

ویژه هفته مبارزه با مواد مخدر
تیر ۱۳۹۲

رمز شادابی و نشاط در زندگی سلامتی است

تاریخچه روز جهانی مبارزه با مواد مخدر:

کنفرانس بین المللی مبارزه با اعتیاد و قاچاق مواد مخدر

از تاریخ ۱۷ تا ۲۶ ژوئن ۱۹۸۷ در شهر "وین" به منظور ابراز عزم

سیاسی ملت ها در امر مبارزه با پدیده خانمان سوز و شوم مواد مخدر

تشکیل شد و در آن سندی به تصویب کشورهای شرکت کننده رسید.

این سند خط مشی همه جانبه اقدامات در امر کنترل

مواد مخدر را از سوی کشورهای شرکت کننده مشخص و آنان

را متعهد نموده است تا اقدامات بین المللی در خصوص مبارزه با

قاچاق مواد مخدر را قاطعانه دنبال کنند. در کشور ما نیز همه

ساله اقدامات موثری در این راستا صورت می پذیرد و هفته مبارزه با

مواد مخدر فرصتی است برای اطلاع رسانی و جلب مشارکت همه جانبه

سازمان ها و آحاد مردم به منظور پیشگیری ومقابله با این معضل

جهانی.

مواد



اعتیاد چیست؟

اعتیاد یعنی وابستگی به مواد به گونه ای که مضر به حال شخص و اجتماع باشد. با توجه به این تعریف لازم است بتوانیم مواد را مشخص سازیم. در متون مرتبط با اعتیاد "هروغ ماده شیمیایی که باعث تغییر در کارکرد مغز شود" را ماده و به مجموعه آن ها مواد می گویند. این تغییر می تواند به صورت هیجان، افسردگی، رفتار ناهنجار، عصبانیت ها یا اختلال در قضاوت باشد.

وابستگی به یک ماده: به معنای تمایل شدید فرد برای ادامه مصرف آن ماده می باشد. این وابستگی دارای دو جنبه روانی و جسمی می باشد. وابستگی روانی در واقع بدین صورت است که فرد دارای فعالیت های مواد جویی می باشد و جنبه جسمی آن بیشتر جنبه های فیزیولوژیک آن را با ترک و تحمل مرتبط است، شامل می گردد.

سوء مصرف مواد: حالت خفیف تر از وابستگی به یک ماده است و منظور این است که اگرچه فرد نسبت به مواد اعتیاد ندارد ولی آن را مصرف می کند. در سوء مصرف مواد، الگوی مصرف حالت مقاومت ناپذیر و اجباری ندارد.

تحمل: فرد معتاد مجبور است برای رسیدن به حالت دلخواه خود به

روزشمار هفته مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۲

شنبه ۹۲/۴/۱	نوجوانان، جوانان و پیشگیری از اعتیاد
یکشنبه ۹۲/۴/۲	محیط های کاری و پیشگیری از اعتیاد
دوشنبه ۹۲/۴/۳	باورهای دینی، فرهنگی و پیشگیری از اعتیاد
سه شنبه ۹۲/۴/۴	زنان و پیشگیری از اعتیاد
چهارشنبه ۹۲/۴/۵	رمز شادابی و نشاط در زندگی، سلامتی است نه مواد
پنج شنبه ۹۲/۴/۶	رسانه و پیشگیری از اعتیاد
جمعه ۹۲/۴/۷	خانواده و پیشگیری از اعتیاد



افراد معتاد مورد مطالعه، نقش پدر و مادر بسیار کم رنگ بوده است.

بر اساس آمارهای جهانی امروزه بحران اعتیاد در کنار بحران فقر در حال افزایش است. دو عامل مهم در گرایش به مواد مخدر در سطح جهان وجود دارد که برای کشور ما هم تبدیل به آسیب شده است. در مقدمه گزارش رسمی سالیانه سازمان ملل در مورد سوء مصرف مواد این دو عامل مهم در گرایش به مواد مخدر ذکر شده که شامل: تضعیف باورهای دینی و دیگری فروپاشی نهاد خانواده است متأسفانه ۵۸ تا ۶۰ درصد معتادان ما متاهل هستند که این نشان می دهد نهاد خانواده در کشور ما خیلی از این موضوع ضربه خورده است. نهاد خانواده ای هم که آسیب پذیر شود پارادوکسی ایجاد خواهد شد که هرچند ارزیابی شرایط عمومی مثبت باشد اما با روندی آسیب زا روبرو خواهیم شد.

