

مواد مخدر و پیامدهای سوء آن

مخدر

ماده مخدر (Narcotic) یا سرخوش نما، نامی عمومی برای انواع مختلفی از داروها و ترکیبات طبیعی، شیمیایی است که اغلب به دلیل احتمال ایجاد وابستگی به مصرف جزو مواد اعتیادآور طبقه‌بندی شده و معمولاً خرید و فروش آن‌ها ممنوع است.

انواع مختلفی از مواد مخدر و اعتیاد آور وجود دارند و به همین دلیل، فرد معتاد در طول زمان، برای ارضا و احیای حس نشئگی، معمولاً از مادهٔ مخدر به مخدری قوی‌تر نیازمند می‌شود. بنابر آمار سازمان ملل متحد در سال ۲۰۱۰ میلادی، از میان ۲۲۰ میلیون مصرف‌کننده مواد مخدر اعتیاد آور در جهان، بیش از ۱۶۰ میلیون نفر (افزون بر ۷۰ درصد) حشیش و فرآورده‌های گیاه شاه‌دانه هندی (کانابیس) استفاده می‌کنند.

تعریف مواد مخدر

مخدر: تخدیر کننده، هرآنچه که باعث ایجاد تغییر غیرطبیعی در عملکرد دستگاه عصبی مرکزی شود
مواد مخدر به آن دسته از ترکیبات شیمیایی گفته می‌شود که مصرف آن‌ها باعث دگرگونی در سطح هوشیاری و عملکرد مغز شود.

مواد مخدر و اعتیاد

اعتیاد نوعی بیماری مغزی مزمن، پیشرونده و عود کننده است که باعث می‌شود با وجود پی آمدهای ناگوار مصرف مواد، فرد معتاد باز هم برای به دست آوردن یا مصرف مواد مخدر خود را به هر دری بزند. اعتیاد از آن جهت بیماری محسوب می‌شود که مصرف مواد مخدر، ساختار مغز و نحوه فعالیت آن را تغییر می‌دهد. تغییراتی که بر اثر مصرف مواد مخدر در مغز انسان به وجود می‌آید ممکن است پایدار و بلند مدت باشد و به ایجاد رفتارهایی زیانبار در کسانی که مواد مخدر مصرف می‌کنند منجر شود. اعتیاد کاملاً شبیه به سایر بیماری‌های مزمن همچون بیماری قلبی و یا دیابت است. چراکه در هر دوی این بیماری‌ها فعالیت عادی و سالم یکی از اندام‌های بدن مختل شده و پیامدهای زیانباری به همراه می‌آورد. باید توجه داشت که این بیماری‌ها قابل پیشگیری و قابل درمان هستند، ولی چنانچه اقدامی هر چه سریع تر در مورد آنها صورت نگیرد تا پایان عمر ادامه پیدا خواهند کرد.

آثار مواد مخدر بر مغز

مهم‌ترین محل تأثیر مواد مخدر بر مغز است. در مغز گیرنده‌هایی وجود دارد که این مواد بر آن‌ها اثر می‌کنند. این گیرنده‌ها به ۳ گروه تقسیم می‌شوند:

۱. اثر بر گروه اول سبب تنظیم و کاهش احساس درد، کاهش فعالیت مرکز تنفس، یبوست و اعتیاد می‌شود.

۲. اثر بر گیرنده‌های دوم سبب کاهش احساس درد و افزایش حجم ادرار می‌شود.

۳. اثر مواد مخدر بر گیرنده‌های سوم سبب کاهش احساس درد می‌شود.

مواد مخدر پس از مصرف وارد سیستم ارتباطی مغز شده و فرایند عادی ارسال، دریافت و پردازش اطلاعات از سوی سلول‌های عصبی را مختل می‌کنند. ساختار شیمیایی برخی از مواد مخدر از جمله ماری‌جوانا و هروئین شبیه نورون‌های فرستنده طبیعی مغز است و در نتیجه نورون‌ها را تحریک می‌کند. شباهت ساختار شیمیایی این گونه مواد مخدر به نورون‌های فرستنده طبیعی سبب می‌شود تا سلول‌های گیرنده مغز فریب خورده و اجازه دهند تا مواد مخدر وارد سلول‌های عصبی شده و آنها را تحریک کنند. گرچه ساختار شیمیایی این گونه مواد مخدر شبیه ساختار مواد شیمیایی مغز است اما سلول‌های عصبی مغز را به طور طبیعی تحریک و فعال نمی‌کنند و سبب می‌شوند تا پیام‌های غیرعادی در شبکه عصبی مغز جریان پیدا کنند. برخی دیگر از مواد مخدر همچون آمفتامین و کوکائین باعث می‌شوند تا سلول‌های عصبی مغز به مقدار بسیار زیادی نورون‌های فرستنده طبیعی ایجاد کند یا از گردش عادی این مواد شیمیایی در مغز جلوگیری می‌کنند. ایجاد چنین اختلالی سبب می‌شود تا یک پیام بسیار قوی در مغز ایجاد شده و کانال‌های ارتباطی مغز مختل شود. تفاوت میان طنین پیام طبیعی و پیامی که بر اثر مصرف این گونه مواد مخدر در مغز ایجاد می‌شوند شبیه تفاوت میان سخنانی است که کسی در گوش شما زمزمه کند و صدایی که با فریاد کشیدن در برابر میکروفون ایجاد می‌شود.

