

# چراغ

C H E R A G H

ما بقدر ڊير مى فهميم كه زندگى  
همان لظه هايست كه مشتاقانه  
منتظر گذشته آن هستيم ...

## اعتیاد

ADDICTION

نهمين  
پيش شماره ماهانه  
ويره  
نامنه

آذر ماه ۱۳۸۴

WWW.CHERAGH.PGLO.ORG

## اعتیاد چیست؟



اعتیاد يك «بیماری اجتماعی» است که عوارض جسمی و روانی دارد و تا زمانی که به علل گرایش «بیمار» توجه نشود، درمان جسمی و روانی فقط برای مدتی نتیجه بخش خواهد بود و فرد معتاد دوباره گرفتار « مواد اعتیاد آور» می گردد.

اعتیاد به موادمخدر یکی از مهمترین مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی است که عوارض ناشی از آن تهدیدی جدی برای جامعه بشری محسوب شده و موجب رکود اجتماعی در زمینه های مختلف می گردد همچنین ویرانگری های حاصل از آن زمینه ساز سقوط بسیاری از ارزش ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی شده و بدین ترتیب سلامت جامعه را بطور جدی به مخاطره می اندازد.

پدیده شوم قاچاق موادمخدر بیش از آنکه فعالیتی سوداگرانه، تجاری و اقتصادی در عرصه مافیای اقتصاد بین المللی باشد، ابزاری کارآمد، مؤثر و راهبردی در گسترش نظام سلطه صاحبان قدرت جهان بر کشورهای توسعه نیافته است. تحلیلگران مسائل سیاسی و اجتماعی بر این باورند که در تهاجم و نفوذ فرهنگی، پدیده موادمخدر مهمترین عامل به تباهی کشیدن و انحطاط اخلاقی جوامع به شمار می رود. متأسفانه گسترش دامنه مصرف موادمخدر در جامعه امروزی به حدی است که حتی قشر متفکر و تحصیل کرده را نیز به سمت خود کشانده است. مبارزه با اعتیاد نیز قطعاً بیش از آنکه ماموریتی در راستای وظایف باشد، اقدامی است استراتژیک در مقابله با ابزار نظام سلطه جهانی در انحطاط اخلاقی جوامع با اهداف خاص سیاسی.

اعتیاد بعنوان يك آسیب اجتماعی، هیچ گاه بطور کامل ریشه کن نخواهد شد، اما با تدبیر، اندیشه و تلاشی مخلصانه حداقل می توان آنرا به کنترل در آورد. در این راستا تلاش ما بر این است تا با ارتقاء سطح آگاهی افشار مختلف جامعه پیشگیری از اعتیاد را بر درمان معتادین مقدم بداریم. به امید روزی که جامعه ای داشته باشیم که اگر هم در آن فرد معتادی وجود دارد، درصد نجات خویشتن باشد.

## بیان اهمیت موضوع اعتیاد

در بررسی تاریخ، بشری را نمی توان یافت که با مسائل مربوط به مواد مخدر دست به گریبان نبوده و شاید بتوان گفت مواد مخدر 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 مواد مخدر 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 مواد مخدر 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 مواد مخدر شکل مخاطره آمیز و کاملاً پیچیده ای به خود گرفته و در عین حال گسترش جهانی یافته است. اعتیاد به مواد مخدر علاوه بر زیانهای جدی و خطرناک جسمی از قبیل ابتلا به بیماریهای عفونی واگیردار همچون ایدز - هپاتیت - سل - عوارض و مشکلات عدیده اجتماعی و اقتصادی از قبیل افزایش جرمهای مرتبط با مواد مخدر همچون جنایت و سرقت، فقر و تکدی گری و هدر رفتن سرمایه های کلان مادی کشورها را بدنبال داشته است. کشور ما دارای جمعیتی جوان است. بیش از ۵۰٪ جمعیت کشور در سنین زیر ۲۰ سال بوده و ۴۲٪ از این جمعیت در شهرها ساکن بوده و از هر چهار نفر ایرانی يك نفر در معرض مهاجرت قرار دارد. موقعیت استراتژیک ایران و قرارگیری آن در کنار کشورهای هم چون افغانستان و پاکستان که جزو تولید کنندگان عمده مواد مخدر بوده و از طرفی ما يك مسئله ترانزیت

و عبور مواد مخدر به جهت ویژگیهای خاص منطقه ای از کشور ما یک مسیر مناسب جهت قاچاق مواد مخدر فراهم ساخته و هم بازار مصرف داخلی آن که رشد روز افزونی داشته است.

پس از انقلاب اسلامی علیرغم تلاش ها و بیش از ۲۷۰۰ نفر تلفات از نیروهای نظامی و انتظامی این روند رو به رشد بوده است در نتیجه آمار معتادین و نیز عوارض ناشی از اعتیاد افراد افزایش داشته است. برآوردهای رسمی اولیه و ساده از تعداد معتادین و سوء مصرف کنندگان مواد مخدر رقمی حدود ۲ میلیون نفر را ذکر مینماید و با در نظر گرفتن حداقل یک خانواده ۵ نفری مرتبط با این افراد به رقمی حدود ۱۰ میلیون نفر انسان که در ارتباط نزدیک با معضلات و مشکلات ناشی از آن میباشند دست می یابیم. محبوسین زندانهای کشور در سال ۷۷ معادل ۱۶,۷۷۵ نفر بوده که قریب به ۶۰٪ آنان مرتبط با مواد مخدر و اعتیاد بوده اند.

بر این اساس در ایران به ازای هر ۱۰۰ هزار نفر ایرانی ۲۶۰ نفر در زندان به سر میبرند و به عبارت دقیق تر به ازای هر ۴۰۰ نفر ایرانی یک نفر در زندان میباشد. در ۲۰ سال گذشته قریب ۱/۵۳/۸۳۶ کیلوگرم انواع مواد مخدر کشف و ضبط گردیده است در این سالها نزدیک به ۳۸۱۸۱۲ نفر قاچاقچی و ۶۹۹۵۵۷ نفر معتاد شناسایی و دستگیر شده اند قریب ۲۵۶۵۲ نفر معتاد از سال ۶۲ لغایت ۷۷ در مراکز باز پروری کشور پذیرش شده اند که این تنها بخشی از آمارهای واقعی نشان دهنده وضعیت بفرنج و نگران کننده از انسانهای این جامعه است که به ورطه اعتیاد کشیده شده اند. اعتیاد 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 جنسی 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 معتادین در اجتماع رو به قوت ما دارد. این موضوع که قشر جوان جامعه بیشتر در معرض آسیب و آماج اعتیاد می باشند وظیفه همگان را در موضع تقابل با این مشکل خطیرتر می سازد. براساس وظیفه ما افراد این جامعه در قبال این دیو بدسیرت چیست؟ خانواده های ما و والدین ما چه وظیفه و مسئولیتی را بر عهده دارند؟ دستگاههای تعلیم و تربیت ما چگونه؟ آیا مشکل اعتیاد با زدن و بستن و به زندان انداختن و یا اعدام کردن قابل حل است؟ و یا اینکه عزم ملی و جزم تک تک افراد این جامعه در هر لباس و در هر مکان و هر زمان را می طلبد، براساس کدام یک چاره کار است؟

### تعاریف اعتیاد

- اعتیاد یعنی خوگرفتن و وابسته شدن جسمی، روانی و عصبی فرد به مواد مخدر که ترک یا فرار از آن ناممکن و یا بسیار مشکل است.
- اعتیاد یعنی مصرف نابجا و مکرر مواد مخدر که موجب وابستگی به آنها می شود. 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 می نماید. ( از مقاله دکتر احمد حسینی ).
- 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 می آید. ( از تحقیق خانم دکتر ربابه شیخ الاسلام )
- از نظر فارماکولوژی اعتیاد عبارت است از حالت مقاومت اکتسابی که در نتیجه استعمال متمادی دارو در بدن حاصل می شود به قسمی که استعمال مکرر دارو موجب کاسته شدن اثرات تدریجی می گردد و پس از مدتی شخص می تواند 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 می کند. در سال ۱۹۵۰ سازمان جهانی بهداشت تعریف زیر را برای اعتیاد ارائه دادند:
- اعتیاد دارویی حالتی است که در اثر مصرف دوره ای یا مداوم یک ماده شیمیایی ( طبیعی یا مصنوعی ) که برای انسان یا جامعه مضر باشد ایجاد می گردد و ویژگی های 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.

این کمیته 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 داروهای از قبیل ال . اس . دی و آمفتامین‌ها نارسا شدند. چون مصرف آمفتامین 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 شیمیایی 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 متن 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.

### 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 بی‌سابقه‌ای که با آنها انس و عادت از پیش وجود نداشته تا آثار معنوی حاد آنها از بین برود ؛ از قبیل خبر 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 و سلولها 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 دارویی مختلف (عامل شیمیایی) یا با آب و هواهای 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 مواد مخدر بسیار سخت و از تمام انواع عادات بیولوژیکی یا حیاتی (تطابق بیولوژیکی) دردناکتر و غیرقابل تحمل‌تر 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 مواد مخدر منجر به ایجاد سخت‌ترین انواع عادات حیاتی در بدن میشود که همان «اعتیاد به مواد مخدر» میباشد .

ترک 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 لطامات سنگین جانی و خسارات مالی بسیار و آماده کردن بدن به انواع بیماریهای جسمی و روحی گوناگون ، از نظر ترک و رهایی 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 هعمه 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.

### 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 جمع‌بندیهای 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 مصرف‌کننده 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.

### عوامل زمینه ساز مستعد کننده اعتیاد

اعتیاد یک بیماری زیست شناختی، روانشناختی و اجتماعی است عوامل متعددی در اتیولوژی سوء مصرف و اعتیاد موثر هستند که در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می‌شوند. عوامل موثر بر فرد، محیط فرد و کلیه علل و عوامل درهم بافته ای هستند که بر یکدیگر تاثیر می‌گذارند. درک کلیه علل و عوامل زمینه ای موجب می‌شود تا روند پیشگیری، شناسایی، درمان و پیگیری به طور هدفمند طرح ریزی شود.

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

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

۲- انتخاب نوع درمان و اقدامهای خدماتی، حمایتی و مشاوره ای لازم برای معتادان.

## عوامل مخاطره آمیز

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



### عوامل مخاطره آمیز فردی

- دوره نوجوانی
  - استعداد ارثی
  - صفات شخصیتی:
    - صفات ضد اجتماعی
    - پرخاشگری
    - اعتماد به نفس پایین
  - اختلالهای روانی:
    - افسردگی اساسی
    - ترس
    - نگرش مثبت به مواد
    - موقعیتهای مخاطره آمیز:
      - ترک تحصیل
      - بی سرپرستی
    - تاثیر مثبت مواد بر فرد
- در اینجا به شرح هر يك از عوامل فوق مي پردازيم:

### دوره نوجوانی

مخاطره آمیز ترین دوران زندگی از نظر شروع به مصرف مواد دوره نوجوانی 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 می رسد و نوجوان برای اثبات بلوغ و فردیت خود ارزشهای خانواده را زیر سوال می برد و سعی در ایجاد و تحلیل ارزشهای جدید خود دارد. مجموعه این عوامل، علاوه بر حس کنجکاوی و نیاز به تحرک، تنوع و هیجان، فرد را مستعد مصرف مواد می نماید.

### ژنتیک

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

### صفات شخصیتی

عوامل مختلف شخصیتی با مصرف مواد ارتباط دارند. از این میان، برخی از صفات بیشتر پیش بینی کننده احتمال اعتیاد هستند و به طور کلی فردی را تصویر می کنند که با ارزشها یا ساختارهای اجتماعی مانند خانواده، مدرسه و مذهب پیوندی ندارد و یا از عهده انطباق، کنترل یا ابراز احساسهای دردناکی مثل احساس گناه، خشم و اضطراب بر نمی آید. 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 می‌شود هر قدر فرد قدرت تصمیم‌گیری و مهارت ارتباطی بیشتری داشته باشد، بهتر می‌تواند در مقابل فشار همسالان مقاومت کند.

### اختلال‌های روانی

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

### نگرش مثبت به مواد

افرادی که نگرشها و باورهای مثبت و یا خنثی به مواد مخدر 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 مخاطره‌آمیز فردی

بعضی از نوجوانان و جوانان در موقعیتهای یا شرایطی قرار دارند که آنان را در معرض خطر مصرف مواد قرار می‌دهد. مهمترین این موقعیتهای عبارتند از: در معرض خشونت قرار گرفتن در دوران کودکی و نوجوانی، ترک تحصیل، بی‌سرپرستی یا بی‌خانمانی، 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 می‌کند.

### تأثیر مواد بر فرد

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

### عوامل مخاطره‌آمیز بین فردی و محیطی

- عوامل مربوط به خانواده:
  - غفلت از فرزندان
  - وجود الگوی نامناسب در خانواده
  - خانواده آشفته
- عوامل مربوط به دوستان:
  - دوستان مصرف‌کننده مواد
- عوامل مربوط به مدرسه:
  - فقدان محدودیت
  - فقدان حمایت
- عوامل مربوط به محل سکونت:
  - شیوع خشونت و اعمال خلاف



## عوامل مربوط به خانواده

خانواده اولین مکان رشد شخصیت، 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 می باشد. 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 می دهد. همچنین والدینی که مصرف کننده مواد هستند باعث می شوند فرزندان با الگوبرداری از رفتار آنان مصرف مواد را یک رفتار بهنجار تلقی و رفتار مشابهی پیشه کنند.

## تاثیر 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 شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار موثر هستند. بعضی از دوستیها، صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می گیرد. نوجوانان به تعلق به یک گروه نیازمندند و اغلب پیوستن به گروههایی که مواد مصرف می کنند، بسیار آسان است. هر چند پیوند فرد با خانواده، مدرسه و اجتماعات سالم کمتر باشد، احتمال پیوند او با این قبیل گروهها بیشتر می شود.

## عوامل مربوط به مدرسه

از آنجا که مدرسه بعد از خانواده، مهم ترین نهاد آموزشی و تربیتی است، می تواند از راههایی زیر زمینه ساز مصرف مواد در نوجوانان باشد:

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

## عوامل مربوط به محل سکونت

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

## عوامل مخاطره آمیز اجتماعی

- فقدان قوانین و مقررات جدی ضد مواد مخدر
- 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 جزئی از آداب و سنن جامعه و یا نشان تمدن و تشخیص و وسیله احترام و پذیرایی است، مقاومتی برای مصرف مواد وجود ندارد و 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).

**دست به دست هم می نهیم و اعتیاد را در بین  
همجنسگرایان ریشه کن می کنیم**

**بیایید به جمع ما بپیوندید**

## عوامل مؤثر در گرایش به مواد مخدر

### ۱. عوامل فردی :

حتی اگر همه عوامل بوجود آورنده اعتیاد نیز مهیا باشد، باز در نهایت خود فرد برای مصرف مواد تصمیم می‌گیرد. ضعف ایمان و اخلاق، کنجکاوی، تمتع، معاشرت با دوستان ناباب و نداشتن اعتماد به نفس و ... از عوامل فردی گرایش افراد به مصرف مواد می باشند.

دستیابی به هیجانات دوره جوانی، تقلید از دوستان، خارج شدن از فشارهای عصبی و روانی، فرار از مشکلات زندگی، غرور، کنجکاوی، مسائل جنسی و شکست‌های اجتماعی، همه از انگیزه های مصرف مواد اعتیادآور در بین افراد جامعه بویژه جوانان محسوب می گردد. بنابر این برای اینکه افراد بتوانند در مواقع خطر خود را از چنگ اعتیاد دور سازند، ارتقاء بخشیدن به توانایی‌های ایشان کاملاً ضروری بنظر می‌رسد. افزایش مهارت‌های زندگی (مهارت حل مشکل، قدرت تصمیم گیری، توانایی «نه» گفتن، هنر دوست‌یابی و ...) از عوامل حفاظت کننده فردی است که اگر امروز آنها را به فرزندانمان نیاموزیم فردا در غیاب ما در مقابل اصرار دوستان قدرت مقاومت نخواهند داشت.

### ۲. عوامل خانوادگی :

<<< ارتباطات کم‌رنگ عاطفی

وجود پیوند و ارتباطات عمیق خانوادگی نقش بسزائی در پیشگیری از اعتیاد دارد و هر قدر این روابط به سردی گراید خطر اعتیاد در محیط خانواده نیز افزایش می یابد.

<<< عدم مهارت والدین در تربیت فرزندان

وجود فرد معتاد در خانواده، سهل انگاری در توجه به زنگ خطرها مثل مصرف سیگار، ایجاد تنش و درگیری بین اعضاء خانواده، عدم گفتگو پیرامون اعتیاد در خانواده، فقر مادی یا رفاه اقتصادی خانواده دیگر عوامل گرایش به مصرف مواد می باشند.

<<< خانواده های بدسرپرست، بی سرپرست و تك سرپرست

در این خانواده ها به خاطر عدم وجود یکی از والدین و یا عدم صلاحیت آنان در تربیت آنان در تربیت فرزندان احتمال بروز اعتیاد افزایش خواهد یافت.

### ۳. عوامل اجتماعی :

نابرابری های اجتماعی و اقتصادی، در دسترس بودن مواد، تسلط گروه‌های اقلیت نژادی، بیکاری، رشد بی‌قواره صنعت، جنگ و بحران اقتصادی، عدم اطلاع رسانی جامع و کامل در زمینه عوارض جسمی، روحی و اجتماعی اعتیاد، وجود باورهای نادرست اجتماعی و ضعف فرهنگ مشاوره از عوامل مهم گرایش به سوء مصرف موادمخدر به شمار می روند

ای اعتیاد خانمان سوز  
تنها تو را با یک جمله پاسخ خواهیم داد

خیر ، من نیستم

## اعتیاد و خانواده

بیشترین تأثیر مخرب اعتیاد بر ارکان خانواده وارد می آید، همانطوری که مؤثرترین عامل پیشگیری از اعتیاد نیز نهاد خانواده است.



### توصیه پیشگیرانه به والدین

۱. درباره مواد اعتیادآور (علل و عوامل مؤثر در مصرف مواد، خطرات، عوارض و علائم آن) اطلاعات کافی کسب کنید.
  ۲. مهارت‌های تربیتی خود را افزایش دهید.
  ۳. الگوی مناسبی برای فرزندان خود باشید و هرگز بر خلاف گفته خود عمل ننمائید.
  ۴. فضایی ایجاد کنید که فرزندان در آن احساس آرامش کنند.
  ۵. به صحبت‌های فرزندان خوب گوش کنید. با لیخند، تکان دادن سر و استفاده از جملات مثبت نظیر «چقدر جالب»، «من این را نمی‌دانستم» و ... آنها را به گفتن بیشتر تشویق کنید.
  ۶. شرایطی ایجاد کنید که شما را محرم اسرار خود بدانند.
  ۷. از فرزندان انتظار نداشته باشید آرزوهای برآورد نشده شما را تحقق بخشند.
  ۸. از قبل، خود را برای پاسخگویی به سئوالات کنجکاوانه فرزندان آماده نمائید.
- ممکن است روزی از شما بپرسند که آیا تاکنون مواد مصرف کرده اید؟ این فرصت خوبی است که علت عدم مصرف خود را به زبان سال‌های جوانی به آنها منتقل کنید، یا اگر احیاناً قبلاً مصرف کرده اید علت گرایش خود به مواد و سپس کنار گذاشتن آن را به ایشان بگوئید و اینکه حالا چرا می‌خواهید ایشان اشتباه شما را تکرار نکنند. بیاد داشته باشید که نباید مسائل را بیش از اندازه تشریح کنید مبدا کنجکاوی آنها برانگیخته شود.
۹. با تقویت قدرت اعتماد به نفس، تصمیم‌گیری و از بین بردن افسردگی و کم‌رویی فرزندان، آنها را در برابر شرایط آسیب‌زا مقاوم‌سازی کنید.
  ۱۰. راه مقاومت و پایداری در برابر فشار همسالان را در خصوص مواد مخدر به فرزندان بیاموزید تا از «نه» گفتن به آنها نهراسند.
  ۱۱. موانع را بردارید. به فرزندان انگیزه داده و از آنها حمایت کنید.
  ۱۲. وقت بیشتری را با فرزندان صرف کنید. با آنان به رستوران، پارک، کوه، سینما و ... بروید. باتفاق آنان به موسیقی گوش دهید و از همه مهمتر به آنان ابراز عشق کنید و بگوئید که دوستشان دارید.
  ۱۳. سعی کنید حتی آهنگ صدایتان ملایم و دوستانه باشد.
  ۱۴. مواضع خود را برابر سیگار، مواد مخدر و الکل مشخص نموده، صریحاً آنها را به زبان بیاورید.
  ۱۵. عقاید خود را به زور به آنها تحمیل نکنید.
  ۱۶. نظم و قانون مناسب و سازنده مشخصی در خانواده برقرار سازید و برای سرپیچی از آن تنبیهات مناسبی در نظر بگیرید و قاطعانه آنها را به مرحله اجرا در آورید.
  ۱۷. سعی کنید در ساعات غذا خوردن همه اعضاء خانواده را دور هم جمع کنید.
  ۱۸. فرزندان خود را قبل از رسیدن به سنین بحرانی نسبت به مضرات و عواقب ویرانگر مصرف مواد مخدر آگاه سازید.
  ۱۹. آنان را بیش از اندازه و بطور اغراق آمیز ترسانید.
  ۲۰. از چگونگی دوست‌یابی و معاشرت فرزندان خود با دیگران آگاه باشید. با والدین دوستانشان ارتباط برقرار کنید. در صورتی که به منزل دوستشان رفتند حتماً از حضور والدین ایشان در منزل مطمئن شوید و به حضور سایر اعضاء خانواده

اكتفا نكنيد.

۲۱. به نحوه خرج کردن پول توسط فرزندان اهمیت دهید.
۲۲. برای اوقات فراغت آنان برنامه ریزی کنید. همواره آنان را به مطالعه، ورزش و تفریحات سالم ترغیب نمایید و زمینه این امور را برایشان فراهم کنید.
۲۳. زمان مناسبی را به گفتگو اختصاص دهید. چرا که فرزند شما ارزش نصیحتان را با ارزش زمانی که به آن اختصاص داده اید می سنجد.
۲۴. راهنمایی‌های خود را از طریق مربیان و دبیرانشان به آنها منتقل کنید. جوانان باورها و ارزش‌های خود را دارند. طبیعتاً اگر والدین بهترین نصیحت را هم بگویند ممکن است آنها را نپذیرند. شنیدن نصیحت شما از زبان مربیان و دبیرانشان تأثیر بیشتری بر آنها می گذارد.
۲۵. بین فرزندان تبعیض قائل نشوید.
۲۶. تفکر انتقادی را که از ویژگی‌های دوران بلوغ و نوجوانی است، در فرزندان خود سرکوب نکنید.
۲۷. آنان را به رعایت اصول مذهبی و انجام فرائض دینی تشویق کنید.
۲۸. در انجام فعالیت‌های منطقی به فرزندان خود استقلال و آزادی دهید.
۲۹. در رفتارهای خود بیشتر دقت کنید. ممکن است با تمسخر يك معتاد و یا صحبت کردن با لحن افراد معتاد پیامی نادرست به فرزندان منتقل کنید.
۳۰. اگر می‌خواهید مانع پویایی و رشد جسم و روان فرزندان نشوید، از انتقاد غیرسازنده، تمسخر و شرم‌دهنده کردن آنان مخصوصاً در مقابل دیگران جداً بپرهیزید.
۳۱. فرزندان را به خاطر رفتارهای مثبت آنان تشویق کنید.
۳۲. در موقعیت‌های بحرانی، فشارها و تنش‌های روحی، راهنما و همراه فرزندان خود باشید.
۳۳. هرگز فضای خانه را متشنج ننموده و از مشاجره و بحث‌های بیهوده بپرهیزید.
۳۴. مسئولیت و تکلیفی به فرزندان خود بدهید که با توان آنان متناسب باشد.
۳۵. در روابط خود با فرزندان همواره صادق و مهربان باشید.
۳۶. از تنها گذاشتن فرزندان خود در منزل، بویژه هنگامی که به مسافرت یا میهمانی می‌روید جداً خودداری نمایید.
۳۷. به حس ششم خود توجه کنید. هر گاه در درون خود احساس کردید که مشکل خاصی وجود دارد حتماً آنرا جدی بگیرید.
۳۸. در صورت شك و تردید، وسایل شخصی و لباسهای فرزندان را مخفیانه بازرسی نمایید.
۳۹. ترحم به معتادین محله تان را خیانت به فرزندان خود بدانید.
۴۰. همواره در نظر داشته باشید که خانواده‌ها در زمینه پیشگیری از اعتیاد نقش بسیار مؤثرتری در مقایسه با سایر سازمان‌های مسئول بر عهده دارند.
۴۱. رعایت بسیاری از نکات مذکور منحصر به والدین نبوده بلکه سایر اعضای خانواده بویژه برادران و خواهران بزرگتر را نیز در برمی گیرد و چه بسا تاثیرپذیری جوانان و نوجوانان از آنها در بسیاری از موارد بیش از پدر و مادر باشد.