اهم برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد در حوزه معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر زوار مدیر گروه سلامت روانی، اجتماعی و اعتیاد معاونت بهداشتی توجه به آموزش های پیشگیرانه و توانمندی گروه های هدف را از مهم ترین برنامه های در دست اجرای حوزه معاونت بهداشتی در سال ۹۲ اعلام نمود. وی اهداف برنامه عملیاتی سال ۱۳۹۲ حوزه پیشگیری از سوء مصرف مواد در زمینه آموزش پیشگیری را به شرح ذیل برشمرد:

- ✓ توانمند سازی روانی- اجتماعی ۱۰ درصد دانش آموزان ۱۳ تا ۱۶ ساله روستایی به میزان ۲۰٪ نسبت به وضعیت موجود در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ به منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد
- ✓ توانمند سازی روانی- اجتماعی ۵ درصد دانش آموزان ۱۳ تا ۱۶ ساله شهری به میزان ۲۰٪ نسبت به وضعیت موجود در سال تحصیلی ۹۲-۹۳ به منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد
- ✓ ارتقای سطح آگاهی ۵٪ دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مشهد و شهرستان های تابعه در زمینه پیشگیری از اعتیاد و ابتلا به آچ آی وی
- ایذ به میزان ۲۰٪ نسبت به وضعیت موجود در سال تحصیلی ۹۲-۹۳
- آقای دکتر زوار از عقد تفاهم نامه های همکاری با آموزش و

تدریج مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد. یعنی بعد از گذشت مدتی، دیگر با مصرف مقادیر قبلی مواد به حالت دلخواه نمی رسد و مرتباً مقدار مصرف خود را افزایش می دهد که به این حالت تحمل می گویند.

تاثیر خانواده در پیشگیری از سوء مصرف مواد:

خانواده نخستین نهاد اجتماعی است. مهم ترین

عامل اجتماعی شدن در زندگی هر انسان، تجارب دوران

کودکی وی در محیط خانواده است. فضای خانواده

آکنده از مهر و محبت، فداکاری و

گذشت، صمیمت و گرمی و در عین

حال گاهی توام با حسادت و اشک،

دشمنی و کینه توزی، نفرت و

خشم است. کودکان در جریان

اجتماعی شدن این گونه عواطف را در کنار والدین، خواهران و

برادران خود تجربه می کنند. وابستگی اعضای خانواده به یکدیگر آن

قدر زیاد است که هر نوع مشکل یا مسئله یکی از اعضا به طور مستقیم

یا غیرمستقیم بر زندگی سایر اعضا تاثیر می گذارد. تاثیر مهمی که

خانواده روی افراد می گذارد در آینده هم ادامه خواهد داشت. هر فردی

بر دیگر اعضای خانواده تاثیر می گذارد و خانواده آشکارا اثرات مثبت و

منفی خود را به جامعه وارد می سازد. رفتار ناهنجار افراد را نیز خانواده

شکل می دهد. خانواده هم در پیدایش و هم در تداوم اعتیاد به مواد

مخدر، نقش اساسی دارد، یعنی خانواده خود جزیی اساسی در

پیشگیری یا بروز این بیماری است. به عنوان مثال والدین خودکامه و

مستبد که به دنبال اطاعت بدون چون و چرای فرزندان هستند در

برهه های مختلف با سرکوفت زدن، بی کفایتی در قضاوت را در فرد

افزایش می دهند غافل از اینکه با این رفتار خود نه تنها بزرگ ترین

دشمنی ها را بر حق فرزند خود روا داشته اند، بلکه او را در برابر

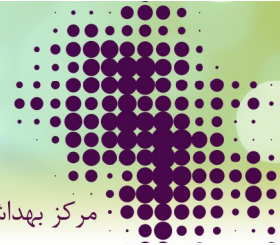
گرایش به مواد آسیب پذیر می سازند. در حالی که نوجوانانی که از

وجود والدینی قاطع و اطمینان بخش برخوردار هستند همواره فکر

می کنند که مورد مهر و محبت هستند. نتایج مطالعات انجام شده در

خانواده های افراد معتاد حاکی از این است که در بیشتر خانواده های





- ✓ مشارکت در ارتقاء کمی و کیفی طرح های راهبردی حوزه ارتقاء سلامت و پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد (شامل توانمند سازی دانشجویان در زمینه پیشگیری از سوء مصرف مواد، ایچ ای وی/ایدز و ...)
- ✓ ارتقای سطح سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد در گروه های هدف (دانشجویان - والدین)
- ✓ جلب و افزایش مشارکت دستگاه های ذیربط در اجرای طرح ها و برنامه های حوزه سلامت ، پیشگیری از آسیب های اجتماعی و سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد
- ✓ برگزاری نشست ها و جشنواره ها با موضوع توانمند سازی دانشجویان و پیشگیری از رفتارهای پرخطر (مصرف مواد و ویروس نقص ایمنی و ...)