سرعت مسمومیت توسط مواد مخدر

۱. خوردن: بین ۲۰ تا ۳۰ دقیقه
۲. تزریق کردن در رگ: بین ۱۵ تا ۳۰ ثانیه
۳. تزریق کردن در ماهیچه: بین ۳ تا ۵ دقیقه
۴. استنشاق: بین ۵ تا ۸ ثانیه
۵. ریختن در چشم: بین ۳ تا ۵ دقیقه

دسته بندی

مواد مخدر را به چهار گروه اصلی تقسیم می کنند

۱ (افسردگی) depressant

مواد مخدری که واکنش های مغز را آهسته می کند.

اثرات: کم شدن سرعت تنفس و ضربان قلب - کم شدن فشار خون - خواب آور

(هروئین، تریاک، مورفین)

۲ (محرک) stimulant

مواد مخدری که به سیستم عصبی بدن سرعت می بخشد.

اثرات: بیشتر شدن سرعت تنفس و ضربان قلب، بیشتر شدن فشار خون، جلوگیری از خواب

(کوکائین - نیکوتین)

۳ (توهم زا) hallucinogen

مواد مخدری که باعث حالت هایی مثل هذیان می شود.

اثرات: از دست دادن حافظه؛ لرزش؛ حالت استفراغ و عوض شدن اخلاق

(PCP- LSD)

۴ (استنشاقی) inhalant

مواد مخدری که از طریق استنشاق استفاده می شود.

اثرات: آهسته شدن فرایند مغز، بیشتر شدن ضربان قلب و سردرد

(ماری جوانا - چسب)

انواع مواد مخدر

حشیش (CANNABIS) به صورت تکه‌های جامد، از رزین گیاه شاهدانه می‌باشد، قهوه‌ای و یا مشکی است. خطرات کوتاه مدت: احساس سردرگمی، اضطراب، هراس، بدگمانی، توانایی یادگیری کاهش می‌یابد، هماهنگی حرکات مختل می‌شود.

خطرات دراز مدت: پارانوئید، اسکیزوفرنی، جنون، روان‌پریشی، افسردگی و اضطراب، استعمال آن همراه با سیگار سبب آسیب جدی به ریه‌ها می‌گردد.

ماری‌جوانا (MARIJUANA) از گل گیاه شاهدانه (ماده) بدست می‌آید. خطرات: پارانوئید، سرگیجه، خشکی ملتحمه چشم، افزایش فشار خون.

هروئین (HEROIN) از خشخاش بدست می‌آید، شکل تغییر یافته مورفین است. خطرات: بسیار اعتیاد آور است، هیپاتیت، استعمال بیش از حد تنفس را متوقف کرده و سبب مرگ می‌شود. چون با موادی همچون گچ، آرد، تالک و غیره ترکیب می‌گردد استعمال تزریقی آن سبب ایجاد حساسیت در بدن و خارش شدید می‌شود. صدمه به قلب و عروق خونی، عفونت، هموروئید و سوء تغذیه، آسیب به کبد و کلیه.

مورفین (MORPHINE) که از تریاک گرفته می‌شود و بدو صورت مایع و پودر مصرف می‌گردد، مصرف این مواد در بین جوانان زیاد است و ماده‌ای خواب‌آور و اثرات تریاک را دارد.

کوکائین (COCAIN) گرد سفید رنگی که از برگهای خشک شده گیاه کوکا به دست می‌آید. خطرات: استنشاق آن از راه بینی سبب آسیب به پره میانی بینی شده و در آن ایجاد حفره می‌کند. آنقدر خطرناک است که با اولین مصرف می‌تواند سبب سکته قلبی شود. مشکلات تنفسی، آسیب به ریه، تشنج و مرگ ناگهانی. در دراز مدت نیز سبب پارانوئید، توهم، خشونت و کاهش وزن می‌گردد. به مغز و قلب نیز آسیب جدی می‌رساند.

ال اس دی (LSD) مخفف LYSERGIC-ACID-DIETHYLAMIDE است. خطرات: افسردگی، روان‌پریشی، پرخاشگری، جنون، تشنج، مرگ، خودکشی از عواقب مصرف آن بشمار می‌رود.