## بیاييد با فرزندان خود دوست باشیم و آنان را در آغوش

## خود جای دهیم نه اینکه به دامن دیوان بسپاریم

## توصیه پیشگیرانه (دوستانه) به جوانان ونوجوانان



۱. خطرات و عوارض مصرف مواد اعتیادآور را خوب بشناس.
۲. به هر کس که به تو مواد تعارف کرد محکم و قاطع بگو «نه» اینکه ما بتوانیم به دوست خودمون «نه» بگوییم خودش يك هنر است. افراد خوش فکر هر تعارفی که مخالف سلامتی شان هست را براحتی رد می‌کنند.
۳. جوابهایی از قبل برای اصرار زیاد اطرافیان آماده کن. پیشاپیش به این جمله ها فکر کن «خیلی کیف داره»، «شنگول میشی»، «سرحال میشی» و اگر کمی تردید کنی میگویند: «بچه نه ای»، «ترسویی»، «اول تجربه کن بعد بگو بده»، «هنوز مرد نشدی»، «پس چرا فلانی کشید و معتاد نشد؟ و...»
۴. موادمخدر را حتی يك بار هم امتحان نکن. هیچکس در دنیا نمی‌تواند به تو اطمینان بدهد که یکبار مصرف کردن معتادت نمی‌کند. اصلاً مگر معتادی وجود دارد که بخاطر معتاد شدن مصرف مواد را شروع کرده باشد؟ پس این همه معتاد از کجا آمدند؟! یا دوست دارید پریدن از طبقه بیستم يك ساختمان یا لمس کردن سیم‌های بدون روکش برق را حتی برای يك بار هم امتحان کنید؟
۵. یادت باشد که کشیدن سیگار مقدمه ای برای اسارت در چنگال اعتیاد به موادمخدر است.
۶. از رفت و آمد در مکان‌های آلوده و دوستی با افراد مشکوک پرهیز کن.
۷. از دوستی با افرادی که اختلاف سنی آن ها با تو زیاد هست خودداری کن.
۸. مواد اعتیادآور سم کشنده ای هست که اثراتش به تدریج ظاهر می‌شود.
۹. به صحبت‌های پدر و مادرت که خیرخواه‌ترین دوستان تو هستند اطمینان کن. ارتباطت را با آن محکم کن.
۱۰. اعتقادات و پایبندی مذهبی خودت را تقویت کن.
۱۱. با مطالعه، ورزش و تفریحات سالم برای اوقات فراغت خود برنامه ریزی کن.
۱۲. کسی که موادمخدر را به جوانان معرفی می‌کند، چهره اش فرقی با دیگران ندارد. پس دوستان و نزدیکان خودت را خوب بشناس.
۱۳. بعضی‌ها فکر می‌کنند با بقیه فرق دارند و هر وقت که اراده کنند می‌توانند مصرف مواد را کنار بگذارند، در حالی که این طرز تفکر منجر به اعتیاد می‌شود.
۱۴. به هنگام سختی و ناراحتی با پدر و مادر و یا يك بزرگتر مطمئن و قابل اعتماد مشورت کن.
۱۵. اگر نمی‌توانی حرف هایت را به آن ها بزنی مشاورین با جان و دل حرفهای تو را می‌شنوند و کمکت می‌کنند.

**من دوستان همجنسگرای خود را از این دیو بد سیرت آگاه  
خواهم کرد  
این وظیفه من هست نسبت به دیگر دوستانم**

# ای اعتیاد ، نه !!!





### علائم استعمال مواد مخدر

۱. تغییر رنگ چهره مخصوصاً لب ها
۲. تغییر حالت مردمک چشم
۳. تغییر کیفیت صدا در اثر التهاب تارهای صوتی
۴. داشتن چهره مغموم و محزون
۵. خواب آلودگی و کم تحرکی
۶. تغییر ساعات خواب و بیداری
۷. تمایل به گوشه گیری و معاشرت کمتر با اعضاء خانواده
۸. عدم توجه به نظافت و آراستگی ظاهری
۹. لاغر شدن و کاهش شدید وزن بدن
۱۰. معاشرت با دوستان ناباب
۱۱. ماندن بیش از حد معمول در توالت بصورت مکرر
۱۲. بستن در اتاق به روی خود برای مدتی طولانی و نیز قفل کردن آن به هنگام خروج از منزل
۱۳. خارش پوست مخصوصاً نوک بینی
۱۴. وجود آثار سوختگی در انگشتان و سیر اعضاء بدن و نیز در وسایل خانه
۱۵. یافتن وسایل مربوط به استعمال مواد مخدر یا وسائلی که به نوعی با آن مرتبط می باشد نظیر زورق یا دستمال کاغذی آلوده، کاغذ لوله شده، میله فلزی، لوله خودکار آلوده، قرص های خواب آور، قطره استریل چشمی و غیره
۱۶. درخواست مکرر پول برای امور نامشخص یا مفقود شدن اشیاء و وسایل قیمتی منزل
۱۷. آبریزش بینی بصورت مداوم
۱۸. افزایش تعریق
۱۹. جرم گرفتگی دندانها و زبان
۲۰. کاهش اشتها و تمایل زیاد به مصرف سیگار
۲۱. عصبانیت و پرخاشگری
۲۲. تغییر در گفتار و رفتار
۲۳. خودداری نمودن از کارهای سنگین و جسمانی
۲۴. بی علاقگی به تحصیل و غیبت های غیرموجه در مدرسه
۲۵. پرگوئی و دروغگوئی و صحبت های نابجا
۲۶. ضعف حافظه
۲۷. عدم پایبندی به عهد و پیمان و عدم احساس مسئولیت
۲۸. استفاده غیرمعمول از عطر و ادکلن
۲۹. خنده های بی مورد، قرمز شدن سفیدی چشم و خیره شدن به يك نقطه (از علائم مخصوص مصرف حشیش)

**دوست ندارم این علائم رو در تو ببینم  
ای دوست همجنسگرای من**

## آثار و عوارض اعتیاد



### • عوارض جسمی

۱. آلودگی و آسیب پذیر نمودن دندانها
۲. ملتهب ساختن مخاط دهان
۳. نقصان ترشحات غدد بزاقی
۴. ضعف قوای جسمانی و کاهش شدید وزن بدن
۵. عقیم نمودن مردان و نازایی زنان
۶. تخفیف تمایلات جنسی
۷. اختلال در کار دستگاه عصبی در صورت تداوم مصرف
۸. تنبلی کبد
۹. ابتلا به یرقان و اثرات ناگوار بر دستگاه گوارش
۱۰. ورم کلیه ها و اشکال در دفع ادرار توام با درد
۱۱. التهاب مزمن تارهای صوتی
۱۲. احتمال ابتلا به بیماری های برونشیت مزمن
۱۳. آسم، سل و تپش قلب، تنگی نفس و دوران سر
۱۴. خشکی پوست
۱۵. شکنندگی ناخن‌ها
۱۶. خطر ابتلا به انواع سرطان و سکته قلبی
۱۷. ناشناخته ماندن بیماری‌های خطرناک به دلیل کاهش احساس درد

### • عوارض روانی

۱. بر هم خوردن تعادل روانی
۲. عدم توجه به اصول و مقررات جامعه
۳. ضعف اراده
۴. از بین رفتن احساس مسئولیت
۵. ایجاد احساسات خصومت‌زا
۶. بیقراری
۷. عصیانگری
۸. اضطراب دائم و احساس بی کیفیتی و تنهایی
۹. اختلال در خواب
۱۰. بروز انواع بیماری ها و اختلالات روانی

### • عوارض خانوادگی

۱. نابسامانی خانوادگی
۲. محدود شدن روابط خانوادگی
۳. عدم تربیت صحیح فرزندان
۴. خشونت در خانواده
۵. افت سطح فرهنگ اجتماعی و اقتصادی خانواده



۶. گسترش طلاق
۷. کاهش آمار ازدواج

### • عوارض اجتماعی

۱. مصرف کننده صرف شدن
۲. عدم احساس مسؤولیت نسبت به خانواده و جامعه
۳. سطحی و تصنعی شدن روابط اجتماعی و دوری از پیوندهای مستحکم عاطفی
۴. گسترش جرم و جنایت
۵. نشر بیماری‌های واگیر و خطرناک مثل ایدز و هپاتیت
۶. محروم شدن نسل آینده از تربیت صحیح
۷. ایجاد مشاغل کاذب

### • عوارض اقتصادی

۱. هزینه بالای استعمال موادمخدر
۲. هزینه درمان و نگهداری معتادین
۳. کاهش راندمان کار
۴. وقوع آتش سوزی های بزرگ
۵. هزینه های مبارزه با ورود موادمخدر به داخل کشور
۶. هزینه قضا و دادگاهها در این خصوص
۷. هزینه اجرای طرح‌های تحقیقاتی و تشکیل سمینارها

### **آنچه در مورد اعتیاد و موادمخدر باید بدانیم :**

#### **اعتیاد به موادمخدر یکی از عوامل اصلی شیوع بیماری‌های ایدز و هپاتیت می‌باشد.**

موادمخدر آنچنان آرام و بی صدا بر جسم و روان مصرف کننده مستولی می‌گردد که هیچ معنای آغاز اعتیاد خود را به یاد نمی‌آورد.

اعتیاد سبب تباهی میلیون‌ها مغز فعال می‌شود که سرمایه های آینده جامعه بشری بشمار می‌روند. اگر درصد کمی از کودکانی که والدین آنها معتاد هستند به سوی بزهکاری سوق داده شوند، بعد از گذشت چندین سال تعداد بزهکاران در هر مملکتی به هزاران نفر خواهد رسید. اعتیاد بیش از يك ميليارد نفر از اعضاء خانواده معتادان را در جهان بطور مستقیم با مشکلات ناشی از این آسیب مواجه نموده است.

موادمخدر منشاء وقوع بسیاری از جرائم اجتماعی نظیر قتل، تجاوز، سرقت و ... می‌باشد . موادمخدر سالانه حدود ۶۰۰ میلیارد دلار سود به حساب سوداگران مرگ واریز می‌کند که این رقم چند صد برابر کل بودجه کشور ما و بسیاری دیگر از کشورهای بزرگ دنیاست. سالانه مقادیر قابل توجهی از ثروت ملی کشور به جیب سوداگران موادمخدر می‌رود. قاچاقچیان بین المللی موادمخدر برای رسیدن به مقاصد شوم خود به مدرن‌ترین تجهیزات تسلیحاتی و ارتباطی مجهز هستند.

۷۵٪ از زندانیان کشور را بطور مستقیم و غیرمستقیم مجرمین موادمخدر تشکیل می‌دهند.

کشور ما در همسایگی بزرگترین تولیدکنندگان انواع موادمخدر جهان (افغانستان و پاکستان) موسوم به «**هلال طلائی**» و در مسیر ترانزیت موادمخدر قرار گرفته است و در بین راه خود نیز قربانی آن می‌گردد.

### **مراحل اعتیاد :**

#### **۱ - مرحله آشنایی**

این مرحله با تشویق دیگران (مخصوصاً دوستان ناباب) یا از روی غرور و کنجکاوی خود فرد شروع می‌شود.

#### **۲ - مرحله شك و تردید :**

در این مرحله فرد با مبارزه با امیال خود می‌پردازد.

#### **۳ - مرحله اعتیاد واقعی :**

در صورت ادامه مصرف در مرحله شك و تردید فرد به مرحله اعتیاد واقعی می‌رسد. در این مرحله پدیده «تحمل» باعث می‌شود که فرد به مرور زمان بر میزان مصرف خود بیفزاید تا به نشنگی قبلی برسد

### **پیشگیری از اعتیاد به انواع مخدر**

اعتیاد به 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 يك مشکل جدي 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 موادمخدر 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 يك 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 نمی‌توان خیلی پائین آورد.

از طرف دیگر رویکرد درمانی نیز با مشکلات بسیاری مواجه است. بسیاری از افرادی که برای درمان مراجعه می‌کنند دچار عوارض جسمی، روانی و اجتماعی جدي شده اند که برطرف کردن آن هزینه و وقت و انرژی زیادی صرف می‌کنند 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. بررسی‌ها نشان می‌دهند که رویکرد پیشگیری نیز می‌بایست در کنار مبارزه با عرضه و رویکرد درمانی مورد توجه قرار گیرد. از سال ۱۹۸۰ میزان شیوع اعتیاد در کشورهای که فعالیت‌های پیشگیری از اعتیاد را از طریق کاهش تقاضا با جدیت پیگیری می‌نمایند، کاهش قابل ملاحظه ای یافته است. به عنوان مثال، تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر در آمریکا در سال ۱۹۹۰، نسبت به سال ۱۹۸۵ به نصف تقلیل یافته است، که این تغییر مدیون فعالیت‌های پیشگیری از اعتیاد بوده است.

لغت «پیشگیری» یعنی جلوگیری از وقوع يك 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

## برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد

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 برنامه پیشگیری به شناخت دقیق منطقه، بررسی کامل وضعیت بهداشتی و روان شناختی و بررسی‌های همه گیرشناسی بستگی دارد تا به این وسیله عوامل موثر بر مصرف مواد آشکار شود. به عنوان مثال، باید شایع ترین نوع ماده مصرف و گروه سنی افراد در معرض خطر، موقعیت‌ها و محل‌های مصرف، باورهای نادرست و عوامل مخاطره آمیز، امکانات و منابع موجود را شناخت و براساس آن مدل فعالیت‌های پیشگیری را تعیین نمود. تحقیقات نشان داده اند که نمی‌توان یک روش واحد را به عنوان بهترین روش برای همه افراد و گروه‌ها انتخاب نمود. بهره گیری 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 تصمیم گیری، حل مسئله، ارتباطات اجتماعی
  - ۳- تقویت فعالیت‌های جایگزین به جای مواد برای ارضای نیازهای روانی اجتماعی نوجوانان و جوانان
  - ۴- مشاوره و مداخله 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
- استراتژی‌های فوق در قالب فعالیت‌های زیر مورد بحث قرار می‌گیرند:

- ۱- فعالیت‌های متمرکز بر فرد
- ۲- فعالیت‌های متمرکز بر آموزش و آگاه سازی والدین
- ۳- فعالیت‌های متمرکز بر معلمان و مدرسه
- ۴- فعالیت‌های پیشگیری با استفاده از رسانه‌ها
- ۵- فعالیت‌های پیشگیری از طریق محلهای کار و مکان‌های تجمع
- ۶- فعالیت‌های پیشگیری با استفاده از شبکه مراقبت‌های بهداشتی اولیه
- ۷- وضع و اجرای قوانین و مقررات



## فعالیت‌های متمرکز بر فرد

مخاطره آمیز ترین دوران زندگی از نظر ابتلا به سوء مصرف مواد، دوره بلوغ و نوجوانی است. فرایند بلوغ یکی از بحرانی ترین دوره‌های زندگی هر فرد می‌باشد به طوری که این دوران، دوران طوفان و فشار خوانده شده است. با ظهور بلوغ، مرحله نوجوانی آغاز می‌شود. نوجوانی دوره انتقال (Transition) است. دوره ای که فرد قبل از اینکه خود را بیابد دچار اختلال یا اغتشاش در نقش خود (Role Confusion) و بحران هویت (Identity Crisis) می‌گردد. فردی که قبل از این به عنوان کودک به خوبی ایفای نقش می‌کرد، دربرخی از ابعاد تلاش می‌نماید نقش یک فرد بالغ را ایفا نماید. در این دوره نوجوان در وضعیتی بین دو مرحله کودکی و بزرگسالی قرار گرفته و زیر فشار و انتظارات این وضعیت قرار دارد. از طرف دیگر، تغییرات سریع جسمانی نوجوان سبب می‌شود تا احساس نامتناسب بودن نماید. این تغییرات فیزیکی منجر به اختلال تصویر فرد از خود (self image) می‌شود. این تصویر ذهنی با تصویری که فرد از خود در آینه می‌بیند متفاوت است و شامل درک فرد از وضعیت جسمانی خود می‌باشد.

بنابراین، تحول بلوغ و نوجوانی، تصویر ذهنی نوجوان از جسم و هویت شخصی اش را تهدید می‌کند. نوجوان، در نظر گرفتن تجربیات گذشته و قبول تحولات بلوغ، هویت خویش را از نو بازسازی می‌کند. حتی مخالفت و ستیز نوجوان با والدین و عصیان در برابر ارزش‌ها و قدرتها و دخالت‌های دیگران، برای تثبیت هویت جدا نمودن هویت خویش از سایرین است. این عوامل یعنی اغتشاش نقش و نیاز به ایفای نقش به عنوان یک فرد بالغ، اختلال در تصویر فرد از خود و نیاز به پذیرفته شدن از طرف دوستان و استقلال، نوجوان را به رفتارهایی مانند سیگار کشیدن یا سوء مصرف مواد دیگر سوق می‌دهد. استراتژی‌هایی که اطلاعات، نگرش‌ها و رفتار کودکان و نوجوانان در مورد مواد و مهارت‌های تطابقی و اجتماعی و نیازهای آنان را مورد هدف قرار می‌دهند، درحقیقت شایع ترین روش‌های پیشگیری هستند.

### الف - دادن اطلاعات در مورد مضرات مصرف مواد:

این برنامه برای باور استوار است که مصرف مواد به دلیل فقدان آگاهی صحیح از زبان‌های مصرف مواد صورت می‌گیرد. اگر چه مطالعات نشان داده اند که استفاده از این روش به تنهایی تاثیر چندانی در کاهش اعتیاد ندارد، با این حال می‌بایست همواره به عنوان یکی از ( راه‌های اصلی مداخله در برنامه‌های جامع پیشگیری، مورد استفاده قرار گیرد).

### ب - تاثیر بر ارزش‌ها و نگرش‌ها ( تغییر نگرش‌های مثبت و تثبیت نگرش‌های منفی نسبت به مصرف مواد مخدر:

نگرش‌ها (attitudes) عبارتند از باورهای فرد در مورد نتیجه و عاقبت هر کار و ارزشی که فرد برای این نتیجه قائل است. نگرش‌ها دلایل منطقی بروز رفتارهای هر فرد خاص می‌باشند. بدیهی است که قبل از شروع فعالیت‌های پیشگیری، مطالعه و شناخت باورها و نورم‌های هراسم اهمیت بسیاری دارد. مطالعات ثابت کرده اند که افرادی که نسبت به مواد نگرش‌ها و باورهای مثبت دارند احتمال مصرف و اعتیادشان بیشتر از کسانی است که نگرش‌های خنثی یا منفی دارند. لیکن تغییر یا ایجاد نگرش‌هایی که به طور طولانی باقی بمانند کارآسانی نیست. تقویت نگرش‌های منفی یا تغییر نگرش‌ها از خنثی به منفی آسانتر از تغییر نگرش مثبت به منفی است.

متأسفانه اغلب برنامه‌های آگاه سازی از مدارس شروع می‌شوند درحالی که کودکان را باید از سنین کوچکتر که هنوز باورهایشان به طور کامل شکل نگرفته است مورد هدف قرار داد. نگرش‌ها و ارزش‌هایی که برپیشگیری از سوء مصرف مواد موثرند عبارتند از:

- ارزش‌های مذهبی
- اولویت دادن به ارزش‌های اجتماعی (Social values) به جای ارزش‌های شخصی و فردی (personal values)
- ارزش حس مسئولیت فردی
- ارزش سلامت فردی
- هر مصرفی ممکن است منجر به اعتیاد شود.
- عادی نبودن مصرف مواد
- استفاده از ارزش دادن نوجوانان به ظاهر خود و پذیرفته شدن از طرف دیگران
- قابل اعتماد نبودن افراد معتاد

### پ - آموزش مهارت‌های اجتماعی و تطابق با استرس‌ها

مهارت‌های اجتماعی یعنی «توانایی انطباق کافی در روابط بین فردی». این روش بر تئوری یادگیری اجتماعی (social learning Theory) استوار است. براساس این تئوری، یادگیری اجتماعی با تقویت‌های مثبت و منفی که فرد در نتیجه رفتار خود کسب می‌کند و مشاهده رفتار دیگران و عواقب آن شکل می‌گیرد. به تدریج فرد توانایی پیش بینی عواقب رفتار خود و نگرش دیگران را در مورد رفتار خود کسب می‌نماید. این توانایی موجب تنظیم رفتار و درونی کردن تشویق‌ها و تنبیه‌ها و در نتیجه تغییر آن می‌شود. مطالعات مختلف نشان داده اند که آموزش مهارت‌های اجتماعی میزان سوء مصرف مواد و رفتارهای وابسته به آن مانند پرخاشگری، انزوا، فرار از مدرسه و خانه و سرقت را کاهش می‌دهد. برخی از مهارت‌های اجتماعی که کسب آن در پیشگیری از اعتیاد اهمیت دارد عبارتند از:

مهارت‌های ارتباطی (Communication skills)، توانایی اظهار نظر (assertiveness) توانایی مخالفت ورد کردن (rehearsal and resistance skills).

بهترین روش برای آموزش مهارت‌های اجتماعی استفاده از تکنیک modeling می‌باشد که مبتنی بر تئوری یادگیری اجتماعی است.

### ت - آموزش مقاومت در مقابل فشارهای دوستان:

ارتباط و دوستی با همسالانی که مبتلا به سوء مصرف مواد هستند، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان به اعتیاد می‌باشد. طبق نتایج حاصل از تحقیقات در بیش از ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف با تعارف دوستان و همسالان صورت می‌گیرد. به خصوص همسالان در شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار موثرند. برای خنثی نمودن تاثیر نگرش‌ها و فشارهای دوستان، از آموزش مقاومت در مقابل فشار دوستان استفاده می‌شود. در حال حاضر، استفاده از این روش بسیار متداول شده است، و همراه با روش ایجاد نگرش منفی نسبت به مواد به کار می‌رود. مطالعات نشان داده اند که استفاده همزمان از این دو روش میزان بروز سوء مصرف مواد را کاهش داده و سن اولین مصرف را نیز به تاخیر می‌اندازد. با این روش، به کودکان و نوجوانان می‌آموزیم که چگونه و با چه پاسخ‌هایی رفتارهایی خود را از موقعیت‌های ناراحت کننده ای که در اثر فشار دیگران به وجود می‌آید، رها نمایند.