در دانشجویان



- وی گفت این تفاهم نامه به مدت یک سال تحصیلی ۹۲-۹۳ قابل اجرا است. و در صورت موافقت طرفین قابل تکرار خواهد بود دکتر زوار در بخش دیگری از سخنان خود به اهداف و برنامه های مرتبط با کاهش آسیب ناشی از سوء مصرف مواد اشاره کرده و مهمترین اهداف سال جاری را در این برنامه به شرح ذیل برشمرد :
- ✓ افزایش دسترسی گروه های هدف (معتادان سخت در دسترس) به خدمات مراکز گذری به میزان ۱۰ درصد نسبت به سال ۹۱
 - ✓ ارتقا فرایند و بهبود شاخص دریافت تعرفه درمان نگهدارنده در مراکز گذری به میزان ۸۰ درصد تا پایان سال ۹۲
 - ✓ ارتقای کیفیت نظارت بر مراکز گذری و خدمات کاهش آسیب به میزان ۸۰٪ تا پایان سال ۹۲

- در پایان دکتر زوار به تداوم همکاری در راستای اجرای برنامه درمان معتادان متجاهر (معتادان پرخطر بی خانمانی که هیچ شغل یا خانواده ای ندارند) با شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان اشاره نمود وی در توضیح این برنامه موارد ذیل را بیان داشت: مداخله درمانی با استفاده از فشار قانون یکی از راهبردهای کشور برای مبارزه با مواد است. مراقبت ها در جایگاه های تادیبی باید به صورت ادغام یافته با خدمات موجود در جامعه ارائه شود. به همین دلیل لازم است هماهنگی کامل میان جایگاه های تادیبی و خدمات درمانی و حمایتی موجود در

پرورش و معاونت دانشجویی فرهنگی دانشگاه به منظور دستیابی به این اهداف خبر داد که خلاصه ایی از متن آن ها به شرح ذیل می باشد:

(الف) تفاهم نامه همکاری فی مابین وزارت آموزش و پرورش و وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی:

هدف کلی: ارتقای سلامت و پیشگیری از آسیب های اجتماعی، روانی، رفتارهای پرخطر و سوء مصرف مواد در دانش آموزان کلیه ی مقاطع تحصیلی کشور با اولویت مدارس در معرض خطر

اهداف تفاهم نامه:

- ✓ پیشگیری از بروز و شیوع اختلالات روانی، رفتاری و انواع رفتارهای پرخطر از جمله سوء مصرف مواد در گروه های هدف (دانش آموزان، والدین و کارمندان مدارس)
- ✓ مشارکت در ارتقاء کمی و کیفی طرح های راهبردی حوزه ی ارتقای سلامت و پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد (شامل مدارس عاری از خطر، مهارت های زندگی و مدارس مراقب)
- ✓ ارتقای سطح سلامت روانی اجتماعی و پیشگیری از آسیب های اجتماعی و اعتیاد در گروه های هدف
- ✓ ارتقای دانش و مهارت های مربیان مدارس مجری در زمینه ی پیشگیری از سوء مصرف مواد
- ✓ جلب و افزایش مشارکت والدین، کارکنان مدارس و دستگاه های ذی ربط در اجرای طرح ها و برنامه های حوزه ی سلامت، پیشگیری از آسیب های اجتماعی و سلامت روانی اجتماعی و اعتیاد

وی گفت این تفاهم نامه به مدت ۴ سال تحصیلی (۱۳۹۱-۱۳۹۵) قابل اجرا است و در صورت تمایل طرفین برای سال های تحصیلی بعد نیز قابل تمدید است.

(ب) تفاهم نامه همکاری فی مابین معاونت دانشجویی ، فرهنگی و معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد:

اهداف تفاهم نامه

- ✓ افزایش دانش و اطلاعات در مورد انواع مواد و راه های انتقال بیماری (ایچ آی وی/ایدز) و سایر رفتارهای پرخطر در گروه های هدف (دانشجویان - والدین)



(۸) فاقد گواهی موضوع ماده (۱۵) و متجاهر به اعتیاد، با دستور مقام قضایی برای مدت یک تا سه ماه در مراکز دولتی و مجاز درمان و کاهش آسیب نگهداری می‌شوند. تمدید مهلت برای یک دوره سه‌ماهه دیگر با درخواست مراکز مذکور بلامانع است. با گزارش مراکز مذکور و بنابر نظر مقام قضایی، چنانچه معتاد آماده تداوم درمان طبق ماده (۱۵) این قانون باشد، تداوم درمان وفق ماده مزبور بلامانع می‌باشد. متن قانون اصلاحیه مبارزه با مواد مخدر به این شرح است: این اصلاحیه که در اجرای بند هشتم اصل ۱۱۰ قانون اساسی آمده است، با الحاق تبصره دو به ماده یک قانون، از این پس رسیدگی به جرایم مواد روان گردان های صنعتی غیر دارویی تابع مقررات رسیدگی به جرایم مواد مخدر است، هم چنین در تمام بندها و مواد آن پس از عبارت "مواد مخدر" عبارت "یا روان گردان های صنعتی غیر دارویی" اضافه شد. هم چنین با اصلاح ماده ۴ و ۸ قانون هر کس هر نوع مواد مخدر یا روان گردان های صنعتی غیر دارویی که فهرست آنها به تصویب مجلس شورای اسلامی می‌رسد را به هر نحوی به کشور وارد و یا به هر طریقی صادر یا ارسال کند یا مبادرت به تولید، ساخت، توزیع، فروش، نگهداری و یا حمل کند با رعایت تناسب و با توجه به مقدار مواد مذکور به مجازات های مندرج در این ماده قانونی محکوم میشود در اجرای مواد ۱۵ و ۱۶ اصلاحیه قانون اصلاح قانون مبارزه با مواد مخدر مصوب ۱۳۷۶ مصوب ۱۳۸۹/۰۵/۰۹ مجمع تشخیص مصلحت نظام آیین نامه مراکز مجاز درمان و کاهش آسیب به شرح ذیل تدوین گردید:

الف- مراکز درمانی که حسب نوع خدمتی که ارائه می نمایند به شرح زیر می باشند.

مرکز درمان سرپائی سوء مصرف مواد، مرکز یا بخش درمان بستری سوء مصرف مواد، مرکز اقامتی میان مدت درمان سوء مصرف مواد-داوطلبانه، مرکز اقامتی خودیاری گروه همتا، مرکز اقامتی بلندمدت اجتماع مدار، مرکز درمان سوء مصرف مواد با داروهای آگونیست، مرکز مشاوره بیماری های رفتاری،

مرکز جامع درمان سوء مصرف مواد، مرکز اقامتی درمان اجباری

ب- مراکز کاهش آسیب که در مورد معتادانی که قادر و حاضر به ترک دائم نیستند و به دلیل رفتارهای پرخطری که از خود بروز می دهند به منظور کنترل و کاهش آسیب های آنان به جامعه و سایر افراد تاسیس و اداره می گردند.

جامعه وجود داشته باشد هدف کلی این برنامه استفاده از فشار قانونی برای درگیر نمودن و نگهداری در درمان آن دسته از افراد بی خانمان مبتلا به شکل تزریقی اختلالات مصرف مواد است که به صورت داوطلبانه به جایگاه های ارائه خدمات موجود در جامعه مراجعه نمی کنند.

اهداف اختصاصی عبارتند از: افزایش ورود گروه هدف به برنامه

های درمانی، افزایش ماندگاری در درمان، کاهش یا قطع مصرف مخدر غیرقانونی در جمعیت هدف، افزایش آگاهی جمعیت هدف از خطرات اعتیاد تزریقی، کاهش رفتارهای پرخطر (تزریق اشتراکی، ارتباط جنسی غیرایمن، ...)، کاهش میزان ارتکاب جرم و بازگشت به جرم، افزایش کارکرد فردی، بین فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی.

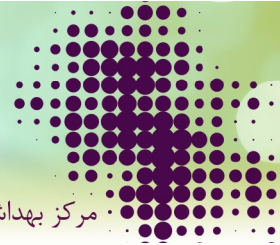
از قانون مبارزه با مواد مخدر چه می دانید؟

قانون مبارزه با مواد مخدر و الحاق موادی به آن در تاریخ ۱۳۶۷/۰۸/۰۳ توسط مجمع تشخیص مصلحت نظام به تصویب رسید که شامل ۴۵ ماده می باشد، این قانون پس از تایید مقام معظم رهبری برای اجرا به قوه قضائیه ابلاغ شد. در میان کلیه مواد ماده ۱۵ و ۱۶ این قانون بیشترین ارتباط کاری را با حوزه بهداشت و درمان دارد که خلاصه ایی از آن در ذیل آمده است:

ماده ۱۵ - معتادان مکلفند با مراجعه به مراکز مجاز دولتی، غیردولتی یا خصوصی و یا سازمان های مردم نهاد درمان و کاهش آسیب، اقدام به ترک اعتیاد نمایند. معتادی که با مراجعه به مراکز مذکور نسبت به درمان خود اقدام و گواهی تحت درمان و کاهش آسیب دریافت نماید، چنان چه متجاهر به اعتیاد ننماید از تعقیب کیفری معاف می‌باشد. معتادانی که مبادرت به درمان یا ترک اعتیاد ننمایند، مجرمند.

تبصره ۱- مراکز مجاز موضوع این ماده، براساس آیین نامه ای که توسط وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رفاه و تامین اجتماعی ظرف مدت سه ماه پس از تصویب این قانون تهیه و به تصویب ستاد می‌رسد، تعیین می‌شود.