اکستازی (ECSTASY) خطرات: گرم‌زدگی، افزایش شدید گرمای بدن که بسیار خطرناک است، فرد برای رفع تشنگی ممکن است آب فراوان بنوشد که این خود سبب رقیق شدن بیش از حد خون و از میان رفتن تعادل سدیم خون شده و سبب تورم اعضاء بدن همچون مغز و در نهایت مرگ فرد می‌شود، پس از یکی دو روز بعد فرد احساس افسردگی و خستگی می‌کند، سبب آسیب به کبد، کلیه و مغز می‌شود، توهم گویی، استفراغ، تشنج.

کتامین (KETAMIN) خطرات: در کوتاه مدت سبب مشکلات بینایی، عدم تعادل و هماهنگی، توهمات وحشتناک و در دراز مدت سبب احساس گم‌گشتگی و جدایی از واقعیت می‌گردد.

متادون (METHADONE) خطرات: سبب کما و مرگ می‌گردد.

آمفتامین (AMPHETAMINES) خطرات: در کوتاه مدت سبب احساس اضطراب، افسردگی و خستگی می‌شود، افزایش ضربان قلب و تنفس، اختلال در دید، خشکی دهان، سرگیجه و خشونت، مرگ ناگهانی و سکت قلبی شده و در دراز مدت سبب توهم، وحشت‌زدگی، کاهش وزن، آسیب به مغز و حافظه، تشنج و مرگ می‌شود.

قارچ (MAGIC MUSHROOMS) خطرات: درد شکم، اسهال، تهوع و مرگ در پی مصرف قارچ‌های سمی. قارچ مقدس یا همان قارچ سیلوسایبین، مخدر محسوب می‌شود.

جی ایچ بی (GHB) مخفف GAMMA HYDROXYBUTYRATE است. خطرات: تهوع، خواب‌آلودگی، احساس گم‌گشتگی، تشنج و مشکلات تنفسی.

حلالها (INHALANTS) خطرات: کوتاه مدت سبب تهوع، سرفه شدید، لکه اطراف دهان، خفگی و در دراز مدت سبب سر درد، خونریزی بینی، کاهش حس بویایی، کاهش اکسیژن به مغز و آسیب به مغز، آسیب به کلیه‌ها، کبد و سیستم عصبی و شش‌ها می‌شود.

استروئیدها (STEROIDS) خطرات: افزایش فشار خون، کلسترول بالا، بیماری کلیه و کبد، صدمه به قلب، دیابت، یرقان، افسردگی، رفتارهای خشونت‌آمیز. در مردان: رشد سینه، تحلیل بیضه، کاهش اسپرم، ناباروری، آکنه، سکت.

سرکوبگرها و مسکنها (TRANQUILIZERS= DEPRESSANT) خطرات: اعتیاد آور، کاهش انرژی، کاهش حافظه، افسردگی، بی‌خوابی و حملات هراسی.

پی سی پی (PCP) اثرات: عدم تمرکز، اضطراب، افسردگی.

اکسی کنتین (OXYCONTIN) خطرات: مانند مسکن‌ها.

تریاک (OPIUM) خصوصیات: شبیه هروئین دارد. تریاک از گیاهی به نام کونار یا خشخاش گرفته می‌شود. با مصرف تریاک ابتدا نوعی خوشحالی زودگذر به شخص دست می‌دهد. پس از آن مرحله منفی آغاز می‌شود که

فرد را به مصرف مجدد تریاک وامی‌دارد. حرکات ارادی معتاد پس از مرحله اول کند می‌شود و شخص نسبت به امور بی تفاوت می‌شود. مصرف تریاک می‌تواند باعث مسمومیت حاد و مزمن شود.

مواد روان گردان

مواد روان گردان به ۴ گروه اصلی تقسیم‌بندی می‌شوند:

- STIMULANT (محرک‌ها): افزایش انرژی، هوشیاری ذهنی و فعالیت جسمانی، کاهش خستگی، سرکوب گرسنگی، افزایش ضربان قبل و فشار خون. مثال: کوکائین و کافئین.
- DEPRESSAN (سرکوبگرها): کاهش انرژی، هوشیاری ذهنی، ضربان قلب، فعالیت جسمانی و سرعت تنفس، کاهش سرعت عکس العمل، خواب‌آور و القاء حالت رؤیا. مثال: الکل، مرفین و هروئین.
- HALLUCINOGENS (توهم زها): تغییر و اختلال در خلق و خو، ادراک و حواس بینایی، شنوایی و احساسات، اختلال در درک زمان و مکان، در بعضی موارد همراه با ترس و وحشت، القاء حالت رؤیا. مثال: ماری جوآنا و ال اس دی.
- NARCOTICS (مخدرها): القاء بی‌حسی، کرختی، رخوت و خواب شدید.

انواع گیاهان روانگردان

- OPIUM POPPY (خشخاش)
- داروهای استخراجی: هروئین، مورفین، کدئین، تریاک...
- CANNABIS SATIVA (شاهدانه)

داروهای استخراجی RAHYDROCANNABINOL: که ماده‌ای مسکن، شل کننده عضلات، خواب‌آور و آنتی بیوتیک است.

