱۰ درصد هروئین دارد و بقیه آن شیر خشک، پودر بیکربنات و پودر گلوکز است.

روش های مصرف:

۱- تدخین: در این روش، هروئین را روی زورق سیگار می‌ریزند و از زیر با دستمال کاغذی لوله شده و یا تکه‌های مقوای باریک که با کبریت آتش زده شده باشد، کمی حرارت می‌دهند و دود حاصل را از راه دهان بالا می‌کشند. گاهی هروئین را با باریتورات ترکیب نموده و تدخین می‌کنند که به نام "شکار ازده" معروف است. وجود تکه‌های دستمال کاغذی لوله شده نیمه سوخته یا تکه‌های باریک مقوا و یا زورقی که رویه آلومینیومی آن سیاه شده باشد علامت مصرف تدخینی هروئین است.

۲- 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.

۳- تزریق: در این روش، هروئین را با آب لیمو، جوهر لیمو، یا قرص ویتامین C در قاشق حل کرده و کمی حرارت می‌دهند. سپس محتویات قاشق را از فیلتر سیگار یا پنبه می‌گذرانند و به درون سرنگ کشیده و به وریدهای دست و پا یا سایر نقاط بدن تزریق می‌کنند.

آثار مصرف:

آثار جانبی: کاهش ضربان قلب، کاهش تنفس، کم کردن حرکات دوده و مهار رفلکس سرفه، احساس گرما. به دنبال اولین مصرف معمولاً تهوع، استفراغ و خارش پیش می‌آید. یکی از ویژگی‌های مصرف کنندگان، مردمک‌های بسیار ریز (مردمک ته سنجاقی) است.

آثار روانی: گیجی و احساس سرخوشی که به دنبال آن افسردگی بارز می‌شود. به دنبال مصرف مرتب تحمل پیش می‌آید یعنی هر بار میزان ماده بیشتری برای رسیدن به علائم دلخواه نیاز می‌شود.

علائم ترک :

مردمک‌های گشاد، سیخ شدن موهای بدن، آبریزش از بینی و اشکریزش، عطسه، خمیازهای طولانی، تعریق، تهوع، استفراغ، اسهال، درد در عضلات، مفاصل و استخوانها، بی‌قراری، اضطراب، بی‌خوابی، تحریک پذیری.

چگونه کمک کنیم ؟

به منظور درمان باید ارزیابی صحیحی از میزان، تناوب، چگونگی استفاده هروئین را در اختیارداشت. مشاهده علائم مصرف هروئین چه به صورت علائم جسمی، یا علائم ترک و یا سنجش ماده در ادرار می‌تواند دلیلی بر مصرف این ماده باشد. در مراحل ابتدای مصرف می‌توان درمان را به روی ترک متمرکز کرد و از برنامه‌های سم‌زدایی سود برد. البته در شرایط خاص و بسته به نظر متخصص می‌شود از درمان‌های جایگزین نیز استفاده کرد. باید به مصرف کننده اطمینان داد که حداکثر علائم ترک در روز دوم و سوم بوده و معمولاً در عرض ۱۴-۱۰ روز عمده علائم رفع می‌شود. استراحت کردن، حمام داغ، خوردن مایعات و غذای کافی به تحمل علائم ترک کمک می‌کند

طول عمر بیمار ادامه خواهد یافت. کمک‌های روان‌درمانی و مشاوره پس از ترک به تداوم ترک کمک می‌کند.

کدئین:

ماده سفید رنگی است 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 بی مورد 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 حال خالص نرم یا ورقه‌ای به رنگ سفید تا زرد کم‌رنگ می‌باشد. مرفین به صورت آمپول‌های ۱۰ و ۲۰ گرمی مورد مصرف پزشکی قرار می‌گیرد. به صورت زیر جلدی، داخل عضلانی و داخل وریدی مصرف می‌شود.

حشیش:

شایع‌ترین ماده غیرقانونی در سراسر جهان از گیاهی به نام شاهدانه هندی که شبیه گزنه است به دست می‌آید. بخش‌های مختلف این گیاه حاوی مواد فعال بوده و بسته به محلی که مورد استفاده قرار می‌گردد قدرت‌های مختلفی دارند. صمغ چسبنده‌ای که از گیاه شاهدانه بدست می‌آید را به صورت قالبی در می‌آورند از برگ‌های خشک شده نیز ماری‌جوآنا حاصل می‌شود که ضعیف‌تر است. روغن حشیش قویترین فرم این ماده است.

ماده‌ای به رنگ سبز خاکستری و گاهی قهوه‌ای مایل به سبز با قوامی سفت است. از سرشاخه‌های گیاه شاهدانه یا کانابیس که بوته‌ای شبیه به گزنه است به دست می‌آید. چرس، گانجا، بنگ و روغن حشیش سایر موادی هستند که از شاهدانه به دست می‌آیند.

نام‌های رایج :

ماری جوآنا، گراس، علف، بنگ، جرس، **Joint**، سیگاری، حشیش.

به نظر می‌رسد که برای نخستین بار، هندی‌ها، بیش از دو هزار سال پیش از این گیاه استفاده کردند و متوجه خواص آن شدند. جالینوس و ارسطو از این گیاه یعنی کانابیس یا شاهدانه، به عنوان دارو اسم برده‌اند و مصرف غیر دارویی آن را، مستی‌آور و مضر دانسته‌اند. در ادبیات ایران زمین به گیاه و شاهدانه و بنگ اشاره شده است. از جمله مولوی که در نکوهش این ماده سروده است :

تا دمی از هوشیاری وارهند ننگ بنگ و خمر بر خود می‌نهند

یا در نوشته‌های مربوط به زندگی حسن صباح به توصیف مشتقات این گیاه بر می‌خوریم. در آمریکا، پس از سال ۱۹۱۰، کارگران مهاجر مکزیکی، این ماده را به عنوان مسکر و نشاط آور، مورد استفاده قرار دادند. استفاده از حشیش، از سال ۱۹۶۰ به بعد، گسترش زیادی پیدا کرد و متأسفانه در حال حاضر هم مصرف آن، زیاد است. این ماده در کشورهای مختلف از جمله اروپا و آمریکا در میان جوانان، به صورت سیگار، بسیار استفاده می‌شود. در کشور مصر برگ‌های شاهدانه را خرد می‌کردند و با آب می‌خوردند تا نشئه شوند. به همین دلیل هنگام لشکر کشی ناپلئون به مصر، تعداد زیادی از سربازان فرانسوی، معتاد به حشیش شدند. موقعی که این سربازان به فرانسه برگشتند، مصرف حشیش را از مشرق زمین به مغرب زمین بردند. متأسفانه هم اینک، استفاده از حشیش، در اقشار گوناگون، بویژه اقشار کم درآمد، گسترش یافته است.

روش مصرف:

۱- تدخین: معمولاً حشیش را گرم می‌کنند تا بصورت پودر درآید و سپس آن را با توتون

سیگار مخلوط می‌کنند و درون کاغذ سیگار می‌ریزند و می‌کشند.

۲- خوردن: حشیش را با شیرینی یا نوشابه مخلوط می‌کنند و آن را می‌خورند، می‌جوئند یا

می‌نوشند.

اثرات مضر و مخرب کانابیس و مشتقات آن، از زمان کشیدن تا ۴ ساعت، و از زمان خوردن تا ۱۲ ساعت و حتی بیشتر می‌تواند ادامه داشته باشد. مشتقات کانابیس، از جمله حشیش، بیشتر وابستگی به اعتیاد روانی ایجاد می‌کند و کمتر سبب وابستگی جسمی می‌شود.

عوارض جسمانی به دنبال مصرف حشیش عبارتند از: افزایش فشارخون، گیجی، افزایش اشتها، قرمز شدن چشم‌ها، تند شدن ضربان قلب، اختلال حافظه، گیجی، بی‌توجهی، تغییر درک و رنگ و صدا. علائم روانی شدید مثل شنیدن صداهای غیرواقعی، صحبت‌های نامربوط و رفتارهای غیرعادی، اضطراب و افسردگی در عرض چند دقیقه شروع می‌شود و بسته به میزان مصرف چند ساعت طول می‌کشد. چنانچه خورده شود علائم دیرتر شروع می‌شود اما مدت طولانی‌تری می‌ماند. حشیش اثر خواب‌آوری خفیفی نیز دارد. اما این اثر به شدت به وضعیت خلقی و توقع مصرف کننده مربوط می‌شود. یک مصرف کننده تازه کار بعد از یک بار مصرف **Joint** و یک مصرف کننده سابقه‌دار تا روزانه ۲۰ بار مصرف **joint** به علائم دلخواه می‌رسند. این علائم عبارتند از سرخوشی، احساس اعتماد به نفس، احساس عمومی خوب بودن. البته چنانچه فرد به هنگام مصرف افسرده و یا مضطرب باشد علائم ناخوشانید تشدید می‌شود. در مقادیر بالا خطر بروز حملات اضطرابی هول و بدبینی و توهم نیز وجود دارد. با توجه به کاهش که در میزان مهار در فرد ایجاد میشود خطر آسیب رساندن به خود بالا می‌رود. افرادی که از این ماده استفاده می‌کنند به دلیل عدم تعادل ناشی از آن نباید رانندگی کنند.

چگونه کمک کنیم :

مصرف حشیش امکان بروز یا تشدید حالات جنون را زیاد می‌کند و چنانچه چنین حالتی بروز کرد حتماً باید بیمار را به بخش روانپزشکی ارجاع داد. باید مصرف کننده را مطمئن کرد که علائم تحریک‌پذیری، کسالت و اختلال الگوی خواب پس از خروج دارو از بدن مرتفع خواهد شد. نیازی به تجویز دارو مگر به توصیه پزشک وجود ندارد.

سایر اطلاعات :

- بدلیل آنکه حشیش در چربی حل می‌شود تا ۴ هفته پس از مصرف در ادرار قابل تشخیص است.

از جمله عوارض طولانی مدت مصرف حشیش وضعیتی است که فرد دچار بی‌انگیزگی، عدم تمایل برای شروع هر کاری، بی‌احساسی، بی‌انرژی بودن و چاق شدن می‌گردد.

ماری جوانا:

ماده‌ای شبیه توتون، سبز رنگ و زبر است که به روش تدخینی مصرف می‌شود.

مواد استنشاقی

عمده‌ای این مواد عبارتند از: چسب، بنزین، مایع سوخت، فندک، تینرهای نقاشی، اتر، مایع خشک‌شویی.

روش مصرف

برای استعمال برخی از این مواد ابتدا یک دستمال یا تکه‌ای پارچه را به آن آغشته نموده سپس آن را در مقابل دهان یا بینی گرفته استنشاق می‌نمایند. برخی دیگر از این مواد مستقیماً از ظرف مربوطه استنشاق می‌شوند.

کوکائین:

ماده‌ی بلوری سفید رنگی است که از برگ‌های گیاه کوکا به دست می‌آید. کوکائین چیست؟ کوکائین یکی از اعتیادآورترین و خطرناکترین مواد مورد سوءمصرف است. این ماده از برگ گیاه کوکا که عمدتاً در آمریکای مرکزی و جنوبی می‌روید به دست می‌آید. وابستگی روانی به کوکائین ممکن است حتی پس از یک بار مصرف به وجود آید. کوکائین وابستگی جسمی هم ایجاد می‌کند. درصد خلوص کوکائین از ۹۰-۲۰٪ فرق میکند. کراک (crack) نوعی از کوکائین است که

ناخالصی‌های آن جدا گشته و به شکل بلور سفید رنگ و به شدت اعتیادآور است. امکان بروز رفتارهای خشن به دنبال مصرف آن بسیار بالاست.

نامهای رایج :

- کوکائین : **snow/ coke** برف /

- کراک / راک

راه‌های مصرف:

شایعترین روش مصرف کوکائین استنشاقی است. امکان تزریق زیرجلدی و داخل وریدی هم وجود دارد. به دلیل کمترشدن اثر آن به دنبال مصرف خوراکی، معمولاً از این روش استفاده نمی‌شود. کراک نیز به روش تدخینی مورد مصرف واقع می‌شود.

آثار مصرف :

آثار مصرف کوکائین بلافاصله ظاهر و ۳۰ تا ۶۰ دقیقه بعد رفع می‌شود. به همین علت افراد وابسته به کوکائین ممکن است هر نیم تا یک ساعت یک بار برای مصرف مجدد از جمع یا محل کار خارج شوند.

عوارض جسمانی: افزایش فشارخون و ضربان قلب، گشاد شدن مردمک، کاهش اشتها، اختلال در خواب. به دنبال مصرف طولانی کاهش وزن، اختلالات گوارشی، خستگی، نارسایی قلبی و کاهش نیروی جنسی بروز خواهد کرد. چنانچه بیمار به طریق استنشاقی مصرف کند در دراز مدت امکان خونریزی مکرر از بینی و سوراخ شدن تیغه‌های بینی وجود دارد.

عوارض روانی: سرخوشی، افزایش انرژی، احساس خوب بودن عمومی، توهمات لامسه به صورت احساس خزیدن حشرات زیر پوست، کاهش تمرکز و افزایش نیروی جنسی.

به دلیل آثار سریع تدخین و رسیدن سریع کوکائین به مغز به دنبال مصرف کراک علائم بلافاصله ظاهر شده، اما در عرض ۱۲ دقیقه تحلیل می‌رود.

چگونه کمک کنیم؟

علائم ترک کوکائین معمولاً یک روز تا یک هفته طول میکشد. مصرف کنندگان کوکائین وابستگی روانی شدید پیدا می‌کنند که همراه با حس ولع شدید برای مصرف مجدد است. به دنبال ترک افسردگی، خواب آلودگی، تحریک پذیری و گرسنگی بروز خواهد کرد. قطع کردن تدریجی هیچ فایده‌ای ندارد و قطع کردن سریع به مراتب بهتر است. چنانچه مصرف کوکائین جدی نباشد می‌شود بدون نیاز به دارو و جایگزین‌های مربوطه ترک را انجام داد. باید به مقدار زیادی مایعات (به غیر از الکل) و سه وعده غذای روزانه در رژیم غذایی گنجانده شود. ورزش‌های آرام بخش کمک کننده‌اند. باید مصرف کننده را مطمئن کرد که علائم افسردگی، کسالت و خستگی از عوارض طبیعی قطع کوکائین است و پس از یک هفته قطع خواهد شد. به هر حال برای بیمارانی که علائم افسردگی شدید به دنبال قطع کوکائین پیدا می‌کنند شروع داروهای ضد افسردگی مفید خواهد بود. چنانچه جنون ناشی از مصرف کوکائین بروز کند بیمار باید به سرویس روانپزشکی ارجاع شود.

سایر اطلاعات :

کوکائین ۸ تا ۶ ساعت پس از مصرف در ادرار قابل تشخیص است.

روش‌های مصرف: استنشاقی و تدریجی

مواد توهم‌زا:

موادی هستند که تغییراتی در خلق و ادراک‌ها به خصوص بینایی ایجاد می‌کنند. البته کلیه حواس پنجگانه را تحت تاثیر قرار می‌دهند. شناخته شده‌ترین و قویترین توهم‌زاها عبارتند از

ال.اس.دی (LSD لیسرژیک اسید دی اتیل آمید) :

ال.اس.دی (LSD لیسرژیک اسید دی اتیل آمید) یک ماده توهم‌زای قوی است. اصطلاح «توهم‌زا» به دارویی اطلاق می‌شود که می‌تواند ادراک فرد را از واقعیت تغییر داده و حواس وی را به شکلی کاملاً مشخص، از مسیر طبیعی منحرف کند؛ که از قارچی انگلی که روی گیاه چاودار زندگی می‌کند تهیه می‌شود. البته به طور مصنوعی نیز قابل تولید است. ال.اس.دی در اشکال

مختلف مثل قرص های بسیار کوچک (نقره‌ای - خاکستری)، کپسول، پودر و مایع بدون رنگ و بو وجود دارد. یکی دیگر از اشکال رایج ال.اس.دی کاغذهای مربع شکل آغشته به ال.اس.دی محلول در الکل است (به شکل تمبر)، که در ابعاد کوچک (۶-۷ میلی متر) و با تصاویر جالب (شخصیت های کارتونی، کبوتر و...) ارائه می شود.

نامهای رایج :



اثر توهم زای LSD برای اولین بار در سال ۱۹۴۳ توسط دکتر آلبرت هوفمن شیمیدان پژوهشگر در یک شرکت دارویی در سوئیس کشف شد. بررسی های اولیه برای جست و جوی کاربردهای بالقوه دارو، بر افزایش آگاهی ما نسبت به انواع خاصی از بیماری های ذهنی متمرکز بود. در سال های ۱۹۵۰ متفکرینی چون آلدوس هاکسلی توانایی این دارو را در القای حالتی از «خودآگاهی کیهانی» آزمودند LSD موضوع پژوهش های متعددی در سال های ۱۹۵۰ و اوایل ۱۹۶۰ بوده است. در این پژوهش ها نقش درمانی تجربه ناشی از توهم زایی دارو در درمان الکلیسم مزمن و بیماری ذهنی و کمک به بیماران رو به مرگ در پذیرش آنچه در پیش رو دارند، مورد بررسی قرار گرفته است LSD ، همچنین مورد توجه CIA قرار گرفته است و این سازمان کاربرد این دارو را در جنگ روانی آزمایش کرده است.

کاربرد LSD به صورت تفریحی و برای سرگرمی در سال های ۱۹۶۰ فزونی گرفت یعنی زمانی که توانایی دارو در انبساط ذهنی از راه الگوسازی های تاثیرگذار به وسیله دانشمندی از هاروارد به نام تیموتی لوی و رمان نویس معروف کن کیی مورد تاکید قرار گرفت. مصرف LSD در سال های ۱۹۶۰ و ۱۹۷۰ به اوج خود رسید و این امر رابطه تنگاتنگی با رواج هیپی گری در آن دوره داشت. میزان مصرف LSD در سال های ۱۹۸۰ کاهش یافت و دوباره در سال های ۱۹۹۰ شروع به افزایش کرد.

بعدها نگرانی های موجود درباره اثرات احتمالی مصرف طولانی مدت **LSD** به وضع قوانین تازه ای برای محدود کردن استعمال آن منجر شد.