ماده ۱۶ - معتادان به مواد مخدر و روان گردان مذکور در دو ماده (۴) و



تازه های پیشگیری و درمان:

در سال ۱۳۹۲ در راستای پیشگیری و درمان اعتیاد از سوی وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی، دو دستورالعمل جدید نهایی شده و برای اجرا، ابلاغ شدند ذیلا به خلاصه ای از این دو دستورالعمل اشاره می شود:

۱- پروتکل مدیریت وابستگی به مواد در بارداری، زایمان، شیردهی و نوزادی:

وابستگی و سوء مصرف مواد در زنان روندی رو به افزایش دارد. به نظر می رسد اعتیاد در زنان ویژگی های خاصی دارد. توجه به این ویژگی ها به پیش بینی سیر اختلال و برنامه ریزی های درمان کمک می کند. برای ارتقاء برآیندهای بارداری و نوزادی در سوء مصرف کنندگان مواد به هماهنگی و همکاری یک تیم چند تخصصی نیاز است تا خدمات درمانی مورد نیاز تداوم داشته باشند. این تیم شامل: پزشک خانواده، بهورز، ماما، متخصص بیماری های زنان و زایمان، متخصص روان پزشکی، پزشک درمان گر سوء مصرف مواد، متخصص کودکان یا فوق تخصص نوزادان، کارکنان بخش زایمان، متخصص بیهوشی، مددکار اجتماعی و سایر متخصصان است. در این پروتکل تاکید شده که برای حفظ هماهنگی بین اعضاء تیم، رویکرد تداوم مراقبت بهترین روش برای مراقبت بارداری در زنان وابسته به مواد است.

۲- پروتکل محرک ها (مدل ماتریکس)

مشکل سوء مصرف و وابستگی به موادمصنعی به ویژه مت آمفتامین در سال های اخیر به ویژه در چندسال گذشته به مشکل جدی و بحث برانگیز تبدیل شده، به طوری که بسیاری از مسؤولان را در تمام سطوح از تصمیم گیری تا اجرا به چاره اندیشی انداخته است. هدف از تدوین نسخه اولیه راهنمای بسته آموزشی درمان غیردارویی سوء مصرف مواد محرک برای ارائه دهندگان خدمات درمانی (روان شناسان و پزشکان، روان پزشکان، مشاوران، مددکاران، پرستاران و بهیاران)، فراهم آوردن یک راهنما براساس مداخلات مبتنی بر شواهد جهت درمان بیماران سوء مصرف کننده موادمحرک است. این راهنما سعی دارد ظرفیت ارائه خدمات به بیماران مصرف کننده موادمحرک را از

طریق افزایش دانش، مهارت، اعتماد به نفس و بهبود ظرفیت های آنان ارتقاء بخشد.

مقالات علمی مرتبط

روان پریشی گرایی در مصرف کنندگان حشیش: برخی افراد حشیش را یک ماده بی زیان می دانند از این رو مصرف تفریحی و شیوع آن در بسیاری از کشورها افزایش یافته است. معمولاً مصرف حشیش از سال های نوجوانی آغاز می شود و سال ها ادامه می یابد، بنابراین بسیاری از افراد ۲۰ تا ۳۰ ساله از مصرف کنندگان دراز مدت حشیش به شمار می روند. این الگوی مصرف، پیامدهای زیان بار ناشی از مصرف حشیش شامل افزایش سوانح رانندگی و مانند آن، اختلال در رشد دوران بلوغ و عملکرد تحصیلی، بیماری های تنفسی، تشدید روان پریشی و مصرف سایر داروهای غیرقانونی را افزایش می دهد.

بررسی ها نشان می دهند که مصرف حشیش در بسیاری از مصرف کنندگان دایمی با پیامدهای روانی ناگواری همراه است که شایع ترین آن ها احساس اضطراب، پارانویا (حالتی است که شخص در آن اهمیت فوق العاده و خارج از اندازه ای به سلامت جانی و مالی خود داده، و خود را شکنجه می دهد)، افسردگی و کاهش انگیزه بوده است.

پیشگیری اولیه از اعتیاد با تمرکز بر محیط کار: سوء مصرف مواد مختص بعضی محیط های کاری یا کشورها نمی شود و در بسیاری از کشورها سهم مهمی در حوادث، غیبت از کار، مشکلات بهداشتی، سرقت، تولید کم و از دست دادن شغل دارد. به گونه ایی که برای کارگران، سبب آسیب به سلامت و بوجود آمدن صدمات، مشکلات خانوادگی، ازدست دادن شغل و برخوردهای انضباطی و نهایتاً فقر و انحراف اجتماعی می شود و برای صاحبان مشاغل، سبب مشکلات ایمنی که بر روی بنگاه اقتصادی، نیروی کار و نهایتاً مردم اثر می گذارد شده، و افزایش هزینه، کاهش تولید و از دست دادن توان رقابت را به دنبال خواهد داشت. در اقتصاد جهانی امروز که تاکید بر واکنش سریع، خلاقیت و تنوع، و ظرفیت تجدید دائمی مهارت ها است. می توان فهمید که انکار مشکلات سوء مصرف در محیط کار و هزینه های آن گزینه قابل دوامی نخواهد بود. در نگاه سنتی تمرکز بر شناسایی و بازتوانی