COCA از آن کوکائین استخراج می‌شود که یک آکالوئید بی‌حس کننده موضعی است.

اعتیادآورترین مواد جهان

از دیدگاه پژوهشگران مختلف، پتانسیل اعتیادآور بودن یک ماده مخدر می‌تواند از جنبه‌های مختلف مانند میزان آسیبی که وارد می‌کند، ارزش خیابانی ماده مخدر، مقداری از ماده مخدر که سیستم دوپامین مغز را فعال می‌کند و... مورد قضاوت قرار بگیرد.

هروئین

هروئین ماده مخدری است که سطح دوپامین در سیستم پاداش مغز را در آزمایش‌های صورت گرفته روی حیوانات تا ۲۰۰ درصد افزایش می‌دهد. برخی از کارشناسان هروئین را اعتیادآورترین ماده مخدر جهان می‌دانند و جدا از این ویژگی آن را به عنوان ماده‌ای خطرناک نیز طبقه‌بندی می‌کنند زیرا دوزی که می‌تواند موجب مرگ فرد شود تنها پنج برابر بیشتر از دوزی است که نشئگی را موجب می‌شود. هروئین به عنوان دومین ماده مخدر مضر از نظر آسیب هم به مصرف‌کنندگان و هم به جامعه رده‌بندی شده است.

الکل

اگرچه مصرف الکل در بسیاری از کشورهای جهان قانونی است اما یکی دیگر از اعتیادآورترین مواد در جهان شناخته می‌شود. الکل آثار بسیاری روی مغز می‌گذارد. آزمایش‌های صورت گرفته روی حیوانات از افزایش سطح دوپامین در سیستم پاداش مغز بین ۴۰ تا ۳۶۰ درصد حکایت دارند و هرچه میزان مصرف الکل افزایش یابد، سطح دوپامین نیز افزایش می‌یابد. برخی از کارشناسان الکل را مخرب‌ترین ماده مخدر می‌دانند که آسیب‌های ناشی از مصرف آن بر بدن انسان می‌تواند به مرگ نیز منجر شود.

کوکائین

کوکائین به صورت مستقیم در میزان دوپامین مورد استفاده مغز برای انتقال پیام از یک نورون به نورون دیگر اختلال ایجاد می‌کند. در اصل، کوکائین نورون‌ها را از غیرفعال کردن سیگنال دوپامین بازمی‌دارد که به فعال سازی غیرطبیعی مسیرهای پاداش مغز منجر می‌شود. آزمایش‌های صورت گرفته روی حیوانات نشان داده‌اند کوکائین افزایش سطح دوپامین به میزان سه برابر بیشتر از سطح عادی را موجب می‌شود. کراک کوکائین توسط کارشناسان به عنوان سومین ماده مخدر مخرب و پودر کوکائین که نشئگی خفیف را موجب می‌شود به عنوان پنجمین ماده مخدر مخرب رده‌بندی شده است. حدود ۲۱ درصد از افرادی که کوکائین را امتحان می‌کنند در زندگی خود به آن اعتیاد پیدا خواهند کرد. کوکائین همانند دیگر محرک‌های اعتیادآور مانند متامفتامین و آمفتامین می‌تواند مشکل آفرین باشد.

باربیتورات‌ها

باربیتورات‌ها گروهی از مواد مخدر هستند که در ابتدا برای درمان اضطراب و به عنوان ماده خواب‌آور استفاده می‌شدند. این مواد در پیام رسانی شیمیایی مغز اختلال ایجاد می‌کنند و غیرفعال شدن بخش‌های مختلف مغز را موجب می‌شوند. در دوزهای پایین، باربیتورات‌ها موجب شادی و سرخوشی می‌شوند اما در دوزهای بالاتر

می‌توانند مرگبار باشند زیرا موجب قطع تنفس می‌شوند. اعتیاد به باربیتورات در گذشته به واسطه تجویز پزشکان و در دسترس بودن رایج بود اما این شرایط به طور قابل توجهی کاهش یافته است زیرا مواد مخدر دیگر جایگزین آن شده‌اند.

نیکوتین

نیکوتین ماده اصلی اعتیادآور موجود در تنباکو است. هنگامی که فردی سیگار می‌کشد نیکوتین به سرعت توسط ریه‌ها جذب شده و به مغز ارسال می‌شود. نیکوتین ماده مخدر اعتیادآور قدرتمندی محسوب می‌شود و عوارض ناشی از آن سالانه مرگ افراد بسیاری را در پی دارد. بنابر ارزیابی صورت گرفته توسط سازمان جهانی بهداشت، تنباکو تا سال ۲۰۳۰ موجب مرگ سالانه بیش از هشت میلیون نفر می‌شود. آزمایش‌های صورت گرفته روی حیوانات نشان داده‌اند نیکوتین افزایش سطح دوپامین در سیستم پاداش مغز به میزان حدود ۲۵ تا ۴۰ درصد را موجب می‌شود.