### ث - شناسایی افراد در معرض خطر و اقدامات لازم:

عوامل شخصیتی مختلفی بامصرف مواد در نوجوانان ارتباط دارند. از این میان، بروز برخی از صفات بیشتر نشان دهنده احتمال اعتیاد فرد در آینده هستند و به طور کلی فردی را تصویر می‌کشد که با ارزش‌ها یا ساختارهای اجتماعی (مانند خانواده، مدرسه، مذهب) پیوندی ندارد. این صفات عبارتند از: کمبود اعتماد به نفس، طغیان گری، عدم پذیرش ارزش‌های سنتی، تمایل شدید به کسب هیجان، تمایل شدید به انحراف، مقاومت در مقابل قدرت، نیاز به شدید استقلال، احساس عدم کنترل بر زندگی خود. علاوه بر موارد فوق شواهد مختلفی از استعداد ارثی ابتلا به اعتیاد وجود دارد.

برخی از اوقات فرد هنگام روبرو شدن با استرس‌های گوناگون در معرض خطر قرار می‌گیرند.

انواع استرس‌ها عبارتند از :

- حوادث مهم زندگی

- مشکلات روزمره

ج - ارضای نیازهای اجتماعی و روانی نوجوانان

چ- الگو بخشی و آموزش از طریق همسالان

### فعالیت‌های پیشگیری متمرکز بر آموزش و آگاه سازی والدین

کودکان بیش از همه از والدین خود تاثیر می‌پذیرند. آگاه سازی والدین یکی از مهم ترین بخش‌های موثر در هر برنامه پیشگیری از اعتیاد می‌باشد. برخلاف نوجوانان که معمولاً شیوع مصرف را بیش از حد واقعی آن فرض می‌کنند، مطالعات مختلف نشان داده‌اند که همواره والدین میزان شیوع سوء مصرف مواد را کمتر از میزان واقعی آن تخمین می‌زنند و در نتیجه خطر آن را نیز احساس نمی‌کنند و اغلب باور ندارند که این مشکل برای فرزندان آنها نیز ممکن است پیش بیاید.

در ابتدا والدین باید از خطر اعتیاد آگاه شده و در مورد پیشگیری از آن احساس مسئولیت نمایند.

این آگاه سازی می‌بایست به طور مکرر از راه‌های مختلف مانند خواندن کتاب، جزوه، روزنامه، شرکت در جلسات مشاوره، سمینار، پیوستن به تشکیلات والدین انجام شود. آگاه سازی والدین شامل ابعاد مختلف می‌باشد که به آنها اشاره می‌شود:

الف - آموزش اطلاعات لازم در مورد مواد

ب - افزایش مهارت لازم برای ساختن پیوندهای قوی خانوادگی

- برقراری ارتباط صمیمانه با کودکان

- بالابردن اعتماد به نفس

- ایجاد سیستم ارزشی قوی

پ - وضع مقررات واضح در خانواده

ت - آموزش الگوی خوب بودن

ث - تشویق فعالیت‌های سالم و خلاق

ج - ترغیب تشکیلات والدین

### اجرای فعالیت‌های پیشگیری از طریق مدرسه و معلمان

ساختار مدرسه در برنامه‌های وسیع پیشگیری سهم به سزائی دارد. هزینه ملاحظاتی که از طریق مدرسه صورت می‌گیرند نسبتاً کمتر است. همراهی مدرسه در برنامه‌های جامع اجتماعی موجب می‌شود تا پیام‌ها، ارزش‌ها و نگرش‌های واحدی به نوجوانان منتقل شود. هنگامی که از ساختار مدرسه در عملیات پیشگیری استفاده می‌شود، نمی‌توان تنها افرادی را که بیشتر در معرض خطر هستند (مانند کسانی که دارای صفات شخصیتی مستعد کننده می‌باشند) تحت پوشش قرار داد، زیرا این خطر وجود دارد که به آنان مارك «داشتن پتانسیل اعتیاد» زده شده و این پیام به فرد داده شود که «در آینده معنادار خواهد شد.»

الف - دخالت دادن والدین به روش‌های زیر:

- برگزاری جلساتی برای آگاه کردن والدین از خطر مواد و دادن آموزش‌های لازم

- دادن جزوه‌ها یا بروشورهای آموزشی به والدین

- ترغیب والدین به شرکت در تشکیلات والدین از طریق انجمن اولیاء و مربیان برای ایفای نقش‌های فعال تر

ب - برگزاری دوره‌های آموزشی یا روش‌های تغییر نگرش دانش آموزان

پ - وضع مقررات واضح در رابطه با مواد

ت - ایجاد امکانات مشاوره و درمان

ث - آگاه سازی معلمان

ج - اصلاح روش تدریس و برخورد با دانش آموزان

چ - آموزش مهارت‌های ارجاع دادن

ح - استفاده از معلمان برای آموزش اطلاعات

### فعالیت‌های پیشگیری با استفاده از رسانه‌ها

رسانه‌ها در شکل دادن و تقویت هنجارهای اجتماعی بسیار اهمیت دارند. از این میان، رادیو و تلویزیون نفوذ بیشتری دارند ولی نقش روزنامه‌ها و مجلات، بوسترها و آگهی‌های تبلیغاتی را در ایجاد نگرش‌ها و ارزش‌ها نباید نادیده گرفت. برنامه‌های پیشگیری که از ساختار رسانه‌ها استفاده می‌کنند، هنگامی موفقیت بیشتری خواهند داشت که با استراتژی‌های دیگر همراه شوند، زیرا مطالعاتی که بر تاثیر رسانه‌ها شده، نشان داده اند که اگرچه رسانه‌ها موجب

افزایش آگاهی جمعیت هدف می‌شوند، اما به تنهایی نمی‌توانند تغییر محسوس در رفتار آنان ایجاد نمایند. روش‌هایی که در رسانه‌های مد نظر قرار می‌گیرند عبارتند از:

الف - ارتباط با نویسندگان و کارگردانان

ب - استفاده از چهره‌های محبوب در رسانه‌ها

پ - استفاده از معتادان آسیب دیده در رسانه‌ها

ت - استفاده از سایر روش‌های مکمل مانند جلسات بحث، نقد و تبادل نظر در مورد محتوای فیلم‌های نمایش داده شده

و...

### اجرای فعالیتهای پیشگیری از طریق محل‌های کار و مکان‌های تجمع

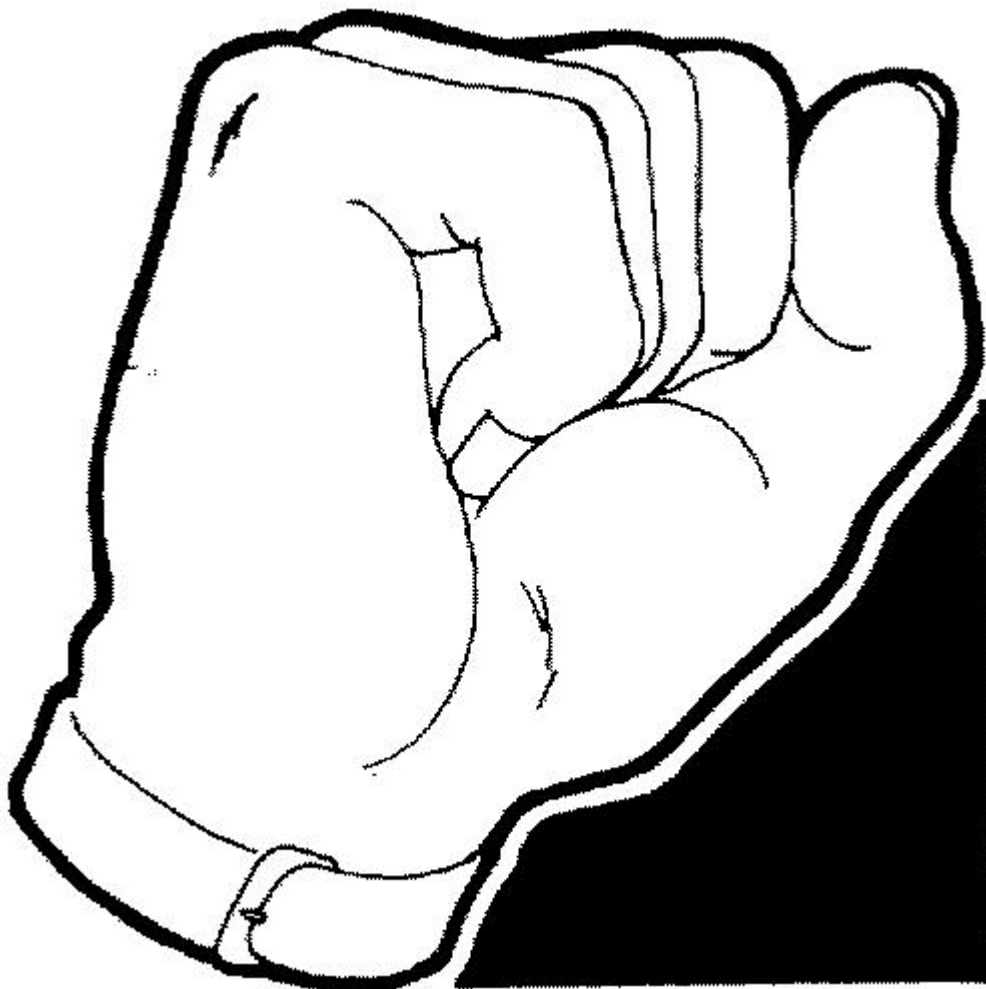
سوء مصرف مواد، در بعضی از شاغلین و برخی از مکان‌های اشتغال شایع تر است، به همین دلیل، بازدهی کار و سلامت کارکنان در معرض خطر قرار می‌گیرد. مکان‌هایی که کارکنان آن را جوانان تشکیل می‌دهند (سرباز خانه‌ها، کارخانه‌ها، دانشگاه‌ها و واحدهای حمل و نقل) و فرایند کار با استرس بیشتری همراه است، مکان‌های مخاطره آمیزی هستند که به توجه بیشتری نیاز داشته و در اولویت قرار دارند. استراتژی‌های پیشگیری از طریق محل کار عبارتند از :

الف - آگاه سازی مدیران، مسئولان و کارفرمایان

ب - ایجاد امکانات مشاوره و درمان

پ - وضع و اجرای قوانین مربوط به سوء مصرف، حمل یا فروش مواد

ت - آموزش و تقویت بهداشت عمومی



## مواد مخدر

این مواد کند کننده فعالیت‌های سیستم اعصاب مرکزی، جزو گروه مواد سستی زا، مسکن درد و شدیداً اعتیاد آور می باشند. معمولاً ایجاد حالت سرخوشی و نشاط می کنند. برخی از این مواد به صورت طبیعی وجود دارند، مانند تریاک که از بوته خشخاش بدست می آید. بقیه به طور مصنوعی و شیمیایی در آزمایشگاهها ساخته می شود. برخی از مخدرها مانند کدیین ارزش استفاده پزشکی و درمانی دارند، ولی مصرف بی رویه و نابجای آنها بدون تجویز پزشک، خطراتی را به دنبال دارد. به علت اینکه مصرف این گونه مواد مشکلات جدی فردی و اجتماعی را موجب می گردد، این داروها تحت کنترل شدید قانونی می باشند.

مواد مخدر افیونی و ترکیبات آن عبارتند از:

الف- تریاک

ب- کدیین

پ- مرفین

ت- هروئین

ث- متادون

ج- پتیدین (دمرول)

چ- پیرکدان

ح- دیلاوید

خ- دارون

د- دیفن اکسیلات (لوموتیل)

ذ- هیدرو مرفین

ر- هیدرو کدیین و کلیه داروهایی که هیدرو کدیین دارند

## مواد سستی زا (مسکنها - خواب آورها)

موادی هستند که مصرف آن بر روی سلسله اعصاب مصرف کننده اثر گذاشته و در نتیجه فعالیت فکری و بدنی او راسست نماید. این مواد به دو دسته تقسیم می شوند :

- طبیعی ، مانند : استحصالات گیاه خشخاش، تریاک، شیره تریاک، مرفین

- مصنوعی ، مانند : هروئین، متادون، نرمتادون، پاپاورین، پتیدین، انواع و اقسام قرص های مسکن و آرام بخش

شامل آن گروه داروها و مواردی است که موجب کنده فعالیت سلسله اعصاب مرکزی می گردد و بر شعور و حس هوشیاری فر اثر می گذارد. این گروه داروها معمولاً به عنوان مسکن برای بر طرف کردن درد یا ایجاد خواب و آرامش، از بین بردن کوششها و اضطراب و عصبانیت مورد استفاده قرار می گیرد. اندازه مصرف زیاد آن ایجاد مسمومیت شدید، بیهوشی (کما) و سرانجام مرگ می کند. این مواد در اثر مصرف مداوم و منظم ایجاد وابستگی می نمایند. شاخص ترین دسته از این گروه را بار بیتوریک ها تشکیل می دهند. بار بیتوریک ها شامل داروهایی زیر می باشند:

سکونال، فنوباریتال، آمیتال (آمورباریتال) ، متاکوالن (ماندراکس)، توینال (سکوباریتال). گلوتیتیمید (دوریدن)، میتی پریلون، پلاسدین ، فلوراز پام، الکل (جزو گروه داروهایی نامرئی آورده شده است).

## توهم زاها (Hallucinations)

با مصرف این مواد فرد دچار اوهام حسی و بصری می شود. این مواد را هالوسینوزن می گویند که شامل:

- طبیعی ، مانند : استحصالات گیاه شاهدانه، حشیش، بنگ، ماری جوانا، گراس، چرس؛ مسکالین، جو سیاه آفت زده، برخی از قارچهای حاوی مواد توهم زا، دانه های نوعی نیلوفر وحشی

- مصنوعی ، مانند : ال.اس.دی (L.S.D) ، دی متیل تریپتامین (D.M.T) ، دی اتیل تریپتامین (D.E.T)



تمدنهای بزرگ نمونه های فراوانی از استعمال موادی که ایجاد توهم می کنند عرضه داشته اند. مصرف قارچهای توهم زا در مراسم مذهبی در قاره آمریکا، مصرف قارچهای مخدر و .... توسط ساحران در آسیا و استعمال بعضی گیاهان برای جادوگری در اروپا نمونه های اندکی است از مواد متنوع و سنتی توهم زا، ولی اکنون اصطلاح توهم زا بیشتر به موادی اطلاق می شود که شامل (اسید لیسرژیک) بوده و دارای اثرات انبساط خاطر می باشند، مانند LSD , STP , DMT. مواد توهم زا مجموعه ناهماهنگ و غیر متجانس از موادی را تشکیل می دهد که به گروههای متنوع شیمیایی و دارویی تعلق دارند، تبلیغات در مورد سو استفاده این مواد و اثرات ناشی از آن منجر به کنترل بین المللی بسیاری از انواع آن شده است.

این گروه از داروها به عنوان تضعیف یا تحریک کننده سیستم مرکزی اعصاب مورد استفاده قرار می گیرد. مهمترین اثر آنها ایجاد تغییرات اساسی در حالات عاطفی، رفتاری، خلقی، و روانی فرد است. ایجاد حالات توهمی سمعی و بصری و تصورات موهوم که اغلب شبیه به رویاها و یا کابوسهای شبانه است، از جمله دیگر اثرات این گروه داروها می باشد.

توهم زاها برخی اوقات بنام (داروهای سایکوتو میمیتیک یا سایکدلیک یا هلوسینوژن نامیده می شوند). شناخته شده ترین و رایج ترین نوع داروهای این گروه ال. اس. دی است.

داروهای توهم زا عبارتند از:

۱- ال. اس. دی LSD

۲- پی. سی. پی PCP

۳- ام. دی. آ. MDA

۴- پی. ام. آ. PMA

۵- تی. ام. آ. TMA

۶- دی. ام. تی DMT

۷- اس. تی. پی STP = دی. او. ام DOM

۸- مسکالین یا پیوت Mescaline - Peyote

۹- سیلوسین و سیلوسیپین Psilocin - Psilocybin

### مواد توان افرا

مصرف آن بر روی سلسله اعصاب تأثیر گذاشته و در نتیجه فعالیت فکری و بدنی مصرف کننده بیشتر و باعث هیجان می شود. این مواد به دو دسته تقسیم می شوند که عبارتند از :

- طبیعی ، مانند : برگ کوکا، کوکائین، کراک، برگ و ساقه برخی درختان مثل خات و کراتم و ناس

- مصنوعی ، مانند : آمفتامین، متیل آمفتامین، ترکیبات آمفتامینها

### آرام بخش ها

آرام بخشها تضعیف کننده سیستم مرکزی اعصاب و جزو آن دسته از داروهای هستند که مانند مسکن ها و خواب آورها با مصرف کم آنان ایجاد حالت آرامش می نماید. اندازه مصرف زیادشان می تواند اثراتی مشابه مسکن ها و خواب آورهای قوی از جمله بیهوشی و کما داشته باشد. به ندرت مصرف بیش از حد آن ایجاد خطرات جدی می نمایند مگر اینکه همراه با دیگر داروها و مواد مورد استفاده قرار گیرد. آرام بخشها به طور معمول برای ناراحتی های خفیف روانی از جمله عصبانیت، اضطراب، بی خوابی و هم چنین شل کردن عضلات به کار می روند. شناخته شده ترین داروهای این گروه دیازپام (Diazepam)، کلردیاز پوکساید، اگزاز پام و میپروپامات می باشند.

### چسب و مواد فرار (مواد استنشاقی)

فرارها در بسیاری از محصولات صنعتی مانند چسب هایی که سریع خشک می شوند، سوختنی های مثل بنزین، حلالها مانند استون و تینر رنگ و مواد پاک کننده یافت گردد. مواد فرار پس از استنشاق از طریق ششها وارد عروق می شوند و سپس به دیگر اندامهای بدن به خصوص مغز و کبد می رسند. معمولا پس از مصرف این مواد، به فرد احساس سرخوشی، سبک حالی، بی باکی و بی پروایی دست می دهد و خیالها روشن و واضح می شوند.

تنفس ، ضریان قلب و دیگر اعمال بدن به کندي می گرايد. اگر مصرف کننده با قوطی پلاستیکی آن را از طریق بینی و دهان استنشاق کند، مرگ ناشی از خفگی ممکن است پیش آید، استنشاق و تنفس مداوم فرارها و چسب موجب آسیب به کبد و کلیه، پدیدگی رنگ پوست، احساس ضعف و بی حالی، عدم توانایی تفکر صحیح، لرزش، عطش زیاد، کاهش وزن، تحریک پذیری، افکار پارانوئیدی، حالات تهاجمی و دشمنی می گردد. در مصرف طولانی استنشاق بنزین، میزان سرب خون را بالا می برد.

مصرف دائمی و مکرر موجب تحمل و نیاز فرد به افزایش مصرف برای ایجاد اثر مطلوب می گردد و می تواند وابستگی روانی و جسمی ایجاد کند. علائم و نشانه های ترک عبارتند از احساس سرما، لرزش بدن، توهمات، سردرد، دردهای شکمی، گرفتگی و اسپاسم عضلانی.

### محرک ها

این گروه از داروها به عنوان محرک، ایجاد کننده هیجان و انرژی است و موجب تحریک فعالیت سلسله مرکزی اعصاب می گردد. این داروها معمولا برای افزایش هشیاری، ایجاد تحمل زیاد برای بیدار ماندن به مدتی طولانی، جهت کاهش اشتها و ایجاد احساس نشاط به کار می رود. این گروه داروها در پزشکی مصرف محدودی دارند.

محرک ها می توانند ایجاد وابستگی شدید روانی کنند. به طور مثال وابستگی که به وسیله (کراک) ایجاد می شود، سریع ترین و قوی ترین وابستگی است که معتاد حتی نمی تواند برای مدت کوتاهی آن را کنار بگذارد و باید مرتباً در حال استعمال آن باشد. مشهورترین مواد و ترکیبات اعتیاد آور این گروه، آمفتامین ها و فرآورده های کوکا است.

### کانابیس یا شیره گیاه شاهدانه (CANNABIS)

علت اینکه فرآورده های گیاه شاهدانه را جداگانه می آوریم، این است که این مواد به مقدار کم یا زیاد در گروههای توهم زا، سستی زا و محرک قرار می گیرند، و این فرآورده ها به طور کلی بر روی سیستم مرکزی اعصاب اثر می گذارند. عمده این مواد عبارتند از:

الف - ماری جوانا

ب- حشیش

ج - تی. اچ. سی. (T. H. C.)





# تریاک

## تریاک چیست و چگونه بدست می آید؟

تریاک به شکل ماده قهوه ای تیره رنگ به گونه دلمه شده مانند پلاستیک وجود دارد. تریاک شیره الکلویید داری است که از تیغ زدن گرز خشخاش و لخته شدن شیره خشخاش نارس بدست می آید. تخمدان حاوی دانه های خشخاش، بیضی شکل است که گلبرگهای صورتی رنگ دارد. وقتی این گلبرگها رو به پژمردگی می رود، با تیغ زدن تخمدان نارس، عصاره شیرین رنگی شروع به تراوش می کند که در مجاورت هوا به صورت (دلمه) شده پس از گذشت یک شبانه روز به رنگ قهوه ای و گاهی سیاه در می آید و به حالت صمغی چسبیده بر جدار خارجی تخمدان باقی می ماند که آن را تراشیده و جمع آوری می کنند.

این گیاه را در انگلیسی ((Papaver Somniferom)) و خشخاش را ((Poppy)) و در فارسی کوکنار و دانه های خشخاش را به انگلیسی ((Poppy Seeds)) و صمغ جمع آوری شده را تریاک که از تریاکا (Theriaca) یونانی گرفته شده و در عربی افیون، ابیون، تریاق، دریاق و در انگلیسی ((Opium)) می نامند، ابیون یا افیون نیز از ریشه یونانی اپیون ((Opion)) اقتباس شده است.

## تاریخچه تریاک

بوته خشخاش از گیاهان آسیای صغیر بوده است. (مارسل گرانیرد وابه) (Doyeux Marcel Granin) معاون سابق بخش کنترل مواد مخدر در سازمان ملل متحد، متخصص و دارو شناس و نژوتلایی در این باره گفته است که: (در لوحه های سومری متعلق به سه یا چهار هزار سال پیش از میلاد مسیح مطالبی پیرامون گیاه تریاک نوشته شده و آن را (گیاه شادی بخش) نامیده اند. متون آشوری، مصری و یونانی در مورد استفاده تریاک در زمانهای قدیم مطالب بسیاری دارند).

در کتاب ادیسه هومر آمده است که (النا) (Elena) همسر شاه (منلائو) شربتی به (تلماکو) (Telemaco) داد. از جستجوی بی حاصل پدر غمگین بود، (مروفه) (Morfer) خدای رویا و خیال در داستانهای اساطیری یونان - گل خشخاش بدست می گیرد.

هرودت، ارسطو و هیپوکرات در کتابهایشان از تریاک بسیار سخن گفته اند. زنان مصری از شربت تریاک برای فرونشاندن خشم و تسکین غم استفاده می کرده اند، از زمان (ارسطو) تا (ویرژیل) شاعر رومی و دیگر نویسندگان یونان و رم همواره از خشخاش و تریاک سخن گفته اند. صحبت از آن، در قرون وسطی نیز ادامه یافت. برخی مطالعات نشان می دهد، این ماده در قرن هشتم (میلادی) در هند رایج شده و عده ای عقیده دارند، سابقه استفاده از آن در هند به دروازه قرن قبل از لشکر کشی اسکندر مقدونی می رسد.

به نظر می رسد اولین ترکیب دارویی تریاک در قرن ۱۶ میلادی به دست آمد و آن را به نام کاشف سوئیسی اش نامیدند که دکتر پاراسلوس بود. (Para cel si), (Dr. Paracelsus Claudanum) یک پزشک انگلیسی به نام توماس سیدنهام (Thomas Sydenham) که افلاطون انگلستان نامیده شده، نیز در قرن هفدهم م. داروی جدیدی را با تریاک تهیه کرد.