LSD از کجا می آید؟

LSD اکثراً در آزمایشگاه های غیرمجاز ساخته می شود و تولید آن تنها در مقادیر بسیار اندک برای اهداف تحقیقاتی، مجاز است.

راه های مصرف:

معمولاً به صورت خوراکی مصرف می شود. قرص یا پودر را روی حبه ای قند می گذارند و پس از اضافه کردن چند قطره آب و حل شدن می خورند. کاغذهای آغشته به **LSD** (در فرم تمبر) را هم در دهان یا نقاطی از بدن که با چاقو برش می دهند، قرار می دهند.

آثار مصرف:

آثار مصرف معمولاً پس از نیم تا یک ساعت شروع شده در عرض ۶-۲ ساعت به حداکثر می رسد و در عرض ۱۲ ساعت آهسته کم می شود. آثار بسته به شرایط خلقی مصرف کننده و شرایطی که در آن ماده مصرف می شود متفاوت خواهد بود.

آثار جسمانی: افزایش ضربان قلب و فشار خون و درجه حرارت بدن، گشاد شدن مردمک ها و لرزش دست ها

آثار روانی: تغییرات رفتاری به صورت اضطراب، هول، ترس از دیوانگی، افسردگی، سوءظن، اختلال در قضاوت، رفتارهای خودآزارانه حتی خودکشی، اختلال ادراک (عمدتاً در زمینه بینایی)، درهم آمیزی حس ها (دیدن صداها و شنیدن رنگ ها) و اختلال تعادل.

آثار روانی غیرقابل پیش بینی است. از حالت سرخوشی (سفر خوب **Good trip**) تا اضطراب و حملات هول (سفر بد **Bad trip**) متفاوت است. به دنبال مصرف طولانی مدت امکان تجربه علائم ادراکی ناشی از مصرف حتی بدون مصرف ال.اس.دی (Flash back) وجود دارد.

همچنین خطر بروز جنون و کاهش تمرکز نیز وجود دارد. دو عامل بر چگونگی احساس افراد در زمان مصرف LSD موثرند. یکی زمینه ذهنی ایشان یعنی انتظارات، تجربه و خلق آن‌ها در زمان مصرف دارو است و دیگری محیط و یا مکانی است که در آن قرار دارند. اگر مصرف دارو تنها در زمانی انجام شود که فرد در وضعیت مثبتی از نظر ذهنی و روانی و در محیطی آرام با دوستان و یاران دلسوز و وفادارش به سر می‌برد، احتمال تجربه یک «سفر بد» کاهش می‌یابد.

چگونه کمک کنیم؟

مواد توهم‌زا وابستگی جسمی ایجاد نمی‌کند و باید بلافاصله قطع شوند. بسیاری از مصرف‌کنندگان عوارض روانی را تجربه خواهند کرد، که نیاز به مراقبت‌های روانپزشکی خواهند داشت. در خصوص (Flash back) باید به مصرف‌کننده اطمینان داد که به دنبال قطع مصرف این عارضه از بین خواهد رفت. در زمانی که علائم بد روانی بروز می‌کند و مصرف‌کننده بسیار ترسیده است باید در محیطی با حداقل تحریکات صوتی و بینایی قرار بگیرد و برای چندین ساعت تحت حمایت و مراقبت دائم باشد. در صورت بروز جنون مراقبت‌های جدی روانپزشکی ضروری است. درمان‌های رفتاری به کاهش مصرف کمک خواهند کرد.

سایر اطلاعات:

◆ مصرف حشیش، کوکائین و داروهای سرماخوردگی آثار و عوارض روانی را تشدید می‌کند.
◆ ۲۴ ساعت پس از مصرف در ادرار قابل تشخیص است.

◆ علائم ناشی از مصرف LSD بصورت flash back معمولاً تا ۵ سال رفع می‌شود. اما گاه

به طور دائم باقی می‌ماند.

◆ در محیط تاریک علائم تشدید می‌شود.

◆ عوارض ناشی از مصرف بر روی نوار مغزی قابل پیگیری است.

فن سیکلیدین (P.C.P):

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

آثار مصرف فن سیکلیدین

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

- تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی و احساس خوشایند غوطه‌وری و سرعت، بی‌قراری، حالت تهاجم، اختلالات
- قضاوت)
- سفتی عضلانی
- کاهش واکنش به تحریکات دردناک
- دیس آرتری
- آتاکسی
- نیستاگموس
- افزایش فشار خون و یا تاکی کاردی

بلند شنیدن صداها

به صورت پودر کریستالی به رنگ‌های مختلف و یا مایع دیده می‌شود.

روش‌های مصرف: تزریقی، خوراکی، استنشاقی و تدخینی (به وسیله سیگار دست پیچ یا پیپ)

داروهایی که مصرف پزشکی دارند:

برخی از داروهایی که برای درمان بیماری‌ها تجویز می‌گردند در صورت مصرف نابجا

می‌توانند اعتیادآور باشند. عمده‌ترین این داروها عبارتند از:

داروهای مسکن - خواب آور مانند بنزودیازپین ها (دیازپام، کلردیازپوکساید، اکسازپام و) و باریتوراتها (فنوباریتال، سکوباریتال، آموباریتال، پنتوباریتال و) قرص های ضد درد مانند استامینوفن کدئین، آسپیرین کدئین و شربت های ضد سرفه و خلط آور حاوی کدئین.

اکثر داروهایی که خطر اعتیاد و سوء مصرف را به دنبال دارند تنها به وسیله نسخه پزشک ارائه می شوند تا از این معضل جلوگیری شود. اما داروهایی وجود دارند همچون داروهای ضد درد، ضدسرفه، مسهل و غیره که بدون نیاز به نسخه پزشک به مراجعان داروخانه ها داده می شود و این داروها نیز امکان سوء مصرف دارند. از آن جمله به موارد زیر می توان اشاره نمود:

داروهای ضددرد و تب بر: داروهایی هستند که باعث کم شدن درد، کاهش التهاب درمفاصل و کاهش تب می شوند. از مهمترین آنها میتوان به استامینوفن و آسپیرین اشاره کرد. عوارض جانبی آنها عبارتست از مشکلات معده، سوزش سردل، خونریزی دستگاه گوارش، واکنش های آلرژیک، کاهش قند خون، مشکلات کبدی و کلیوی.

کافئین: یکی از شایعترین مواد محرک است که در بسیاری از داروها، شکلاتها و نوشابه ها به کار برده می شود. عوارض جانبی آن عبارتست از اضطراب، بیخوابی، تحریک پذیری و سردرد. آنتی هیستامین ها: در بسیاری از داروها و آرام بخش ها آنتی هیستامین وجود دارد که موجب خواب آلودگی و رخوت شده و رانندگی و کار با ماشین آلات پس از مصرف آنها خطرناک است. داروهای ضدسرفه: بسیاری از این داروها حاوی کدئین و سایر مواد با اثرات شبیه به مواد افیونی هستند. امکان گیجی و خواب آلودگی به دنبال مصرف آنها وجود دارد.

داروهای سرماخوردگی: این داروها معمولا مخلوطی از داروهای آنتی هیستامین، ضد احتقان (مانند سودوافدرین) هستند که گاه به عنوان ماده محرک مورد سوء مصرف قرار می گیرند. عوارض جانبی آنها عبارتست از اضطراب، تپش قلب، بیخوابی، سردرد، افزایش فشارخون و افزایش قند خون.

داروهای مسهل: بسیاری از مردم تصور می‌کنند که اگر به اصطلاح شکمشان هر روز کار نکند نیاز به مسهل دارند، حال آنکه مصرف طولانی مدت مسهل بر روی فعالیت طبیعی روده اثر سوء دارد. بعضی اوقات مسهل‌ها به جهت کاهش وزن مورد سوء مصرف واقع می‌شوند. این داروها چنانچه طولانی مدت مصرف شوند عوارض خطرناکی بر تعادل آب و املاح بدن فرد بر جای می‌گذارند.

آنتی اسیدها: چنانچه بدون نظارت پزشک و در طولانی مدت مصرف شوند عوارض جسمانی زیادی به بار خواهند آورد.

داروهای گیاهی: بسیاری بر این باورند که داروهای گیاهی سالمتر بوده و نسبت به داروهای شیمیایی و تجویز شده توسط پزشک کم خطرتر هستند ولی چنانچه بی‌اندازه و بی‌مورد به کار روند خطر بروز شیدایی (حالت خلقی شادی و یا تحریک پذیری شدید و غیرقابل کنترل) و توهم (حس کردن بدون وجود محرک واقعی) را به دنبال خواهند داشت.

چگونه کمک کنیم؟

باید این آگاهی را به افراد داد که داروهای غیر تجویزی لزوماً غیر سمی و بی‌خطر نیستند. هر گونه مصرف داروها نیاز به نظارت پزشک دارد. چنانچه افراد قبلاً تحت درمان‌های دیگر دارویی باشند نیز مصرف داروهای غیر تجویزی ممکن است با آثار مداخله‌کننده موجب بروز عوارض ناخواسته ای شود.

سایر اطلاعات:

مصرف داروهای غیر تجویزی در زن حامله ممکن است موجب بروز عوارض و خطراتی برای جنین شود، مشاوره با پزشک از بروز عوارض بعدی جلوگیری خواهد کرد.

آمفتامین‌ها:

آمفتامین‌ها چه موادی هستند؟

آمفتامین‌ها گروهی از داروها هستند که از نظر ساختمانی با ناقل‌های عصبی نوراپی نفرین، اپی نفرین، و دوپامین مربوطند و به نام داروهای مقلد سمپاتیک یا محرک سیستم عصبی مرکزی نیز معروفند. این ترکیبات شامل متیل فنیدیت، دکستروآمفتامین، و مت‌آمفتامین هستند.

آمفتامین اغلب برای بهبود کارایی، کاهش خواب و ایجاد سرخوشی مورد استفاده قرار می‌گیرند. معمولاً ورزشکاران، دانشجویان و رانندگان مسافتهای طولانی، از این مواد استفاده می‌کنند. مصارف طبی آمفتامین‌ها شامل پرتحرکی کودکان، نارکولپسی، چاقی و برخی موارد افسردگی مقاوم به درمان است.

آمفتامین‌ها گروهی از مواد محرک مغزی هستند که معمولاً به شکل پودر سفید رنگ و گاهی سفید متمایل به قهوه‌ای روشن (یا سفید چرک) مشاهده می‌گردند. برخی انواع آمفتامین‌ها دارای مصارف طبی هستند و تحت نظارت کامل پزشک در مواردی چون افسردگی‌ها، اختلالات پرتحرکی - کم توجهی کودکان و حمله‌های خواب مورد استفاده قرار می‌گیرند. آمفتامین‌ها اغلب برای بهبود کارایی و ایجاد حالت سرخوشی توسط دانش آموزان، دانشجویان و رانندگان مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند.

قرص‌های دی فنوکسیلات

قرص‌های بیپریدین (آرتان)

نامهای رایج :

آیس (ICE) / اسپید (SPEED) / میستی بوشی (Mitsubishi) و ترکیبی از آمفتامین‌های

جایگزین بنام MDMA تحت نام Ecstasy

راه‌های مصرف:

معمولاً به صورت خوراکی و گاهی همراه مشروبات استفاده می‌شود. انفیه کردن، تزریق یا تدخین با سیگار نیز از سایر راه‌های مصرفی است. شکل تزریقی آن نسبت به سایر انواع آن اعتیاد بیشتری ایجاد می‌کند.

آثار مصرف :

همه آمفتامین‌ها به سرعت از راه دهان جذب شده در عرض یک ساعت علایم آن‌ها شروع می‌شود. آثار مصرف آمفتامین‌ها ۱-۲ روز طول می‌کشد.

عوارض جسمانی: افزایش ضربان قلب و فشارخون، خشکی دهان، تعریق، افزایش انرژی، کاهش اشتها، تهوع و استفراغ، بی‌خوابی.

عوارض روانی: احساس سرخوشی، احساس قدرت، افزایش توانایی تمرکز، نوسانات خلقی، برآشفستگی، تحریک پذیری.

مصرف مداوم آمفتامین‌ها منجر به ایجاد تحمل و وابستگی می‌شود. به نحوی که با قطع ناگهانی آن‌ها علائمی همچون تحریک پذیری، گرسنگی شدید، اختلال خواب و افسردگی حاد بروز خواهد کرد. در مصارف طولانی مدت، امکان بروز حالات جنون شبیه به اسکیزوفرنی وجود دارد.

علائم مسمومیت :

خونریزی مغزی در اثر افزایش شدید فشارخون، شوک ناشی از افت شدید فشارخون، افزایش شدید درجه حرارت بدن، بی‌نظمی در ضربان قلب، اختلال هوشیاری، تشنج، اغماء و مرگ.

چگونه کمک کنیم ؟

آمفتامین‌ها به شدت وابستگی ایجاد می‌کنند. بیمارانی که علایم جنون (مثل اسکیزوفرنی) را نشان می‌دهند باید بلافاصله به روانپزشک معرفی شوند. بیمارانی که علایم افسردگی حاد را نشان می‌دهند به خاطر امکان خودکشی باید به شدت تحت نظارت باشند. باید به مصرف کنندگان اطمینان خاطر داد که علائم ترک آمفتامین مشتمل بر خستگی، اضطراب، اختلال خواب و افسردگی

حداکثر تا روز چهارم پس از ترک زیاد بوده و در عرض یک هفته فروکش خواهد کرد. معمولاً داروی خاصی برای ترک لازم نمی‌شود. در هنگام ترک باید بیماران را تشویق کرد تا آب کافی بنوشند، روزانه سه وعده غذا مصرف کنند، ورزش‌های آرامش بخش انجام دهند و در هوای آزاد راه بروند.

سایر اطلاعات

- ◆ معمولاً الکل در همراهی با آمفتامین به دلیل خواص خواب‌آلودگی‌اش استفاده می‌شود.
- ◆ آمفتامین‌ها در ادرار تا ۴-۲ روز پس از مصرف قابل تشخیص است.

اکستاسی:



متیل‌نیدریوکسی‌مت آمفتامین که معمولاً به اختصار **MDMA** یا اکستاسی خوانده می‌شود (یک داروی غیر قانونی است) که هم ویژگی محرک زها را دارد و هم توهم‌زهاها. از مشتقات آمفتامین است در ابتدا در آلمان به عنوان ضد اشتها و سپس تنظیم‌کننده خلق و خوی معرفی گردید ولی تا کنون هیچ‌گونه کاربردی برای آن به عنوان دارو مورد پذیرش مجامع علمی قرار نگرفته است. در ساخت اکستازی موادی همچون استون، نیترواتان، کلورفورم و یا حتی فورمامید به عنوان مواد پایه به کار می‌روند. موادی که همگی در صنعت شیمیایی و دارو سازی کاربرد داشته و می‌توان به طور کاملاً قانونی آن‌ها را تهیه و بعضی از این مواد را بدون هیچ‌منعی استفاده

کرد. اکستاسی اغلب به شکل قرص کپسول پودر و گاهی تزریقی مورد استفاده قرار می‌گیرد. پزشکان معتقدند که یکی از علل اشتیاق به مصرف این قرص تاثیر آن بر حافظه حسی است. واقعیت این است که با تقویت حافظه یک حس ارتباط برقرار می‌شود و بدون وجود عوامل بیرونی تحریک می‌گردد. از قرار معلوم مصرف آن توسط جوانان موجب تخلیه انرژی فراوان میشود و مصرف کنندگان مدعی بدست آوردن احساسات مثبت از قبیل احساس داشتن انرژی فراوان همدلی و همدردی با دیگران کاهش اضطراب و در عوض کسب آرامش و عالی به نظر رسیدن همه چیز هایی که در اطراف می‌گذرد هستند. نیاز به خوردن و خوابیدن نیز کاهش پیدا می‌کند. اثر آن ۲۰ دقیقه تا یک ساعت پس از مصرف آغاز می‌شود و ۴ تا ۶ ساعت طول می‌کشد.

تاثیر عمده اکستاسی افزایش آزادسازی سروتونین از پایانه عصبی پیش سیناپسی و ممانعت از بازجذب آن - تخلیه سروتونین مغز - مهار آنزیم مونو آمین اکسیداز و در نتیجه ممانعت از کاتابولیس سروتونین و در نهایت کاهش غیر مستقیم اثر دوپامین است

اکستاسی در اولین بار مصرف عوارض ماندگار و دراز مدت بر جای می‌گذارد. ابتدا حالت سرخوشی موقت به مصرف کننده دست می‌دهد و شخص راغب می‌شود برای حفظ این حالت مقدار مصرف را افزایش دهد.

مسمومیت ناشی از اکستاسی به صورت کوتاه مدت و بلند مدت و عمدتاً در ارتباط با اختلالات روانی ظاهر می‌شود. حقیقت این است که اثرات سمی این دارو بسیار پیچیده است.

علائم مشخص مسمومیت عبارتند از:

۱. گشاد شدن مردمک چشم

۲. آشفتگی

۳. بیقراری

۴. تهییج

۵. توهم

۶. بی اختیاری

۷. تپش قلب

۸. پرفشاری خون

۹. افسردگی

۱۰. مرگ در اثر نارسایی قلبی یا گرمزدگی شدید و ناراحتی‌های تنفسی.

اکستاسی سبب از بین رفتن سلول‌های تولید کننده سروتونین که در تنظیم خواب و فعالیت جنسی و حساسیت به درد نقش مستقیمی ایفا می‌کنند در مغز می‌شود. گاهی آسیب سلول‌های تولید کننده دوپامین نیز دیده شده است.

این قرص به نام قرص شادی‌آور نیز نام برده می‌شود و جوانان در کلوپ‌ها و باشگاه‌ها از آن استفاده می‌کنند. با اینکه **MDMA** توهمات آشکاری ایجاد نمی‌کند بسیاری از افراد، دچار تحریف زمانی و ادراکی می‌شوند. افرادی که به صورت تنفنی از آن مصرف می‌کنند نیز همانند مصرف کنندگان دایمی در معرض آسیب‌های پایدار مغزی قرار دارند و گفته می‌شود عوارض آن در زنان بیشتر است. این ماده در انسان و حیوان، بیش فعالی شبیه به آمفتامین را ایجاد می‌کنند و مانند سایر محرک‌ها به نظر می‌رسد:

۱. وابستگی زیادی را ایجاد می‌کنند.