داروهای ترک اعتیاد به مواد مخدر

- (بوپرنورفین) به عنوان ضد درد، مسکن قوی و جایگزین مواد مخدر و اعتیاد آور.
- (شریت تریاک) یک ماده مخدر و مسکن درد و اعتیاد آور.
- (متادون) داروی نگهدارنده برای مهار اعتیاد به هروئین و مواد مخدر و اعتیاد آور.
- (حب جدوار) داروی ترک اعتیاد، مسکن قوی و ضد درد با اثرات تقویتی بدون ایجاد وابستگی و اعتیاد.
- (نالوکسان) برای تشخیص و درمان مسمومیت‌ها با مواد مخدر یا کمای ناشی از آن مصرف می‌شود.
- (نالتروکسان) به عنوان داروی کمکی برای درمان اعتیاد به کار می‌رود.

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 عبارتند از، دوره نوجوانی و استعداد ارثی. صفات شخصیتی نیز صفات ضد اجتماعی، پرخاشگری و اعتماد به نفس پایین است. افسردگی اساسی، فوبی و نگرش مثبت به مواد از اختلالهای روانی است و همچنین موقعیتهای مخاطره آمیز هم، ترک تحصیل، بی سرپرستی و تاثیر مثبت مواد بر فرد را شامل می شود. در اینجا به شرح هریک از عوامل فوق می پردازیم:

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 فارمادینامیک 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 می شود هر قدر فرد قدرت تصمیم گیری و مهارت ارتباطی بیشتری داشته باشد، بهتر می تواند در مقابل فشار همسالان مقاومت کند.

اختلالهای روانی

در حدود 70 درصد موارد، همراه با اعتیاد اختلالهای دیگر روانپزشکی نیز وجود دارد. شایع ترین تشخیصها عبارتند از: افسردگی اساسی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، فوبی، دیس تایمی، اختلال وسواسی- جبری، اختلال پانیک، مانیا، اسکیزوفرنی.

نگرش مثبت به مواد

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

موقعیتهای مخاطره آمیز فردی

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

تاثیر مواد بر فرد

این متغیر وقتی وارد عمل می شود که ماده حداقل یک بار مصرف شده باشد. چگونگی تاثیر یک ماده بر فرد، تابع خواص ذاتی ماده مصرفی و تعامل آن با فرد و موقعیت فرد مصرف کننده است. تاثیر مواد بر فرد مصرف کننده، به میزان قابل توجهی، به مشخصات او بستگی دارد. این مشخصات عبارتند از: شرایط جسمی فرد، انتظار فرد از مواد، تجربیات قبلی تاثیر مواد و مواد دیگری که همزمان مصرف شده اند. مواد مختلف نیز

تأثیرهای متفاوتی بر وضعیت فیزیولوژیک و روانی فرد دارند، مثلا: هروئین و کوکائین سرخوشی شدید، الکل آرامش و نیکوتین مختصری هشیاری و آرامش ایجاد می کند.

عوامل مخاطره آمیز بین فردی و محیطی عبارتند از:

۱- 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 کنندهمواد هستند باعث می شوند فرزندان با الگوبرداری از رفتار آنان مصرف مواد را یک رفتار بهنجار تلقی و رفتار مشابهی پیشه کنند.

۲- تاثیر دوستان

تقریبا در ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می دهد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان به اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد، برای گرفتن تایید رفتار خود از دوستان، سعی می کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. گروه «همسالان» به خصوص، در شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار موثر هستند. بعضی از دوستیها، صرفا 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.

۳- 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.

۴- 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:

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:

۱- قوانین

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

۲- 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 .

۳- مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی

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

۴- 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 .

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

درزندگی 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، شغلی، بهداشتی، اجتماعی حمایت نماید، فرد را تنها و بی پناه، بدون وجود سطح مقاومت اجتماعی رها می کند .

۶- 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 .

مواد مخدر مغز انسان را از کار می اندازد

در ابتدا ممکن است مردم تنها به آنچه که تاثیر مثبت مواد مخدر محسوب می شود توجه نشان دهند. آنها در عین حال ممکن است چنین تصور کنند که می توانند مصرف مواد مخدر خود را تحت کنترل داشته باشند، اما واقعیت این است که مواد مخدر به سرعت زندگی آنها را تحت کنترل خود در می آورد .

مغز مرکز فرماندهی بدن است. حدود یک کیلو و نیم وزن دارد و دارای مراکز یا دستگاههای مختلفی است که اطلاعات مختلف را پردازش میکند. ساقه مغز از ابتدایی ترین قسمت در بن مغز است. کار اصلی ساقه مغز، کنترل ضربان قلب، تنفس و خواب است و در واقع مسئول انجام شدن اعمالی است که انسان هرگز به آنها فکر نمی کند.