در قرن نوزدهم م. بسیاری دیگر از فرآورده های آن (مورفین ، کدئین و...) کشف گردید. گیاه خشخاش از ناحیه آسیای صغیر به یونان منتقل شده، اگر چه در بعضی منابع آمده است که در اروپا مجارها اولین ملتی هستند که با گیاه خشخاش آشنا شده اند و گیاه شناسان این کشور، این آشنایی را از هزار و دوپست سال قبل از میلاد به بعد می دانند. ولی هومر شاعر نابینا و حماسه سرای یونانی که احتمالاً ۶۰۰ سال قبل از میلاد می زیسته در آثار خود از گل خشخاش یاد می کند که در باغهای شهر روم کشت می شده و چون یونانیان

زمان سقراط یعنی حدود چهار صد سال قبل از میلاد از تاثیرات طبیی تریاک سخن گفته اند، می توان گفت که حداقل آشنایی یونانیان با تاثیرات طبیی مخدرها به چند صد سال قبل از میلاد مسیح بر می گردد. بقراط در چهار صد سال قبل از میلاد مسیح و نئوفراست در همان تاریخ از تریاک برای درمان اسهال و رفع درد استفاده می کرده اند.

از نوشته های پاپیروس بر می آید که مصری ها از زمانهای قدیم (اپیوم) استعمال می کرده اند و اسم (Thebaica) مشتق از شهر (Thebes) است که در آنجا خشخاش نیز می کاشتند.

در ژاپن تا قرن پانزدهم میلادی گیاه خشخاش کشت نشده بود، در دایره المعارف بریتانیکا آمده که تریاک در قرن هفتم قبل از میلاد مسیح در چین کشت می شده و به وسیله ترکها و عربها در قرون ۶ و ۷ به چین برده شده و تا قرن هفدهم میلادی برای تسکین دردها و به طور محدود مورد استفاده بوده است. در قرن هیجدهم م. مصرف دارویی تریاک در دنیا حدود ۱۷۰۰ تن بود.

تریاک خام (طبیعی) به صورت گلوله، چانه، قرص، قالبی، آجری و حتی به صورت پودر عرضه می گردید و در قدیم برای تسکین درد به طور مایع و جامد استفاده می شده است.

در ایران، پزشکان عالی قدری مانند شیخ الرییس ابوعلی سینا (۳۷۰ - ۴۲۷ ه. ق) و ابوبکر محمد بن زکریای رازی (۲۵۱ - ۳۱۲ ه. ق) از تریاک در مواد گوناگون بیماری ها استفاده کرده اند و در اشعار شعری که پس از این دو دانشمند می زیسته اند، به موارد طبیی تریاک اشاراتی شده است.

اگر چه خوردن تریاک در چین معمول بود، ولی دود کردن و کشیدن تریاک از آمریکای شمالی به چین رسید و رایج گردید. بعضی از مردم تریاک را با توتون مخلوط می کردند، و بزودی کشیدن تریاک به حدی بین مردم گسترش یافت و عمومی شد که حتی به درباریان هم سرایت کرد و به عنوان یک مشکل بزرگ اجتماعی چین در آمد که در سال ۱۷۲۹ م. توسط امپراطور (بانگ چینگ، ۱۷۳۵ - ۱۷۳۳ م.) ممنوع اعلام شد.

فروش و کشیدن تریاک ممنوع گردید و موقتا به تجارت تریاک لطمه زد. با وجود این لطمه، کمپانی انگلیسی هند شرقی به کشت تریاک در ایالت بنگال هند ادامه داده و آن را در سال ۱۷۷۵ م. به وسیله (نارکی وارن هستینگ) که از صورت یک کارمند ساده به حکمرانی کلیه املاک انگلیس در هند رسیده بود، در انحصار خود گرفت و او این ماده را با نرخی ارزان و مقدار فراوان عرضه می کرد.

کمپانی ، خود مستقیما در چین فعالیت فروش نداشت و تریاک را به بازرگانان بزرگ و خصوصی چین در ساحل تحویل می داد و بازرگانان یاد شده آن را در بازارهای چین به فروش می رساندند، و در ازای فروش تریاک، طلا و نقره و گاهی هم چای، کتان، ابریشم به نمایندگان کمپانی تحویل می دادند.

مقدار تریاک که کمپانی یاد شده در سال ۱۷۲۹ م. به چین داده، ۲۰۰ صندوق بود که در سال ۱۷۶۷ م. به ۱۰۰۰ و در سال ۱۸۲۰ م. به ۱۰۰۰۰ و از ۱۸۳۰ تا ۱۸۳۸ م. به ۴۰۰۰۰ صندوق افزایش یافت.

در ماه مارس ۱۸۳۹ م. امپراطور وقت، (لین چه هسو) را که مردی قاطع بود به کانتون فرستاد و او پس از گفتگوهای بی نتیجه با تجار خارجی و چینی دستور داد بیش از ۲۰۰۰۰ صندوق که حاوی حدود یک میلیون و نیم کیلو تریاک بود، مصادره شود. صندوقها را به ساحل بردند و (لین) شخصا در میان ابراز احساسات مردم، آنها را آتش زد، آتشی که ۲۰ روز روشن بود.

به موازات انگلیس ها و همراه با آنها پرتغالیها و دیگر کشورهای غربی حتی ایالات متحده آمریکا از ترکیه و هند تریاک تهیه کرده و به تجارت آن در چین می پرداختند. مشکل تریاک سرانجام منجر به جنگهای تریاک در سالهای ۴۲ - ۱۸۳۹ م. و ۶۰ - ۱۸۵۶ م. شد.

در فاصله جنگ های اول و دوم، تجارت تریاک در چین از ۵۰۰۰۰ به ۶۰۰۰۰ صندوق افزایش یافت. در سال ۱۹۰۷، (چینگ) توانست جلوی ورود تریاک را به داخل چین بگیرد و تا سال ۱۹۱۷ م. ورود تریاک از هند به چین ممنوع بود ولی چینی ها خود مبادرت به کشت خشخاش در داخل کشورشان کردند.

با وجود ممنوعیت های فرمانروایان چین، در اوایل جنگ جهانی اول باز هم بیش از هفتاد میلیون کیلو تریاک وارد چین شد.

گویا در سال ۱۹۳۷ م. حدود ۴ میلیون نفر چینی به تریاک معتاد بوده اند که نامشان ثبت شده بود و در سال ۱۹۳۸ م (مائو) رهبر حزب کمونیست چین می شود.

در دهه های ۱۹۴۰ تا ۱۹۸۰ م مبارزه شدید علیه اعتیاد و درمانهای اساسی و گسترده برای معالجه اعتیاد در چین جریان داشته و این کشور تجربیات با ارزشی در این زمینه دارد.

هم اکنون در ناحیه یونتان در جنوب غربی چین که در مجاورت برمه، لائوس و تایلند (مثلث طلایی) قرار دارد، کشت خشخاش برای استفاده دارویی مجاز است و همین امر موجب بقای اعتیاد در این ناحیه شده و ضمناً گزارش شده تریاک از این منطقه تا حدودی به صورت غیر قانونی از بنادر چین به هنگ کنگ و غیره قاچاق می شود.

### تاریخچه تریاک در ایران



در ایران کشت تریاک در دوره سلسله صفویه برای مصرف داخلی که در ایران گسترش سرسام آوری داشته، تا حدی که بعضی از پادشاهان این سلسله هم معتاد بودند، ولی با دقت در اشعار شعرا پیش از این تاریخ گویا ایرانیان پیش از این دوره هم تریاک خواری داشته اند. تاورنیه و شاردن که در زمان صفویه از ایران دیدن کرده اند، می نویسند: (خوردن تریاک و کوکنار در ایران رایج است).

فریر (Freyer) طبیب و جراح کمپانی انگلیسی هند شرقی که در سال

۱۰۸۷ ه. ق از ایران دیدن کرده، در سفر نامه خود می نویسد: "ایرانیها هر وقت بخواهند کیفور شوند، تریاک مصرف می کنند" و اضافه می نماید: "که معتادین می توانند مقدار زیادی از این ماده مصرف کنند بدون آنکه ناراحتی پیدا نمایند و آنها حالتی شبیه به مستی پیدا می کنند و در بین آنان ضرب المثلی وجود دارد که می گویند: در کرمان از هر سه نفر چهار نفرشان تریاکی هستند".

استعمار انگلیس پس از به زانو در آوردن هند، بر آن شد که میان لندن و هندوستان خط ارتباطی تلگراف برقرار کند و برای این هدف می بایست از ایران بهره می گرفت. بنابراین، موضوع را به ناصر الدین شاه گوشزد کرد و آن را عملی ساخت و از این رو سیم بانان و کارگران هندی خط ارتباطی، از بزرگترین عوامل گسترش و آموزش تریاک کشی در ایران گردیدند و خراسان دروازه تریاک کشی شد، به طوری که از سال ۱۲۳۰ ه. ش پیشقراولان قاچاقچیان این ماده مخدر در لباس درویش هندی در خراسان و کرمان پراکنده شدند و به تریاک کشی پرداختند.

این سوداگران انگلیسی بودند که از یکسو به طور غیر مستقیم سعی در تشویق کشت و تولید بیشتر تریاک نموده و از سوی دیگر تریاک کشی را در سطح گسترده ای در سراسر ایران گسترش دادند تا بتوانند سلطه خود را در کشور های تحت استعمار بیشتر کنند.

بنابراین همراه با رشد استعمار در جوامع در حال توسعه، کشت خشخاش و اعتیاد به تریاک نیز در روستاهای ایران متداول گشت و خرید و فروش آن معمول گردید و از آنجا که انگلیسی ها تریاک ایران را به قیمت خوبی می خریدند، کشاورزان دست از کاشت گندم و دیگر محصولات کشاورزی کشیدند و قسمت زیادی از کشتزارهای گندم را به کشت خشخاش اختصاص دادند، به طوری که تریاک به صورت یکی از مهم ترین کالاهای صادراتی ایران در آمد.

ماژوری نومی مورخ انگلیسی در این مورد در کتاب (شرق میانه) می نویسد: " از ۲۶ ولایت ایران در ۱۸ ولایت آن تریاک کاشته می شود و.....".

از طرفی برای کشت خشخاش کشاورزان و کارگران هنگام گرفتن شیرخاش از آن می خوردند و به آن عادت می کردند. سرانجام در ۱۳۳۹ ه. ش رژیم وقت به منظور کنترل تریاک و در واقع حفظ منابع مادی خود قرارداد "انحصار تریاک" را به تصویب می رساند. هر چند این قانون ظاهراً در جهت کاهش میزان مصرف این ماده و مبارزه با آن وضع گردیده بودن

ولی عملاً مردم را به تریاک کشی دعوت و تشویق می نمود، زیرا در بخشی از این قرارداد مقرر گردیده بود که دولت موظف است سوخته تریاک را پس از مصرف، جمع آوری کند و در ازای هر مثقال سوخته تریاک مبلغی هم به عنوان حق الزحمه به تحویل دهنده پرداخت نماید. بدین گونه ملاحظه می گردد که چگونه استعمار خارجی و ایادی داخلی آن در تاریخ و پود این ملت رخنه می کنند و مردم را به اسارت مواد مخدر در می آورند.

در سالهای جنگ جهانی دوم و پی از آن قاچاق مواد افیونی و اعتیاد به آن رواج بیشتری پیدا می کند، تا آنکه در سال ۱۳۳۴ ه. ش قانون منع کشت خشخاش و جلوگیری از مصرف غیر طبی تریاک از تصویب مجلس گذشت و در سال ۱۳۴۸ دولت وقت، قانون منع کشت خشخاش را لغو کرده و قانون کشت محدود خشخاش و سهمیه کوپن تریاک را جایگزین آن نمود.

آنچه قابل ذکر می باشد این است که در سال ۱۳۱۱ ه. ش. (زمان پادشاهی رضا شاه) هشت شیره کش خانه به طور رسمی در محله باغ فردوس کنونی دایر بود که نام آنها را دارالعالج یا شفا خانه گذاشته بودند. خلاصه آنکه استعمال تریاک در دوران قاجاریه به بعد گسترش یافت و علاوه بر تریاک، مصرف هرویین نیز معمول شد که این ماده را در حدود سال ۱۹۶۰ م. (۱۳۳۹ ه. ش) یک دارو ساز ایرانی از آلمان به ایران آورد.

### انواع تریاک

۱- تریاک خام، که عبارت از شیره خودبخود غلیظ شده گرزهای خشخاش است که بدون توجه به میزان آن، جز برای بسته بندی و ارسال، دستکاری دیگری در آن نشده باشد. (تصویر ۱)

۲- تریاک عمل شده (پرورده)، طبق تعریف لاهه، تریاک پرورده محصولی است که از تریاک خام با یک رشته عملیات مخصوص حل کردن، جوشاندن، بودادن و تخمیر بمنظور تبدیل آن به عصاره برای استعمال غیر طبی تهیه می شود. (تصویر ۲)

۳- تریاک پزشکی، تریاکی که مقدار آن (دوز) مشخص بوده و برای مصارف درمانی و پزشکی کاربرد دارد. و در صنایع داروسازی هر کشوری آن را بصورت گرد یا دانه های ریز درآورده و یا با مواد بی اثر مخلوط کرده و مورد مصرف قرار می دهند.

### مشتقات تریاک

در تریاک حدود ۲۵ نوع آکالوئید وجود دارند که ۶ نوع آن بیشتر از بقیه در تریاک یافت می شوند که عبارتند از : مورفین (۳ تا ۲۳ درصد)، کدئین (۵/۰ درصد)، پاپاورین (۱/۰ درصد)، نارسئین (۱/۰ درصد)، نارکوتین (۷ درصد)، تیائین (۳/۰ درصد). هرچه مقدار مورفین موجود در تریاکی بیشتر باشد می گویند آن تریاک دارای مرغوبیت بیشتری است. مقدار مورفین در تریاکهای بازرگانی ۶ تا ۱۴ درصد می باشد.

### نحوه مصرف تریاک

تریاک به صورت خوردن، کشیدن یا تزریقی مورد مصرف قرار می گیرد. تریاک از نظر طبقه بندی فارماکولوژی، تضعیف کننده فعالیتهای سلسله اعصاب مرکزی است.

### علائم مصرف تریاک

مهمترین علائم مصرف تریاک و مشتقات آن عبارتند از : ۱- خواب آلودگی با حضور ذهن، ۲- تسکین درد، ۳- انبساط خاطر و آرامش، ۴- احساس گنگ و مبهم به زمان و مکان، ۵- بخواب رفتن با آرامش و تخیلات مطبوع، ۶- سستی اراده و ضعف حرکات فعاله و ۷- کاهش امیال جنسی.



اثرات دلپذیر و آرامش بخش مواد مخدر بسته به مصرف دارو و تحمل شخص بمدت چهار تا شش ساعت ادامه می یابد و پس از آن مرحله خماری فرا می رسد که بصورت خمیازه و آبریزش از بینی، بیقراری، بی اشتهائی، افسردگی، تهوع و استفراغ می باشد.

بعد از کشیدن به اصطلاح چند "بست" تریاک، توجه فرد بر روی خودش متمرکز شده و گرایش شدیدی به آرامش پیدا می کند. درحقیقت اعصابش آرام و اراده اش سست شده و در تفکر و خیال فرو می رود و از معاشرت با دیگران تا حدودی پرهیز می کند و از وزن و زمان و فضا آزاد می شود. و دگرگونی در جهت یابی زمانی- فضائی در وی ایجاد می شود. مصرف تریاک سبب می شود تا گذشته و آینده فرد با هم مخلوط شده و مجموعه "حال" را برایش ایجاد نماید و از زمان آزاد گردد.

شخص معتاد به تریاک در خیال واهی خود پس از استعمال تریاک احساس می کند که دارای روشن بینی زیاد و قدرت فهم و قضاوت هوشیارانه و بینش و ادراک اصیل از دنیای اطرافش می باشد و از این که بدون هیچ سعی و کوششی دارای این حالت در تفکر و تصور گردیده ابتدا تعجب می کند. ولی رفته رفته در حالت کیف فرورفته و احساس خوشی و خوشیختی به وی دست می دهد و در نتیجه نسبت به محیط اطراف خود بیگانه و بی تفاوت می گردد.

با توجه به مطالب ذکرشده، فرد معتاد به تریاک به سهولت می تواند، ساعات شبانه روز را با بی خوابی و رویاهای رضایتبخش ادامه دهد. و بتدریج در وی وابستگی و بندگی ایجاد شود و در فواصل بست یا پپ ها این فرد انرژی خود را از دست داده و اندوهگین و بی حوصله می شود و حالت یکنواختی در صدا



و کندي در حرکاتش نمایان می شود.

لاغری و ضعف عمومی در معتادان به تریاک رفته رفته شدیدتر می شود و ضایعات فیزیکی و روانی و اجتماعی فرد بتدریج زیاده تر شده و موجب زوال و نابودی فرد می شود. یعنی با گذشت زمان تحمل فرد به مقدار مصرف تریاک بیشتر می شود و فواصل آن نیز کمتر شده و گروهی نیز در پایان به هروئین روی می آورند. از نظر اجتماعی، اگرچه معتادان سنتی به تریاک در هر نقطه کشور همچنان به فعالیت خود اجباراً ادامه می دهند ولی از هم پاشیدگی خانواده در اغلب موارد نتیجه اولیه این نوع اعتیاد محسوب می شود. مصرف مزمن داروهای مخدر توسط مادر در حین حاملگی که شامل تریاک و مشتقات آن و آمفتامین ها و باریتوراتها می باشند برای جنین مضر است و سبب دیسترس داخل رحمی و کم وزنی نوزاد و گاهاً مرگ جنین و نوزاد می شود و در مواردی که مادر حامله معتاد تمایل و سعی در ترک اعتیاد را دارد بایستی سقط زودرس را انجام داد.

### مصرف بیش از اندازه (Overdose)

مصرف بیش از حد، موجب اختلالات سیستم تنفسی گردیده و تنفس به کندي و آهستگی صورت می گیرد و در نهایت احتمالاً متوقف شده و به مرگ منجر می شود. استفاده تریاک همراه با الکل می تواند، بسیار خطرناک باشد.

### درمان و ترک تریاک

اکثریت معتادان به مواد مخدر بویژه تریاک، تمایل به ترک اعتیاد به صورت تدریجی و در منزل و بویژه زیر نظر پزشک را دارند. بدین منظور یک روش ساده و مفید در زیر عنوان می گردد که بسیاری از معتادان قادر به ترک آن بوده و تعداد زیادی از معتادان نیز از طریق درمان سرپائی و درمانگاهی با همین روش اعتیاد را ترک کرده اند و خوشبختانه هیچ خطری نیز دربر نداشته است. در این روش ابتدا بایستی فرد معتاد به تریاک، در طی ۱۵ روز و هر روز مقدار کمی از میزان تریاک مصرفی روزانه اش را کم کند و پس از ۱۵ روز به یک حد می نیمم برسد، سپس با تجویز ۴ داروی زیر که بیشتر جهت درمان علائم و نشانه های ترک اعتیاد بکار می رود و نوعی جایگزینی خفیف نیز می باشند می توان در مدت ۱۰ روز، وی را

از اعتیاد نجات داد (درمجموع ۲۵ روز). داروهای مصرفی عبارتند از: ۱- استامینوفن کدئین که در روز اول به میزان ۳-۶ عدد و برای ۲ بار در روز مصرف گردد که علاوه بر جایگزین شدن مقادیری از کدئین بجای تریاک مصرفی، می‌تواند علائم درد بدن و ناراحتی و سردرد ناشی از ترک اعتیاد را بطور چشمگیر کاهش دهد و سپس از روز دوم تا ۱۰ روز می‌تواند روزانه حدود ۲ عدد از استامینوفن کدئین‌دار را مصرف نماید.

۲- مپروپامات و یا داروهای خانواده باریتوریکها : که جهت تکانه‌های عضلانی و مسائل روحی و عصبی و عضلانی می‌توانند مفید واقع گردند که در روز اول روزانه ۳ عدد و روزهای دوم و سوم روزانه ۲ عدد و سپس تا روز دهم روزانه ۱ عدد.

۳- قرص دیفنوکسیلات که بدلیل اسهال و اختلالات گوارشی حاصله از ترک اعتیاد بصورت روزانه ۳-۱ عدد و برحسب نیاز به مدت ۱۰ روز تجویز گردد.

۴- قرص دیازپام دو عدد روزانه بصورت ۱ عدد دیازپام ۵ میلی‌گرمی در صبح و یکی در شب مصرف گردد.

و برای سایر علائم حاصله از ترک اعتیاد باید داروی مربوط به آنرا تجویز نمود. مثلاً اگر فرد دچار استفراغ و تهوع شد باید از داروهای ضد استفراغ استفاده کرده و یا اگر تغییرات فشارخون و مسائل قلبی پیدا کرد داروهای مربوط به آنها را تجویز نمود. مصرف قرص یا آمپول کلرپرومازین و فنوباریتال در صورت نیاز می‌تواند بسیار مفید باشد. مصرف سایر داروهای ترک اعتیاد و رفع سندرم ترک اعتیاد نیز می‌تواند در هر مقطعی از ترک اعتیاد مورد استفاده قرارگیرد.

افراد معتادی که تمایل به ترک اعتیاد دارند اگر زیر نظر پزشک اقدام به ترک نمایند بسیار موفق‌ترند و جای هیچگونه اضطراب و نگرانی از مسائل ترک اعتیاد باقی نمی‌ماند زیرا پزشک مربوطه برحسب نیاز می‌تواند به تزریق سرم و یا تجویز داروهای مورد نیاز اقدام نماید.

مصرف اغذیه پرانرژی و مایعات ضروری همراه با ورزشهای روزمره و مراقبت خانوادگی و تفریحات سالم و شادی‌بخش از ضروریات و اقدامات واجب در روزهای ترک اعتیاد می‌باشند.



**من در چنگال اعتیاد اسیر شده ام و از شما می‌خواهم که مرا**

**نجات بخشید**

**با آموزش ها و اطلاع رسانی های خود یاریم سازید**

**چشم من به دستان شماست**

# مورفین



در سال ۱۸۰۴ م. اولین کالوئید تریاک - که شناخته شد - مورفین (morphine) نامگذاری کردند که از کلمه مورفئوس (Morpheus) خدای رویای یونان باستان مشتق شده بود. از سال ۱۸۵۰ م. که سرنگهای تزریقی زیر جلدی به بازار آمد، استفاده از آن گسترش بیشتری پیدا کرد. مورفین از تریاک استخراج میشود و یا مستقیماً از ساقه خشخاش بدست می آید و به صورت پودری کریستالی به رنگ قهوه ای روشن و یا سفید می باشد.

مورفین به اشکال قرص، کپسول، پودر یا محلول عرضه می شود و از طریق خوراکی، کشیدن از راه مجاری تنفسی و تزریق زیر پوستی و داخل سیاهرگی مورد استفاده قرار می گیرد. شروع مصرف « مورفین » را متخصصان به « ماه عسل » تغییر می کنند. زیرا « مورفین » تمام احساسها را تغییر می دهد، و به تجربه های ادراکی، خلقی و حسی و اساساً ارتباطات شخص با دنیای خارج، ظاهر دلنشینی می بخشد. این لذت در ابتدا در مورد احساسات داخلی نامشخص، بسیار شدید است.