۲. این ماده ضربان قلب را افزایش می‌دهد.

۳. فشار خون را بالا می‌برد.

۴. تنظیم حرارت بدن را دچار اختلال می‌کند.

۵. حرارت بدن را افزایش می‌دهد.

۶. باعث نارسایی قلبی و کلیوی درباره افراد می‌شود.

MDMA یک داروی صناعی است. نوعاً به شکل کپسول یا قرص است. معمولاً از راه دهان مصرف می‌شود. بعضاً گزارش شده به شیوه‌های دیگری چون تزریقی و استنشاق نیز مصرف می‌شود.

اثرات حاد **MDMA** بسته به میزان مصرف بین سه تا شش ساعت معمولاً طول می‌کشد **MDMA** به خوبی از راه معده‌ای - روده‌ای جذب می‌شود و پس از یک ساعت از زمان مصرف به بالاترین سطح خود می‌رسد.

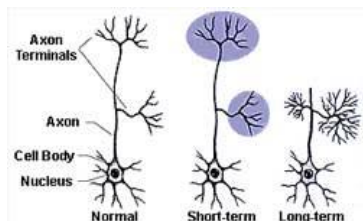
نحوه اثر در مغز



آمین‌های مغز به ویژه نوراپی نفرین و سروتونین نوروترانسمیترهای مسیرهایی هستند که کارشان بروز خلق است. با توجه به فرضیه آمینی، کاهش عملکرد این آمین‌ها باعث افسردگی خواهد شد و افزایش فعالیت آن‌ها باعث بالا رفتن خلق می‌شود.

MDMA از طرقی که ذکر خواهد شد باعث افزایش خلق و احساس نشاط می‌شود.

فرضیه تأثیر **MDMA** (اکستاسی) بر مغز:



۱- افزایش آزادسازی سروتونین در سیناپس‌های مغزی

۲- بلوک باز جذب سروتونین

۳- افت میزان سروتونین مغز

۴- اثرات غیرمستقیم بر میزان دوپامین مغز

آیا اکستاسی اعتیاد آور است؟

اکستاسی وابستگی جسمانی به همراه ندارد، اگر چه آثار بسیار سوئی بر روی بدن دارد. ولی مصرف این ماده، مصرف کننده را به تدریج یا به سرعت به سمت یک نوع اجبار در مصرف می-کشاند و از لحاظ روانی وابسته می سازد.

تأثیرات آنی مصرف اکستاسی

در مورد تأثیر آنی اکستاسی دو نوع گزارش از سوی مصرف کنندگان اعلام شده است.

برخی از مصرف کنندگان اکستاسی گزارش می دهند:

۱- مصرف اکستاسی باعث آرامش آنها شده و احساسات منفی را در آنها کنترل می کند.

۲- احساس نشاط و لذت را در آنها افزایش می دهد و به آنها انرژی می بخشد.

۳- احساس اعتماد به نفس و سرخوشی را در آنها افزایش می دهد.

دسته ای دیگر از مصرف کنندگان اکستاسی گزارش می دهند:

۱- پس از مصرف دچار سردرد، خشکی دهان، انقباض چشم، پرحرفی، تاری دید و حالت

تهوع شدید شده اند.

۲- پس از مصرف دچار خشکی آب بدن و سیروز کبدی شده اند.

۳- به اتاق های اورژانس کشیده شده و با مرگ دست و پنجه نرم کرده اند.

عوارض ناشی از مصرف اکستاسی

به طور کلی مصرف اکستاسی چه در افرادی که در آغاز مصرف، گزارش مثبت داده اند و

چه در افرادی که گزارش منفی داده اند، اثرات سوء جبران ناپذیری را به دنبال دارد. برخی از این

عوارض شامل موارد ذیل می باشد.

- ۱- یکی از قسمت‌هایی که به طور خاص تحت تأثیر اکستاسی یا **MDMA** قرار می‌گیرد لوب (لُب) فرونتال سربرال کورتکس است، یعنی بخشی در قسمت پیشین مغز که برای تفکر به کار گرفته می‌شود. بنابراین مصرف اکستاسی، بر تفکر تأثیر سوء دارد.
- ۲- قسمت دیگری که به شدت مورد حمله و آسیب اکستاسی قرار می‌گیرد هیپوکامپوس است. یعنی قسمت عمیقی در مغز که به "حافظه" کمک می‌کند.
- ۳- مصرف اکستاسی موجب پراکنده شدن سروتونین م شود. سروتونین یکی از ناقلان شیمیایی مهم مغز بوده و باعث تعدیل و تنظیم خلق، فعالیت‌های جنسی، خواب و حساسیت نسبت به درد می‌شود، بنابراین پراکنده شدن آن اختلالاتی را در موارد فوق به وجود می‌آورد.
- ۴- مصرف اکستاسی باعث از بین رفتن نرون یا نرون‌هایی می‌شود که سروتونین را تولید می‌کنند و در نتیجه، مصرف آن کاهش شدید سروتونین مغز را سبب می‌شود.
- ۵- اکستاسی به طور غیرمستقیم باعث کاهش مقدار زیادی دوپامین می‌شود. دوپامین یکی از ناقلان شیمیایی مهم مغز است و کاهش آن آمادگی ابتلا به پارکینسون را زیاد می‌کند.
- ۶- اکستاسی مغز را آلوده به سموم شیمیایی می‌کند.
- ۷- اکستاسی، مرگ‌های نابهنگام را به همراه دارد. طبق گزارش دانشگاه کرنر، در سال ۱۹۹۸، مرگ و میرهای بسیاری در اثر مصرف اکستاسی اتفاق افتاده است.
- ۸- مصرف اکستاسی ناهماهنگی حرکتی و لرزش شدید در اعضا بدن و در نهایت چشم را ایجاد می‌نماید.
- ۹- مصرف اکستاسی پریشانی، افسردگی، اضطراب فراگیر، گمگشتگی، رفتارهای پرخاشگرانه سوء ظن، در طی دوران مصرف و یا حتی هفته‌ها پس از مصرف را باعث می‌شود.
- ۱۰- مصرف اکستاسی موجب گرفتگی عضلات، تهوع، تاری دید، حرکات سریع چشم و تغییرات شدید حرارتی در بدن می‌شود.

۱۱- مصرف اکستاسی، باعث افزایش ضربان قلب و فشار خون می شود. بخصوص در افرادی که مشکلات قلبی و عروقی دارند.

۱۲- مصرف اکستاسی باعث ظهور جوش هایی مثل آکنه در برخی افراد می گردد. لازم به ذکر است افرادی که چنین علامتی را از خود نشان می دهند آمادگی شدیدی برای ابتلاء به مشکلات کبدی دارند.

درمان

برای درمان اعتیاد به این ماده، به روان درمانی و کار سخت گروهی نیاز است. هیچ پادزهری (آنتی دوزی) برای مسمومیت با اکستاسی وجود ندارد. در صورت بروز علائمی مثل تب شدید، تشنج و تغییرات ضربان قبل (تاکی آریتمی)، درمان علامتی است. از ترکیبات ضد افسردگی و آنتی سایکوتیک برای درمان عوارض در روزهای پس از مصرف استفاده می شود.

اثرات MDMA

۱- مشکلات حافظه

۲- آسیب مغزی

۳- افسردگی

۴- گمگشتگی

۵- مشکلات خواب

۶- اضطراب

۷- رفتارهای پرخاشگرانه؛ پژوهش‌هایی نشان می‌دهند که مصرف قرص شادی‌آور درمیان دانش‌آموزان دبیرستانی هر ساله رو به افزایش است. مطالعات همه‌گیر شناسی نشان می‌دهد که مصرف این قرص از موقعیت‌هایی چون میهمانی‌ها و کلوپ‌ها به دبیرستان‌ها و دانشگاه‌ها و دیگر محیط‌های اجتماعی کشیده شده است.

بنظر می‌رسد که دانشجویان این قرص را به خاطر اثرات نشاط‌آور آن مصرف می‌کنند تا بتوانند از خستگی ناشی از کار روزانه رهایی پیدا کنند. به نظر می‌رسد که توصیه دوستان، فراوانی این قرص را در جمعیت دانشجویی بیشتر کرده است. از جهتی ممکن است انگیزه‌ای که بواسطه مواد افیونی مثل تریاک یا هروئین به افراد زده می‌شود با مصرف این قرص برداشته شود.

الکل:

الکل یکی از شایعترین مواد مورد سوء مصرف در دنیا است. وابستگی (اعتیاد) به الکل اغلب با عنوان الکلیسم نامیده می‌شود. الکل موجود در مشروبات الکلی اتانول نام دارد و از تخمیر میوه، سبزی و دانه‌های گیاهی به دست می‌آید. مشروبات الکلی میزان متفاوتی از الکل را دارند. (برای مثال آبجو ۵٪، شراب ۱۰-۱۵٪ و ویسکی و عرق حدود ۴۰٪ الکل دارد). مشروبات الکلی به صورت بی‌رنگ یا به رنگ‌های متفاوتی تولید می‌شوند. بعضی از افراد نیز الکل طبی را که مایعی بی‌رنگ است و مصارف پزشکی دارد را با نوشابه‌های مختلف مخلوط می‌کنند. نوع دیگری از الکل که از چوب بدست می‌آید متانول است که الکل صنعتی نامیده می‌شود. با توجه به سهولت دسترسی به این ماده و ارزان بودن به کرات مورد سوء مصرف واقع می‌شود که ممکن است به کوری، اغماء و حتی مرگ منجر گردد.

آثار مصرف:

عوارض جسمانی: کاهش فشارخون، احساس گرما، تلو تلو خوردن هنگام راه رفتن.

عوارض روانی: رفتار نامناسب، پرحرفی یا کم حرفی، حرف زدن نامربوط، معاشرتی شدن یا گوشه‌گیری و پرخاشگری، اختلال تعادل و ناتوانی انجام حرکات ظریف، اشکال در به خاطر سپاری وقایع و اختلال در توجه و حافظه.

عوارض مصرف طولانی الکل

- توهمات شنوایی،
- اختلال خواب
- بیماری‌های معده (مثل زخم معده)، مری، کبد، لوزالمعده
- سوء تغذیه
- افزایش فشار خون و خطر سکته‌های قلبی و مغزی
- ضعف عضلانی
- ناتوانی جنسی و تأخیر در انزال
- افزایش خطر سرطانهای سر و گردن و دستگاه گوارش
- ابتلا به فراموشی پایدار

برای جلوگیری از ایجاد فراموشی ناشی از مصرف طولانی الکل، هر فرد الکلی باید روزانه ۱۰۰ میلی‌گرم ویتامین (ویتامین B1) دریافت کند.

علائم ترک:

چنانچه فردی پس از مصرف طولانی و زیاد الکل ناگهان آن را قطع کند یا مقدار آن را ناگهانی کاهش دهد، به طور متوسط پس از ۸-۶ ساعت علائم زیر بروز خواهد کرد:

- تعریق
- افزایش ضربان قلب
- لرزش شدید دستها

- بی‌خوابی
- تهوع و استفراغ
- توهمات شنوایی و بینایی (شنیدن صداها یا دیدن چیزهایی که وجود ندارد)
- هیجانات شدید
- اضطراب
- تشنج

بیمارانی که دچار علائم ترک الکل می‌شوند باید سریعاً تحت نظر پزشک قرار گرفته و مداوا شوند در غیر این صورت خطر مرگ بیمار را تهدید می‌کند.

چگونه کمک کنیم؟

بمنظور پیشگیری از ایجاد فراموشی ناشی از مصرف طولانی مدت الکل، هر فرد الکلی باید روزانه ۱۰۰ میلی‌گرم ویتامین B_۱ (تیامین) مصرف کند و باید به مصرف کننده توصیه کرد که میزان مصرف روزانه یا هفتگی خود را ثبت کند. حداقل دو روز در هفته استفاده نکند، از مشروبات الکلی با درصد الکل کمتر استفاده کند یا به صورت رقیق شده مصرف کند. چنانچه فرد دچار مسمومیت شدید با الکل شده باشد به منظور حمایت تنفسی و توجه به آب و املاح و حرارت بدن نظارت پزشکی ضروری است. چنانچه قصد ترک الکل را داشته باشند، نظارت روانپزشک برای شروع داروهای مسکن و جلوگیری از بروز هذیان ضروری است.

سایر اطلاعات:

۷۲ ساعت تا یک هفته پس از قطع مصرف ناگهانی امکان بروز تشنج و حالت‌های هذیانی شدیدی که ممکن است منجر به مرگ شود، وجود دارد که نظارت تخصصی را در این دوران الزامی می‌کند.

استروئیدها

استروئیدها آنابولیک مواد شیمیائی هستند که با تستسترون یا هورمون جنسی مردانه مشابه و از سوی تعداد زیادی نوجوان برای افزایش حجم عضلات مورد استفاده قرار می‌گیرند. با اینکه استروئیدهای آنابولیک در ساختن عضلات کاملاً موثر واقع می‌شوند اما می‌توانند به بسیاری از اندام‌های بدن آسیب وارد کنند. از جمله:

کبد، کلیده‌ها و قلب. آنها همچنین مصرف کنندگان را به وابستگی می‌کشاند به ویژه وقتی در دوزهای بالا مصرف می‌شوند که این مسأله در بسیاری از بدنسازان ورزشکاران متداول است.

مواد استنشاقی :

شامل انواع حلال‌ها، چسب‌ها، رنگ‌های اسپری، تینر، مواد پاک کننده، لاک غلط گیری، بنزین و... می‌باشند.

به دلیل سهولت دسترسی، مصرف این مواد توسط نوجوانان نادر نیست. استنشاق این مواد از طریق بطری، قوطی، کیسه‌های پلاستیک، پارچه آغشته به مواد یا اسپری صورت می‌گیرد. این مواد مضعف سیستم عصبی مرکزی هستند. نسبت به آثار این مواد تحمل ایجاد می‌شوند. اما علائم ترک آن‌ها خفیف است.

آثار مصرف مواد استنشاقی:

مواد استنشاقی به سرعت از ریه‌ها جذب شده و به مغز می‌رسند. اثرات آن‌ها چند دقیقه پس از مصرف ظاهر شده و بسته به نوع و مقدار ماده مصرفی ۳۰ دقیقه تا چند ساعت باقی می‌ماند. آثار مصرف این مواد عبارتند از:

- تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی و احساس خوشایند غوطه‌وری، خطاهای حسی و توهم شنوایی و بینایی، اختلال قضاوت، رفتارهای پرخاشگرانه و تکانه‌ای)

• تهوع و استفراغ

• بشورات پوستی اطراف دهان و بینی، بوی غیر معمول تنفس، بقایای ماده مصرفی روی صورت و لباسها و تحریک گلو و بینی.

• اختلال تکلم، ضعف رفلکسها و آتاکسی

• استوپور و اغما و مرگ (در اثر مصرف مقادیر زیاد)

عوارض مصرف طولانی مواد استنشاقی

• آسیبهای برگشت ناپذیر کبدی و کلیوی

• آسیب عضلانی پایدار

• التهاب و خونریزی گوارشی

• عوارض مغزی (کاهش ضریب هوشی، صرع لوب تمپورال، آتروفی مغزی)

• عوارض قلبی و ریوی (درد سینه و اسپاسم برونش)

• آسیب جنینی در زنان باردار

آشنایی با ابزار مصرف مواد

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

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

وافور، قلیان، چپق، پیپ، ابر کوچک؛ سیخ، میله، سنجاق باز شده و سوزن‌هایی که سر آن سیاه شده باشد؛ قوطی کنسرو یا شیشهٔ مربا که در آن سوراخ باشد و یا قوطی روغن یک لیتری که بالای آن تنگ شده باشد؛ سرنگ‌های مستعمل، قطره چکان؛ زورق پاکت سیگار که باز و پهن شده باشد، اسکناس‌های لوله شده؛ لوله‌هایی بطور حدود ۲۰ سانتیمتر از جنس‌های مختلف به ویژه کاغذ، مقوا، چوب، نی، لوله‌های حصیری و لولهٔ خودکار؛ قاشق غذاخوری و چایخوری سیاه شده؛ تکه‌های پلاستیک و کاغذ در اندازه‌های حدود ۱۵×۱۵ سانتی‌متر؛ تکه‌های دستال کاغذی، پنبه، اسفنج، فیلتر سیگار که گوشه‌های آن سوخته باشد؛ وجود آب لیمو، جوهر لیمو، لیموترش در اطاق یا محل‌های غیر معمول؛ پوکه‌های آمپول و ...

سیگار تنها به فرد مصرف‌کننده آسیب نمی‌رساند بلکه به هرکس که با آن در تماس باشد آسیب می‌رساند؛ و زمانی که تعداد معتادان فراتر از حد قابل جبران باشد، جامعه صدمه می‌بیند. اعتیاد خسارات و هزینه‌های بسیاری را به جامعه تحمیل می‌کند. بنابراین، عوارض ناشی از اعتیاد شامل عوارض فردی، خانوادگی، شغلی، اجتماعی و اقتصادی می‌باشد.