اعتیاد نقش دارد. در زیر به انواع خانواده هایی که در اعتیاد جوانان به گونه ای نقش دارند اشاره می کنیم:

● **خانواده های سخت گیر و مستبد:** که والدین حالات عاطفی و روانی مطلوبی ندارند و نسبت به نیازهای طبیعی و ضروری فرزندان خود بی اعتنا هستند و کوچک ترین توجهی به خواسته ها، نظرات، ایده ها و عقاید آنان ندارند. روابط این گونه والدین با فرزندان خود بسیار نامطلوب و دور از مهر و محبت است. سختگیری ها، خشونت ها، سرزنش ها و تحقیرهای آنان اثرات مخرب و جبران ناپذیری بر روی ساختار شخصیتی کودک و نوجوان باقی می گذارد و احساس حقارت، احساس بی کفایتی، ترس، انزوا و گوشه گیری، ناتوانی در برقراری روابط عاطفی و اجتماعی، ناسازگاری، پرخاشگری و... می تواند زائیده چنین رفتارهای ناسنجیده و نا بخردانه والدین باشد. این حالات روانی همان زمینه های مناسبی است که سبب اعتیاد به مواد مخدر می گردد.

خانواده سهل گیر: که والدین به کودک و نوجوان خود آزادی کامل می دهند و هیچ گونه کنترل و نفوذی روی فرزندان خود ندارند. فرزندان آنان آزادند که هر عملی دل شان می خواهد انجام دهند، بدون آنکه مانعی در پیش روی خود داشته باشند. با چنین شیوه تربیتی فرزندان کمتر با مفاهیم خوب و بد، زشت و زیبا، پسندیده و ناپسند آشنا می شوند و در نتیجه رشد شخصیت آنان دچار اختلال می گردد. این گونه افراد چون در زمان کودکی و نوجوانی امیال و خواسته های شان بی چون و چرا ارضا شده و کمتر مزه تلخی ها و محرومیت ها را چشیده اند و ورزیدگی لازم برای مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی را ندارند. بهترین راه را برای گریز از مشکلات، پناه بردن به مواد مخدر می دانند.

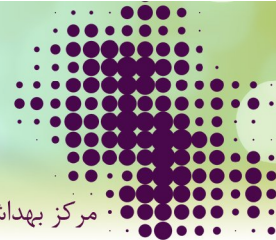
خلاصه ای از گزارش عملکرد حوزه معاونت بهداشتی در زمینه برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد در سال ۹۱

الف- برنامه آموزش پیشگیری: برگزاری مجموعه کارگاه های آموزشی پیشگیری از سوء مصرف مواد ویژه کارکنان در قطب های استانی (به صورت حضوری و مجازی) و همایش های تخصصی مرتبط

کارگرانی بود که از مشکل شدید مصرف مواد رنج می بردند. ولی با گذشت زمان، درک دامنه، طبیعت و هزینه مشکل عمیق تر شد. بنگاه های اقتصادی پیشرفت کردند. سازمان ها و کشورها تاکید بیشتری بر گسترش مشارکت جامع به منظور ارتقاء و اصلاح واقعی شرایط در محیط کار کردند. یکی از مشکلات اصلی در مقابله با سوء مصرف مواد الکل در محیط کار و حتی اجتماع، موضوع پذیرش گسترده مصرف مواد به میزان قابل قبول در بعضی مشاغل است. وجود بعضی باورهای غلط در خصوص بی خطر بودن و حتی مفید بودن مصرف مقدار کم مواد و الکل موجب مصرف آن در بین بعضی افراد می شود. هرچند آسیب های قابل ملاحظه ای در پی مصرف به اصطلاح کم، گریبان گیر آنها می شود. بهزیستی و سلامت کارکنان به میزان قابل توجه، بستگی به رفتار مدیران آنها دارد. مدیران باید هنجارهای اخلاقی معینی مثل حسن سلوک، عدالت، صداقت و احترام را مدنظر قرار دهند. رفتار مدیر در سازمان می تواند الگوی مناسبی برای یادگیری چگونگی رفتار مناسب در سازمان باشد. عوامل خطر مصرف مواد و الکل در محیط کار عبارتند از: سنگینی کار، استرس، یک نواختی کار، خستگی، خشم، سرعت در کار، مشکلات کاری (با زیردست یا زبردست)، تبعیض، خشونت، درگیری و مشکلات بین فردی، رقابت کاری، عدم ارتقاء شغلی، شیفت کاری نامناسب (شیفت شبانه)، کارهای اقماری، دوری از عوامل محافظ مانند خانواده، حالات و مشکلات عاطفی و روانی (اضطراب، افسردگی).