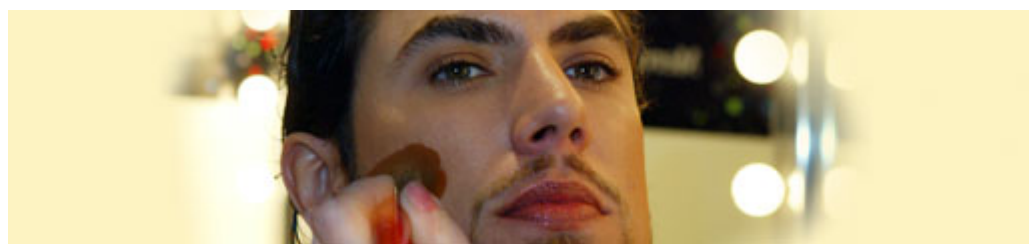
کارکرد ذهنی در سطوح بالا مانند قدرت استدلال نه تنها دچار اشکال نمی گردد، بلکه عملکرد آن با شور و هیجان زیاد توأم است. البته پس از مدتی مصرف، عادت پدیدار می گردد و شخص به ناچار مقدار مصرفی خود را افزایش می دهد. اضطراب که خود جزئی از درد و رنج وابسته به کمبود احتمالی در اعتیاد است، سبب می شود که شخص علاوه بر افزایش مقدار مصرفی خود، فواصل مصرف را کاهش داده و به این شکل از بروز علائم کمبود و اضطراب احتمالی جلوگیری نماید. البته افرادی هستند که مصرف روزانه خود را بدون افزایش قابل ملاحظه ادامه می دهند، و



زندگی خود را براساس ریتم سرنگ ها قرار داده و به کار و زندگی معمولی خود مشغول می باشند. اما افراد دیگر قادر به تداوم کار و فعالیت نبوده و دائماً در پی بالا بردن مقدار مصرفی و پر کردن سرنگ های بعدی هستند.

اختلاف مورد اشاره مربوط به سازمان روانی - شخصیتی فرد و قدرت او در کنترل تمایلات و ارضا آن است. اما در اکثر موارد، اعتیاد به مشتقات « تریاک » به طور عام و به « مورفین » به طور خاص، موجب زوال سریع فیزیکی، روانی و اجتماعی می گردد، و افرادی که قدرت ذهنی خود را حفظ کرده اند، رنج فراوان می کشند. زیرا دیگر از ماه عسل خبری نیست، بلکه فقط لحظات پر اضطراب و سختی وجود دارد که شخص به پرکردن سرنگ فردای خود می اندیشد.

مورفین به صورت امروزی برای از بین بردن درد از قرن ۱۹ م. سابقه دارد و از حیث طبقه بندی فارماکولوژی، تضعیف کننده سیستم مرکزی اعصاب می باشد.



**تا کی می شود اعتیاد خود را در پشت این رنگ ها مخفی کنم!؟**

**آخر چه خواهد شد؟**

# هروئین



هروئین که نام شیمیایی آن "دی استیل - مورفین" است و در سال ۱۹۰۰ به عنوان وسیله‌ای برای درمان مؤثر اعتیاد به مورفین ارائه شد. اما افسوس که این امید واهی خیلی زود به یأس مبدل گشت. زیرا متوجه شدند، گرچه هروئین خواب‌آوری کمتری دارد، اما قدرت مسموم‌کنندگی آن پنج برابر مورفین است.

هروئین با عمل تقطیر از مورفین استخراج می‌شود. هروئین پودر کریستالی سفید رنگی است که در سال ۱۸۷۴ توسط دانشمند

انگلیسی در بیمارستان سنت مری کشف شد. دانشمند قوی این ماده را تتراستیل مورفین خواند تا اینکه در حدود سال ۱۸۹۰ دانشمند آلمانی بنام درسر و چند دانشمند دیگر مطالعات بیشتری روی آن انجام دادند و دریافتند که این مشتق دی استیل است و آن را برای معالجه اشخاص مبتلا به سل و سایر بیماری‌های جهاز تنفسی و همچنین برای ترک اعتیاد به مورفین پیشنهاد و عمل کردند.

کارخانه بایر آلمان دست به تهیه تجارتي آن زد و به آن نام هروئین داد شاید بایر کلمه هروئین را از کلمه که در زبان آلمانی به معنی عامل بسیار قوی و بسیار موثر که مقدار کم آن اثر زیاد دارد، اقتباس کرده است. از طرفی شاید چون مصرف هروئین می‌تواند اثر اعتیاد مورفین را از بین ببرد (چون یک مخدر قوی‌تر می‌تواند اثرات فیزیولوژیکی داروی مخدر قبلی را از بین ببرد و خود جانشین آن بشود) در ضمن چون پس از مصرف هروئین البته فقط در شروع و اوایل مصرف آن اعمال روانی و جسمانی به شدت تقویت می‌شود و شخص می‌تواند کار چند روزه را در یک روز تمام کند به این ماده نام هروئین مشتق از کلمه به معنی قهرمان دادند.

هروئین اعتیاد شدید فیزیکی را در کمتر از ۲۱ روز در ۹۷ درصد اشخاصی که آن را مورد مصرف قرار داده بودند، به وجود آورد. هروئین ماده مخدری قوی است، که آخرین پله نردبان اعتیاد را در مصرف مواد مخدر به خود اختصاص داده است و شخص را به سفری می‌برد که کمتر کسی از آن به سلامت بازگشته است!

فردی که پس از سیر در مصرف انواع مواد مخدر به هروئین روی می‌آورد، ابتدا آن را استنشاق می‌کند، اما کمی بعد جهت تأثیر فوری و افزایش دادن اثر آن، به سرنگ روی می‌آورد و در رگ تزریق می‌کند.

هروئین تزریق شده احساس لذت عمومی و سریع و شدید را تولید می‌کند. متخصصان این حالت را شبیه اوج در جماع توصیف نموده ولی در اصطلاح، معتادان آنرا فلش (Flash) یعنی چیزی شدید و آنی همانند نور فلش دوربین عکاسی می‌نامند.

فلش عکس‌العملی است ناگهانی، زنده و عمیق که ارگانسیم نسبت به ورود ماده نشان می‌دهد. این حالت که حداکثر در حدود ۱۰ ثانیه طول می‌کشد برای معتاد همیشه عالی است. هروئین که قدرت خواب‌آوری کمتری دارد، تولید برانگیختگی‌های شدید و خشن می‌کند، لیکن سهولت تفکر و تصور تریاک را تولید نمی‌نماید، شاید به همین علت است که مصرف این ماده بیشتر در بین مردها متداول است. بررسی‌های آماری نشان می‌دهد که در برابر هر ۵ مرد معتاد فقط یک زن معتاد وجود دارد.

هروئین از مورفین مستبدتر است و کمبود آن زودتر احساس می‌شود. به طوریکه معتاد را مجبور می‌سازد در فواصل زمانی مشخص (۳ تا ۵ ساعت برای هروئین و ۸ تا ۱۲ ساعت برای تریاک) از این ماده استفاده کند، تا اضطراب غیرقابل تحمل ناشی از کمبود را از بین ببرد.

مضافاً اینکه پس از مدتی، مصرف هروئین به جز رفع احتیاج، اثر دیگری ندارد و مکانیسم وابستگی، ریتم تزریق و مقدار مصرف را رفته رفته افزایش می‌دهد و زوال و نابودی فرد را سرعت می‌بخشد.

اعتیاد به هروئین بندگی مطلق است و معتاد فقط برای هروئین و توسط آن زنده است. شخص معتاد به علت آگاهی از اعتیاد خود رنج فراوان می‌برد، اما ظاهراً کاری از دستش بر نمی‌آید.

باید دانست هروئین برخلاف الکل که بعضی از رفتارهای سرکوب شده را آزاد می‌سازد، تعدادی از رفتارهای پایه، مانند رفتارهای جنسی، خشونت‌ها و تهاجمی و حتی رفتارهای رفع گرسنگی را سرکوب کرده و از قدرت اصلی آن می‌کاهد. ایجاد حالت کرختی در معتاد باعث می‌گردد که فشار مختلف و دردهای جسمانی خصوصاً دلواپسی و اضطراب وی بهبود یابد.

وابستگی فیزیکی بسیار شدید است، معتاد می‌بایست حداقل هر ۸ تا ۱۲ ساعت یکبار از این ماده مصرف کند تا از بروز علائم کمبود جلوگیری نماید.

تجربیات حاصله نشان می‌دهد که مصرف روزانه ۶۰ میلی‌گرم هروئین می‌تواند در مدت دو هفته فرد را کاملاً معتاد سازد. زیرا در این مدت ارگان‌های بدن خود را با ماده مخدر وفق داده و با آن سازگار می‌گردد، و وقتی شخص از نظر فیزیکی کاملاً معتاد شد، کمبود مصرف یا عدم دستیابی باعث بروز علائمی می‌شود. تقریباً ۱۲ ساعت بعد از آخرین مصرف، معتاد خود را بدحال حس می‌کند، احساس ضعفی به او دست داده و خمیازه می‌کشد، می‌لرزد و عرق می‌کند، از بینی و چشم‌هایش ترشحات زیادی خارج می‌شود. این علائم توأم با حالت آشفتگی به مدت چند ساعت ادامه یافته و پس از آن معتاد به خوبی ناآرام فرو می‌رود. در موقع بیداری یعنی ۱۸ تا ۲۴ ساعت بعد از آخرین تزریق فرد معتاد وارد عمق جهنم زندگی می‌شود. خمیازه‌ها آنچنان شدید می‌گردد که می‌توانند فک‌هایش را از هم جدا سازند. ترشحات بینی همچنان ادامه می‌یابد، موهای بدن سیخ می‌شود و انقباضات شدیدی در معده و روده‌ها پدید می‌آید، که باعث ایجاد اسهال و استفراغ شدید می‌شود.

حدود ۳۶ ساعت بعد از آخرین تزریق، معتاد خود را با پتوهای متعدد می‌پوشاند. زیرا بدنش به شدت می‌لرزد و پاهایش بی‌اختیاد دچار لرزش‌های شدیدی می‌گردد. به طوری که قادر به خوابیدن نیست، بلند می‌شود، راه می‌رود، روی زمین دراز می‌کشد و فریاد می‌زند.

ریزش ترشحات از بینی همچنان ادامه می‌یابد و سرعت و میزان آن باور نکردنی است، زیرا فقط تعریق او باعث خیس شدن دائم لباسها و رختخوابش می‌شود.

در این مرحله ضعف جسمانی به حدی است که فرد قادر به بلند کردن سر از روی بالش نمی‌باشد و گاهی

متخصصان از بیم جان بیمار به هراس می‌افتند و مقداری هروئین به وی تزریق می‌کنند. تزریق مقدار کمی هروئین تقریباً تمام علائم را به سرعت از بین می‌برد.

هاریس ایزیل در این مورد می‌نویسد "منظره شگفت‌انگیزی است، زیرا شخصی که به شدت مریض است، نیم ساعت پس از تزریق به صورت آدمی سالم، خنده رو، خوشحال و مرتب در می‌آید."

البته اگر تزریق انجام نگیرد تمام علائم فوق پس از ۶ تا ۷ روز از بین می‌رود، زیرا بدن پس از این مدت دوباره قابلیت عدم نیاز به هروئین را باز می‌یابد.



## نگذارید من و من های دیگر به این دام بیافتیم



# الکل



الکل ، توتون و قهوه = (Neglected Invisible Drugs)

داروهای نامرئی یا فراموش شده- که اصطلاحاً در مورد الکل، توتون و قهوه به کار برده می شود - در واقع به سه گروه از موادی اطلاق می گردد که به طور گسترده ای مورد مصرف عموم قرار می گیرند، ولی اکثریت قریب به اتفاق مصرف کنندگان تشخیص نمی دهند و یا غفلت می کنند که این مواد جزو داروها و مواد اعتیاد آور هستند. این مواد شامل موارد زیر می باشند:

الف- الکل اتانول یا الکل اتیلیک (Ethylic Alcohol)

ب- توتون و دخانیات (نیکوتین)

ج- قهوه (کافئین) (Coffee-Caffeine)

الکل خالص، مایعی شفاف است و معمولاً دارای ۹۶ تا ۹۷ درجه الکل خالص است. به این معنی که در ۱۰۰ حجم آن، ۹۷ حجم الکل و ۳ حجم آب و دیگر ناخالصی ها وجود دارد. الکل اتانول از دیر زمانی شناخته شده و در طبیعت تقریباً در همه جا یافت می شود. در بسیاری از انواع تخمیرها همیشه مقداری از این الکل به وجود می آید و مقدار کمی از آن نیز در آبهای طبیعی و معدنی یافت می شود. برای تهیه الکل از شیوه های تخمیر مواد نشاسته ای و قندی ، یا از شیوه های سنتز و مصنوعی استفاده می کنند.

از نظر طبقه بندی فارماکولوژی، تضعیف کننده سیستم مرکزی اعصاب است که جزو آرام بخشها و سستی زاها طبقه بندی می شود. در پزشکی مصارف زیادی دارد ولی به علت سوء استفاده در مصرف آن، مشکلاتی را در جامعه بشری ایجاد می کند.

از جمله اثرات الکل افزایش خواب و گشاد شدن عروق است و به عنوان منبع انرژی را استفاده می شود. در دردهای بسیار شدید مانند دردهای سرطانی یا تخفیف اسپاسم های شدید عضلانی موثر است. هم چنین به صورت بخار در ماسکهای اکسیژن برای افرادی که دچار برخی ناراحتی های آسم، ریوی و اختلالات تنفسی هستند، استفاده می شود. همراه با مرفین در اعمال جراحی قلب باز و نیز در ضد عفونی و پانسمان جراحات مختلف پوست به کار می رود. از نامهای خیابانی الکل می توان Booze (مشروب خواری ، میگساری)، Sauce (سوس، ترشی) و Juice (عصاره، شربت) را ذکر کرد.

اثر اصلی و عمده کوتاه مدت الکل بر سیستم اعصاب مرکزی است و به عنوان خواب آور یا بی حس کننده عمل می کند. علاوه بر آن، اثراتی در هوشیاری فرد و اعمال و وظایف دستگاه مغز و اعصاب دارد. به طور کلی اثر الکل بستگی به میزان نوشیدن، اندازه، وزن بدن وضعیت سلامت جسمی و روحی فرد مصرف کننده، تجربیات فرد از جمله درجه تحمل و وابستگی، خلق و خوی و درجه خلوص نوشیدنی محتوی الکل دارد.

مصرف نوشابه های الکلی در ابتدا موجب نوعی آرامش و رها شدن از قیودات و سرخوشی زیاد می گردد، ولی پس از مدتی اثرات واقعی آن از جمله ناهماهنگی در حرکات عضلات (آناکسی)، اختلال در قضاوت، آسیب اعمال حرکتی و مهارتی، کندی واکنش و فعالیت دماغی و فکری تشدید حالت تهاجمی و پرخاشگری، تلوتلو خوردن، درهم و برهم حرف زدن، سوزش قلب، پرحرفی، دوتا دیدن اشیا و افراد، گیج، گر گرفتگی ، کرختی و بی حسی اعضای بدن و افزایش ادرار می باشد.

مصرف الکل حتی مصرف کم آن به خصوص اگر همراه با دیگر مواد اعتیاد آور باشد به مهارت رانندگی صدمه و آسیب می رساند. پس از ۸ تا ۱۲ ساعت که از مصرف زیاد آن بگذرد، سردرد، تهوع، لرزش و استفراغ ایجاد می شود. مصرف خیلی زیاد آن ممکن است موجب فلج شدن فعالیت های مغزی و دستگاه تنفسی و در نتیجه مرگ می گردد. به طور کلی این اثرات چنانچه همراه با مصرف آرام بخشها و دیگر داروهای تضعیف کننده باشد، تشدید می گردد. مصرف زیاد آن همراه با داروهای ضد افسردگی از جمله بار بیتوریک ها اغلب ممکن است، موجب مرگ فرد گردد. مصرف منظم و



مستمر حداقل ۴ بار نوشابه های الکلی در روز ممکن است در بلند مدت و به تدریج موجب آسیب کبد، مغز، قلب، و دیگر اعضای بدن گردد. مصرف مداوم نوشابه های الکلی موجب سایروز کبدی، پانکریت و اختلالات کیسه صفرا، ناراحتی های گوارشی، زخم معده و اثنی عشر، گاستریت و برخی از سرطانها در دستگاه هاضمه می گردد. نقشهای دستگاه عصبی از جمله نارسایی های اعمال هوشی، حرکتی و بی ثباتی هیجانی، کاهش ادراک حسی و سرانجام از دست دادن حافظه و فراموشی، تیرگی بینایی در بیشتر افراد معتاد به الکل دیده می شود. شایع ترین اختلال سیستم عصبی در الکلیسم مزمن، آسیب قرنیه و اعصاب چشم است. آسیب به مغز و ضایعات نسوج مغز، ناراحتی های قلبی از جمله آریتمی و تاکیکاردی از عوارض سوء مصرف است. الکل، رگهای کرونری قلب را کاهش می دهد. این ماده در مردان موجب ضعف قوای جنسی می گردد و قدرت باروری آنان را کاهش می دهد. مصرف مزمن و زیاد مشروبات الکلی موجب اضطراب، عصبانیت و تند خویی، تحریک پذیری دلیریوم، ترمنس و دپرسیون سیستم اعصاب مرکزی می گرد. از هم پاشیدگی زندگی خانوادگی، شغل و اجتماعی به طور کلی اعمال ضد اجتماعی و زوال ابعاد شخصیتی در نتیجه ادامه مصرف مشروبات الکلی پدیدار می گردد.

الکل اتانول یکی از داروهای اعتیاد آور محسوب می شود که به عنوان ماده آرام بخش برای خواص نشاط آور آن مصرف می شود. افزایش مقدار مصرفی آن به منظور ایجاد اثر مطلوب، ممکن است موجب ایجاد تحمل و وابستگی فیزیکی گردد. مصرف کنندگان مزمن یا افراد معتاد به آن ممکن است به مقدار ثابت مشروب بنوشند بدون اینکه مست شوند، در این صورت احتمال دارد که یک نوع وابستگی جسمی و روانی در آنان به الکل به وجود آید که قطع مصرف آن، نشانه های ترک را به صورت تحریک پذیری زیاد، تشنج، دلیریوم ترمنس، حالات بی قراری یا عصبانیت، بی خوابی، بد اشتهاپی، عرق کردن و استفراغ ظاهر می سازد.

الکل به عنوان داروی اعتیاد آور، قدرت ایجاد وابستگی جسمی و روانی را دارد.

### الکل و بارداری:

استفاده از مشروبات الکلی در دوران بارداری موجب ایجاد ناراحتی های جدی و غیر طبیعی شدن نوزاد می گردد. زنان بارداری که در دوران بارداری به حد زیاد مشروب می نوشند، ممکن است کودکان غیر طبیعی با نقیصه های ذهنی یا جسمی به دنیا آورند. در یک آزمایشگاه - که در اثرات الکل بر روی جنین مادران الکلی آزمایش انجام شد- مشخص گردید که: نوشیدن زیاد و سپس قطع مصرف الکل در دوران بارداری، اثراتی را بر جنین می گذارد. در ۳۲۲ نوزادی که غیر طبیعی بودند، ۳۲ درصد آنان متعلق به مادران مشروب خوار در حد افراط بودند و ۱۴ درصد آنان متعلق به مادران مشروب خوار در حد متعادل و ۹ درصد آنان متعلق به مادرانی که ترک کرده و در حال محرومیت به سر می برند. ۲۰ نفر از ۱۶۲ نوزادی که پس از تولد دچار سندرم قطع الکل بودند، متعلق به مادرانی بودند که در دوران بارداری شان روزانه ۳۰۰ میلی لیتر یا بیشتر مشروبات الکلی می نوشیده اند.



**دیگر مصرف نخواهم کرد چون مایل نیستم که عمرم را هدر دهم**

**بی خیالی دردی را از من دوا نمی کند باید به مقابله با**

**مشکلاتم برخیزم نه اینکه از آن ها فرار کنم**

# توتون



توتون، برگهای خشک شده گیاه تنباکو است که می تواند به صورت کشیدنی (دود کردن) و احیاناً جویدنی در اشکال مختلف سیگار، سیگار برگ، توتون پیپ، قلیان و ... مورد استعمال قرار گیرد. از ترکیبات خطرناک سیگار نیکوتین، تار و مونو اکسید کربن است. تنباکو (توتون) در میان قبایل آمریکای شمالی و مرکزی در قرن ۱۶ م. کشف گردید. این گیاه مصرف پزشکی ندارد و از نظر طبقه بندی فارماکولوژی موجب تحریک یا تضعیف سیستم مرکزی اعصاب می گردد. نامهای خیابانی : Sticks، Cancer (سرطان) ، Nails (ناخن)، Coffin، Weeds (سیگار، تنباکو).

## اثرات کوتاه مدت:

تار و دود سیگار موجب تحریک زیاد نسوج و همچنین ترشحات نایچه ها و بزاق دهان می گردد. تار موجود در سیگار در ریه ها جمع می گردد و موجب ناراحتی های دستگاه تنفسی از جمله برونشیت مزمن، تنگی نفس و آمفیزم ریوی می شود. دیگر از عوارض جسمی مصرف سیگار، افزایش فشار خون و ضریان قلب، گشاد شدن مردمک چشم، کاهش اشتها، اسهال، استفراغ و گیجی است. مسمومیت ناشی از نیکوتین در فرد ایجاد لرزش، استفراغ، اختلالات تنفسی و اغلب فلج شدن دستگاه تنفسی و تشنج شدید می نماید. مونواکسید کربن موجود در سیگار علاوه بر آسیب رساندن به فرد سیگاری به اطرافیان وی نیز همان آسیب را می رساند.

یک نخ سیگار کمتر از یک میلی گرم نیکوتین وارد خون می کند. چنانچه ۲ یا ۳ قطره از نیکوتین خورده شود، موجب مرگ آنی می گردد و این، سمیت زیاد این ماده را می رساند. وقتی که سیگار خورده شود، نیکوتین به آهستگی در معده جذب می گردد و از این رو است که اغلب می توان کودکان خردسالی را که اشتهاها سیگاری خورده اند، از مرگ نجات داد.

## اثرات دراز مدت:

تار موجود در سیگار ایجاد سرطان می کند که رایج ترین نوع آن سرطان دستگاههای هاضمه، ریه، دهان، گلو و حنجره است. علاوه بر آن عوارض جسمی دیگری از جمله اختلالات و بیماریهای تنفسی، بسته شدن عروق و زخم معده بسیار رایج است. سیگار کشیدن موجب تنگ شدن عروق می شود، میزان ویتامین C در بدن را کم می کند، ایجاد زخمهای پوستی که به کندی خوب و ترمیم می شوند می نماید، درجه



مصونیت بدن را در برابر بیماریها کاهش می دهد.

تحقیقات نشان می دهد که هر نخ سیگار ۵/۵ دقیقه از عمر انسان را می کاهد. کودکان مادران سیگاری در زمان تولد از وزن کمتری برخوردارند و اغلب در خطر نارس به دنیا آمدن قرار دارند و از نظر ذهنی و رشد و نوع رفتار نیز در مقایسه با کودکان مادران غیر سیگاری در سطح پایین قرار دارند. بیشتر افراد سیگاری از نظر فیزیکی و روانی به مصرف دخانیات وابستگی پیدا می کنند.



# کافئین

کافئین پودر سفید کریستالی شکل با طعم تلخ است که در دانه های قهوه، برگهای چای (تئین)، برگهای کاکائو و دانه های کولا و در نتیجه در شکلات، نوشیدنی های کولا، قهوه و چای وجود دارد. یک فنجان قهوه خوری شامل حدود ۶۶ میلی گرم کافئین و یک فنجان چای ۲۷ میلی گرم، یک قوطی کولا (۲۸۰ میلی لیتری) ۳۵ میلی گرم، یک پاره شکلات ۲۰ میلی گرم و یک فنجان کاکائو یا شکلات داغ حدود ۵۰ میلی گرم کافئین داد. کافئین در برخی از قرصهای خواب

آور به مقدار ۳۰ تا ۶۵ میلی گرم یافت می شود و در قرصهایی - که بدون نسخه به فروش می رسد و به نام قرص های بیداری مصرف می شود- ۱۰۰ تا ۲۰۰ میلی گرم کافئین وجود دارد.

قهوه برای نخستین بار در هزار سال قبل از آفریقا به اروپا برده شده و معرفی گردید و کافئین در ۱۸۲۰ م. از قهوه مجزا شد. کافئین به عنوان جز ترکیبی در بسیاری از داروهای با نسخه و بدون نسخه برای تسکین درد و سرماخوردگی و به عنوان محرک استفاده می شود.