۱) عوارض اعتیاد بر سلامت جسمی و روانی فرد

آسیب‌های عضلانی

اختلالات کبدی و کلیوی

عفونت‌های خطرناک (ایدز، هپاتین، کزاز)

بیماریهای مزمن تنفسی

اختلالات قلبی - عروقی

سکته‌های قلبی و مغزی

آتروفی مغزی

ناتوانی جنسی و عقیمی

اختلال خواب

افسردگی

اختلالات روانی شدید و پایدار

(۲) عوارض خانوادگی

خشونت در خانواده شامل کودک‌آزاری و همسر آزاری

عفلت از فرزندان

مشکلات تحصیلی، اختلالات روانی و خودکشی فرزندان

نابسامانی و آشفتگی خانواده

محدودیت در روابط سالم خارج از خانواده

افت سطح اقتصادی و اجتماعی خانواده

بی‌کفایتی در سرپرستی خانواده

طلاق

(۳) عوارض شغلی

افت اعتبار فردی و موقعیت شغلی

سوانح و حوادث حین کار

غیبت از کار

کاهش کارایی

اخراج و بیکاری

۴) عوارض اقتصادی

خسارات ناشی از کاهش نیروی مولد و افزایش نیروی مصرف کننده جامعه

هزینه‌های تحمل شده به نیروهای انتظامی و جمع‌آوری امکانات لازم برای مبارزه با جرایم

مستقیم و غیر مستقیم ناشی از سیگار

صرف وقت دادگاه‌ها و نیروهای قضایی

هزینه نگهداری مجرمین سیگار و معتادان در زندان‌ها

هزینه مراکز بازپروری و درمانگاه‌های ترک اعتیاد

هزینه و خسارات ناشی از مراقبت‌های بهداشتی ثانیه شامل بیمارستان‌ها و درمانگاه‌ها

۵) عوارض اجتماعی

ضعف پای‌بند به اصول اخلاقی و مذهبی

انواع جرایم مثل سرقت، فحشا، خشونت، تجاوز و قتل

افزایش مشاغل کاذب و بیکاری

بی‌خانمانی و فقر

عوامل خطر ساز و محافظت کننده در سوء مصرف و وابستگی به مواد

تبیین سوء مصرف و وابستگی به مواد از دیدگاه عوامل خطر ساز و

محافظت کننده از این جهت سودمند است که افقی نو در برنامه‌های پیشگیری اولیه بازمی‌گشاید و

هزینه‌های سرسام‌آور درمان اختلالات مربوط به سوء مصرف و وابستگی را به میزان زیادی کاهش

می‌دهد.

عوامل خطر ساز ویژگی‌ها یا اتفاقاتی هستند که اگر در شخصی وجود داشته باشند، کمتر احتمال دارد که او به اختلال یا بیماری معینی مبتلا شود. عامل خطر ساز محافظت کننده در دو قطب یک پیوستار قرار دارند.

داشتن عوامل خطر ساز به این معنی نیست که حتماً فرد به یک اختلال مبتلا می‌شود، بلکه احتمال خطر در این فرد افزایش می‌یابد. همینطور وجود عوامل محافظت کننده به این معنی نیست که حتماً فرد به یک اختلال مبتلا نمی‌شود بلکه احتمال مصونیت در مقابل بیماری برای فرد افزایش می‌یابد. عوامل خطر ساز و محافظت کننده‌ی بیشماری برای سوء مصرف و وابستگی به مواد وجود دارد قبل از برشمردن این عوامل، ویژگی‌های آنها در زیر آمده است:

۱- افزایشی عمل می‌کنند. به این معنی که عوامل می‌توانند با همدیگر جمع شدن آنها احتمال خطر یا مصونیت افزایش می‌یابد. مثلاً وجود افسردگی و اضطراب و دسترس پذیری به مواد در یک شخص احتمال خطر سوء مصرف را در او افزایش می‌دهد.

۲- از نظر کمیت و کیفیت متفاوتند. به این معنی که هر یک از عوامل خطر ساز و محافظت کننده به لحاظ کیفیت و کمیت با همدیگر فرق دارند مثلاً کیفیت و چگونگی اضطراب از افسردگی متفاوت است.

۳- اهمیت آنها در اشخاص یا گروه‌ها متفاوت است. در اشخاص یا گروه‌های نژادی ممکن است این عوامل به شکل متفاوتی عمل کنند. مثلاً در گروهی دسترس پذیری به مواد اهمیت بیشتر داشته باشد. در حالی که در گروه دیگری نداشتن نگرش‌های مذهبی به عنوان عامل خطر ساز عمده عمل می‌کند.

۴- تأثیرشان در زمان‌های مختلف در چرخه‌ی زندگی متفاوت است. این عوامل بسته به اینکه فرد در چه سنی به سر می‌برد و چه دورانی را پشت سر می‌گذارد به لحاظ تأثیر و خطر زایی یا محافظت کنندگی متفاوت هستند.

۵- اهمیت آن‌ها در ظاهر ساختن مراحل مصرف دارو و پیامدهای مرتبط با آن متفاوت است. هریک از عوامل خطر ساز و محافظت کننده می‌توانند در ظاهر ساختن مراحل مصرف دارو متفاوت عمل کنند و پیامدهای متفاوتی داشته باشند. مثلاً افسردگی به عنوان یک عامل خطر سازی می‌تواند شروع مصرف مواد را در فرد به نحو خاصی ایجاد کند و پیامدهای متفاوتی برای فرد باعث شود.

۶- این عوامل می‌توانند در معرض تغییر قرار گیرند. به این معنی که با مداخلات پیشگیرانه می‌توان افسردگی یا اضطراب را در افراد یا جمعیتی خاص کاهش داد و از این طریق احتمال خطر را کاهش داد. همینطور در افراد می‌توان عوامل محافظت کننده مثل نگرش‌های مذهبی، مهارت‌های مقابله‌ای را افزایش داد و احتمال مصونیت را بیشتر کرد. در زیر به عوامل خطر ساز و محافظت کننده در سوء مصرف و وابستگی به مواد اشاره می‌شود.

علائم اعتیاد

۱-همنشینی با افراد مشکوک

۲-کم شدن اشتها

۳-تغییر در ساعات خواب

۴-تغییر در حالت خلق و خوی

۵-تغییر در رنگ چهره ها

۶-کاهش وزن

۷-بی توجهی نسبت به بهداشت

۸-چرت زدن

۹-پر حرفی

۱۰-تمایل به گوشه گیری

اعتیاد دارای چهار مرحله می باشد :

۱- مرحله ورود به قلمرو اعتیاد یا دوره یادگیری :

ویژگیهای این دوره عبارتند از : همنشینی با افراد معتاد. اعتیاد ممکن است با سیگار شروع شود و دوستان، سیگار را به صورت رایگان در اختیار فرد قرار می دهند و او به دلیل بی تجربگی ممکن است یکی یا دو بار استفاده بکند.

۲- در این مرحله اگر یک یا چند بار از مواد استفاده کرده باشد : خودش جهت تهیه مواد اقدام می کند و تغییراتی در رفتار وی دیده می شود، خصوصاً رفتار با خانواده. گاهی دچار شکست تحصیلی می شود و انگیزه برای انجام تکالیف درسی را از دست می دهد و تنها به نیاز جسمی به مواد پاسخ می دهد. در این مرحله چنانچه فرد امکان تهیه مواد را داشته باشد به سوی معتاد شدن کشیده می شود.

۳- در مرحله سوم به مصرف روزانه عادت می کند و مصرف می کند: در رفتارهای وی تغییرات بسیاری دیده می شود، با افراد معتاد رفت و آمد می کند، کارها و عادات روزمره قبلی اش را ترک می کند، ترک تحصیل می کند و خلق و خویش کاملاً تغییر می کند و به تدریج علائم در او نمایان می گردد.

۴- در مرحله چهارم فرد به یک معتاد کامل تبدیل می شود که در این مرحله علائم اعتیاد از قبیل خلق و خوی متغیر در او دیده می شود: انگیزه ها و اهداف زندگی را کنار می گذارد و دست به یکسری ناسازگاریها می زند.

تفاوت مرحله سوم و چهارم در این است که در مرحله سوم هنوز عادت نکرده و با در دسترس بودن مواد به تدریج به صورت روزمره مصرف می شود و هر روز تعداد دفعات را بیشتر می کند ولی در مرحله چهارم رفتارش مثل رفتار شخص معتاد است.

مهمترین مرحله اعتیاد، مرحله یادگیری است که در زمینه درمان اهمیت زیاد دارد.

در مرحله دوم و سوم رشد نوجوانان، اعتیاد بروز می کند. مرحله ای که نوجوان مقداری استقلال بدست آورده است.

در مرحله سوم نوجوان وارد اجتماع می شود و چون اینجا استقلال بیشتری بدست آورده می تواند امکانات بیشتری داشته باشد تا جداگانه دست به اقدامات مستقلی بزند و با دوستان ارتباط برقرار کند.

اعتیاد به سیگار دارای دو جنبه جسمی و روانی می باشد. منظور از اعتیاد جسمی آن است که علائمی چون: درد عضلانی، پرش عضلات، آب ریزش بینی، عطسه، اسهال و استفراغ، اختلال خواب و... بعد از قطع مصرف سیگار در بیمار بروز می کند که این علائم با گذشت زمان (۷-۲۱ روز، بسته به نوع ماده مخدر مصرفی) برطرف می شود. در پایان این دوره است که بیمار سم زدایی شده و ترک بدنی انجام داده است.

اعتیاد روانی همان تمایل بیمار به استفاده از سیگار می باشد که در دوره سم زدایی و تا مدت طولانی بعد از ترک، شاید سالها طول بکشد. بیمار وسوسه استفاده از سیگار را دارد، زیرا متأسفانه تجربه رفع موقت مشکلاتی نظیر فشارهای روانی، افسردگی، اضطراب، مشکلات جنسی و... را با استفاده از سیگار داشته است.

اما سیگار، سیگار و الکل موادی هستند که خود منجر به تغییرات اساسی در تفکر، رفتار و عواطف افراد می شوند، که از آن جمله می توان موارد زیر را بر شمرد:

پرخاشگری: تحقیقات مربوط به پرخاشگری نشان داده اند که مصرف سیگار تنها به دلیل ترکیبات سمی خود شاخص خطر در خانواده نیستند، بلکه به این علت خطرناک هستند که عوامل خطر ساز دیگر را تشدید می کنند. در حالی که احتمال خشونت و بد رفتاری با کودکان به خودی خود نیز بالا است، مصرف سیگار می تواند با تقلیل قدرت کنترل، کاهش بازدارنده های فردی و اجتماعی و اختلال در قضاوت این خطر را به چند برابر افزایش دهد.

تخریب حافظه و توجه: اغلب حافظه و توجه معتادان به شدت مختل می‌شود و بی‌توجهی آنان نسبت به کودکان افزایش می‌یابد. در این خانواده‌ها، هم نیازهای جسمی و هم نیازهای عاطفی و شناختی کودکان به شدت مورد غفلت قرار می‌گیرد. تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که کودکان والدین معتاد، نسبت به کودکان دیگر تأخیر شناختی قابل ملاحظه‌ای نشان می‌دهند.

روابط جنسی: روابط جنسی معتادان نیز دچار اختلال و دگرگونی می‌گردد. کاهش عملکرد جنسی و از دست رفتن موقتی بازدارنده‌های متعارف اجتماعی در لحظه مصرف مواد و الکل، احتمال تجاوز به عنف را افزایش می‌دهد. این در حالی است که معتادان تمایل دارند اعمال خلاف عنف خود را به این دلیل که تحت تأثیر سیگار یا الکل بوده‌اند، تبرئه نمایند.

خلق: سیگار خلق افراد را تغییر می‌دهد و منجر به افزایش افسردگی، اضطراب و پارانویا می‌گردد. این مشکلات خلقی تمام اعضا خانواده را در بر می‌گیرد. در خانواده‌ای که یک عضو، معتاد به سیگار است، افراد دیگر در معرض بیشترین خطر ابتلاء به اختلالات روانی قرار دارند.

بنابراین فردی که اعتیاد را ترک کرده است در برخورد با هر یک از این مشکلات ممکن است که مجدداً به سیگار روی آورد.

چه افرادی مستعد اعتیاد به سیگار هستند؟

مطالعات مشخص نموده اکثر افرادی که به مصرف سیگار وابستگی جسمی و روانی پیدا می‌کنند از نظر ژنتیکی مستعد اعتیاد به سیگار هستند و غالباً در نزدیکان‌شان اعتیاد به سیگار شایع است. البته این مطلب دلیل آن نیست که هر شخصی که در بین نزدیکانش اعتیاد به سیگار وجود ندارد، از نظر ژنتیکی مستعد ابتلا به بیماری اعتیاد نیست؛ زیرا اولاً ممکن است نزدیکان شخص از نظر ژنتیک مستعد این مشکل باشند ولی تاکنون این استعداد به ظهور نرسیده و استفاده سیگار را تجربه نکرده باشند؛ ثانیاً اعتیاد به سیگار فقط در زمینه ژنتیکی نیست و تیپ شخصیتی افراد نیز نقش تعیین کننده دارد.

افرادی که شخصیت های خودشیفته ، پرخاشگر و ضد اجتماعی دارند ، مستعد اعتیاد به سیگار هستند ؛ زیرا مصرف سیگار نیازهای روانی ایشان را کاملاً برطرف می کند. از سوی دیگر افرادی با شخصیت های افسرده و اصطلاحاً افراد با شخصیت های زود رنج و احساساتی نیز کاملاً مستعد اعتیاد به سیگار هستند. زیرا در این افراد نیز مصرف سیگار نیازهای درونی و روانی را برطرف می کند.

به طور خلاصه می توان گفت هر شخصی می تواند مستعد اعتیاد به سیگار باشد. فرد با استفاده از سیگار در مرتبه اول احساس سرخوشی می کند به گونه ای که احساس می کند نیازهای روانی یا ژنتیکی او را برطرف نموده است . بدین ترتیب از نظر روانی معتاد به سیگار می شود و به مرور با استفاده های مکرر از مواد به آنها وابسته می شود . در این مرحله این شخص ، بیماری است که به سیگار معتاد شده است.

عوامل موثر بر اعتیاد

خانواده: اولین جایی که کودک در آن قرار می گیرد خانواده است. خانواده های از هم گسیخته و نابسامان، خانواده هایی که یکی از والدین معتاد هستند ممکن است تأثیر بسیاری بر اعتیاد داشته باشد، محل زندگی و محله در یک قسمتی از شهر باشد که افراد معتاد زیاد هستند، مدرسه، رفت و آمد با دوستان و همسالان معتاد، خلق و خوی شخص و در دسترس بودن مواد نیز از عوامل مهم هستند. بعضی از نوجوانان حساس هستند و ممکن است خیلی زود دچار ناامیدی بشود و برای فرار از یأس دست به این عمل بزنند .

خانواده نقش بسیار مهمی در این امر دارد، توجه به جوانان و نوجوانان، مسائل مربوط به تحصیل، روابط سرد عاطفی والدین با نوجوانان، دوستان، بیکاری، تعارضات فرهنگی بین والدین و نوجوانان، ویژگی های شخصیتی خصوصاً افرادی که توانایی کافی برای فکر کردن و آگاهی نسبت

به مسائل ندارند، می‌تواند اثرات زیادی بر اعتیاد داشته باشد زیرا افراد جهت فراموشی سختی‌ها، آلام و نگرانی‌ها به اعتیاد روی می‌آورند.

هدف خانواده به عنوان یک جامعه کوچک تربیت و انطباق اجتماعی فرزندان است و این عمل در خانواده‌هایی با افراد معتاد، دچار ضعف می‌باشد. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که خانواده یک واحد اجتماعی کوچک ولی حساس است. والدین اولین کسانی هستند که شخصیت فرزندان را شکل می‌دهند. محیط خوب باعث رشد افکار فرزندان می‌شود و محیط بد نیز می‌تواند عمیق‌ترین تباهی‌ها را در فرزندان شکل دهد. در چنین حالتی در صورتی که والدین دچار آلودگی (به خصوص سیگار) باشند، فرزندان آن‌ها نیز از هر لحاظ آسیب پذیر می‌شوند. خانواده دارای فرد معتاد محصولی همانند کسالت و بیماریهای روحی - روانی برای فرزندان به بار می‌آورد؛ روان رنجوری و پریشانه‌حالی فرزندان در این خانواده‌ها بیشتر است؛ هم چنانکه آن‌ها نسبتاً اضطراب و ناامیدی بیشتری را احساس می‌کنند. این افراد برای ابتلا به بزهکاری مستعدتر هستند و آینده مناسبی برای خود نمی‌بینند. بنابراین نسبت به آینده نا امید هستند و یأس و سرخوردگی در آن‌ها نمایان است. پس باید نسبت به این خانواده‌ها مسوولانه‌تر برخورد شود و تدابیر مخصوصی اتخاذ گردد.

عوامل ژنتیکی که ناشناخته است و ممکن است موروثی باشد. خانواده‌هایی که یکی از والدین دچار اعتیاد هستند ممکن است فرزندان‌شان هم معتاد شوند، یا اگر یکی از والدین معتاد باشند ممکن است روی سیستم ژنتیکی فرزند اثر بگذارد و در نوجوانی گرایش خاصی به سیگار پیدا کنند که این عوامل کاملاً شناخته شده نیستند.

طبقه اجتماعی - فرهنگی

یعنی شخص از چه سطح اجتماعی و فرهنگی است و در چه قسمت از شهر یا روستا یا منطقه از کشور قرار دارد؟ معمولاً در مناطقی که دچار فقر فرهنگی هستند به دلیل نداشتن امکانات تفریحی و سرگرمی اوقات فراغت نوجوانان بیهوده تلف می‌شود و ممکن است اعتیاد را به عنوان یک سرگرمی انتخاب بکنند.

البته در طبقات مرفه نیز سرگرمی‌ها زیاد است و ممکن است این را نیز به عنوان سرگرمی در نظر بگیرند .

عوامل گرایش به سیگار

۱- روابط عاطفی

۲- اعتیاد دوستان و همسالان

۳- فقر و اعتقادات مذهبی

۴- تعارضات فرهنگی بین خانواده‌ها و نوجوانان. دوگانگی ارزشی عامل دیگر است زیرا شخص دچار تعارض است و اگر با ارزش‌های والدین و جامعه نیز در تعارض باشد این سردرگمی باعث روی آوردن به اعتیاد خواهد شد.

۵- ظرفیت فکری پایین و نداشتن آگاهی برای حل مشکلات زندگی.

۶- عوامل روانی: برخی از افراد مستعد استفاده از سیگار هستند. افرادی که دچار اختلالات روانی هستند، دچار کم توجهی هستند، اختلال سلوکی مثل دزدی، فرار از خانه یا دروغگویی، بی رحمی و رفتارهای خشونت آمیز، اختلالات جنسی و پیشقدمی در منازعات، رفتارهای فردی و عوامل روانی هستند که تأثیر بسزایی در اعتیاد دارند.