سبب شناسی اعتیاد:

در سبب شناسی اعتیاد هیچ محقق نیست که روی عامل خاصی تکیه کرده باشد. عوامل اجتماعی و محیطی، عوامل روان پویایی و پسیکوپاتولوژیک، یادگیری و از همه مهم تر عوامل خانوادگی همه در اعتیاد به داروها و مواد، موثر شناخته شده اند. خانواده جزء مهم ترین عامل در گرایش جوانان به اعتیاد است. اگر محیط خانواده ناسالم و نامناسب و روش تربیت نادرست باشد بی شک منشاء و سرچشمه بسیاری از انحرافات، کج رفتاری ها و اختلالات رفتاری خواهد شد. خانواده به شکل های متفاوت در گرایش جوانان و نوجوان به



از جمله :

- ✓ برگزاری دوره آموزشی پودمانی غیر حضوری پیشگیری از سوء مصرف مواد ویژه مدیران و کارکنان
- ✓ برگزاری همایش آنچه از شیشه باید بدانیم
- ✓ برگزاری همایش راهکارهای پیشگیری نوین در برنامه های سوء مصرف مواد
- ✓ برگزاری کارگاه آموزشی پیشگیری و درمان اعتیاد در دوران بارداری و شیردهی

✓ تهیه ، تدوین و توزیع متون آموزشی مورد نیاز برنامه های آموزش پیشگیری از جمله :

- ✓ تدوین ، چاپ و توزیع ویژه نامه پیشگیری از سوء مصرف مواد
- ✓ ارسال محتواهای آموزشی به شهرستان های تابعه و دستور العمل استفاده از آن (۳ عنوان سی دی و ۱۱ عنوان کتاب)

- ✓ تهیه و توزیع پمفلت و لوح فشرده آنچه از شیشه باید بدانیم
- ✓ برگزاری هفته مبارزه با مواد مخدر سال ۱۳۹۱ و دریافت لوح تقدیر از سوی وزیر محترم بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی به عنوان دانشگاه برتر در همایش کشوری ، حضور در نمایشگاه اوقات فراغت استان



ب- برنامه کاهش آسیب: - طراحی و چاپ دفتر ثبت خدمات کاهش

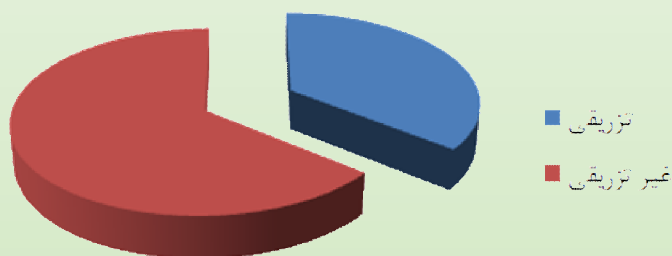
- آسیب و دفتر درمان به منظور تسهیل و دقت در آمار دهی
- ✓ انجام بازدیدهای کارشناسی ، تکمیل چک لیست و ارائه بازخورد
- ✓ آموزش نیروهای مراکز گذری
- ✓ پیگیری چالش های برنامه در خصوص پیمانکاران و جابجایی پرسنل و ثبت واقعی خدمات
- ✓ پیگیری اعتبارات و درخواست های مطرح شده در بازدیدها
- ✓ تدوین چک لیست ارزشیابی عملکرد برنامه های ستادی شهرستان در

بخش کاهش آسیب

- ✓ تشکیل کمیته کاهش آسیب با حضور روسای مراکز بهداشت شهرستانها و سایر ادارات مرتبط از جمله بهزیستی ، شورای هماهنگی و ...
- ✓ تدوین شرح وظایف مراکز بهداشتی درمانی در خصوص مراکز گذری تحت پوشش
- ✓ آموزش ۳۰ نفر از پزشکان در دوره های MMT (معتادانی که تغییر روش داده اند و به جای مواد متادون مصرف می کنند)

عنوان خدمت	سال ۹۱
خدمات درمان نگهدارنده با متادون	۶۸۰
خدمات حمایتی در مراکز گذری (تفرخمت)	۶۵۹۱
سرنگ توزیع شده	۱۱۲۹۱۶
سرنگ جمع آوری شده	۸۷۷۹۵

نمودار مقایسه ای بیماران تحت درمان نگهدارنده با متادون در مراکز گذری به تفکیک روش



ج- برنامه درمان اجباری معتادان متجاهر:

- این برنامه با مشارکت شورای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان و سایر ادارات مرتبط در سال ۱۳۹۱ شروع شد و طی آن ۱۵۰۰ معتاد خیابانی جمع آوری و در ۶ مرکز مجری ماده ۱۶ قانون مبارزه با مواد مخدر سامان دهی شدند. برخی از اقدامات صورت پذیرفته عبارتند از:
- ✓ انجام ۱۷ بازدید کارشناسی از مراکز مجری و ارائه بازخورد
- ✓ تدوین چک لیست و شرح وظایف تیم های نظارتی
- ✓ تشکیل شش تیم نظارتی جهت نظارت بر عملکرد مراکز مجری
- ✓ هماهنگی جهت تحویل اقلام بهداشتی مورد نیاز (شامپو، کاندوم و ...)