## اثرات کوتاه مدت کافئین

پس از ۵ دقیقه از نوشیدن قهوه به کلیه ساختمان بدن از طریق اعصاب و پس از ۳۰ دقیقه به خون می رسد و در مدت ۴ ساعت در بدن متابولیزه می گردد. اثرات آن بلافاصله پس از نوشیدن یک فنجان ظاهر می شود و تا چند ساعت ادامه دارد. پس از نوشیدن یک یا دو فنجان قهوه اثرات جسمی آن از جمله افزایش متابولیسم، افزایش فشار خون و درجه حرارت ظاهر می گردد. کافئین موجود در قهوه بر کلیه ها اثر گذاشته و موجب افزایش ادرار می شود. هم چنین باعث متابولیزه شدن گلوکزها می گردد و نتیجتاً میزان قند خون افزایش می یابد. کافئین خواب را کم می کند و موجب تحریک ترشحات اسید معده شده و اشتها را کاهش می دهد، لرزش دستها و اختلال در هماهنگی صحیح در حرکت از دیگر عوارض مصرف کافئین است. مصرف مقدار زیاد کافئین می تواند ایجاد سردرد، دلیریوم و عصبیت نماید. مقدار مصرف خطرناک و کشنده آن به صورت خالص و تزریق وریدی ۲-۳ گرم و به صورت خوراکی ۱۰ گرم است. استفاده منظم و مرتب بیش از ۶۰۰ میلی گرم کافئین در روز (تقریباً هشت فنجان قهوه) می تواند موجب بی خواب مزمن، حالات اضطراب، افسردگی و دردهای شکمی گردد. بررسی های در مورد رابطه مصرف قهوه و بیماریهای قلبی و هم چنین سرطان کلیه و مثانه انجام شده که صحت و سقم آن هنوز مشخص نگردیده است. از مصرف زیاد کافئین باید در مدت حاملگی خودداری کرد، زیرا تحقیقات جدید نشان داده است که رابطه احتمالی بین مصرف زیاد کافئین و مشکلات زایمان و نقیصه نوزادان وجود دارد. در یک بررسی مشخص شد، در مادرانی که در مدت بارداری شان قهوه زیاد می نوشند، احتمال سقط جنین و یا به دنیا آوردن نوزاد نارس بسیار است. امروزه پزشکان به مادران باردار توصیه می کنند که سعی کنند در روز بیش از ۲۰۰ میلی گرم کافئین (حدود ۲ تا ۳ فنجان قهوه) به بدنشان نرسد.

## تحمل و وابستگی

تحمل در اثر افزایش مصرف ایجاد می شود. برخی از کسانی که به نوشیدن قهوه معتاد شده اند، به طور اجبار یا اشتیاق به مصرف خود ادامه می دهند و موجب افزایش تحمل در برخی اوقات موجب پیدایش نشانه های ترک می شوند. هنوز در مورد اینکه مصرف چه میزان کافئین موجب تحمل و اعتیاد می شود، مورد بحث و شک است ولی آنچه مسلم است مصرف مرتب و روزانه بیش از ۳۵۰ میلی گرم کافئین (۴ تا ۵ فنجان قهوه در روز) می تواند ایجاد اعتیاد فیزیکی که مشخص ترین نشانه های ترک آن شامل سردرد شدید، تحریک پذیری، خستگی مفرط است. که با نوشیدن قهوه از بین می رود.

# متادون



متادون متعلق به گروهی از مواد به نام شبه افیون‌هاست. شبه افیون‌ها موادی با ساختار شیمیایی و عملکردی شبیه به مورفین هستند (طبیعی و صناعی)، یکی از زیر گروه‌های شبه افیون‌ها خانواده مواد افیونی است که شامل داروهای تسکین دهنده درد عصبی مرکزی طبقه بندی می‌شوند بدین صورت که کارکرد آنها به عنوان کاهش فعالیت این سیستم است. الکل، کانابیس، بنز و دیازپین‌ها (شامل دیازپام، لورازپام و...) موارد دیگری از داروهای مضعف هستند. متادون به صورت صناعی ساخته می‌شود و به عنوان جانشینی برای درمان افراد و ابسته به هروئین و سایر شبه افیون‌ها به کار می‌رود. طول مدت اثر آن بسیار طولانی تر از هروئین است به طوری که مدت اثر یک دوز واحد آن تقریباً ۲۴ ساعت است درحالی‌که دمرورد هروئین ممکن است فقط ۲ ساعت باشد. در یک برنامه درمانی معمولاً متادون به صورت محلولی در آب میوه تجویز می‌گردد.

به طور کلی دو نوع برنامه درمانی با متادون وجود دارد:

- ۱- درمان نگهدارنده یا طولانی مدت که ممکن است ماهها یا سالها به طول انجامد. هدف در این برنامه کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد و بهبود کیفیت زندگی است.
- ۲- برنامه سم زدایی در روش پرهیز مدار (کوتاه مدت) که تقریباً ۱۴-۵ روز طول می‌کشد. هدف از این برنامه کاهش رنج‌های ناشی از قطع مواد افیونی مانند هروئین است.

## فواید درمان با متادون :

بسیاری از مردم براین باورند که مصرف کنندگان مواد افیونی بهتر است که مصرف این مواد را به طور کلی قطع کنند. اگر چه این انتخاب برای بعضی از مصرف کنندگان این مواد مناسب به نظر می‌رسد، اما برای بعضی از آنها احتمال بازگشت زیاد است.

البته، تحقیقات نشان داده اند که برنامه نگهدارنده بامتادون می‌تواند جنبه‌های مختلف بهداشتی زندگی فرد معتاد به هروئین را به دلایل زیر ارتقاء بخشد:

- ۱- هروئین با مواد دیگر مخلوط می‌شود و ناخالصی آن زیاد است.
- ۲- متادون به صورت خوراکی تجویز می‌شود و خطرات ناشی از تزریق هروئین را ندارد. این امر موجب کاهش خطرات ناشی از استفاده مشترک از وسایل آلوده در تزریق می‌گردد و در نتیجه احتمال عفونت‌های منتقل شونده از راه خون همچون هپاتیت B، هپاتیت C (که موجب مشکلات طولانی مدت برای کبد می‌شوند) و HIV کاهش می‌یابد.
- ۳- افرادی که تحت درمان نگهدارنده بامتادون هستند معمولاً به شیوه زندگی متعادل و باثباتی دست می‌یابند که شامل بهبود وضعیت تغذیه و خواب می‌شود.
- ۴- فرد کمتر تحت استرس قرار می‌گیرد به این علت که نگران چگونگی تامین هروئین برای استفاده مکرر در طول شبانه روز نیست.
- ۵- متادون به مدت طولانی در بدن باقی می‌ماند بنابراین روزانه یک بار مصرف می‌شود.
- ۶- میزان جرم جهت تامین هزینه خرید هروئین کاهش می‌یابد.
- ۷- موجب کاهش ارتباط معتادان با سیستم قاچاق و عرضه کنندگان مواد می‌شود.
- ۸- متادون نسبت به مواد غیر قانونی ارزان تر است.
- ۹- در بعضی شرایط می‌توان متادون را قطع نمود (در صورت تشخیص تیم درمانی).

در صورت مصرف متادون در برنامه نگهدارنده باید به موارد زیر توجه نمود:

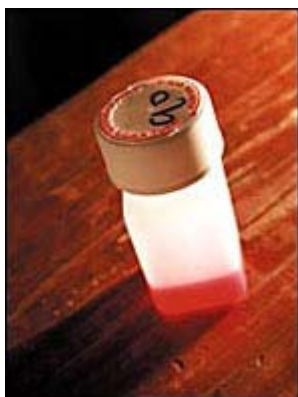
- ۱- توجه شود که مراجعان برنامه نگهدارنده با متادون مشاوره تخصصی دریافت کنند.
- ۲- متادون همانند هروئین قوی است و در صورت مصرف غلط خطرناک است.
- ۳- مادامیکه فرد تحت درمان بامتادون است در واقع به صورت جسمی وابسته به شبه افیون‌هاست.
- ۴- فرد بامصرف یک دوز متادون تجربه نشنگی را ندارد.
- ۵- فرد باید متعهد شود که روزانه (حتی در تعطیلات) برای دریافت متادون مراجعه کند.

### عوارض :

بعضی افراد در برنامه نگهدارنده با متادون علائم ناخواسته ای را در طول درمان تجربه خواهد کرد. ممکن است که علت آن دوزمتادون تجریز شده باشد به صورتی که بسیار کم یا بسیار زیاد باشد که بخصوص در شروع درمان ایجاد می‌شود. بعضی از این علائم ناشی از عوارض خود متادون است.

هنگامی که مقدار تجویز شده بسیار کم باشد علائم شبیه به آنفلوآنزا است و شامل موارد زیر است:

- ۱- آبریزش بینی، عطسه
- ۲- سیخ شدن موها
- ۳- دردهای شکمی
- ۴- درد پشت و مفاصل
- ۵- احساس ضعف جسمی
- ۶- افزایش درجه حرارت بدن و احساس سرما
- ۷- از دست دادن اشتها
- ۸- تعریق
- ۹- لرزش
- ۱۰- تحریک پذیری و پرخاشگری
- ۱۱- اسپاسم ماهیچه ای و پرش عضلانی
- ۱۲- اختلال در خواب
- ۱۳- تهوع و استفراغ
- ۱۴- ولع برای مواد
- ۱۵- خمیازه
- ۱۶- اسهال



فردی که مصرف متادون را یکباره قطع کند ممکن است بسیاری از علائم ذکر شده را تجربه نماید. علائم ترک ( بازگیری) معمولاً یک تا سه روز بعد از آخرین مصرف شروع می‌شود و در حدود روزششم به حداکثر می‌رسد اما مدت طولانی تری به طولانی می‌انجامد.

علائم ناشی از مصرف متادون به مقدار زیاد عبارتند از:

- ۱- خواب آلودگی و چرت زدن ۶- ضعف شدن نبض و کاهش فشار خون
  - ۲- تهوع و استفراغ ۷- طپش قلب
  - ۳- تنفس سطحی ۸- سرگیجه
  - ۴- مردمک نوك سنجاقی ۹- اختلال در عملکرد جنسی
  - ۵- کاهش دمای بدن ۱۰- گردش خون ضعیف
- بعضی افراد ممکن است عوارض را تجربه کنند که ارتباطی با دوز مصرفی متادون ندارد:



۱- تعریق (فرد باید حداقل دو لیتر آب در روز بنوشد تا دچار کمبود آب بدن نشود)

۲- بیوست

۳- درد ماهیچه‌ها و مفاصل

۴- کاهش میل جنسی

۵- جوش‌های پوستی و خارش

۶- تسکین

۷- احتیاس مایع

۸- کاهش اشتها، تهوع و استفراغ

۹- درد شکمی

۱۰- پوسیدگی دندان

۱۱- بی‌نظمی در قاعدگی



این عوارض مدت کوتاهی پس از مصرف متادون فروکش می‌کند.

در افرادی که کارکرد کبدی آنها ضعیف است ( به طور مثال عفونت هپاتیت B، هپاتیت‌ها و نیز استفاده طولانی مدت از الکل ) مقدار متادون تجویز شده نیاز به نظارت دقیقی دارد.

افرادی که به مواد افیونی و ابستگی ندارند در صورت مصرف متادون علائمی را تجربه خواهند کرد که شبیه به علائم ناشی از مصرف مقدار زیاد متادون است (قبلاً ذکر شده است ) .

### مصرف متادون همراه با سایر داروها

مصرف داروهای دیگر همراه متادون، بخصوص اگر آنها هم تضعیف باشند (مانند الکل، افیونها از جمله هروئین یا بنزودیازپین‌ها مانند دیازپام )، خطر overdose را افزایش می‌دهد. مصرف مقادیر زیاد الکل در چند روز یا چند هفته می‌تواند طول زمان اثر متادون را کوتاه کند و موجب شود که شخص قبل از مصرف دوز بعدی علائم ترک ( بازگيري ) را تجربه نماید. این نکته بسیار مهم است که فرد هنگام مراجعه به پزشک یا دانیزشک، مصرف متادون را گزارش دهد تا داروهای که موجب تاثیر بر درمان نگهدارنده با متادون می‌شوند را تجویز نمایند.

### Overdose و مرگ

مرگ در اثر مصرف متادون نادر است. مرگ مرتبط با متادون تقریباً همیشه به دلیل مصرف همزمان سایر داروها بخصوص بنزودیازپین‌ها و یا الکل می‌باشد.

کادر حرفه ای بهداشتی عموماً پذیرفته اند که درمان نگهدارنده با متادون در کاهش مرگ و میر معتادان به هروئین موثر است. مرگ در اثر مصرف متادون معمولاً به دلایل زیر اتفاق می‌افتد:

۱- مصرف بیش از حد به طور اتفاقی - تحقیقات نشان داده است که سوء مصرف الکل و بنزودیازپین‌ها در مراجعان دریافت متادون شایع است. هرگونه مصرف همزمان داروهای مسکن، از جمله افیونهای مانند هروئین، الکل و بنزودیازپین‌ها موجب افزایش خطر سرکوب تنفسی، اگماو مرگ می‌شود.

۲- خودکشی - اختلالات عاطفی در مراجعان دریافت متادون شایع است.

۳- صدمات و آسیب‌ها که شامل تصادف با وسایل نقلیه نیز می‌باشد.

### خطرات دیگر :

۱- دسترسی به متادون توسط افراد دیگر (برای مثال اطفال) بسیار خطرناک است و می‌تواند موجب ایجاد علائم overdose شود. متادون اضافی را باید از دسترس بچه‌ها دور نگه داشت.



۲- تزریق متادون خطری عمده جهت سلامتی افراد است و خطر overdose، لخته شدن خون، انسداد سیاهرگها و سایر مشکلات طبی را افزایش می‌دهد.

### حاملگی و شیردهی :

زنان جامعه که وابسته به مواد افیونی هستند باید ترغیب شوند که هرچه سریعتر وارد برنامه نگهدارنده با متادون شوند زیرا مصرف متادون موجب کاهش عوارض ناشی از مصرف سایر مواد افیونی، مانند هروئین می‌شود. دلایل آن عبارتند از:

۱- دوره‌های ترک ناخواسته که با مصرف سایر مواد افیونی همراه است و موجب آسیب به جنین می‌گردد در مصرف روزانه متادون رخ نمی‌دهد.

۲- کیفیت زندگی این افراد در درمان نگهدارنده با متادون بهبود می‌یابد که موجب بهبود تغذیه و کاهش تنفس می‌گردد و نتیجه آن سلامت جنین خواهد بود.

۳- متادونی که توسط داروخانه یا مرکز درمانی توزیع می‌شود حاوی هیچگونه ماده مضر دیگری که به جنین منتقل شود، نیست.

همانند سایر مواد افیونی، متادون از راه جفت به جنین منتقل می‌شود. بیشتر نوزادانی که از مادران مصرف کننده متادون به دنیا می‌آیند، پس از تولد دچار

علائم ترک می‌شوند. علائم آنها از نظر طول مدت و شدت علائم متغیر است. این نوزادان را می‌توان پس از تولد در بیمارستان به نحو موفقیت آمیزی درمان نمود. به طور کلی، زنانی که از متادون استفاده می‌کنند در مقایسه با مصرف هروئین، دچار مشکلات و عوارض کمتری می‌شوند.

چون مقدار کمی متادون از راه شیر به نوزاد منتقل می‌شود، مادرانی که در برنامه نگهدارنده با متادون هستند، ترغیب می‌شوند که به منظور کاهش علائم ترک متادون در نوزادان، به شیردهی ادامه دهند.

متادون در شیرمادر ۴-۲ ساعت پس از مصرف به حداکثر مقدار خود می‌رسد، بنابراین شیردادن به نوزاد قبل از مصرف متادون موجب می‌شود که متادون کمتری به نوزاد برسد.

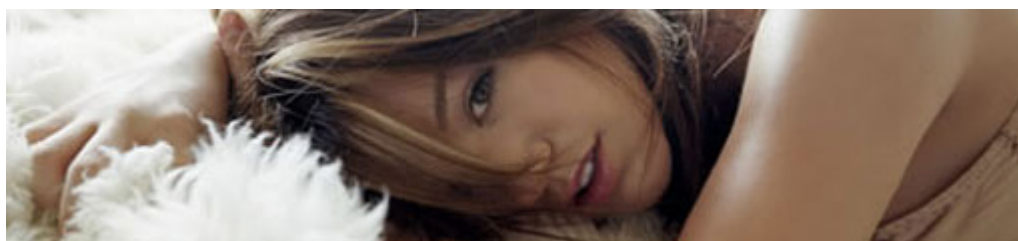


### قانون (استرالیا):

تزریق متادون یا مصرف بیش از یک دوز در یک زمان، یادادن متادون به افراد دیگر غیر قانونی است - در استرالیا، همانند اکثر کشورهای غربی، متادون به صورت قانونی تهیه شده است و توسط پزشکانی که دارای مجوز هستند، تجویز می‌گردند.

### متادون و رانندگی (استرالیا):

هر فردی که تحت تاثیر یک دارو باشد رانندگی او غیر قانونی است زیرا قادر به کنترل مناسب خودرو نیست. این مورد شامل مصرف متادون هم می‌باشد و نقض این قانون موجب جریمه‌هایی مانند ممنوعیت رانندگی خواهد شد.



**حاضر نیستم زیبایی خود را به زباله دان تاریخ بسپارم**

## ماری جوانا



بیشتر از قسمت های فوقانی برگ ها، گل و تخمکهای شکفته شده بوته شاهدانه جنس ماده که بریده و خشک شده تهیه می شود و در رنگهای سبز متمایل به خاکستری و قهوه ای وجود دارد. دارای بوی تند و به صورت کشیدنی در پیپ یا سیگارهای دست پیچ استفاده می شود.

نامهای خیابانی آن Potherbs Grass, pot, Weed, Mary Jane و ... می باشد.

اثر آن به صورت کشیدنی ۲ تا ۴ ساعت و در موارد خوردنی ۵ الی ۱۲ ساعت طول می کشد. در عین حال که موجب حالت سرخوشي و کیف می شود، غالباً هوشیاری و خود آگاهی مصرف کننده به هم می خورد و دچار تحریف ادراکات، عدم هماهنگی و توازن، گیجی، افزایش ضربان قلب و تنفس می گردد. فرد مصرف کننده آن تمایل به پر حرفی و خنده های بیش از حد دارد، و این آثار تا چندین ساعت پایدار است، ماری جوانا را - در عین حال که ماده اعتیاد آور سبک است و حتی آن را مدخل ورود به دنیای مواد اعتیاد آور قوی معرفی کرده اند - باید یک ماده توهم زا به حساب آورد، تحریف ادراک حسی، اختلال درک زمان و مکان، افزایش حساسیت به صدا، افزایش تلقین پذیری، احساس دارا شدن یک درک عمیق تر از معانی اشیا، احساس قدرت بیش از حد، شوریدگی یا اغتشاش فکری، تیرگی، هوشیاری، گیجی، نگرانی، ترس، سرگردانی و توهمات از اثرات و خطرات عمده مصرف این ماده است. در میان افرادی که مصرفشان خیلی زیاد است میزان اختلالات عصبی و شخصیتی بیش از افراد عادی است.



ماری جوانا وابستگی روانی نسبتاً خفیفی به دنبال می آورد.



ای اعتیاد ، من از تو روی گردانم

گوشم از وسوسه های تو پر هست و جوابم مانند همیشه یک کلمه **خیر** می باشد

## حشیش



حشیش صمغ چسبناک از بوته کانابیس است که معمولا به صورت تکه های جامد مکعبی شکل فروخته می شود و در رنگهای مختلف از قهوه ای کم رنگ تا سیاه دیده شده، در ساختمان ترکیبی اش به صورت انواع مختلف از خشک و سخت گرفته تا نرم و شکننده دیده می شود. معمولا آن را خرد و ریز کرده و در پیپ و یا سیگارهایی که با دست درست می کنند، می پیچند و با ماری جوانا یا توتون مصرف می کنند. حشیش به صورت خشت پخته می شود.

نامهای خیابانی آن (Pot, Smoke, grass, Hash) می باشد. از نظر طبقه بندی فارماکولوژی، تضعیف کننده یا محرک سیستم اعصاب مرکزی است.

### مصرف پزشکی:

حشیش به عنوان مسکن و ماده رفع بی خوابی که ایجاد آرامش می کند و THC و دیگر مشتقات برای درمان برخی از بیماریها از جمله آسم و صرع می تواند مورد استفاده قرار گیرد، ولی در حال حاضر فقط در درمان حالت تهوع و استفراغ ناشی از شیمی تراپی در درمان سرطان، استفاده می شود.

### اثرات کوتاه مدت:

باید دانست که اثرات حشیش با توجه به مقدار و نوع استفاده (کشیدن یا خوردن) متفاوت است. وضعیت جسمی و سلامت فرد از جمله وزن، اندازه، خلق و خوی فرد، درجه تحمل و ... فرق می کند. اثرات کشیدن حشیش در عرض چند دقیقه پس از مصرف ظاهر می شود و ۲ تا ۴ ساعت باقی می ماند. در صورت خوردن هضم آن به طور بطی و کند صورت می گیرد. لذا اثر آن به تدریج و طولانی تر می گردد، معمولا فرد پس از مصرف حشیش احساس آرامش و راحتی می کند، قوه درک و احساس او افزایش می یابد، رنگها به نظرش شفاف تر و روشن تر می آیند، صدها به نظر از فاصله دورتر به گوش می رسد. به هر حال در ادراکات حسی به خصوص بینایی و شنوایی تحریف به وجود می آید، اشتها افزایش می یابد، مخصوصا در مورد غذاهای شیرین.

از اثرات کوتاه مدت دیگر مصرف حشیش عبارتند از: خواب آلودگی، قرمز شدن چشمها، افزایش ضربان قلب، خشکی دهان و گلو، گشادگی مردمک چشم، مختل شدن قوه حافظه و تمرکز فکری به طور موقت، اختلال درک زمان و مکان، اضطراب، افسردگی، هیجان، تحریک زیاد، تحریک پذیری، تند مزاجی، بی قراری، پر حرفی، خنده های بی دلیل، احساس طرد شدگی، ترس و وحشت، دگرگونی و تغییر شکل فضا و زمان - اختلال در هماهنگی و تعادل در راه رفتن، احتمالا اوهام که اغلب توام با حالت پارانوایی به خصوص در مصرف مقدار زیاد آن همراه است. دوز معمولی آن، مهارتهای کاربردهای ماشینی را لطمه می زند، از این رو به خصوص رانندگی در حین مصرف حشیش بسیار خطرناک است، ماده T. H. C. که ترکیب فعال حشیش است در بدن افرادی که تصادفات شدید رانندگی داشته اند و منجر به جراحات سختی گردیده، دیده شده است.

### اثرات عمده بلند مدت:

تحقیقات نشان می دهد که اثرات سوء مصرف حشیش به خصوص در بین جوانان و بزرگسالان حتمی است از جمله: از دست دادن انگیزه و علائق، آسیب به حافظه و تمرکز فکر، عدم قابلیت رانندگی، کاهش قوای دفاعی بدن در برابر عفونتها و بیماریها، گیجی و سردرگمی، فقدان انرژی و ... در اثر استفاده مرتب و مداوم حشیش پیش می آید. هم چنین خطر ابتلا به برونشیت مزمن، سرطان ریه و بیماریهای دستگاه تنفسی در مصرف کنندگان منظم حشیش بیش از دیگر گروههاست. کشیدن سیگار ماری جوانا و حشیش آسیب شدیدی به دستگاه تنفسی می زند، زیرا تار موجود در آن، دو برابر قوی تر از تار موجود در سیگار معمولی است. هم چنین عوامل ایجاد کننده سرطان در تار موجود در حشیش خیلی بیش از سیگارهای معمولی است.