معمولاً افراد درونگرا تمایل به استفاده از سیگار دارند. یکی از عواملی که باعث معتاد شدن می شود بزهکاری است. افراد بزهکار تمایل بیشتری به اعتیاد دارند زیرا همسالانشان معمولاً معتاد هستند.

نوجوانانی که نتوانسته اند از خود عمومی خانواده فاصله گرفته و خود اختصاصی را به دست بیاورند قصد دارند با سیگار به بزرگترها بفهمانند که می‌توانند کارهایی را انجام بدهند و برای خودشان شخصیت کاذب می‌سازند. برای نمایش بزرگ شدن خود و ورود به دنیای بزرگسالان از سیگار یا مواد الکلی استفاده می‌کنند و کمبودهای رفتاری و شخصیتی خود را با مواد پر می‌کنند.

۷- عوامل خانوادگی (ناامیدی در روابط خانوادگی، مشکل با خانواده به دلیل عدم توفیق در انجام تکالیف درسی، کمبود محبت)

۸- عوامل اقتصادی

۹- طبقه اجتماعی - برخی از نظام‌های ارزشی نامطلوب بزرگسالان در محیط نوجوانان می‌تواند تأثیر نامطلوبی بر فرد داشته باشد.

کمبود مهارت‌های اجتماعی و کم تجربگی از عوامل دیگر اعتیاد است. فرد قادر به تطبیق خود با محیط اجتماعی نیست و این امر موجب شکست در کارها می‌شود.

معمولاً مطالعات نشان می‌دهد که سیگار منشأ اعتیاد است و به تدریج می‌تواند به سیگار قویتری تبدیل گردد.

بایستی توجه داشته باشیم که نوجوان با چه افرادی رابطه دارد و مراقب باشیم تا با افراد مشکوک در ارتباط نباشد.

به طور کلی افراد برای فراموشی مشکلات زندگی به اعتیاد روی می‌آورند. رسانه‌های گروهی و والدین، اطلاعات کمی در این زمینه به جوانان می‌دهند و می‌خواهند که جوانان اجتناب بکنند و هنوز این فرهنگ در کشور جا نیافتاده که اطلاعات لازم را در زمینه اعتیاد به جوانان ارائه داده و اثرات سوء آن را به آن‌ها گوشزد کنیم.

استراتژی‌های پیشگیری از اعتیاد

پیشگیری یعنی جلوگیری از وقوع یک اتفاق.

از نظر بهداشتی پیشگیری عبارتست از مداخله‌ای مثبت و اندیشمندانه برای مقابله با شرایط مضر. پیشگیری در سه سطح قابل انجام می‌باشد:

پیشگیری اولیه: انجام مداخله‌ای قبل از اینکه اختلال یا ناتوانی ایجاد شود.

پیشگیری ثانویه: پس از وقوع بیماری انجام اقداماتی به منظور شناسایی و درمان هر چه

سرریز

پیشگیری ثالثیه یا توانبخشی: هدف کاستن ناتوانی‌ها و عوارض ناشی از بیماریست.

نقش پیشگیری اولیه به عنوان اقدامی موثر در آموزش بهداشت و در زمینه اعتیاد بسیار شناخته

شده است. در کنار سایر عوامل مؤثر در پیشگیری اولیه از اعتیاد نقش والدین و فعالیت‌های متمرکز

بر نوجوانان (به عنوان قشردرگیر در اعتیاد) قابل بررسی می‌باشد.

فعالیت‌های پیشگیری متمرکز بر آگاه‌سازی و آموزش والدین

کودکان بیش از همه از والدین خود تأثیر می‌پذیرند. آگاه‌سازی والدین یکی از مهمترین

بخش‌های مؤثر در هر برنامه‌ی پیشگیری از اعتیاد است.

1- آموزش اطلاعات لازم در مورد سیگار: والدین باید از سیگار شایع، نحوه مصرف و

صفات شخصیتی فرزندشان اطلاع کافی داشته باشند. چگونگی پاسخدهی به سؤالات نوجوان یکی

از نکات بسیار مهم است.

2- افزایش مهارت لازم برای ایجاد پیوندهای خانوادگی قوی از طریق برقراری ارتباط

صمیمانه با کودکان، بالا بردن اعتماد به نفس در آنها، اجتناب از تحقیر و دادن مسئولیت مناسب با

توانایی به آنان و ایجاد سیستم‌های ارزشی قوی می‌تواند به امر پیشگیری کمک کند.

3- وضع مقررات واضح در خانواده: نوجوان در بحران بلوغ برای سازماندهی به تحولی

که در او در حال وقوع است نیاز به مرزها و محدودیت‌هایی دارد. اعمال این قوانین به شکل‌دهی

بهتر او می‌انجامد.

4- آموزش الگوی خوب بودن: والدین باید از تاثیر رفتارها و پیامهایی که به طور

مستقیم یا غیر مستقیم به فرزندانشان می‌دهند، آگاه باشند. مصرف دارو یا احیاناً سیگار و سیگار

توسط والدین به بهانه‌ی آرامش، جشن و سایر دلایل بر نگرش و رفتار نوجوان تاثیر بسزایی خواهد

داشت. نوجوان مقاومت در مقابل خواسته‌های ناشایست دیگران را از والدینش یاد می‌گیرد.

5- تشویق فعالیت‌های سالم و خلاق: کودکان و نوجوانان از تفریح در کنار و همراه با والدین خود لذت بیشتری می‌برند و این همراهی موجب استحکام ارتباط مطلوب والدین و فرزندان می‌شود.

فعالیت‌های پیشگیری متمرکز بر آگاه‌سازی و آموزش نوجوانان

۱- آموزش مقاومت در برابر گروه همسن: بیش از ۶۰٪ موارد اعتیاد با تعارف دوستان شروع می‌شود. گروه همسن در دوران نوجوانی نقش عمده‌ای را در بسیاری از رفتارهای وی ایفا می‌کند. چرا که این گروه جای پدر یا مادر را می‌گیرد و قواعد و رسوم را به نوجوان دیکته می‌کند و دیگر اینکه در مقابل پدر و مادر از نوجوان حمایت می‌کند. تأثیر این گروه به حدی است که گاهی رفتار، نحوه تکلم و حتی شیوه لباس پوشیدن افراد را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. فشار گروه همسن در شروع اعتیاد بسیار شناخته شده است.

۲- از جمله روش‌های پیشگیری از اعتیاد در نوجوانان دادن اطلاعات در مورد مضرات سیگار است. البته نباید هدف انتقال دانش جدید و وسوسه کننده باشد بلکه بیشتر باید موجب بروز تغییرات رفتارهایی که سلامت روانی نوجوان را تأمین می‌نماید، گردد.

۳- ایجاد نگرشی منفی نسبت به مصرف مواد با دادن اولویت به ارزش‌های اجتماعی، ارزش دادن به سلامت فردی، ارتقاء حس مسئولیت فردی و ذکر نکاتی چون "هر مصرفی ممکن است موجب اعتیاد شود"، "هیچ نوع مصرف سیگار عادی نیست"، توجه به ظاهر نوجوان و امکان عدم پذیرش از سوی دیگران و قابل اعتماد نبودن فرد معتاد، امکان پذیر است.

۴- آموزش مهارت‌های اجتماعی و انطباق با استرس: به واسطه پاداش یا جزایی که به دنبال هر کاری کسب می‌شود، تکرار یک رفتار تقویت یا تضعیف می‌شود. بر این اساس چنانچه نوجوان بتواند در حین استرس از مهارت‌های انطباقی مثبت برای حل مشکلات استفاده کند کمتر احتمال دارد که مصرف مواد را به عنوان یک راه انطباقی انتخاب نماید.

۵- آموزش از طریق همسالان: الگوسازی یا مدل‌برداری یکی از راه‌های تغییر یا آموزش رفتار است. در گروه سنی نوجوان چنانچه از افراد همسن و به نحوی با ویژگی‌های جذب‌کننده استفاده شود امکان پذیرش را بالاتر می‌برد. این ویژگی‌های جذاب در جوامع مختلف متفاوت است و برای انتخاب الگو به منظور اطلاع‌رسانی در هر جامعه‌ای باید بررسی و تفحص صورت گیرد. آموزش همسالان و انتقال اطلاعات واقعی در مورد سیگار الگوی مناسبی برای تغییر رفتار و آموزش مهارت‌های اجتماعی است.

برای برنامه ریزی راه‌های موثر در پیشگیری از اعتیاد، ابتدا باید علل و عوامل موثر در شروع مصرف و اعتیاد به مواد را در نوجوانان و جوانان شناخت.

عوامل ژنتیکی، شخصیتی، پسیکوپاتولوژیک، فارماکولوژیک، خانوادگی، محیطی و اجتماعی همگی در اتیولوژی سوء مصرف و اعتیاد موثر هستند و عوامل متعدد در مقابل بایکدیگر به سوء مصرف و سپس اعتیاد منجر می‌گردند.

برای انتخاب و به کارگیری مناسب استراتژی‌ها، دانستن نیازها و مشکلات و پتانسیل‌ها و توانایی‌های اجتماعی ضروری است. اجرای هر برنامه‌ی پیشگیری به شناخت دقیق منطقه، بررسی کامل وضعیت بهداشتی و روان‌شناختی و بررسی‌های همه‌گیرشناسی بستگی دارد تا به این وسیله عوامل موثر بر مصرف مواد آشکار شود. به عنوان مثال، باید شایع‌ترین نوع ماده مصرف و گروه سنی افراد در معرض خطر، موقعیت‌ها و محل‌های مصرف، باورهای نادرست و عوامل مخاطره‌آمیز، امکانات و منابع موجود را شناخت و براساس آن مدل‌فعالیت‌های پیشگیری را تعیین نمود. تحقیقات نشان داده‌اند که نمی‌توان یک روش واحد را به عنوان بهترین روش برای همه افراد و گروه‌ها انتخاب نمود. بهره‌گیری از استراتژی‌های مختلف برای تاثیر بر شیوع اعتیاد ضروری است زیرا عوامل متفاوتی در ایجاد اعتیاد موثرند.

مهمترین استراتژی‌های پیشگیری از اعتیاد که در جهان از آن‌ها استفاده می‌شود عبارتند از :

۱- آگاه‌سازی افراد در مورد خطرات و مضرات مواد

۲- افزایش مهارت‌های زندگی مانند مهارت تصمیم‌گیری، حل مسئله، ارتباطات اجتماعی

۳- تقویت فعالیت‌های جایگزین به جای مواد برای ارضای نیازهای روانی اجتماعی نوجوانان

وجوانان

۴- مشاوره و مداخلهٔ حین بحران، در بحران‌های مختلف در طول زندگی

۵- ارتقاء فرهنگی و مذهبی

۶- تقویت قوانین و مقررات مبارزه با مواد

۷- درمان معتادان برای جلوگیری از سرایت اعتیاد

از جمله راهکارهای موثری که والدین می‌توانند به منظور پیشگیری از اعتیاد جوانان و

نوجوانان به مصرف سیگار به کار بندند، عبارتند از:

۱ _ معیارهای «خوب بودن» و «بد بودن» را به فرزندان شان یاد بدهند. ارزش‌های پسندیده

اخلاقی، رفتارهای مناسب اجتماعی، انتظارات جامعه از یک نوجوان مسئول، اهمیت رشد و بالندگی نوجوان برای پیشرفت اجتماعی که در آن زندگی می‌کند و... را به آن‌ها بیاموزند.

۲ _ در برابر اجرای مقررات و قوانین حاکم بر خانه، محیط آموزشی و اجتماع جدی، مسئول

و هوشیار باشند. رعایت آئین‌نامه‌های انضباطی و ضوابط و قوانین مدونی که در محیط‌های آموزشی اجرا می‌شوند، می‌تواند مانعی بر بسیاری از کج روی‌های اجتماعی شوند. اهمیت به نظم و انضباط،

داشتن رفتارهای موجه، شیوه تفکر سالم و... از نکات ارزشمندی است که می‌توان به نوجوانان و جوانان یاد داد. آن‌ها باید بدانند که هر گونه دسترسی به سیگار چه جرایمی به دنبال دارد و چه مجازات‌هایی را باید متحمل شوند.

۳ _ سعی کنند الگوی رفتاری خوبی برای فرزندان نوجوان خود باشند. آن‌ها همواره نظاره‌گر

اعمال و رفتارهای شما هستند. والدینی که خود، سیگار می‌کشند و یا در مصرف داروهای مسکن و خواب‌آور افراط می‌کنند و یا نگرش و دیدگاه شفاف و مشخصی در برابر مصرف سیگار به

فرزندان‌شان ارائه نمی‌کنند، راه را برای انحراف و تصمیم‌گیری‌های نامناسب جوانان هموار می‌-

سازند. والدین باید به اختلاف بین حرف و عمل خود آگاه باشند. نوجوانان به این تناقضات بسیار حساس هستند و به راحتی ارزش‌ها و عقایدشان را زیر پا خواهند گذاشت.

۴ _ عزت نفس، خویشن‌داری و اعتماد به نفس فرزندان را تقویت کنید. فرصت‌ها و موقعیت‌هایی برای فرزندان نوجوان پیش آورید تا آنها بتواند پیروزمندانه به اهدافشان برسند. آنها را به دلیل توانایی‌ها و استعدادهایشان تشویق و حمایت کنید. این کار به آنها کمک می‌کند تا احساس خوبی نسبت به خودشان پیدا کنند. برداشت‌های جوان نسبت به توانایی‌ها و استعدادهایشان مهمترین تاثیر را بر عزت نفس آنها می‌گذارد. هنگامی که والدین درمی‌یابند تجربه‌های دشوار زندگی، اعتماد به نفس و خویشن‌داری نوجوانان را تحت تاثیر قرار داده است، باید به آنها کمک کنند تا با انتخاب راه و مسیر درست زندگی، خودشان را از انحطاط، تسلیم و بی‌ارزشی نجات دهند.

۵ _ ارتباط موثر و صمیمانه ای با نوجوان (و یا جوان) برقرار کنید. گوش دادن به صحبت‌های او، حمایت از رفتارهای مثبت، پسندیده و سالم، توجه کردن به احساسات و عواطف او و پذیرش بی‌قید و شرط جوانان و نوجوانان به آنها کمک می‌کند تا با ایجاد رابطه‌ای نزدیک و صمیمانه با والدین خود درصدد مقابله با بحران‌های زندگی برآیند. دیدگاه‌ها و اعتقاداتان را با صبوری و انعطاف پذیری به جوانان بیاموزید. اجازه دهید تا با بحث و گفت‌وگو احساس مسئولیت، ارزشمندی و خودکارآمدی در آنها رشد یابد. در دوران نوجوانی، فرزندان ما دست به شناخت، ماجراجویی، کنجکاوی و خطر کردن می‌زنند، در این جا وظیفه والدین و مربیان است که سعی کنند با گزینش روش‌های معقول و سنجیده راه رسیدن به استقلال فردی و رشد اجتماعی را برای آنها روشن سازند.

۶ - فرصت‌هایی برای آنها ایجاد کنید تا مسئولانه درباره کارهای روزانه خود تصمیم‌گیری کنند. به آنها یاد بدهید که چگونه با افراد دیگر اجتماع ارتباط برقرار کنند. برای مثال، زمانی که تنها در جمعی حضور دارند، چه باید بگویند، چه کاری باید بکنند و... در نظر داشته باشید اگر آنها

افراد شلخته و بی بندوباری نباشند، در مقابل تعارف دوستان‌شان برای سیگار کشیدن و... مطیع نخواهند شد. هر اندازه که تاثیر دوستان و هم‌سالان جوانان بر آن‌ها زیاد شود، نقش والدین و راهنمایان‌شان برای هدایت آن‌ها کم رنگ‌تر خواهد شد. هر اندازه والدین، جوانان را به حال خود واگذارند، آن‌ها را در برابر محیط و اجتماع آسیب پذیرتر ساخته‌اند و بعدها برای این تسلیم باید بهای سنگین‌تری پردازند. والدین باید با درک تاثیر هم‌سالان بر فرزندشان آنان را برای مقابله با فشارها و تحریکات موجود آماده کنند. توان «نه گفتن» و داشتن رفتاری مستقلانه و صحیح را در آنان باید تشویق و تمجید کنند. باید به جوانان یاد داد که «نه گفتن» آن‌ها دلیل بر احترام آن‌ها به خودشان است. از آن‌ها بخواهید که به هنگام احساس خطر، قدرت ترک محل را داشته باشند.

۷ _ نسبت به احساس افسردگی، بی‌حوصلگی و انزوایی فرزند نوجوان‌تان حساس و هوشیار باشید. نوجوانانی که دچار افکار پریشان و مایوس‌کننده می‌شوند، قابل‌تامل و بررسی هستند، زیرا که آن‌ها اساساً پیامدهای رفتاری خودشان را نمی‌دانند. افسردگی برای این گروه از نوجوانان ممکن است زمینه‌ساز بسیاری از آسیب‌های اجتماعی مثل روی آوردن به سیگار، سیگار، اعتیاد، فحشا، بزهکاری و... شود. والدین باید رفتارها و عادات فرزندان نوجوان‌شان را که احتمال می‌دهند به دلایلی منجر به افسردگی در آنان شود، مد نظر داشته باشند.

۸ _ واقعیت‌های اجتماع را به فرزند نوجوان (و یا جوان‌تان) گوشزد کنید. گروهی از والدین تصور می‌کنند با مطرح نکردن مشکلات گوناگون جامعه و سرپوش گذاشتن بر حقایق تلخ زندگی، روش مناسبی برای حمایت از فرزندشان انتخاب می‌کنند. در حالی که آنان نیاز دارند تا اطلاعات صحیحی درباره مسائل جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند، بدانند و در این زمینه و بهترین راهکار آن است که پدر و مادر سعی کنند با یافتن منابع و مدارک علمی و موثق، اطلاعات و دانسته‌های خانواده‌ی‌شان را ارتقا دهند و راهنمای معتمدی برای فرزندان‌شان باشند. هدایت سالم والدین و مربیان دلسوز بسیار ارزشمندتر از دوستی‌های بحران‌زا و دشوار است.