لوبها (lobe) یا بخشهای مختلف مغز اطلاعات وارده از اعضای مختلف بدن را پردازش میکنند: برای مثال قطعه پس سری اطلاعات وارده از چشمها را بررسی میکند و قشر مخ یا همان ماده مشهور خاکستری، که تمام سطح مغز را زیر پوشش دارد، بخش متفکر وجود ما است. ما زبان، ریاضی و انواع استراتژی ها را در این بخش ذخیره و پردازش میکنیم. در اعماق قشر مخ، یک دستگاه کناری وجود دارد که مسئول حفظ بقا است: کار او به یاد آوردن و ایجاد میل و رغبت برای چیزهایی است که انسان را زنده نگه میدارند که این موارد از غذای خوب گرفته تا همراهی با انسانهای دیگر را شامل میشوند. مخچه مسئول اعمال و تواناییهایی است که انسان یک بار می آموزد و دیگر هنگام انجام دادنشان هرگز به چگونگی آن فکر نمیکند. برای مثال میتوان به توانایی حفظ تعادل هنگام راه رفتن و همچنین توانایی پرتاب توپ اشاره نمود.

تبادل اطلاعات در مغز چگونه انجام میشود؟

وظیفه مغز پردازش اطلاعات است. سلولهای مغز که نورون (neuron) نامیده میشوند کار دریافت و ارسال پیام به سایر نورونها را بر عهده دارند. میلیاردها نورون در مغز انسان وجود دارند که هر یک با داشتن هزاران شاخه نخ مانند به نورونهای دیگر دسترسی میابند. پیام در نورون به شکل یک تکانه الکتریکی است. این پیام الکتریکی در طول شاخه فرستنده نورون یا اکسون (axon) به حرکت در می آید. هنگامی که پیام به انتهای اکسون برسد،

موجب ترشح ماده ای شیمیایی به نام انتقال دهنده نورونی میشود. این ماده فاصله کوتاه بین دو عصب یا سیناپس را به سوی نورون دیگر طی میکند.

در نورون بعدی، مولکولهایی اختصاصی که گیرنده نام دارند این ماده شیمیایی را تحویل میگیرند. شاخه های قسمت گیرنده نورون دندريت نام دارند. گیرنده ها هر کدام شکل به خصوصی دارند و هر یک مختص گرفتن یک نوع انتقال دهنده نورونی هستند. در دندريت، انتقال دهنده نورونی یک تکانه الکتریکی تولید میکند و دوباره در قسمت سیناپس آزاد میشود. این بار این ماده تجزیه شده یا دوباره توسط نورونهای فرستنده جذب میشود. در حالی که ما روز خود را به تفکر، احساسات، واکنش نشان دادن، تنفس و گوارش میگذرانیم، نورونها در مغز انتقال دهنده های مختلفی را ترشح میکنند. هنگامی که ما اطلاعات تازه ای کسب میکنیم یا مهارتی را فرا میگیریم، مغز مانند درختی که ریشه و شاخه دهد، ابتدا اکسونها و دندريتهای جدیدی میسازد. هر چه شاخه ها بیشتر باشند، نورونها میتوانند با دقت و کیفیت بهتری به تبادل اطلاعات بپردازند.

استفاده مداوم از مواد اعتیادآور به کجا می رسد؟

هنگامی که یک اتفاق خوب برایتان پیش می آید را تصور کنید. این واقعه میتواند ستایش شدن به خاطر یک کار خوب یا نوشیدن یک شربت لیمویی خنک در تابستان باشد، رسیدن به این احساس خوب، نتیجه عمل دستگاه کناری است. از آنجایی که لذات طبیعی برای بقای انسان لازم است، دستگاه کناری حس دیگری نیز در ما ایجاد میکند که آن تمایل به تعقیب و یافتن عوامل شادی آور و لذت بخش است. هنگامی که شخصی برای اولین بار ماده مخدر یا توهم زا و یا هرگونه از مواد اعتیادآور را مصرف میکند، لذت بسیار و غیر واقعی را تجربه میکند. دستگاه کناری غرق در دوپامین میشود. البته این مواد تاثیرات دیگری هم دارند، برای مثال کسی که برای اولین بار سیگار یا حشیش میکشد، در اثر تاثیر سموم شیمیایی موجود در آنها به سرفه افتاده و دچار حالت تهوع میشود. سرفه و تهوع حالات گذرای هستند که پس از برطرف شدن، شخص تصور میکند که این مواد دیگر تاثیر "بدی" بر او ندارند.

اما مغز از همان لحظه اول و در اثر سیل غیر طبیعی انتقال دهنده های نورونی، شروع به تغییر میکند. برای مثال، نورونها در اثر دریافت کردن بیش از حد دوپامین، به کاهش گیرنده ها میپردازند. ممکن است نورونها تولید دوپامین را هم کاهش دهند. نتیجه هردو، کاهش مقدار دوپامین در مغز است که تنظیم کاهشی نام دارد. این مواد سمی، میتوانند موجب مرگ نورونها هم بشوند. در نهایت اتفاقی که می افتد، مرگ تدریجی مغز و اعصاب خواهد بود.