مطالعات و تحقیقات نشان می دهد که رشد طبیعی بک نوزاد به وسیله مصرف مرتب حشیش یا ماری جوانا به وسیله مادر، در دوران بارداری می تواند به طور جدی آسیب ببیند. آزمایشات بر روی حیوانات نشان داد که نوزادان حیوانات آزمایشگاهی که در دوران بارداری تحت مصرف این ماده قرار گرفته بودند، دارای برخی از ناهنجاریها و رفتار غیر عادی بودند، در اثر مصرف مداوم وابستگی روانی و تحمل ایجاد می شود، نشانه های ترک شامل اضطراب، عصبانیت، از دست دادن اشتها و بی خواب و بد خوابی است.

### روغن حشیش

روغن غلیظ سبزه تیره یا قهوه ای مایل به قرمز است که از تصفیه حشیش با یک ماده محلل ارگانیک بدست می آید و معمولا آن را به توتون داخل سیگار مالیده و به صورت دود کردنی مصرف می شود.

تی. اچ. سی. (T. H. C).

یک ترکیب حلال در حشیش است و به طور خالص، یک ترکیب شیمیایی است. به ندرت THC در خیابان قابل دسترسی و خرید و فروش است و آنچه که به نام THC فروخته می شود، معمولا پی. سی. پی یا ال. اس. دی است. کلمه THC مخفف (Tetra Hydro Cannabinol) یکی از عناصر فعال شاهدانه است. تی اچ سی یک ماده قوی توهم زاست، و اثرات شیمیایی آن شباهتهایی به LSD دارد که عبارتند از تغییرات در رفتار، اختلال در حس زمان و حواس بینایی و شنوایی، از خود بی خود شدن. با این همه شواهدی وجود دارد که نشان می دهد احتمالا این دو دارو از طریق مکانیسم های بیوشیمیایی مختلفی عمل می کنند و اثرات آنها روی عملکرد مغز متفاوت است.



**منگی و نعشگی تنها مشکلاتم را زیاد تر خواهد کرد**

**ما نیازمند همجنسگرایان سالم و مدافع هستیم نه**

**همجنسگرایان گیج و بی چهره**



## کوکائین و کراک



کوکائین، آلکالوئید اصلی برگ کوکا است که از برگهای بوته ای به نام (Ergthroglom Coca) بدست می آید، که مرکز اصلی رویش آن آمریکای جنوبی است. کوکائین به عنوان ماده موثر در سالهای ۶۰- ۱۸۵۹ م. از برگ کوکا (تصویر ۱) مجزا و استحصال شد. کراک را نیز از کوکائین تهیه و در اواخر تابستان و اوایل پاییز سال ۱۹۸۵ م. به بازار شهر نیویورک عرضه کردند. کراک خطرناکترین ماده اعتیاد آوری است که تا کنون به بازار آمده و به حدی وابستگی آور است که یک بار مصرف آن، فرد را معتاد می کند. از نظر طبقه بندی فارماکولوژی، محرک سیستم اعصاب مرکزی است.

کوکائین پودر سفید نرم شفاف کریستالی با طعمی تلخ است که اغلب با پودر تالک، یا ملین ها یا شکر مخلوط می شود و معمولاً به صورت استنشاق، تزریقی، خوراکی یا دود کردن و گاهی هم به طریق پاشیدن روی دستگاه تناسلی مصرف می کنند.

دود معمولی آن برای انفییه و استنشاق ۳۰ تا ۱۰۰ میلی گرم است و ۱۰ تا ۲۵ میلی گرم آن برای تزریق استفاده می گردد. کوکائین بی حس کننده موضعی است و به ندرت برای برخی از اعمال جراحی استفاده می شود. نامهای خیابانی آن Coke مخفف کلمه کوکائین ((Candy, Cocaine) (شیرینی) ، Nose (بینی) ، Snow (برف) ، Happy (خوشحال، خوشبخت) و Dust (مواد گردی، گرد و خاک) می باشد.

استعمال کوکا قرنها است در کشورهای هند، پرو و بولیوی معمول بوده، برگهای رنگ کوکا را برای لذت و خوش بودن می جویند، مردم این کشورها برای قادر شدن به انجام کارهای سخت و جدی و راه رفتن و تحمل گرسنگی و تشنگی از جویدن کوکا یاری می گیرند.

تا آنجا که به تاریخچه کوکا مربوط می شود، این عادت در میان ساکنان کوه های آند رایج بوده است. در تابوت های (Huacas) باستانی پرو، مجسمه های در حال استعمال کوکا کشف شده اند. روشن ترین علامتی که بر چهره معتادان کوکا دیده می شود فرو رفتگی گونه هاست که در اثر مکیدن برگ کوکا به وجود می آید.

### اثرات کوتاه مدت:

اثرات کوتاه مدت آن مشابه آمفتامین است ولی با مدت زمان کوتاهتر، احساس افزایش انرژی، چابکی و سرخوشی زیاد می کند، از جمله اثرات آن پس از مصرف عبارت است از: افزایش ضربان قلب، نبض، تنفس، درجه حرارت بدن، فشار خون، گشادگی مردمک چشم، پریدگی رنگ، کاهش اشتها، تعرق شدید، تحریک و هیجان، بی قراری، لرزش به خصوص در دستها، توهمات شدید حسی، عدم هماهنگی حرکات، اغتشاش دماغی، گیجی، درد پا، فشار قفسه سینه، تهوع، تیرگی بینایی، تب، اسپاسم عضله، تشنج و مرگ.

در حالت قطع ماده نیز افسردگی شدید حادث می شود. ناخالصی کوکائین خیابان اغلب موجب حساسیت و آلرژی شدید می شود که معمولاً با آب ریزش بینی و بی خوابی شدید همراه است. در مسمومیت حاد با کوکائین، فرد مصرف کننده دچار بی قراری و تشویش، هیجان، شوریدگی فکر و اختلال تنفسی می گردد. ضربان، تنفس و فشار خون فرد افزایش می یابد.



## اثرات دراز مدت:

از جمله اثرات بلند مدت آن از دست دادن وزن بدن، یبوست، بی خواب، ضعف جنسی، دپرسیون تنفسی، اشکال در ادرار کردن، تهوع، کم خونی، رنگ پریدگی، تعرق شدید، دردهای شکمی و اسهال، اختلالات در هضم و دستگاه گوارشی، سردرد، لرزش دست ها، لرزش و تشنج، پریدن عضلات و سفتی آنها، هیپاتیت، آب ریزش دائمی بینی، ایجاد زخم، آماس و جوشهای پوستی به خصوص اطراف مخاط گوش و بینی، زخم مخاط بینی (در مصرف به صورت انفیه)، اضطراب، بی قراری، تشنج پذیری شدید، سوء ظن، گیجی، اختلالات درک زمان و مکان، رفتار تهاجمی، تحریک پذیری شدید، افسردگی، پرخاشگری، تمایل به خود کشی، توهمات و اختلال در حواس (به خصوص بینایی، شنوایی، و لامسه)، افکار هذیانی، و گاهی اشتها کاذب و سرانجام ناراحتی جدی دماغی و روانی به نام سایکوز و کوکایین.



تحمل و ایجاد وابستگی کوکایین مشابه آمفتامین است و وابستگی شدید روانی ایجاد می کند که این وابستگی در عصاره کوکایین یعنی کراک شدیدتر می باشد.

در آزمایشاتی که برای تحقیق پیرامون اثر کوکایین بر روی موش و میمون انجام شده، پس از قطع مصرف آن، نشانه های ترک از جمله ضعف شدید، بد خوابی، افسردگی، تحریک پذیری، گرسنگی زیاد دیده شده است. مصرف کننده، کراک را چه به طریق استنشاق یا پاشیدن روی توتون و ماری جوانا و چه از راه کشیدن با پیپ استعمال کند، دیگر نمی تواند از مصرف آن خودداری کند و باید پی در پی آن را استعمال نماید. خیلی سریع جذب ریه گشته و به مغز می رسد و حالت تهاجمی به مصرف کننده دست داده، باعث بزرگ شدن قلب، افزایش فشار خون می شود، به گونه ای شدیدتر از کراک پدیدار می گردد. اصولاً فردی که کراک مصرف می کند، دیگر بر خود تسلط ندارد و گویا خودی خود را گم کرده است.



**دنیا زیباست اما باید آن ها را دید**

**بیایید به اعتیاد نه بگوییم**

**بیایید دست به دست هم دهیم و جامعه خود را پاک بسازیم**





## ال. اس. دی LSD

ال. اس. دی نخستین دارویی است که در گروه توهم زاها قرار گرفت. اولین بار در سال ۱۹۳۸ توسط شیمی دان سوئیدی بنام دکتر هافمن ساخته شده اما خواص آن در سال ۱۹۴۳ زمانی که بصورت اتفاقی توسط دکتر هافمن مصرف شد مشخص گردید.

این ماده در دهه ۱۹۶۰ شهرت خاصی پیدا نمود و به مرور زمان از استعمال آن توسط مردم کاسته شد لیکن در دهه ۱۹۹۰ مجدداً در میان دبیرستانها و دانشجویان شهرت پیدا کرد و این ماده بعنوان ابزار جنبش ضد فرهنگ در غرب مورد استفاده قرار گرفت.

### استفاه پزشکی

در حال حاضر این دارو هیچگونه استفاده پزشکی ندارد. گرچه در دهه ۱۹۵۰ این دارو ( بنام Delgsid) توسط برخی روانپزشکان برای درمان احساسات سرکوب شده مورد استفاده قرار می گرفت. سازمان سیا (CIA) نیز آزمایشات خود را بر روی انسان بصورت مخفیانه جهت بازپرسی ا زمتهمان انجام داد. در سال ۱۹۶۶ استفاده از این ماده در آمریکا بدلیل پیامدهای بهداشتی و درمانی آن ممنوع اعلام شد.

وابستگی روانی : ندارد

وابستگی جسمی: ندارد

### مقاومت دارویی

این نکته حائز اهمیت است که به مرور زمان و با استفاده مکرر از این ماده ایجاد مقاومت دارویی می کند و لذا برای ایجاد احساس اولیه از دوزهای بالاتری می بایست استفاده شود.

### مدت اثر

تاثیرات روانی ۶۰-۳۰ دقیقه پس از مصرف ماده شروع می شود و حدوداً ۱۲ ساعت باقی می ماند. اوج این تاثیرات حدوداً ۵ ساعت پس از مصرف ال اسی دی می باشد. تاثیرات روانی این ماده وابسته به وضعیت جسمی فرد مصرف کننده و نیز محیط فیزیکی که فرد در آن قرار دارد می باشد.

### روشهای سوء استعمال

این ماده غالباً در فرم قرص و یا کاغذ خشک کن یافت می شود که غالباً همراه الکل و یا آب بلعیده می شود.

### اثرات

ال اس دی اثرات آگونیستی و آنتاگونیستی در سطح گیرنده های سروتونینی از خود نشان می دهد همچنین فرضیه دیگری براین باور است که LSD موجب افزایش فعالیت درغشاء مغزی و قسمت جلوی مغزی (limbic Forebrain) می شود.

### مصرف بیش از اندازه (Overdose)

موجب میدریاز، افزایش فشار خون خفیف، تپش قلب (تاکی کاردی) و ندرتاً افزایش دمای بدن ( هیپرترمی) و از نظر رفتاری استعمال کننده ممکن است درونگرا ویا مضطرب شود. تاثیرات نامطلوب غالباً در افراد تازه کار یا افرادی که اشتباهاً LSD مصرف نموده اند حادث می شود.

# برومو

برومو ۲،۵ دی متوکسی فنتیلامین به عنوان یک داروی تهییج کننده و جزوداروهای صناعی توهم زاست. ساختمان ترکیبی آن شبیه بسیاری از داروهای زیرمجموعه کنترل شده‌ها می‌باشد. ساختن مقادیر زیاد این داروها و استفاده‌های مخاطره آمیز دوزاژ آنها در خلال ناخالصی و ناپاکی و غیرواقعی بودن آنها خطر آفرین می‌باشد. در اواخر سال ۲۰۰۰ میلادی افزایش ناگهانی داروی فوق رادر کلویها و پارتی‌های دوره ای بوضوح دیده شده است.

## استفاده‌های مجاز

هیچ مجوز پزشکی و طبی جهت استفاده از این دارو وجود ندارد در امریکا افراد افسرده جهت ایجاد لذت از این دارو استفاده می‌کنند. گر چه احتمال تولید و شروع استفاده این دارو در استرالیا می‌باشد اما بزودی استفاده از این دارو در تگزاس و کالیفرنیا در اوایل ۱۹۷۰ میلادی شیوع پیدا کرد و بازارهای آنجا را تصرف کرد. شیوع اولیه این دارو و عدم توانایی در کنترل آن به دلیل علاقه نسل جوان بوده که برای خواب و هیجان مورد استفاده قرار می‌گرفته است.

## تأثیرات دارو

استفاده از این دارو باعث سرخوشی و افزایش قوه ادراک ( افزایش قدرت دریافت کننده‌های بینایی شنوایی و چشایی ) می‌شود. اثرات قابل توجه در اثر مصرف تقریباً ۴ میلی گرم بصورت خوراکی بوجود می‌آید و اثر سمی آن با مصرف ۸ میلی گرم ماده ایجاد میگردد. زمان تغییرات این ماده در عرض ۲۰ تا ۳۰ دقیقه پس از مصرف شروع شده و و پیک اثر بین ۱/۵ تا دو ساعت پس از خوردن ظاهر می‌شود. اثر دارو ۶ تا ۸ ساعت پس از مصرف طول می‌کشد. مصرف مقادیر پایین ( ۴- برم ۲،۵ دی متوکسی فنتیلامین ) بطور مستقل از توهم زایی و اختلالات روانی عمل می‌کند، بلکه بجای ایجاد چنین حالاتی علایمی از قبیل هیجان زدگی، سستی و رخوت ایجاد می‌کند. مقادیر زیادتر مصرف ( بین ۲۰ تا ۴۰ میلی گرم) مانند نمونه LSD می‌تواند حالات توهم زایی ایجاد نماید. مصرف مقدار بالای ۵۰ میلی گرم مصرف اثری بی نهایت توهم زا و سرخوشی بی اساس و بی پایه بوجود می‌آورد. این دارو همانند DOM و DOB ( از دسته آمفتامین‌ها) توانایی اتصال به گیرنده سروتونین را دارد.

## استفاده‌های غیر مجاز این ماده

این ماده عموماً از راه خوراکی استفاده می‌شود و همچنین می‌تواند از راه استنشاقی مورد استفاده قرار بگیرد. هیچ نوع استفاده درمانی برای آن اعلام نشده است. در حال حاضر این ماده همانند داروهای توهم زای دیگر مثل LSD و DOB و MDMA در حال تهیه و تزریق به بازار می‌باشد.

## جامعه استفاده کننده و عوامل مصرف کننده

فراوانی این دارو به گستردگی ال اس دی نبوده اما در بعضی از افراد همانند آنها یک اکستسی در مدرسه‌ها و کالج‌های دانش آموزی استفاده می‌کنند مورد استفاده قرار می‌گیرد. این دارو همانند داروهای کلپ مثل گاما هیدروکسی بوتیرات، کتامین و اکستسی در کلپهای شبانه رواج دارد.

## رواج و انتشار غیرقانونی

این دارو در بازار به اسامی، برومو، A2CB و نکسوز رواج دارد و انواع اشکال دوزاژ و نام و بسته بندیهای آن احتیاج به آنالیز شیمیایی برای شناختن دارد.

## کنترل اجتماعی

این دارو جزو Schedul I جدول مواد کنترل شده در اکتبر سال ۱۹۷۰ میلادی می‌باشد.

# اکستازی



MDMA برای اولین بار در سال ۱۹۱۲ توسط یک شرکت آلمانی بعنوان داروی اشتها زا ساخته شد. استفاده غیر قانونی در دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ در آمریکا رایج شد. MDMA غالباً به همراه مواد دیگر استفاده می‌شود، ولیکن به ندرت همراه با الکل از آن استفاده می‌شود چرا که برخی برایین باورند که الکل اثر آن را خنثی می‌سازد. استفاده از این ماده بیشتر در اماکنی چون کلوبهای شبانه، میهمانیهای آخر شب و در کنسرتهاي موزيك راك رایج است

## استفاده پزشکی

در دهه ۱۹۷۰ این دارو توسط برخی روانشناسان آمریکایی جهت تسهیل روان درمانی استفاده می‌شد. این ماده در حال حاضر هیچ استفاده پزشکی ندارد. این ماده باعث ایجاد وابستگی جسمی و روانی می‌شود گرچه این وابستگی به اندازه هروئین و کوکائین نمی‌باشد.

## تحمل دارویی (Tolerance)

مصرف اکستازی با ایجاد پدیده تحمل همراه است.

## مدت اثر

مدت اثر این ماده ۴-۶ ساعت است.

## روشهای سوء استعمال

این ماده در فرم قرص و کپسول موجود است و از راه خوراکی استفاده می‌شود.

## تأثیرات

استعمال کنندگان این ماده می‌گویند، این ماده احساس بسیار مثبتی را ایجاد می‌کند، حس نزدیکی به دیگران، از بین رفتن اضطراب و ایجاد آرامش فوق العاده را نیز بدنبال دارد. همچنین نیاز به غذا خوردن، نوشیدن و خواب را از بین برده و لذا به فرد تحمل شرکت در میهمانیهای ۲-۳ روزه را می‌دهد و لذا دربرخی موارد ایجاد فرسودگی بیش از حد به همراه کم آب شدن بدن (dehydration) می‌کند. از اثرات دیگر این دارو می‌توان به تهوع، توهم، تب و لرز، تعریق، لرزش اندامها، دردهای عضلانی و تاری دید اشاره نمود.



می‌تواند مرگبار باشد.

## ترک (Withdrawal)

این دارو در صورتیکه پس از مدتی استفاده نشود ایجاد اضطراب، حالت شک و تردید، و افسردگی می‌نماید

## آمار و اعداد

قاچاق و توزیع و مصرف موادمخدر، امروز به عنوان يك بلاي جهاني، جامعه بشري را تهديد مي‌کند. در ايران به دليل همجوارى با بزرگترین تولیدکننده مواد مخدر جهان - کشور افغانستان - و قرار داشتن در شاهراه اصلي ترانزيت مواد مخدر به اروپا و ساير نقاط جهان و نیز وجود برخي زمينه‌هاي داخلي از جمله فقر و بيکاري و ...، مسئله مواد مخدر و اعتياد در رأس نگراني‌هاي دلسوزان جامعه قرار گرفته‌است. اهميت بيشتري اين مسئله، علاوه بر تمامي ضربه‌هاي وارده بر جنبه‌هاي گوناگون جامعه از ناحیه مواد مخدر، هدف‌گيري اين معضل خانمانسوز به سمت جوانان جامعه که سرمايه‌هاي اصلي کشور هستند، نمايان مي‌شود.

## جدول شماره ۱: معتادين

جمع	سال					عنوان		
	۸۰	۷۹	۷۸	۷۷	۷۶			
۲۵۲۲۵	۴۵۲۴	۵۲۰۳	۵۱۶۴	۵۱۴۴	۵۰۹۰	تا ۱۷ سال	معتادين دستگير شده (نفر)	به تفكيك و سن جنس و
۱۴۲۸۲۴	۳۸۸۴۶	۳۷۴۵۶	۳۷۱۰۵	۳۳۳۷۸	۳۷۰۳۹	۱۸ تا ۲۴		
۳۷۹۷۸۴	۶۳۳۳۷	۶۰۰۸۸	۵۷۹۷۰	۵۳۳۵۹	۴۵۱۲۰	۲۴ تا ۲۵		
۲۵۰۶۱۴	۵۱۱۱۵	۵۲۰۳۴	۵۳۴۳۰	۵۰۷۴۵	۴۳۳۹۰	۲۵ به بالا		
۳۵۸۵	۷۷۸	۶۵۰	۸۸۹	۷۰۰	۵۶۸	تا ۱۷ سال		
۴۶۹۰	۱۰۳۹	۷۹۳	۱۱۳۰	۱۱۲۹	۶۰۹	۱۸ تا ۲۴		
۷۴۸۱	۱۵۴۰	۱۴۹۱	۱۵۷۸	۱۵۴۶	۱۳۳۶	۲۴ تا ۲۵		
۸۶۱۶	۱۴۸۲	۱۴۴۵	۲۰۰۵	۱۷۷۱	۱۹۱۳	۲۵ به بالا		
۱۵۰۴۶۴	۴۰۰۰۴	۳۸۹۶۹	۳۶۱۴۵	۳۰۷۱۹	۳۴۶۲۷	هروئين		
۵۰۳۹۰۵	۹۸۹۳۴	۱۰۷۹۱۴	۱۱۰۷۹۵	۹۹۶۸۸	۸۵۵۷۴	ترياك		
۵۶۵۳	۱۳۵۹	۱۳۹۱	۹۹۳	۱۱۳۶	۸۸۴	مرفين		
۹۴۱۷۳	۳۳۲۰۹	۲۰۵۰۷	۲۱۳۳۸	۱۶۳۳۹	۱۳۸۸۰	ساير		
۲۵۶۵	۲۶۳	۹۱۵	۳۳۹	۸۸۱	۱۶۷	بساط مصرف و شيره‌کش خانه (مورد)		
۱۱۸۵۸۲۷	۱۶۲۵۵۱	۱۵۹۲۶۰	۱۵۹۲۷۱	۱۴۷۷۷۲	۱۲۴۹۶۵	جمع معتادين دستگير شده (نفر)		

همانگونه که در جدول شماره ۱ مشاهده مي‌شود، جمع معتادين دستگير شده طی سالهاي ۱۳۷۶ تا ۱۳۸۰، ۷۲۳/۸۱۹ نفر بوده که ۶۹۹/۴۴۷ نفر مرد (۹۶/۶۳٪) و ۲۴/۳۷۲ نفر زن (۳/۳۷٪) بوده‌اند. توزيع معتادان دستگير شده بر اساس گروههاي سني و به تفكيك زن و مرد بدین شرح مي‌باشد:

- مردان: تا ۱۷ سال ۳/۶۰٪ تا ۱۸ سال ۲۴٪ تا ۲۵ سال ۲۰/۵۷٪
- زنان: تا ۱۷ سال ۱۴/۷۱٪ تا ۱۸ سال ۲۴٪ تا ۲۵ سال ۱۹/۲۴٪
- ۲۵ تا ۳۴ سال ۳۰/۷۰٪ تا ۲۵ سال به بالا ۳۵/۲۵٪

بر اساس داده‌هاي فوق، بيشتري فراواني مردان معتاد در گروه سني ۲۵ تا ۳۴ سال و سپس به ترتيب گروههاي ۲۵ سال به بالا، ۱۸ تا ۲۴ سال و تا ۱۷ سال مي‌باشد. در مورد زنان معتاد بيشتري فراواني مربوط به گروه سني ۲۵ سال به بالا است و سپس به ترتيب گروههاي ۲۵ تا ۳۴ سال، ۱۸ تا ۲۴ سال و تا ۱۷ سال قرار دارند. نسبت مردان و زنان معتاد در گروه سني ۲۵ سال به بالا به هم نزديك است. اين نسبت در گروه ۲۵ تا ۳۴ سال تا حدي متفاوت مي‌شود و سپس در گروه ۱۸ تا ۲۴ سال مجدداً به هم نزديك مي‌گردد. اما نکته قابل توجه تفاوت شديد نسيتها در گروه سني ۱۷ سال است. معتادان در اين گروه سني در جنس مذکر ۲/۶۰ درصد مي‌باشند، حال آنکه فراواني اين گروه در ميان معتادين مؤنث بالغ بر ۱۴/۷۱٪ است که جاي تأمل بسيار دارد.