راههای پیشگیری از اعتیاد عبارتند از :

۱- خانواده

۲- مدرسه: اولیای مدرسه که رفتارها و موارد مشکوک را در نوجوان کنترل می کنند

۳- عوامل اجتماعی: اجتماع و دولت باید امکاناتی را فراهم کنند که سیگار به راحتی در دسترس نوجوانان قرار نگیرد و عواقب ناخوشایند آن را برای مردم توضیح بدهند.

معمولاً اعتیاد در پسران بیشتر است و این به موقعیت اجتماعی آنها مربوط است، زیرا پسران در اجتماع رفت و آمد بیشتری دارند اگر هم دچار مشکل شوند راحت تر می توانند به مواد دست پیدا کنند. پسران آسیب پذیرتر از دختران هستند و معمولاً دختران راحت تر می توانند اعتیاد را ترک کنند.

مشکلات جلوگیری از اعتیاد

۱- تشخیص اعتیاد: بعضی مواقع پنهان کاری می کنند، در جمع دوستان بوده اند و ادعای درس خواندن می کنند. ولی ممکن است که کارهای دیگری را انجام بدهند.

۲- انکار اعتیاد: وقتی جوانان انکار بکنند و رفتارهای حق به جانب به خودشان می گیرند. برای تشخیص افرادی که پنهان کاری می کنند باید مصاحبه تخصصی و بررسی روابط اجتماعی و مشکلات خانوادگی صورت داد. وقتی مشکلات پدید آیند و حل نشوند دچار سردرگمی می شود و فرد به اعتیاد گرایش پیدا می کند.

مراحل درمان

بیماری اعتیاد به سیگار، تقریباً یک بیماری مهلک است که به درمان طولانی نیاز دارد و درمان آن با سم زدایی شروع شده و با ادامه درمان و ایجاد محیطی امن و عاری از فشارهای روانی، قدم های بعدی درمان برداشته می شود. این اعتقاد که اعتیاد درمان ندارد کاملاً بی اساس و دور از ذهن است. ممکن است درمان اعتیاد طولانی مدت و سخت باشد؛ اما امید به درمان و بهبودی، بسیار بالاست.

از زمانی که انسان با ماده مخدر آشنا شد و مصرف آن باعث بروز پدیده اعتیاد گردید، درمان- های گوناگونی نیز برای برطرف کردن آن به کار گرفته شد که خوشبختانه هر روز نیز این روش‌های درمان پیشرفته‌تر و کامل‌تر می‌شود. از درمان و ترک کردن در اردوهای معتادان گمنام و درمان با داروی متادون گرفته تا جدیدترین شیوه درمانی که **U.R.O.D** (سم زدایی فوق سریع) است.

۱- مرحله اول با ترک کامل مواد شروع می‌شود زیرا شخص معتاد کنترلی بر رفتارش ندارد و دیگران باید مواد را از دسترس وی دور بکنند.

۲- فرد مشکل خود را بپذیرد و در این زمینه به درمانگر کمک می‌شود تا بتواند با متقاعد کردن فرد او را به ترک اعتیاد سوق دهد.

۳- تغییر سبک زندگی فرد معتاد: برداشتن مشکلات از سر راه او و در مسیری قرار نگیرد که دوباره او را به سمت اعتیاد سوق دهد.

۴- از نظر شناختی روی اختلالات خاص کار کنیم. سعی بکنیم اختلالات شخصیت او را (در صورت وجود) برطرف کنیم، روابطش را با خانواده اش محکم کنیم و در زمینه تشکیل هویت به او کمک کنیم تا هویت مشخصی برای خود بدست بیاورد. بهتر است که درمان دو یا سه چهار جلسه در هفته باشد و چندین ماه طول بکشد.

در این زمینه باید از خانواده ها کمک بگیریم زیرا ممکن است یکی از والدین معتاد باشند و این امر زمینه ساز برای اعتیاد مجدد او بشود.

اگر اعتقادات مذهبی افراد را تقویت کنیم خیلی موثر می‌شود. مثلاً اعتیاد به الکل چون در اسلام حرام است این امر کمک بسیاری به افراد کرده تا به این مسئله روی نیاورند.

بیماران، ترک جسمی را شروع می‌کنند و همانطور که قبلاً اشاره شد مرحله دوم درمان و یا به عبارتی مرحله تکمیلی آن آغاز می‌شود که درمان قسمت روانی آن است.

بیماری اعتیاد علاوه بر این که از نظر جسمی، فرد را ناتوان و وابسته می‌کند، یک نوع وابستگی روانی نیز در او ایجاد می‌کند که حتی در مواقعی که از نظر جسمی هیچ گونه مشکلی ندارد و نیاز جسمانی ندارد هوس و میل به مصرف سیگار در او می‌تواند دلیلی بر شروع مجدد مصرف شود و اینجاست که نیاز بیمار به درمان‌های روانی کاملاً احساس می‌شود.

بنابراین باید نگرش و باورهای بیمار به سیگار عوض شده و از نظر روانی، تنفر و انزجار جایگزین عشق و علاقه به سیگار گردد.

در حال حاضر درمان انتخابی و مطمئن روان درمانی فردی، گروه درمانی، کلاس‌های آموزشی، جانشین سازی، فعالیت‌های مناسب و تکنیک‌های آرام سازی جسمی - روانی است. بیماری اعتیاد علاوه بر این که از نظر جسمی، فرد را ناتوان و وابسته می‌کند، یک نوع وابستگی روانی نیز در او ایجاد می‌کند که حتی در مواقعی که از نظر جسمی هیچ گونه مشکلی ندارد و نیاز جسمانی ندارد هوس و میل به مصرف سیگار در او می‌تواند دلیلی بر شروع مجدد مصرف شود و اینجاست که نیاز بیمار به درمان‌های روانی کاملاً احساس می‌شود.

بنابراین باید نگرش و باورهای بیمار به سیگار عوض شده و از نظر روانی، تنفر و انزجار جایگزین عشق و علاقه به سیگار گردد.

در حال حاضر درمان انتخابی و مطمئن روان درمانی فردی، گروه درمانی، کلاس‌های آموزشی، جانشین سازی، فعالیت‌های مناسب و تکنیک‌های آرام سازی جسمی - روانی است.

ایجاد انگیزه در خانواده و همراهان بیمار و این که خانواده چه نقش مهمی در درمان بیمار معتاد دارد، یکی از اهداف مهم درمان اعتیاد است. پس از سم زدایی جسمی، بیماران احتیاج به حمایت‌های بسیار مناسب و همه جانبه خانواده دارند که این حمایت شامل حمایت روانی و برخورد صحیح و مناسب با بیمار است. اغلب خانواده‌ها و مردم، بیمار معتاد را یک مجرم می‌دانند و

متأسفانه در مسیر تلاش در جهت بهبود بیمار خیلی سریع مایوس می‌شوند و به اصطلاح، بیمار را غیر قابل اصلاح می‌دانند که این ناامید شدن یکی از بزرگترین علل شکست در سیر درمان است. درحقیقت اعتیاد فقط یک بیماری عصبی - روانی می‌باشد که احتیاج به درمانی طولانی مدت شامل حمایت‌های روانی بسیار دقیق از بیماران معتاد دارد که بعد از مرحله سم زدایی، خانواده باید اغلب رفتار و برخوردهای لازم با بیمار را با توصیه‌های متخصصین روان پزشکی و روان شناس انجام دهند. زیرا کوچکترین حرکت اشتباه در مسیر درمان می‌تواند باعث شکست و بازگشت مجدد بیماری شود.

هم اکنون اعتیاد به سیگار یا سایر مواد روان گردان صرفاً به عنوان یک بیماری مزمن عصبی - روانی شناخته می‌شود که با یک درمان سم زدایی، مرحله درمان شروع می‌شود و با روان درمانی برای مدت حداقل شش ماه؛ شامل شرکت در کلاس‌های گروه درمانی و مشاوره فردی، و حمایت بسیار دقیق و کامل خانواده و اطرافیان، ادامه می‌یابد. باید توجه داشت زمانی بیمار ترک کامل روانی را انجام می‌دهد که بعد از سیر درمان، به طور کامل از سیگار، به معنای واقعی متنفر شده باشد، اگر بدین صورت مراحل درمان ادامه یابد به طوری که کلیه فعالیت‌های درمانی بیمار تحت نظارت گروه پزشکی و متخصص و در مراکز ترک اعتیاد معتبر و مجرب صورت پذیرد، بدون شک اعتیاد درمان می‌شود و خطر ابتلا و برگشت مجدد بیمار به اعتیاد به حداقل می‌رسد. جهت درمان بیمار مهمترین مرحله، تحقیق خانواده و بیمار در جهت یافتن بهترین و موفق‌ترین مراکز درمانی می‌باشد که مسلماً برای این منظور باید به مراکز مختلف مراجعه شود و با سیستم درمانی، آشنایی حاصل، و اطمینان کامل ایجاد شود به طوری که با تماس مستقیم با بیماران درمان شده، نظارت بر فعالیت‌های درمانی مرکز ترک اعتیاد و میزان حمایت از بیماران می‌توان تا حدود زیادی نسبت به میزان موفقیت، اعتماد حاصل نمود.

در درمان اعتیاد باید توجه داشت که آن را فقط یک بیماری مزمن دانست و بیمار باید با حمایت های کامل خانواده ، مرکز ترک اعتیاد و اطرافیان و با امید به روزی که این بیماری در جهان ریشه کن شود و با کمترین فشارهای روانی درمان شود.

معتاد:

معتاد به کسی می گویند که در نتیجه ی استعمال متمادی دارو در بدن وی حالت مقاومت اکتسابی ایجاد شده به شیوه ای که استعمال مکرر آن موجب کاسته شدن تدریجی اثرات آن می-گردد. از این رو پس از مدتی شخص مقادیر بیشتری از دارو را می تواند بدون بروز ناراحتی تحمل کند و در صورتی که دارو به بدن وی برسد اختلالات روانی و فیزیکی موسوم به سندرم محرومیت (عوارض و تظاهرات جسمانی و روانی در موقع نرسیدن به سیگار به بدن) در او ایجاد می-شود (ستوده، ۱۳۸۰).

غیر معتاد(سالم):

فرد غیر معتاد کسی است که دارای شخصیت سالم می باشد. یعنی بیماری های روانی و ناهنجاری های اجتماعی بطور بارز و یا فراوانی زیاد در او دیده نشود. فرد غیر معتاد که دارای روان سالم می باشد مستقل از دیگران، متکی به خود می باشد او واقع سنج و جوینده است به همین دلیل در زندگی دارای هدف می باشد.

بنابر تعریف آلپورت که معتقد است شخصیت آدمی مقاصد سنجیده ی آگاه یعنی امیدها و آرزوهای اوست این هدفها انگیزه ی شخصیت سالم قرار می گیرد او می گوید داشتن هدفهای دراز مدت کانون وجود آدمی را تشکیل می دهد و بشر از حیوان، سالمند از کودک، و بسیاری از موارد شخصیتی سالم را از شخصیت بیمار متمایز می سازد. ماهیت ارادی شخصیت سالم یعنی تلاش برای آینده، به کل شخصیت آدمی یگانگی و یکپارچگی می بخشد (مشفق، گلوی، ۱۳۸۵).

بهداشت روانی چیست؟

بهداشت روانی چیزی بیش از فقدان بیماری روانی است. اغلب افراد جامعه از سلامت روان خود غافل بوده و نسبت به آن بی اعتناء می‌باشند. ویژگی‌ها و معیارهای بهداشت روان را می‌توان اینگونه برشمرد:

۱- کیفیت اندیشیدن توام با آرامش با رویکردی خنثی و یا مثبت است. در مقابل اندیشه پر تنش، آزار دهنده و منفی.

۲- افکار بدون هیچ مقاومتی می‌آیند و می‌روند، بدون آنکه تنش قابل توجهی ایجاد کنند. در مقابل تفکر وسواسی و تکرار شونده.

۳- فرد در زمان حال زندگی می‌کند و تمام حواسش معطوف کاری است که در حال انجامش است. در مقابل فردی که غالب اوقات در خشم از گذشته و ترس از آینده بسر می‌برد.

۴- احساس آرامش، امنیت، شفقت، شوخ طبعی، قدر شناسی، رضایت و کنجکاو. در مقابل احساس تنش، خشم، ناامنی و نفرت.

۵- زندگی کنترل پذیر می‌نماید. در مقابل احساسی که زندگی از کنترل شما خارج است.

۶- مشکلات قابل حل بنظر می‌رسند و فرد خوشبینانه به مشکلات خود می‌نگرد. در مقابل مشکلات حل ناپذیر بنظر رسیده و فرد بدبینانه به مشکلات خود نگاه می‌کند.

۷- عزت نفس و اعتماد بنفس بالا. در مقابل اعتماد بنفس پایین و احساس اضطراب و

ناامیدی.

۸- فرد احساس خوبی نسبت به خود دارد. فرد نقاط ضعف و قوت خود را بخوبی می-

شناسد.

۹- فرد اجازه نمی‌دهد احساساتی مانند ترس، خشم، عشق، حسادت، گناه و اضطراب تمام

وجودش را در برگیرند.

۱۰- توان برقراری روابط اجتماعی و بین فردی رضایت بخش و پایدار.

۱۱- توانایی خندیدن به خود و با دیگران.

۱۲- فرد با وجود اختلاف عقاید، تفاوت‌ها و کاستی‌ها برای خود و دیگران احترام قائل

است.

۱۳- توانایی پذیرش مشکلات و ناکامی‌های زندگی.

۱۴- استقلال در تصمیم‌گیری. عدم هراس از مشکلات و توانایی در حل بهنگام آن‌ها.

۱۵- توانایی سازگاری با محیط پیرامون و تغییرات.

۱۶- داشتن روحیه شاد و با نشاط.

۱۷- توانایی تامین نیازهای شخصی.

۱۸- توانایی لذت بردن از زندگی.

۱۹- توانایی برقراری تعادل و توازن: میان کار و تفریح، خواب و بیداری، استراحت و

فعالیت بدنی، تنهایی و معاشرت با دیگران، داخل خانه ماندن و از منزل خارج شدن.

۲۰- انعطاف پذیری: افرادی که دارای عقاید خشک بوده و در هیچ شرایطی حاضر به تغییر عقاید خود نیستند (حتی با استدلال‌های روشن و متقاعد کننده) در واقع خود را معرض استرس زیادی قرار می‌دهند. انعطاف پذیری در انتظارات و احساسات نیز ضروری است. افرادی که برخی احساسات و هیجانات خود را سرکوب کرده و از ابراز آن‌ها نگرانی دارند خود را در معرض بیماری‌های روانی قرار می‌دهند. فرد می‌بایست توانایی تغییر کردن، رشد کردن و تجربه کردن طیف وسیعی از احساسات را همگام با تغییر شرایط زندگی دارا باشد.

۲۱- (قابلیت ارتجاعی) تاب آوری: در فیزیک به توانایی بازگشت به شکل اولیه پس از خم شدن، کشیده شدن و یا فشرده شدن می‌باشد. اما در روانشناسی به مفهوم بازگشت به وضعیت عادی و طبیعی پس از مواجهه با ناملایمات روزگار، تغییرات و استرس‌ها با حداقل درد و رنج است. یعنی همان تاب آوردن زیر فشار روانی و حفظ ثبات احساسی و سلامت روانی. توانایی کنار آمدن با ناملایمات و سازگاری با تغییرات. بیرون آمدن از شرایط سخت. میزان مقاومت و تحمل شما.

۲۲- توانایی دوست داشتن و عشق ورزیدن و همچنین دوست داشته شدن.

۲۳- خلاق و بهره‌ور بودن.

۲۴- توانایی بهره‌گیری از قوه تخیل. خیالپردازی نیز برای سلامتی روان ضروری است. اما تا حدی که فرد قادر باشد میان تخیل و واقعیت تفاوت قائل شود و آن دو را از هم تمیز دهد.

۲۵- فرد احساسات خود را می‌شناسد.

چند نکته برای حفظ سلامت روانی

۱- مهارت‌های حل مسائل و اختلافات را فرا گیرید.

۲- اعتماد بنفس و عزت نفس خود را افزایش دهید.

۳- هرگز خود را قربانی قلمداد نکنید.

۴- روش‌های مدیریت زمان را بیاموزید.

۵- اجازه ندهید احساسات شما در درونتان انباشته گردند. احساسات خود را با دیگران در

میان گذارید.

۶- از بحث‌ها و نزاع‌های غیر ضروری اجتناب ورزید.

۷- عواملی که در شما ایجاد استرس می‌کنند را شناسایی کرده و مواجهه با آن‌ها را به حداقل

برسانید.

۸- تکنیک‌های تمدد اعصاب و آرامش یافتن را فرا گیرید.

۹- به اطرافیان خود بی توجه نبوده و در صورت لزوم یاری دهنده‌ی آنان باشید و در حد

توانایی خود بکوشید مشکلاتشان را رفع کنید.

۱۰- از زندگی خود لذت ببرید. کاری را انجام دهید که به آن علاقمند هستید. جایی بروید

که دوست دارید آنجا باشید. برای خودتان زندگی کنید و نه برای دیگران.

۱۱- تنها با افراد شاد و هم عقیده با خود معاشرت کنید. جدا از افرادی که اعتماد بنفس شما

را کاهش می‌دهند دوری کنید. (افرادی که ناعادلانه از شما انتقاد کرده و یا تحقیرتان میکنند)

۱۲- از کمال گرایی پرهیزید. هیچ کس کامل نیست.

۱۳- برای خود اهداف معقول، واقع گرایانه و در حد توانایی تان تعیین کنید.

۱۴- چیزهایی که قادر نمیباشید در خود و دیگران تغییر دهید را بپذیرید. دیگران را همانگونه که هستند بپذیرید.

۱۵- خشم خود را کنترل کنید.

۱۶- اشتباهات خود و دیگران را مورد بخشش قرار دهید.

۱۷- به قدر توانایی خود کار کنید.

۱۸- در زمان حال زندگی کنید. از گذشته درس بگیرید و برای آینده برنامه ریزی کنید.

۱۹- رژیم غذایی متعادل لازمه بهداشت روان است. از مصرف الکل و کافئین پرهیزید. سیگار نکشید و فعالیت بدنی را ترک نکنید. خواب کافی داشته باشید.