شخص با چند مرتبه استفاده از مواد اعتیاد آور معتاد میشود؟

هیچ کس نمیتواند به طور قطع بگوید تعداد دفعاتی که یک شخص بدون تغییر یافتن مغز و معتاد شدن میتواند به مصرف مواد مخدر پردازد، چقدر است. ساختار ژنتیکی هر شخص نقش مهمی ایفا میکند. اما پس از مصرف میزان کافی از مواد مخدر، دستگاه کناری همانطور که تمایل به غذا، آب و گفتگویی دوستانه را در مغز ایجاد میکند، اشتیاق به مصرف مواد اعتیادآور را نیز به وجود می آورد. نیاز به مصرف مواد اعتیاد آور همراه با کاهش تولید طبیعی مواد انتقال دهنده یا همان تنظیم کاهشی، هر بار از بار قبل بیشتر می شود.

بدون مصرف مواد مخدر یا توهم زاء، میزان دوپامین در بدن شخص معتاد پایین است. این شخص احساس یک نواختی، بی هیجانی و افسردگی میکند. بدون مواد، زندگی این شخص بی معنا و خالی از خوشی است. در اینجا شخص به چیزی احتیاج دارد تا دوپامین بدن او را به حد عادی برساند و باز مقدار بیشتری از آن لازم است تا سیل دوپامین را به وجود آورد. با مصرف مواد اعتیادآور، شخص معتاد شیوه عملکرد مغز خود را تغییر میدهد. مصرف و اعتیاد به این مواد به تغییرات بلند مدت در مغز منتهی میشود و این تغییرات قدرت کنترل مقدار مصرف را از شخص سلب میکنند. درواقع اعتیاد یک بیماری چند جانبه است.

اگر اعتیاد یک بیماری است، آیا درمان پذیر هم هست؟

علاوه بر اینکه ضایعات مغزی مصرف مواد اعتیادآور، جبران ناپذیرند، باید گفت که درمانی برای اعتیاد نیز وجود ندارد. اما معتادان میتوانند بهبود پیدا کنند. درمان اعتیاد در اصل به شکل تغییر رفتار یا تعدیل مصرف انجام میشود تا شخص به تدریج شیوه زندگی خود را تغییر دهد و مغز او به آهستگی به یادگیری مهارتهای جدید پردازد. درواقع اعتیاد، همانند نوعی بیماری قند یا نارسایی قلب است که در صورت رعایت نکردن رژیم غذایی و بازگشت به شیوه قدیم زندگی و همچنین عدم مصرف دارو، موجب بروز آسیبهای جدی و حتی مرگ میشود.

آثار و عوارض اعتیاد:

● عوارض جسمی

آلودگی و آسیب پذیر نمودن دندان ها، ملتهب ساختن مخاط دهان، نقصان ترشحات غدد بزاقی، ضعف قوای جسمانی و کاهش شدید وزن بدن، عقیم نمودن مردان و نازائی زنان، تخفیف تمایلات جنسی، اختلال در کار دستگاه عصبی در صورت تداوم مصرف، تنبلی کبد، ابتلا به یرقان و اثرات ناگوار بر دستگاه گوارش، ورم کلیه ها و اشکال در دفع ادرار توام با درد، التهاب مزمن تارهای صوتی، احتمال ابتلا به بیماری های برونشیت مزمن،

آسم، سل و تپش قلب، تنگی نفس و دوران سر، خشکی پوست، شکنندگی ناخن ها، خطر ابتلا به انواع سرطان و سکتة قلبی و ناشناخته ماندن بیماری های خطرناک به دلیل کاهش احساس درد .

●عوارض روانی

بر هم خوردن تعادل روانی، عدم توجه به اصول و مقررات جامعه، ضعف اراده، از بین رفتن احساس مسوولیت، ایجاد احساسات خصومت زاء، بیقراری، عصیانگری، اضطراب دائم و احساس بی کفایتی و تنهایی، اختلال در خواب، بروز انواع بیماری ها و اختلالات روانی .

●عوارض خانوادگی

نابسامانی خانوادگی، محدود شدن روابط خانوادگی، عدم تربیت صحیح فرزندان، خشونت در خانواده، افت سطح فرهنگ اجتماعی و اقتصادی خانواده، گسترش طلاق و کاهش آمار ازدواج .

●عوارض اجتماعی

مصرف کننده صرف شدن، عدم احساس مسوولیت نسبت به خانواده و جامعه، سطحی و تصنعی شدن روابط اجتماعی و دوری از پیوندهای مستحکم عاطفی، گسترش جرم و جنایت، نشر بیماری های واگیر و خطرناک مثل ایدز و هپاتیت، محروم شدن نسل آینده از تربیت صحیح و ایجاد مشاغل کاذب .