از نظر نوع مواد مصرفي، ترياك با ۶۶/۷۷٪ بالاترين سهم را به خود اختصاص داده‌است و هروئين با ۱۹/۹۸٪، ساير مواد اعتياد آور با ۱۲/۵۰٪ و مرفين با ۰/۷۵٪ به ترتيب در جاگاههاي بعدي قرار گرفته‌اند.

روند دستگیری معتادین (که می‌تواند نشانه‌ای از روند افزایش اعتیاد باشد) طی سالهای ۷۶ تا ۸۰ رو به افزایش بوده و از رقم ۱۲۴/۹۶۵ نفر در سال پایه، به رقم ۱۶۲/۵۵۱ نفر در سال ۱۳۸۰ رسیده‌است. در طول این سالها ۲۵۶۵ بساط عمده مصرف و شیره‌کش خانه نیز شناسایی و منهدم شده‌است.

## جدول شماره ۲: مواد مخدر

جمع	سال					عنوان	
	۸۰	۷۹	۷۸	۷۷	۷۶	مورد	
۳۱۷۲۵۱	۵۲۹۲۶	۶۷۱۲۸	۹۷۸۸۰	۵۱۵۹۰	۴۷۷۲۷		
۷۹۸/۴۱۳	۱۱۱/۹۳۶	۱۸۸/۳۷۴	۳۰۲/۷۵۱	۱۳۹/۱۳۳	۱۵۶/۳۲۰	مواد مخدر (کیلوگرم)	کشفیات
۱۱۱۱۸۶	۳۱۰۵۶	۳۲۵۴	۸۲۸۶	۶۰۹۷۸	۷۶۱۲	قرص (عدد)	
۱۹۳۳۸	۵۸۵	۸۱۷۲	۳۴۰۹	۴۵۶۱	۲۶۰۱	ناس (کیلوگرم)	
۲۴۴۸	۷۸۳	۴۳۷	۶۳۷	۳۴۵	۲۶۶	مرد مسلح	قاچاقچیان دستگیرشده (نفر)
۲۳۴۷	۴۷۳	۱۱۳	۱۱۵۱	۲۵۸	۲۵۲	زن مسلح	
۲۶۸۰۴۸	۴۱۹۳۳	۵۸۴۴۸	۵۴۶۸۵	۶۵۴۴۱	۴۷۵۴۱	غیرمسلح	
۳۷۰	۶۵	۴۰	۸۰	۹۶	۸۹	مرد مسلح	
۷۴	۹	۳۷	۲۲	۴	۲	زن مسلح	
۸۹۸۱	۱۳۹۶	۱۳۴۴	۳۳۳۳	۲۱۳۲	۸۷۷	غیرمسلح	
۶۶۱۸۸	۱۳۶۹۳	۱۴۰۴۱	۱۱۳۶۲	۱۶۵۳۳	۱۱۶۶۹	هروئین	
۱۸۶۳۰۶	۲۵۸۶۴	۴۰۹۶۸	۴۱۱۱۲	۴۶۰۸۵	۳۲۱۷۷	تریاک	
۲۶۳۴	۲۹۰	۶۶۸	۶۷۵	۶۰۱	۴۰۰	مرفین	
۲۷۲۸۳	۵۷۲۹	۵۰۵۸	۶۷۴۸	۵۰۶۷	۴۷۸۱	سایر	
۲۳۱۳	۳۱۲	۴۱۸	۶۵۴	۵۵۰	۳۷۹	باند‌های متلاشی شده (عدد)	
۲۸۲۱۶۸	۴۴۶۵۹	۶۰۴۰۹	۵۹۷۹۷	۶۸۲۷۶	۴۹۰۲۷	جمع قاچاقچیان دستگیرشده (نفر)	

جدول شماره ۲ نشانگر کشفیات مواد مخدر و باند‌های متلاشی شده و نیز قاچاقچیان دستگیرشده می‌باشد. طی سالهای ۷۶ تا ۸۰، جمعاً ۷۹۸/۴۱۳ کیلوگرم انواع مواد مخدر، ۱۹/۳۲۸ کیلوگرم ناس و ۱۱۱/۱۸۶ عدد قرص مخدر کشف و ضبط و منهدم گردیده‌است. در این رابطه ۲/۳۱۳ باند تهیه و توزیع مواد مخدر در سراسر کشور شناسایی و متلاشی شده و برای کشف مواد و دستگیری قاچاقچیان، بیش از ۳۱۷/۲۵۱ مورد عملیات صورت گرفته‌است. قاچاقچیان دستگیرشده از نظر موادی که حمل و جابجا و توزیع می‌کرده‌اند، به شرح ذیل می‌باشند:

در رابطه با قاچاق تریاک ۶۵/۹۲٪ در رابطه با قاچاق هروئین ۲۳/۴۴٪

در رابطه با قاچاق سایر مواد مخدر ۹/۷۰٪ در رابطه با قاچاق مرفین ۰/۹۴٪

این ارقام با نسبت‌های ذکرشده در مورد معتادین به انواع مواد مخدر هم متناسب بوده و قابل انطباق می‌باشد. بر اساس جدول فوق، از ۲۸۲/۱۶۸ نفر قاچاقچی دستگیرشده، ۹۸/۱۸٪ غیرمسلح و ۱/۸۲٪ مسلح بوده‌اند. از کل قاچاقچیان مسلح دستگیرشده که ۵/۱۳۹ نفر بوده‌اند، ۴/۶۹۵ نفر ایرانی و ۴۴۴ نفر خارجی می‌باشند. از کل قاچاقچیان مسلح ایرانی ۵۲/۱۴٪ مرد و ۴۷/۸۶٪ زن بوده‌اند. همین نسبت در بین قاچاقچیان غیرایرانی شامل ۸۳/۳۳٪ مرد و ۱۶/۶۷٪ زن بوده‌است. در این ارقام، سهم ۴۷/۸۶ درصدی زنان در قاچاق مسلحانه مواد مخدر در کشور، جای تأمل بسیار دارد.

جدول شماره ۲ همچنین نشان می‌دهد که بالاترین میزان کشف مواد مخدر مربوط به سال ۷۸ بوده و بیشترین تعداد قاچاقچی دستگیرشده نیز در سال ۷۷ اتفاق افتاده است. بالاترین تعداد باند متلاشی شده نیز مربوط به سال ۷۸ بوده است.

## دخانیات و مشروبات در تاریخ ایران

### مهدی خلجی

#### پژوهشگر تاریخ و مطالعات اسلامی

در طلب کام، دخانیات و مشروبات در تاریخ ایران، از عصر صفوی تا دوره مشروطیت، کتابی است نوشته رودی ماتی، استاد تاریخ در دانشگاه دلیور (Delaware) در ایالات متحده امریکا؛ و یکی از آثار بدیع و برجسته‌ای که در قلمرو ایران‌شناسی به تازگی انتشار یافته است.

مراد نویسنده از "دخانیات" هرگونه مواد مخدر است از تریاک گرفته تا توتون و تنباکو. همچنین از "مشروبات" نویسنده هم به مشروبات الکلی نظر دارد و هم به نوشیدنی‌های وارداتی مانند قهوه.

این کتاب با انواع و اقسام مواد سکرآور یا فعال‌کننده ذهن و روان سروکار دارد که دماغ ایرانیان را تر می‌کرد و آن‌ها را سر کیف یا سر ذوق و وجد می‌آورد.

#### مورخان چیزهای خرد

نوشتن تاریخ پدیده‌هایی چون قهوه، شراب، توتون و تنباکو در غرب، از نیمه دوم سده بیستم آغاز شد و دامنه‌ای گسترده یافت. اکنون پژوهش‌های روشن‌گری در دست است درباره تاریخ شب، روز، خواندن، نوشتن، غذا، لباس زیر، چرخ، اندام انسان و هر چیز "خرد و جزئی" دیگری که روزگاری در خور تاریخ‌نویسی به شمار نمی‌آمد.

نوشتن تاریخ این پدیده‌ها که واقعیت ملموس و عینی جامعه و فرهنگ هستند، برآمده از انقلابی عظیم در نگارش تاریخ و نگرش به تاریخ است.

در پی این انقلاب که در دهه‌های آغازین سده بیستم صورت بست، تاریخ‌نگاران تاریخ را دیگر گزارش صنعت‌کرد قهرمانان، پیامبران، پادشاهان و جنگ و صلح و افت و خیز آن‌ها ندانستند و همراه با تحولات در فلسفه و علوم انسانی، روند تاریخ را پیچیده و برخاسته از عوامل گوناگون ارزیابی کردند.

اگر به قول تولستوی، در جنگ و صلح، موضوع تاریخ "زندگی مردمان و بشریت" است، تاریخ به مفهوم کلاسیک آن که "تاریخ رسل و ملوک" و شرح فتح و ظفر و حکایت هزیمت و زوال آنان بود چه اندازه از سرگذشت آدمی را بازمی‌تاباند؟ در نگرش تازه به تاریخ، "فایده تاریخ" دیگر آموختن عبرت نبود؛ بل که شناخت انسان بود. پس لاجرم تاریخ می‌بایست همه سوبیه‌ها و سایه‌های زندگی انسانی را فراگیرد و تاریخی شود از سرگذشت هر انسان، چه رعیت چه پادشاه، ستمگر یا ستم‌دیده، دانشمند یا ساده‌لوح.

#### قهوه و تاریخ

از آنجا که ما آدمیان در تعامل با جهان زندگی می‌کنیم تاریخ هر پدیده‌ای که در شبکه روابط انسانی ما جاگرفته یا تاریخ هر یک از رفتارهای ذهنی یا عینی ما بخشی از سرشت انسانی است که بر پهنه تاریخ گسترده می‌شود و آگاهی از آن ما را به تودرتویی، رنگارنگی و دگرگونی مدام "ذات" بشر رهنمون می‌گردد.

بدین روی، مثلاً تاریخ قهوه، تنها تاریخ ماده تلخ و سیاه نوشیدنی نیست؛ تاریخ انسان است که در رویارویی با قهوه چه اندیشیده و چه کرده؛ و این جوشانده غلیظ در روابط اجتماعی، ساختار سیاسی و حتا مناسبات اقتصادی او چه اثری برجا نهاده است.

بر این بنیاد، تاریخ یک جامعه، فرهنگ و روابط قدرت حاکم بر آن را می‌توان از ورای تاریخ این جرم تیره، روشن کرد. رودی ماتی با این نگرش به سراغ پژوهش تاریخ نوشیدنی‌ها و دودکردنی‌ها در چهار سده مهم تاریخ ایران رفته است.

#### شراب و سرخوشی در جوامع اسلامی

پژوهش‌های زیادی درباره مصرف مواد سرخوشی‌آور در جوامع دیگر پیش از دوران مدرن و پس از آن صورت گرفته است. در این پژوهش‌ها تأکید شده که این مواد نه تنها نقش مهمی در بازرگانی و تجارت داشته‌اند که نمادها و نشانه‌هایی از شعایر دینی، مناسبات اجتماعی و تغییرات سیاسی نیز بوده‌اند. اما متخصصان خاورمیانه، بسی دیرتر از تاریخ‌نگاران جوامع غربی به سراغ نوشتن تاریخ واقعیت‌های مادی از این دست رفته‌اند.



پژوهش درباره شراب در جهان اسلام چندی است که آغاز شده است؛ اما بیشتر این پژوهش‌ها بر نقش و معنای عرفانی شراب در ادبیات تکیه کرده‌اند و مثلاً پرسش‌هایی از این دست پاسخ نمی‌یابد که با وجود حرمت شرعی شراب، چرا مسلمانان بسیاری باده‌نوشی می‌کردند (یا می‌کنند).

رودی ماتی، باور دارد سنت ایده‌آلیستی ایران یکی از عواملی است که پژوهش‌گران ایرانی و ایران‌شناسان غربی را وامی‌دارد بیشتر به "سرشت متعالی، معنوی و آرمانی تاریخ ایران" روی کنند و به جنبه‌های زندگی مادی از جمله تولید و مصرف کالاها علاقه‌ای نشان ندهند.

### تاریخ و استعاره

افزون بر این، سنت غنی ادبیات و عرفان و دین و فراوانی منابع و اسناد تاریخی در این‌باره اغواگر نیرومندی برای پژوهش‌گران بوده و سبب شده که مثلاً در بررسی اثر مواد سرخوشی‌آور بیشتر به استعاره‌ها پناه ببرند تا به بررسی نظام اقتصادی، اجتماعی و سیاسی.

چنین بود که در سنت ایران‌شناسی، مطالعات تاریخی، بیشتر، بر پژوهش ادبیات و دین متمرکز شده است.

تازگی کار نویسنده این کتاب، از جمله در رویکرد نوین او به تاریخ‌نگاری ایران است.

ایران‌شناسان کلاسیک گویا باور داشتند که جان و جوهر یک کشور را ابعاد غیرمادی و معنوی آن می‌سازند. ایران‌شناسان جدید تحت تأثیر تاریخ‌نگاری جدید از این انگاره فاصله می‌گیرند و به نوشتن تاریخ پدیده‌های مادی و عینی اقبال می‌کنند، زیرا می‌دانند که این پدیده‌ها می‌توانند چه تحولات اجتماعی و فرهنگی پدیدآورند.

### منشور قهوه، دخانیات و مشروبات

کتاب در طلب کام از جمله کتاب‌ها در قلمرو ایران‌شناسی است که می‌کوشد به جای بررسی مفاهیم و پدیده‌های انتزاعی، "فرهنگ مادی" را موضوع کار قرار دهد؛ دخانیات و مشروبات الکلی و قهوه، پدیده‌هایی مادی هستند که با رشته‌ای از ایده‌ها و رفتارهای مربوط به ذوق و سلیقه، لذت، منزلت و اعتبار و احترام اجتماعی پیوند دارند. رودی ماتی می‌نویسد: "قهوه، دخانیات و مشروبات الکلی، منشوری را شکل می‌دهند که از میان آن می‌توان به جامعه ایرانی نگریست".

ممکن است کسی تصور کند پدیده‌هایی که نویسنده تاریخ‌نگاری آن‌ها را به عهده گرفته است "لوکس و تجملی" هستند و چندان جایگاه مهمی در جامعه ندارند که بتوانند چیزی از مناسبات اجتماعی بازتابانند.

آقای ماتی باور دارد "این پدیده‌ها را نمی‌توان به سادگی لوکس و تجملی خواند و در نتیجه امری فرعی در جامعه پنداشت؛ دودکردن و شادخواری کارهایی هستند که تمایز میان امور تزیینی و تجملی و امور ضروری را برهم می‌زنند و در نتیجه نمادهایی از فرایند تحول فرهنگی، معنا و نشانه‌های درازمدت دگرگونی‌هایی می‌شوند که این پژوهش به دنبال شناخت آن است".

### تاریخ و نشانه شناسی

مواد مخدر و نوشیدنی‌هایی چون قهوه و شراب، در تاریخ چهارصد ساله ایران، واقعیتی عینی و مادی بوده‌اند که مردمان رشته‌ای از معناها و گوناگون به آن‌ها بخشیده‌اند. رودی ماتی می‌گوید پژوهش او این پدیده‌ها را در دو جنبه مادی و نشانه‌شناختی‌اش برمی‌رسد.

این رویکرد به باور او، با قرار دادن ایران در دوره زمانی طولانی، جامعه‌ای پویا را آشکار می‌کند که با جهان بیرون از خود در تعامل بوده است.

نویسنده کتاب در طلب کام استدلال می‌کند که ورود نوشیدنی‌ها یا مخدرات تازه به ایران در عصر صفوی نه تنها نمونه‌ای از ورود ایران به شبکه اقتصادی جهانی تازه‌ای است؛ بلکه نشان‌دهنده گشودگی مردم به روی کالاهای تازه و میل به بومی‌کردن آن‌ها نیز هست.

در این فرایند، هم ذوق مردم عوض می‌شده و هم آن مواد با دستکاری تدریجی مردم طعم و بوی ویژه ایرانی می‌گرفته است.

## شاه و شراب

از سوی دیگر، حمله اعراب و ورود اسلام به ایران، ایرانیان و به ویژه اهل دیوان و دربار را از عادت نوشیدن شراب بازداشت و حتی شاهان صفوی نیز هوادار شرب مدام بوده‌اند.

شاه اسماعیل که در جنگ چالدران از عثمانی‌ها شکست خورد اوقات بسیاری، به جرعه‌ای دماغ را تر می‌کرد و برخی شاهان دیگر صفوی نیز با نوشیدن پیوسته این تلخوش عمر خویش را کوتاه کردند.

همین‌طور کشیدن تریاک هم سنت ایرانی کهنی بود که در عصر صفوی رونق فراوانی در میان توده مردم یافت.

نخبگان سیاسی و نظامی وقتی در نوشیدن شراب یا در کشیدن تریاک به افراط می‌گراییدند، تدبیر و خردورزی تباه می‌شد و شوکت و حشمت سلطانی و نظامی آسیب می‌دید.

## افیون از قحطی تا انقلاب

در این میان، رویداد تلخ، به زیر کشت رفتن بخش عظیمی از زمین‌های کشاورزی بود که از جمله در قحطی سال‌های ۷۲-۱۸۶۹ نقشی عمده داشت.

در این سال‌های قحط، یک دهم اهالی ایران جان خود را از دست دادند. تنباکو هم به محض آن‌که در سده شانزدهم وارد ایران شد، به سرعت جای خود را در میان ایرانیان گشود و حتی سه قرن بعد، هسته مرکزی شورشی اجتماعی شد و زمینه‌ساز انقلاب مشروطیت - گسترده‌ترین جنبش اجتماعی در تاریخ ایران تا آن هنگام - گردید.

قهوه و چای هم اگر چه دست‌مایه شورش‌ها و جنبش‌هایی از این دست نشدند، در الگوهای جامعه‌پذیری مردم ایران اثری شگرف نهادند و سرانجام البته چای توانست بر قهوه پیروز شود و به نوشیدنی محبوب و رایج بیشتر ایرانیان بدل گردد.

## کامرانی نابهنگام

دوره چهارصد ساله‌ای که در این کتاب بررسی شده، بی‌اختیار خواننده را به مقایسه ایران و اروپا برمی‌انگیزد. در دورانی که اروپا به سوی پیشرفت و عقلانی کردن نظام زندگی می‌تازد و به همین سبب مردمان سخت‌کوش و پرکار و ریاضت‌کش شده‌اند، تصویری که از ایران پیش چشم ما می‌گسترد مردمانی است بیشتر لذت‌جو و کامران، کم‌کار و کرخت و نیز در دوران افول عقلانیت.

رودی ماتی می‌گوید در این کتاب کوشیده تا به مقایسه‌ای ارزشی دست نزند و تنها نشان دهد زیر تأثیر چه شرایط و عواملی مواد سکرآور و سرخوشی‌زا این اندازه در زندگی اجتماعی و سیاسی ایرانیان نقش یافتند.

از نظر او مطالعه ایران پیش از اسلام نشان می‌دهد که اسلام تنها اصل نظم‌دهنده جامعه و فرهنگ نبوده و همه رفتارهای جامعه ایرانی را نمی‌توان به آن نسبت داد.

در عین حال، نویسنده می‌اندیشد باید به خاطر داشت که "حدیث و متانت مطلق، وضعیت طبیعی و اولیه آدمی نیست" و مواد مخدر و نوشیدنی‌های سکرآور همیشه و همه‌جا تقریباً مصرف می‌شده و حتی در هیچ دوره‌ای مانند دوران مدرن این مواد به صورت قانونی و غیرقانونی مصرف نشده است.

## نهادهای لذت

جدا از بررسی الگوی تولید و مصرف در ایران و شبکه اقتصادی صادرات و واردات در چهارسده یادشده، نویسنده کتاب در طلب کام تلاش کرده است نهادهایی را که در پیوند با نوشیدنی‌ها و کشیدنی‌های سرخوش‌کننده در جامعه پدیدآمده بازنماید و پیامدهای اجتماعی آن‌ها را بکاود؛ برای نمونه قهوه‌خانه یا شیره‌کش‌خانه یا چای‌خانه که جایگاه مردمی از طبقات به ویژه فرودست و نیز متوسط بوده است.

از سوی دیگر رودی ماتی تصورات مردم و نیز دانشمندان این دوره را درباره آثار مخدرات و مشروبات بر بدن و خاصه بر نیروی جنسی بررسی کرده است.

## فقه لذت

شاید یکی از گیراترین ویژگیهای این کتاب شرح جدالهای فقهی بر سر حلیت یا حرمت شرب توتون (کشیدن توتون) یا شرب قهوه است و رساله‌های فراوانی که فقیهان عصر دربارہ حلال بودن یا حرام بودن نوشیدنی‌ها یا مواد مخدر وارداتی نوشته‌اند.

برخی از فقیهان و مومنان خود آن اندازه به کشیدن توتون معتاد شدند که مسأله تازه‌ای در فقه تولید شد: آیا کشیدن توتون روزه را باطل می‌کند؟ این مجادلات سرآغاز درگیری نظام فقهی با مسائل جهان جدید است که هنوز در کتاب‌های توضیح المسائل به صورت "مسائل مستحدثه" (مسائل نوپدید) طرح می‌شود.

همین‌طور چالش سخت فقیهان و سلاطین بر سر منع حکومتی شراب از فصل‌های خواندنی تاریخ این دوره است.

## فصل های "در طلب کام"

عنوان‌های ده فصل این کتاب که در دو بخش آمده چنین است:

### بخش نخست عصر صفویه:

فصل نخست: نگاهی کلی: ایران از قرن شانزدهم تا قرن نوزدهم؛ فصل دوم: شراب در ایران عصر صفویه: افراط و امساک؛ فصل سوم: شراب در ایران عصر صفویه: از منع نیم‌بند تا قدغن‌کردن قطعی؛ فصل چهارم: تریاک در ایران عصر صفویه: مواد مخدر بومی‌شده؛ فصل پنجم: توتون در ایران عصر صفویه: لذت و تحریم؛ فصل ششم: قهوه در ایران عصر صفویه: بازرگانی و مصرف.

### بخش دوم عصر قاجار:

فصل هفتم شراب در ایران عهد قاجار: از نقض شریعت تا تظاهر به فسق؛ فصل هشتم: تریاک و تنباکو در ایران عصر قاجار: از لذت تا فروش و نماد ملت شدن؛ فصل نهم: از قهوه به چای: دگرگونی الگوی مصرف در عهد قاجار؛ فصل دهم: قهوه نوشیدن در قهوه‌خانه: سیاست مصرف در ایران عهد قاجار

در طلب کام، تصویری تاریخی از چهار سده ایران را پیش چشم خواننده می‌گذارد. خواننده ایران پژوه به هر جنبه از تاریخ ایران در این دوره علاقه‌مند باشد، از خواندن این کتاب نمی‌تواند تن بزند؛ زیرا این کتاب پیوستگی همه پاره‌های جامعه به هم را بازنموده و نشان داده که پدیده‌های مادی چه اثری سترگ در شکل دادن به نظام‌های اخلاقی و معنوی دارند. البته برای خواننده ایرانی، بهره از خواندن این کتاب به یافته‌ها و نتیجه‌های آن خلاصه نمی‌شود؛ بلکه شیوه تاریخ‌نویسی رودی ماتی که امروزه شیوه پذیرفته تاریخ‌نویسی در غرب به شمار می‌رود، بیش از هر چیز آموزنده است.

## کتابشناسی:

Matthee, Rudi, *The Pursuit of Pleasure, Drugs and Stimulants in Iranian History, 1500-1900*, Princeton University Press, 2005 ۳۴۷, pages

# اعتیاد، نه !!!



آمار و ارقام ارائه شده در این ویژه نامه برگرفته شده از سایت ستاد مبارزه با مواد مخدر جمهوری اسلامی ایران و انجمن جامعه شناسی ایران می باشد. با تشکر از تمامی دوستانی که ما را در گردآوری و تهیه این ویژه نامه یاری رساندند.