۲۰- تاب آوری، انعطاف پذیری و ایجاد توازن را فراموش نکنید.

۲۱- مسئولیت زندگی خود را بپذیرید. از دیگران انتظار نداشته باشید تمام نیازهای شما را تامین کنند. خودتان این کار را می بایست انجام دهید.

اضطراب:

کری گوپر^۱ و گامینگز^۲ روند اضطراب را اینگونه توضیح می دهند:

1- مردم غالباً کوشش می کنند که افکار، هیجانات و روابطشان را با دنیا در حالت ثبات نگه

دارند

2- عوامل نامطبوع و هیجان انگیز هر کس دارای میدانی از ثبات است که در آن میدان

شخص احساس آرامش می نماید. از طرف دیگر موقعی که نیروهایی یکی از این عوامل را از حوزه-

ی میدان ثبات خارج نماید انسان برای بازگرداندن احساس آرامش خود باید فعالیت یا مقاومت

¹ Cooper Carylynm

² Cuummings

نماید. به عبارت دیگر هر نوع نیرویی که ثبات روانی یا جسمانی را از میدان خویش به خارج سوق دهد و در فرد ایجاد فشار نماید اضطراب نامیده می‌شود. یا می‌توان گفت اضطراب وقتی روی می‌دهد که تهدیدی نسبت به فرد وجود داشته باشد. یک تهدید بر حسب اینکه چه مفهومی برای فرد دارد، می‌تواند ایجاد فشار نماید (کوپر، ۱۳۷۰).

اضطراب هستی:

اضطراب، دلشوره، تشویش، نگرانی، دلهره، دلواپسی، بی‌قراری، دل آشوب، نابسامانی؛ حالاتی هستند که هر انسان خواه و ناخواه تلخی آن‌ها را چشیده است. می‌توان با اطمینان گفت که امکان ندارد انسانی در این کره‌ی زمین زیسته باشد و مزه‌ی دل شوره و اضطراب را نچشیده باشد (معانی، ۱۳۷۰).

نگرانی و اضطراب از جمله حالات روانی هستند که در عصر پرشتاب کنونی بی‌آنکه خود متوجه باشیم بر غالب اعمال و رفتار ما سایه افکنده‌اند و چه بسا بارها پس از انجام کاری خود از نحوه‌ی واکنش‌ها و برداشت‌های خویش منفعل می‌شویم و خویشتن را به باد انتقاد می‌گیریم (لوگال، ۱۳۷۱-۱۳۷۲).

نظریه پردازان هستی‌نگر معتقدند که هراس و اختلال‌های اضطرابی تعمیم یافته ناشی از اضطراب هستی یعنی ترس همگانی درباره‌ی محدودیت‌ها و مسئولیت‌های زندگی فرد است. آن‌ها می‌گویند که ما اضطراب هستی را تجربه می‌کنیم چون می‌دانیم که زندگی محدود است و از مرگی که انتظار ما را می‌کشد می‌هراسیم (دادستان، ۱۳۷۶).

فصل

سوم

روش انجام پژوهش:

پیشینه پژوهش:

در باره‌ی معضل اعتیاد به سیگار و سیگار تا کنون تحقیقات زیادی صورت گرفته است؛ چه در زمینه‌ی علت یابی و چه در زمینه‌ی پیشگیری از آن که به مواردی از آن‌ها در ادامه اشاره می‌شود.

پژوهشهای انجام شده در ایران:

اثرات سیگار بر حافظه کوتاه مدت:

در پژوهشی که توسط آقازاده به منظور بررسی مقایسه‌ای بین میانگین‌های بهره حافظه (MQ) افراد سیگاری و غیر سیگاری بر روی ۱۰۰ دانشجویی که ۵۰ نفر سیگاری و ۵۰ نفر غیر سیگاری بودند انجام گرفت با استفاده از آزمون حافظه و کسلر میزان بهره‌ی حافظه‌ی هر دو گروه ارزیابی شد و بعد از تجزیه و تحلیل آماری فرض صفر رد و فرضیه تحقیقی مورد تأیید قرار گرفت. بدین معنی که میانگین بهره‌ی حافظه‌ی کوتاه مدت در افراد غیر سیگاری بیشتر از افراد سیگاری است. این پژوهش نشان‌گر این مسله است که حافظه افراد سیگاری به مرور زمان مختل می‌گردد. (آقازاده، ۱۳۷۸).

پژوهش شایسته (۱۳۷۵) در مورد مقایسه‌ی شخصیت معتادان به سیگار و جوانان عادی صورت گرفته است، در این تحقیق تعداد هر گروه ۸۳ نفر بود و از لحاظ سن و تحصیلات هر دو گروه همتا

بودند، به روش تصادفی افراد انتخاب شدند، به این نتیجه رسیدند که میزان روان رنجوری و افسردگی در جوانان معتاد بیشتر از سالم بود و به علاوه خصوصیات خود بیمار پنداری و هیستری با اطمینان ۹۹٪ در گروه معتادان تأیید شد، همچنین خستگی روانی معتادان هم بیشتر بود، ابزار تحقیق در این پژوهش تست **MMPI** و پرسشنامه‌ی محقق ساخته بود.

پژوهش دیگری به منظور بررسی و مقایسه‌ی طیف اعتیاد به سیگار در ۶۰۰۸ معتاد زن و مرد، توسط زاغی و همکارانش (۱۳۷۳) صورت گرفت، به این نتیجه رسیدند که شایع‌ترین گروه سنی معتادان به مردها در فاصله‌ی سنی ۳۱-۳۵ و در زنها در ۲۶-۳۰ ساله بودند و حداقل سن شروع اعتیاد در جنس مؤنث ۱۰ سال و در مذکر ۱۲ سال بود. حداکثر سن مؤنث ۹۵ سال و مذکر ۷۵ سال بود، در مجموع اعتیاد به هروئین در زنان ۳ برابر مردان محاسبه شد.

پژوهش دیگری توسط آزاد (۱۳۷۵) در زمینه‌ی تشخیص مسمومیت با تریاک و هروئین صورت گرفت که منجر به شناخت مطمئن‌تری در شناسایی معتادین شد. در این روش هم خطا کمتر است و هم ساده‌تر است. که در آن مورفین و مشتقات آن را با **T.L.C** تشخیص می‌دهند و حدود ۲ ساعت طول می‌کشد.

در پژوهش دیگری توسط تحصیلی و همکارانش (۱۳۷۲) در زمینه‌ی شخصیت معتادان به سیگار در ایران صورت گرفت. این تحقیق در مرکز بازپروری شورآباد تهران صورت گرفت و با استفاده از تست ۱۶ عاملی کتل آزمون شدند. نتیجه چنین شد که الگوی شخصیتی ویژه‌ای در معتادان نیستو به طور آشکار دچار عدم تعادل روانی نیستند. و در معتادان مورد بررسی خستگی عصبی، نا آرامی و کمبود، اغماض در برابر ناکامی، علاقه به هنر و رغبت‌های زیبا شناختی قابل توجه است معتادان دارای تخیل حساس بوده و در عامل **I** انحراف قابل توجهی با هنجارها ایرانی و خارجی داشتند که نشان دهنده‌ی زمختی و رشد نایافتگی شخصیت است.

بررسی‌های آماری حاکی از آن است که خسارت‌های اقتصادی ناشی از سوء مصرف سیگار در ایران حداقل ۱۵۰۰ میلیارد تومان در سال است. غیبت در کار، ناپایداری اشتغال و مشکلات خانوادگی از مواردی است که می‌توان به عوارض اجتماعی اعتیاد مرتبط دانست. در تحقیق صورت گرفته از سوی سازمان زندان‌های کشور با عنوان رابطه سیگار با سایر جرایم بدست آمده ارتباط معنی داری بین اعتیاد و قتل‌های غیر عمد، جرایم مالی و قاچاق سیگار مشاهده شده است (شورای آموزش زندان‌های کشور).

افراد سوء مصرف کننده‌ی مواد برای مقابله با هیجانات منفی، مشکلات جاری و مقابله با موقعیت‌های خطرنا نسبت به مصرف مواد، مهارت‌های مناسب و مؤثری ندارند (سموعی و همکاران، ۱۳۷۹).

پژوهش‌های انجام شده در خارج:

تحقیقی که در آمریکا در سال (۱۹۹۸) در مورد ارتباط استعمال دخانیات بانقش ذهنی افراد سیگاری صورت گرفته نشان داده که مصرف سیگار در مردان و زنان باعث کاهش درک ذهنی می‌شود (ادل استین - سیلور ۱۹۹۸).

اگرچه زنان کمتر از مردان سیگار می‌کشند اما براساس گزارش مرکز تحقیقات ملی ایتالیا، ترک سیگار در آن‌ها مشکل تر بوده و احتمال روی آوردن مجدد به سیگار در آن‌ها بیشتر است. این دانشمندان با ۴ سال تحقیق روی ۴۵۰ زن و مرد ۲۵ تا ۶۵ ساله دریافتند، اگرچه ۶۷ درصد مردان و ۵۲ درصد از زنان سیگار می‌کشند، اما میزان ترک سیگار در زنان کمتر است و زنان بعد از ترک سیگار بسیار اذیت می‌شوند و تمایل بیشتری دارند تا مجدداً به سیگار روی آورند.

دکتر ولپ سرپرست این تحقیق می‌گوید: ۳۰ درصد از مردان سیگار کشیدن را ترک می‌کنند در حالیکه ۱۷ درصد از زنان سیگاری آن را ترک می‌کنند. زنان معمولاً بعد از غذا با دوستانشان سیگار می‌کشند و هنگامی که سیگار را شروع می‌کنند بسیار لذت می‌برند. در این صورت ترک آن برایشان مشکل است.

تنها ۱۰ درصد از مردانی که سیگار کشیدن را ترک می‌کنند، به سیگار کشیدن مجدد تمایل دارند در حالی که تمایل به سیگار کشیدن مجدد در زنان بعد از ترک آن، ۳۰ درصد است.

دشواری ترک سیگار پس از فارغ التحصیلی

تحقیق جدیدی نشان داد ۹۰ درصد دانشجویان دانشگاه‌های امریکا که در ایام تحصیل سیگار مصرف می‌کردند، پس از فارغ التحصیلی نتوانسته‌اند آن را ترک کنند.

به نوشته پایگاه اینترنتی البوابه، اغلب فارغ التحصیلان برخلاف آنچه اغلب دانشجویان می‌گویند، معتقدند ترک سیگار پس از فارغ التحصیلی از دانشگاه بسیار سخت است.

دانشجویان در دوره تحصیل برخی عادات ناپسند مثل استعمال دخانیات را برای رهایی از شرایط سخت آن دوران، از هم دوره‌های خود کسب می‌کنند.

براساس این تحقیق، ۱۴ درصد از دانشجویانی که گهگاهی و تفننی سیگار می‌کشیدند، در حال حاضر روزانه سیگار می‌کشند. ۱۱ درصد از شرکت کنندگان در این تحقیق نیز گفتند پس از رفتن به دانشگاه سیگاری شدند. و مردان در مقایسه با زنان، در دوره دانشجویی بیشتر گرفتار این عادت می‌شوند.

پژوهشی توسط ملانی مکاین در سال ۱۹۹۶ در مورد رویکرد روان درمانی در مورد اعتیاد صورت گرفت. در مورد اثرات روان درمانی و درمان اعتیاد به نتایج مثبتی دست یافتند، در این روش درمانی به افراد توسط خودشان کمک می‌شود و این به صورت یک برنامه‌ی ۱۲ مرحله‌ای قابل اجراست. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که معنادان نسبت به شخصیت خودشیفته، اسکیزوئید، و اعتیادهای جنسی، مستعدتر و از سابقه‌ی تربیتی بالاتری برخوردارند و این در حالی

است که هنوز هم علل اعتیاد در زندگی آن‌ها جستجو می‌شود و اغلب هم در فرایند درمان اشکالات پنهانی وجود دارد.

پژوهش دیگری در سال ۱۹۹۳ توسط اریک اسکلیمدت در مورد روش درمانی بازگشت معقولانه بر روی معتادان صورت گرفته. اساس این روش بر درمان عقلانی-عاطفی الیس می‌باشد، در این روش به بیمار کمک می‌شود تا خودش به صورت فعالانه اعتیاد را ترک کند وی به این نتیجه می‌رسد که این روش درمانی، مدت زمان بیشتری طول می‌کشد ولی در عوض به علت نقش فعال خود شخص پایدارتر خواهد بود. نتایج تحقیقات وی بر اساس مقایسه‌ی یک گروه که بر این اساس درمان شده بودند انجام گرفت (اعلمی، تاتاری، ۱۳۸۰).

نویس این سؤال را مطرح کرد که چرا دانش‌آموزان و دانشجویان به سوی سیگار کشیده می‌شوند و دریافت که یکی از دلایل این مسئله، اشتیاق برای یافتن معنی در زندگی است. تحقیق در مورد ۴۰۵ دانشجو در منطقه‌ی سن‌دیه‌گو که توسط جود^۲ و همکارانش برای کمیسیون ملی سوءاستفاده از ماری‌جوآنا و سیگار انجام شده نشان داد که استفاده کنندگان از ماری‌جوآنا و سیگار بیش از دیگران از فقدان معنی در زندگی رنج می‌برند.

در تحقیقات دیگری که توسط میرین^۳ و دستیارانش صورت گرفت، نشان داد که مصرف زیاد سیگار با دستیابی به یک تجربه با معنی و از بین رفتن فعالیت‌های هدفگرا رابطه‌ی مستقیم دارد.

بتی لئوپدلفورد^۴ مقاله‌ای را به تأثیر سوابق قومی، جسمی و تصویر از پدر در ارتباط با استفاده از سیگار هدف در زندگی اختصاص داده است اطلاعاتی که وی از مطالعه‌ی ۴۱۶ دانشجو جمع آوری کرده است بین شیوع استفاده از سیگار در میان دانشجویانی که تصویری ضعیف از پدر دارند و آن‌هایی که تصویر قوی از پدر دارند تفاوت معنی داری را مشخص نمی‌کنند، اما بدون هیچ تردیدی رابطه‌ی مهم و معنی داری بین استفاده از سیگار و هدف در زندگی مشاهده می‌شود. شاخص

¹ Nowlis

² Judd

³ Mirin

⁴ Betty Lou Pedelford

استفاده از سیگار دانشجویانی که هدف‌های متعالی در زندگی نداشتند (۸/۹۰) بطور قابل توجهی با شاخص کسانی که هدف‌های متعالی داشتند، تفاوت داشت (مشفق، گلوی، ۱۳۸۵).

مونیک پلته که به تحقیقات وسیعی در خصوص شخصیت معتاد پرداخته است عنوان می‌کند رفتار معتادانه معمولاً ارتباط مستقیمی با حالت افسردگی و اندوه فرد دارد. از آنجا که شخصیت معتاد ظاهراً از توانایی تحلیل ناچیزی برخوردار است تأثیر این افسردگی و کسالت بر او بیشتر می‌شود. اغلب اوقات فرد معتاد برای تقویت و تشدید قوهی تخیل و احساس حالات تازه به مخدری پناه می‌برد که فکر می‌کند مؤثرتر است. اما نتیجه‌ای که می‌گیرد خلاف آن چیزی است که امید داشته است. یعنی به نوعی حالت انفعالی تدریجی هم‌نوایی دروغی و ناشی از بی‌تفاوتی با جامعه و سرانجام به افسردگی شدید دچار می‌شود. معتادان دارای خصوصیات شخصیتی هستند که با در نظر گرفتن این خصوصیات به دو دسته تقسیم می‌شوند. معتادان پسیکوتیک و نوروتیک.

گروه اول اکثر معتادات را تشکیل می‌دهند و در نزد آنان می‌توان برخی خصوصیات نامتعادل روانی مثل بی‌ثباتی خاق و خوی، تغییر، برانگیختگی و خودآزار پسندی را مشاهده کرد و در گروه دوم اعتیاد جنبه‌ی اجبار دارد و بروز اضطراب فوراً سبب برانگیخته شدن و فرار شخص بسوی ماده-ی مخدر نمی‌شود بلکه فرد تا حدودی این اضطراب را تحمل کرده و با تمایل با رفتار اعتیاد خود مبارزه می‌کند (سجادیه، ۱۳۶۵).

ژیلبرت و له باردی در سال ۱۹۶۷ تحقیقی درباره‌ی شخصیت معتادان انجام داده‌اند که عبارت بود از مقایسه‌ی ۴۵ نفر معتاد و غیر معتاد. آن‌ها دریافتند که خصوصیات برجسته‌ی معتادان عبارت است از خصیصه‌های سایکوپاتیک، افسردگی، تنش، ناامنی، احساس بی‌کفایتی و اشکال در برقراری و تشکیل روابط گرم و طولانی (آقا بخشی، ۱۳۷۸).

براساس تحقیقات انجام شده توسط (واندرز) عدم رشد عاطفی، پایین بودن آستانه‌ی تحمل در برابر مشکلات، آسیب شدید در قنرت منطق، قضاوت، ارزیابی واقعیت‌ها و نتیجتاً عدم توانایی در انتخاب شیوه‌های عقلی و عملی به منظور رفع مشکلات از جمله عواملی هستند که در ایجاد زمینه‌های ابتلا به اعتیاد مؤثرند.

با توجه به آثار زیانبار فردی و اجتماعی سوء مصرف مواد، پژوهشگران آن‌را به عنوان نوعی اختلال در نظر گرفته‌اند. (گیلدرو همکاران، ۱۳۷۶).

پژوهش‌های مختلف نشان داده است که افراد معتاد از استعمال مواد افیونی به عنوان یک روش مقابله در مقابل چالش‌های روزمره‌ی زندگی و فشارهای ناشی از آن استفاده می‌کنند (کوپر و راسل ۱۹۸۸).