✓ هماهنگی در راستای انجام کلرسنجی آب شرب و صدور کارت بهداشت کارکنان مراکز مجری برنامه

✓ هماهنگی در راستای انجام تست سریع ایدز و هیپاتیت

✓ هماهنگی در راستای واکسیناسیون کارکنان و مددجویان مراکز

✓ ثبت اطلاعات دموگرافیک و تکمیل پرسشنامه کیفیت زندگی

✓ برگزاری جلسات آموزشی ویژه پرسنل مراکز و مددجویان

د- برنامه ادغام خدمات پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در نظام شبکه:

این برنامه با مشخص کردن وظایف کارکنان بهداشتی در سطوح مختلف ارایه خدمات بر آموزش و سپس بیماریابی تاکید دارد. این خدمات در کلیه سطوح نظام شبکه انجام می گیرد. به منظور ارزیابی و ارزشیابی فعالیت های انجام شده فرم های خودارزیابی در سطوح مختلف ارایه خدمات تنظیم شده است، که در هر فصل تکمیل می گردد. در استان خراسان رضوی این برنامه در شهرستان قوچان به عنوان دهمین شهر مجری برنامه از سال ۱۳۸۹ آغاز شد. فعالیت های برنامه ادغام شهرستان قوچان در قالب پنج استراتژی پژوهشی، آموزشی، درمان، کاهش آسیب و بازتوانی و هماهنگی به شرح ذیل طی سال های ۹۱-۸۹ انجام شده است:

۱. انجام چهار طرح تحقیقاتی مرتبط و کسب مقام پژوهش برتر در حوزه

توسعه روستا در جشنواره هفته پژوهش استانداری خراسان رضوی سال ۱۳۹۰ و ارایه پوستر به کنگره پزشک خانواده و کسب مقام پوستر برتر در سال ۹۱

۲. آموزش ۱۰۰٪ گروه های تخصصی (پزشک، کارشناس، کاردان و بهورز)

۳. آموزش ۱۰۰٪ داوطلبان سلامت

۴. انجام مداخلات آموزشی در زمینه افزایش آگاهی دانشجویان (دستیابی به ۷۷/۵٪ ارتقای آگاهی بعد از مداخله)

۵. آموزش ۳۱۴۳۶ نفر در سال ۸۹، ۷۰۲۱۵ نفر در سال ۹۰ و ۴۵۲۳۴ نفر در سال ۹۱ از جمعیت تحت پوشش

۶. توزیع ۲۱۳۶۷ عدد و جمع آوری ۹۷۲۳ عدد سرنگ در مرکز گذری

۷. توزیع ۶۰۳۸ عدد و جمع آوری ۱۲۹۲۵ عدد سرنگ توسط تیم سیار

۸. تغییر الگوی مصرف ۲۰۹ معتاد تزریقی از روش پرخطر تزریق با سرنگ مشترک به روش کم خطرتر تزریق ایمن در سال ۹۰ و ۹۱

۹. برگزاری جلسات متعدد هماهنگی با مسؤولین ادارات و نهادها و افراد تاثیر گذار شهرستان از جمله شورای اداری، مجمع خیرین سلامت، سپاه و نیروی انتظامی، آموزش و پرورش، ائمه جمعه و جماعات، داوطلبان متخصص و ..

لطفا نظرات و پیشنهادات و مطالب خود را به آدرس SHC.VHJ@mums.ac.ir ارسال نمایید.

یا به وبلاگ گاهنامه مراجعه نمایید: <http://voiceofhealth.mihanblog.com>

شماره مجوز: ک/ش/۴۱۱

شماره مجوز کمیته رسانه: ۹۲-۰۲-۰۰۵

صاحب امتیاز: معاونت بهداشتی دانشگاه

مدیر مسئول و سردبیر: دکتر علی صباغ گل

گرافیک و صفحه آرایی: مهرداد یوسفی فرد

مسئول دبیرخانه: نسرين خيلا

دوره انتشار: گاهنامه

آدرس دبیرخانه: انتهای خیابان سناباد، مرکز بهداشت استان خراسان رضوی

تلفن: ۸۴۳۸۷۰۴

همکاران این شماره:

خانم ها: نسرين خيلا، فاطمه کيبي، دکتر زهرا نهبندانى، سميه خديوى زند،

دکتر هما کاوه، صغری حجازی، زهره عرب نژاد

آقایان: دکتر عباس زوار، دکتر امیر محمد شریف رضویان، مهرداد یوسفی فرد،

حجت ا... حیدری، مهندس سید کاظم بحرینی