اسکافر و براون (۱۹۹۱) با بررسی که بر روی افراد مصرف کننده‌ی مواد انجام دادند به این نتیجه رسیدند که انتظارات افراد از پیامدهای مواد نقش بسزایی در تداوم سوء مصرف آن‌ها دارد. انتظاراتی از قبیل رها کردن از افکار و رفتارهای رنج‌آور، آرامش، کاهش تنش، تسهیل روابط اجتماعی - جنسی، ارتقاء کیفیت ادراکی - شناختی تداوم زمان لذت و خوش بودن در بین افراد مشاهده شده است. طبق تحقیقات موجود کمبود مهارت‌های مقابله‌ای انطباقی و انتظارات مثبت درباره‌ی مواد، بطور مستقل و اشتراکی مصرف مواد را به عنوان یک شیوه‌ی مقابله تشویق می‌کنند (کوپر، راسل و جرج ، ۱۹۸۸).

مطالعات تجربی متعدد مدارک فزاینده‌ای ارائه می‌کنند، دال بر این که افراد، آگاهند یا ناآگاهند برای مقابله با حالات درونی منفی به مصرف مواد می‌پردازند. (مورگن استرن و همکاران، ۱۹۹۷). مصرف مواد یک مکانیسم مقابله‌ای کلی است که در موقعیت‌هایی که روش مقابله‌ای مناسبی وجود ندارد یا مورد استفاده قرار نمی‌گیرد بکار گرفته می‌شود (ولمن، ۱۹۹۱).

بر اساس تحقیقات موجود می‌توان نتیجه گرفت که افراد معتاد نسبت به افراد عادی، هیجانات منفی، بی‌حوصلگی، خستگی، تنهایی، شرم، اضطراب، نگرانی، جر و بحث، فشار روانی، فشار شغلی، مشکلات خانوادگی و عزت نفس پایین بیشتری را گزارش می‌کنند (ال‌گیو بالی و همکاران، ۱۹۹۲).

هدفهای پژوهش:

اغلب جوانان با گذر از دوران بلوغ و نوجوانی دچار تغییرات جسمی - روانی گوناگونی می‌شوند که تاثیرات زیادی بر رفتارها و عکس‌العمل‌های هیجانی آنها نسبت به اطرافیان می‌گذارد. احساس ناراضی، عصبانیت، بی‌حوصلگی، مخالفت، مبارزه جویی، عدم همکاری، بی‌اعتنایی و عیب‌جویی از جمله بدخلقی‌هایی است که زندگی نوجوانان را دشوارتر از پیش می‌کند. در مواردی این ویژگی‌های رفتاری - اخلاقی نوجوانان به گونه‌ای است که آنان را شدیداً مستعد آلوده شدن به انواع کجروی‌ها و آسیب‌های اجتماعی می‌کند. این نوجوانان ارزش‌ها و معیارهای اخلاقی والدین‌شان را کمتر می‌پذیرند و بیشتر درصدد یافتن استقلال و اثبات خویش‌اند.

اعتیاد به سیگار و مواد یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی جهان امروز است. اعتیاد به داروهای مجاز و غیرمجاز در چند دهه گذشته بسیار فراگیر شده است و حاکی از بروز یک مشکل جدی در سلامت جسمی، روانی و اجتماعی است.

مبارزه با اعتیاد در جهان بر سه روش کلی مبارزه با عرضه، درمان معتادان و فعالیت‌های پیشگیری در جهت کاهش تقاضا استوار می‌باشد. اگرچه مبارزه با عرضه مواد بسیار ضروری است و بدون آنها مشکل مواد بسیار بدتر از امروز می‌بود، لیکن این تلاش مشکل سوء مصرف و اعتیاد را از بین نبرده است.

در یک بازار بزرگ با تقاضای زیاد نمی‌توان حتی به میزان کم مواد را کمیاب نمود یا قیمت آن را اضافه کرد. در چنین بازاری توزیع کنندگان و دلالان به قدری افزایش می‌یابند تا قیمت‌ها نسبتاً

پائین باقی بمانند. در آمریکا از سال ۱۹۸۶ تا ۱۹۸۹ هزینه ای که صرف اجرای قوانین شد دو برابر گردیده اما در همان زمان قیمت کوکائین در بازار از ۱۰۰ دلار به ازای هرکدام به ۷۵ دلار تقلیل پیدا کرد. مطالعات مختلف نشان داده اند که تا وقتی تقاضا برای مواد زیاد است عرضه را نمی توان خیلی پائین آورد.

از طرف دیگر رویکرد درمانی نیز با مشکلات بسیاری مواجه است. بسیاری از افرادی که برای درمان مراجعه می کنند دچار عوارض جسمی، روانی و اجتماعی جدی شده اند که برطرف کردن آن هزینه و وقت و انرژی زیادی صرف می کنند و میزان موفقیت نیز نامعلوم است. به دلیل پیچیدگی مشکلات اعتیاد، ساختار درمانی پیچیده ای مورد نیاز است تا همه ابعاد زندگی و الگوی رفتار مختلف معتادان را دربرگیرد، ساختارهایی مانند درمانگاههای ویژه معتادان، مراکز سم زدایی و بازپروری، کارگاههای حرفه ای و جوامع درمانی.

رویکرد پیشگیری در جهان عمر کوتاه تری دارد و از سی سال پیش به تلاش و مبارزه علیه اعتیاد اضافه شده است. بررسی ها نشان می دهند که رویکرد پیشگیری نیز می بایست در کنار مبارزه با عرضه و رویکرد درمانی مورد توجه قرار گیرد. از سال ۱۹۸۰ میزان شیوع اعتیاد در کشورهایی که فعالیت های پیشگیری از اعتیاد را از طریق کاهش تقاضا با جدیت پیگیری می نمایند، کاهش قابل ملاحظه ای یافته است. به عنوان مثال، تعداد مصرف کنندگان سیگار در آمریکا در سال ۱۹۹۰، نسبت به سال ۱۹۸۵ به نصف تقلیل یافته است، که این تغییر مدیون فعالیت های پیشگیری از اعتیاد بوده است.

بر اساس تحقیقات صورت گرفته بین دانشجویان تهرانی و شهرستانی دانشگاه های تهران، ۱۶ درصد دانشجویان سیگاری هستند. بر پایه آمار بدست آمده ۲۵ درصد از جمعیت پسران و ۱۵ درصد از جمعیت دختران سیگار مصرف می کنند. که تعداد دانشجویان سیگاری رشته های پزشکی و غیر پزشکی تفاوتی ندارد و در تمام رشته های علوم، مهندسی ها و حقوق تفاوت معنی داری بین

سیگاریان وجود نداشت. نکته دیگر اینکه تفاوتی بین دانشجویان ساکن تهران و شهرستانی‌ها، نیز برای استعمال دخانیات دیده نشده و تقریباً عدد دانشجویان سیگاری تهرانی و شهرستانی یکسان بود. شایع‌ترین علل سیگار کشیدن دانشجویان، تفنن و سرگرمی، همنشینی با دوستان سیگاری و والدین سیگاری عنوان شده است. استعمال دخانیات بین دانشجویان دختر از سال اول به سال آخر ۳ برابر افزایش می‌یابد.

جامعه‌ی آماری و حجم نمونه:

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر، کلیه‌ی دانشجویان خوابگاه‌های دانشگاه فردوسی (محوطه‌ی پردیس) در سال ۱۳۸۵ می‌باشد، که نمونه‌ای به حجم ۶۰ نفر به صورت تصادفی از دو گروه مورد پژوهش انتخاب شدند که پژوهش بر روی آنها اجرا گردید. هر گروه دارای ۳۰ نفر می‌باشد که یک گروه دانشجویان سیگاری و یک گروه دانشجویان غیر سیگاری می‌باشد.

برای آنکه بتوان خصوصیات یک گروه مبین نمونه را به گروه بزرگتر جامعه تعمیم داد، باید به روش تصادفی تعدادی از افراد جامعه را انتخاب نمود و آنها را مورد آزمایش قرار داد. زیرا زمانی می‌توان از روی خصوصیات بدست آمده از نمونه، صفات جامعه‌ی بزرگتر را استنباط نمود که گروه نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شوند. لذا نمونه‌ی این پژوهش به روش تصادفی انتخاب شده تا تمامی افراد جامعه از شانس مساوی جهت انتخاب شدن برخوردار باشند.

روش تحقیق: تحقیق زمینه‌یابی یا به عبارتی پیمایشی (علی/مقایسه‌ای) می‌باشد.

روش جمع‌آوری اطلاعات:

شیوه‌ی گردآوری اطلاعات در این پژوهش به ۳ طریق انجام شده است.

۱. **ONLINE:** در این روش پژوهشگران با مراجعه به شبکه‌ی جهانی وب و جستجو

در باره‌ی موضوع مورد پژوهش به مطالعه و بررسی پژوهشهای انجام گرفته و ارائه شده در شبکه‌ی جهانی وب و نیز مقالات و ... مرتبط با موضوع مورد پژوهش پرداخته‌اند.

۲. روش کتابخانه‌ای: که در این روش پژوهشگران با مراجعه به کتابخانه‌های مختلف و از طریق بررسی کتب و پایان‌نامه‌ها و مجلات گوناگون اطلاعاتی در خصوص پژوهش خود بدست آوردند.

۳. روش میدانی: که در این روش از طریق اجرای پرسشنامه بر روی افراد دو گروه نمونه در خوابگاه‌های دانشگاه فردوسی (محوطه‌ی پردیس)، قسمت عمده‌ی اطلاعات در زمینه‌ی موضوع مورد پژوهش بدست آمد.

ابزار تحقیق:

پرسشنامه‌ی علل سیگار کشیدن و همچنین پرسشنامه‌ی بهداشت روانی **Dass** می‌باشد

تجزیه و تحلیل داده‌ها:

در این پژوهش پس از جمع‌آوری داده‌ها از طریق پرسشنامه، برای رد یا تأیید فرض‌های آماری با استفاده از آزمون **T** استودنت داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند.

منابع و مآخذ:

۱. شبکه‌ی جهانی وب
۲. برات‌وند، محمود، (۱۳۷۸). کودکان خیابانی، مطروودین اجتماع، شورای تحقیقات زندان‌های خوزستان

۳. تقوی، نعمت ا. . . (۱۳۷۷). بررسی عوامل جامعه شناختی اعتیاد، سمینار اعتیاد در

تبریز

۴. زرگر، یداله، (۱۳۷۸). بررسی وضعیت معتادین خودمعرف اهواز، ستاد مبارزه با سیگار

ریاست جمهوری

۵. زرگر، یداله، (۱۳۷۸). طرح همیاران جوان، ستاد مبارزه با سیگار

۶. سراج، ناصر، (۱۳۷۵). بررسی الگوی رفتاری معتادین، پایان نامه دکتری

۷. عدالتی، غلامحسین، (۱۳۷۷). نقش همسالان در گرایش به اعتیاد، سمینار اعتیاد جوانان

- تبریز

۸. فرجاد، محمدحسین و همکاران، (۱۳۷۴). اعتیاد، راهنمای کاربردی، انتشارات بدر

۹. فرخاک، داریوش، (۱۳۷۸). خلاصه طرح ارزیابی میزان سوء مصرف مواد UNDCP

وبهزیستی، ناگفته‌ها، شماره ۱، آبانماه

۱۰. قنبر، افسانه، (۱۳۷۴). رشد نامتناسب جمعیت، فصلنامه پژوهش، شماره ۱۳

۱۱. کرباسی، منیژه، (۱۳۷۷). خانواده و اعتیاد، سمینار اعتیاد جوانان - تبریز

۱۲. لیاقت، غلامعلی، (۱۳۷۴). سیگار و خانواده، بهداشت جهانی شماره ۳

۱۳. مجموعه مقالات علمی و کاربردی، (۱۳۷۸). اداره کل زندان‌های خوزستان

۱۴. مهریار، امیر هوشنگ و جزایری، مجتبی، (۱۳۷۷). اعتیاد، پیشگیری و درمان، روان

پویا

۱۵. سیف، علی اکبر، (۱۳۸۱). نظریه‌های یاد گیری، انتشارات ارس باران

۱۶. فرجاد، محمدحسین، فرجاد، هُما، وجدی، زهره، (۷۴). شناخت علل و عوارض و درمان

اعتیاد، انتشارات: وجد.

۱۷. جزوه راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد، گروه مؤلفین، ۱۳۷۶، سازمان بهزیستی کشور

معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.

۱۸. مورسل، البرت، میرز،(؟). حافظه، ترجمه هوشیار رزم ازما
۱۹. مجله اطلاعات علمی شماره ۴۷
۲۰. لوریا، السکاندر روماویوچ، (۱۳۷۲). ذهن یک یادسپار- ترجمه دکتر حبیب الله قاسم
- زاده
۲۱. آقازاده، حسین،(۱۳۷۸). (بررسی حافظه کوتاه مدت در افراد سیگاری و غیر سیگاری) پایانامه کارشناسی
۲۲. عباسپور تمیجانی، زهرا، (۱ آبان ۱۳۸۵). سوء مصرف مواد توهم زا، روزنامه شرق
۲۳. اعلمی، مهدی. تاتاری، داوود. (۱۳۸۰)، بررسی منیع کنترل در افراد معتاد به سیگار و غیر معتاد، پایان نامه کارشناسی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی
۲۴. مشفق، لیلا. گلوی، منصوره. (۱۳۸۵)، بررسی و مقایسه‌ی اضطراب هستی (معنای زندگی) در مردان معتاد و غیر معتاد، پایان نامه کارشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی
۲۵. ستوده، هدایت ا... . (۱۳۸۰)، آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات، ناشر آوای نور، تهران.
۲۶. معانی، ایرج. (۱۳۷۰)، اضطراب، ناشر چابخش، تهران.
۲۷. لوگال، آندره. (۱۳۷۱-۱۳۷۲)، نگرانی و اضطراب، ناشر آستان قدس رضوی مؤسسه-ی فرهنگی راه بین.
۲۸. کوپر، کری. (۱۳۷۰)، زندگانی با اضطراب، ناشر یاد آوران
۲۹. دادستان، پریخ. (۱۳۷۶)، روانشناسی مرضی (از کودکی تا بزرگسالی)، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی (سمت).
۳۰. آقا بخشی، حبیب. (۱۳۷۸)، اعتیاد و آسیب شناسی خانواده (رویکرد مددکاری)، ناشر دانشگاه علوم بهزیستی.

۳۱. سجادیه، محمد علی، و همکاران. (۱۳۶۵). شناخت و پیشگیری و درمان اعتیاد، ناشر
 نشر تایماز تهران.
۳۲. شورای آموزش زندان‌های کشور. (؟؟ ۱۳)، مجموعه‌ی مقالات و همایش جوان و
 اعتیاد.
۳۳. گیلدر، ام.، گات، د.، مایو، آ.، و کوون، او. (۱۳۷۶). درسنامه‌ی روانپزشکی آکسفورد
 (نصرت ... پورافکاری، مترجم)، تبریز: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز.
۳۴. سموعی، راحله، ابراهیمی، امرا...، موسوی، غفور، حسن زاده، اکبر، و رفیعی،
 سعید (۱۳۷۹). الگوی مقابله با استرس در معتادین خود معرف: مرکز اعتیاد اصفهان. فصلنامه‌ی
 اندیشه و رفتار. ۲۲، ۲۳، ۶۳، ۶۹.
۳۵. کاپلان، اچ.، و گرب، ج. (۱۳۷۵). خلاصه‌ی روانپزشکی: علوم رفتاری، و
 روانپزشکی بالینی. (نصرت ... پورافکاری، مترجم). تهران: شهراب

منابع انگلیسی

1. Dejong W. Rosati, M. & Zweig K. (1998) Environmental Management
<http://www.edc.org/be>
2. Aastin, B (1997). A College case study A. supplement,
 to understanding Evaluation: The way to brttery prevention program.
3. <http://www.eds.org/hect/>
4. Carothers, R.L etal. (1997). Be Vocal, be visionary. A publication of the
 Higher Education Center, VS. Department of Education.
5. Rvain, B. E., Dejong w. (1998). Marking the link Faculty and prevention.
 Apublication.
6. Dejong w. (1997). Setting and improving policies for reducing A publication.
7. Jahannessen, K., etal. (1999). A Campus case study in implementing social
 norms and A publication.
8. Finn, P. (1997). Preventing Alcohol Retalted problems on campus
 substance.free. A publication

9. Dejong, W. & wechsheler, H. (1997). **Methods for Assessing student use alcohol and other deugs. A publication**

10. Ryon, B. (1998) **.Alcohol and other drug prevention challenges at community college. A publication**

11. Muraskin, L.D. (1993). **Understanding valuation the way to better prenention program. A publication.**

12. Aronson, Eliot, (1991). **Age of propaganda, Pergamon**

13. **www.salamat.ir**

14. **<http://www.salamatiran.com/salamatiran/index2.asp?t=1&d=7>**

15. **<http://asp.irteb.com/news/completeneews.aspx?id=6163>**

16. **<http://www.jamejamonline.ir/shownews2.asp?n=117812&t=hl>**

17. **<http://www.iranhealers.com/modules.php?name=News&file=article&sid=968&mode=&order=0&thold=0>**

18. **<http://asp.irteb.com/news/completeneews.aspx?id=6134>**

19. Cooper, L.M R., Russell, M., George, H.W. (1988). **Coping expentancies and alcohol abuse: A Test of social learning formulation. Journal of abnormal psychology, 97,218-230.**

20. Morgenstern, J., Labovie, E., Mccrady, S.B., Kahler, W.C., and freg, M.R. (1997). **Affiliation with alcoholics anonymous after treatment: A study of its therapeutic effects and mechanism of action. Journal of consulting and clinical psychology, 65,768-777.**

21. Velman, R. (1991). **Alcohol and drug problems. In W-Dryden and R.Rentoul. (Eds).Adult clinical problems: A cognitive- behavioural approach (138-170). London: Routledge.**

22. El-Guebaly, N., Staley, D., and Koensgen, S. (1992). **Adult children of alcohols in treatment programs for anxiety doserders and substance abuse. Canadian Journal of psychology, 37,544-548.**

23. Bandura, A. (1997). **Self- efficacy: the exercise of self-control. NewYork: W.H.Freeman and Company.**

24. Dwison, C.G., and Neale, M.J. (2001). **Abnormal psychology. NewYork; Jhon Wiley & sons. Ind.**