●عوارض اقتصادی

هزینه بالای استعمال موادمخدر، هزینه درمان و نگهداری معتادان، کاهش راندمان کار، وقوع آتش سوزی های بزرگ، هزینه های مبارزه با ورود موادمخدر به داخل کشور، هزینه قضات و دادگاه ها در این خصوص، هزینه اجرای طرح های تحقیقاتی و تشکیل سمینارها .

●عوارض شغلی

از دست دادن آینده شغلی، اخراج و بیکاری، کاهش کارآیی، سوانح و حوادث حین کار

● سو تغذیه

آسیب رساندن ناخودآگاه به خود یا دیگران به واسطه اثرات روانگردان مواد
از دست شغل یا خانواده
آسیب برگشتناپذیر به اعضای بدن
مرگ در اثر افراط در مصرف مواد
زندانی شدن

● عوارض احتمالی

بیماریهای آمیزشی، که در معتادان بیشتر اتفاق میافتد .
عفونتهای جدی، مثل آندوکاردیت (عفونت قلب)، هپاتیت، یا مسمومیت خون به دنبال تزریق مواد با سرنگهای
غیر استریل و آلوده

علائم و نشانه های فیزیکی و جسمی سوءمصرف مواد:

۱. سرخ شدن چشمها
۲. نگاه های مات به مدت طولانی
۳. نامفهوم و جویده شدن طرز صحبت
۴. عدم تعادل در حرکات
۵. کم شدن توجه به نظافت
۶. محللهای متعدد تزریق سرنگ در بدن
۷. غیبت های مکرر از کلاس درس و کاهش علاقه به تحصیل
۸. بی قراری شدید
۹. تغییرات ناگهانی خلق

۱۰. به مشام رسیدن بوهای غیر عادی از دهان یا لباس

۱۱. وجود سوزنها و سنجاقهای سیاه شده ، قاشق خمیده و دود گرفته و ورق آلومینیومی

۱۲. لوله های خالی خودکار، کبریت نیم سوخته در محل های غیر معمول

۱۳. طولانی شدن زمان ماندن در دستشویی و حمام

۱۴. ناپدید شدن بعضی اشیاء در خانه

۱۵. خواب آلودگی

۱۶. تغییر دوستان

۱۷. تأخیر در حرکات و کند شدن رفتارها

علائم مصرف مواد مخدر در جوانان و نوجوانان

تشخیص رفتارهای آشکار دوره نوجوانی از رفتارهای ناشی از مصرف مواد مخدر دشوار است. زیرا بسیاری از این تغییرات کاملاً شبیه به هم هستند. چنانچه والدین و اعضای موثر خانواده نسبت به نشانگان و علائم اولیه مصرف مواد در جوانان و نوجوانان حساس و هوشیار باشند، می توانند در بسیاری از موارد مانع از وخیم تر شدن اوضاع و انحطاط کامل جوان شوند.

امروزه در محافل دانشگاهی به جای اعتیاد از وابستگی نام برده می شود، هر چند که میان مردم این بیماری به "اعتیاد" و خود بیمار به عنوان "معتاد" شناخته شده است. بر اساس آخرین جمع بندیهای علمی که در دهه هشتاد انجام گرفت "وابستگی" یک نشانگان بالینی است که در پی مصرف مواد علائمی در حالات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیکی فرد مصرف کننده ظاهر می گردد میزان وابستگی کمی است و به درجات مختلفی می تواند وجود داشته باشد. شدت وابستگی با رفتارها متعاقب مصرف مواد، سنجیده می شود. 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 می دهد.

مهمترین این علائم عبارتند از:

۱. انزوایی، خستگی و بی تفاوتی نسبت به خانواده و ارزش های حاکم بر آن.

۲. خشونت، پرخاشگری و قانون شکنی.
۳. عدم تمایل به صحبت و مشورت با والدین و نزدیکان.
۴. کاهش نمرات درسی و بی علاقه‌گی نسبت به درس و آموزش.
۵. نداشتن فعالیت های جسمی _ ورزشی.
۶. کاهش اعتماد به نفس، خویشتن داری و ثبات درونی.
۷. تغییرات شدید خواب (بی خوابی، خواب آلودگی، خوابیدن در طول روز، کابوس دیدن و...)
۸. تغییرات شدید در عادات غذا خوردن (بی اشتها، کم خوراکی، پر خوری و...)
۹. عدم تمایل به برقراری رابطه دوستی با سایر هم سالان.
۱۰. کاهش توان تحمل و بردباری در برابر مشکلات.
۱۱. عدم پذیرش مسئولیت و ضعف در تصمیم گیری.
۱۲. عدم تمرکز بر مسائل، فراموشی و بی توجهی.
۱۳. قرمزی چشم ها و آب ریزش بینی.
۱۴. نیاز شدید به پول اضافی (برای خرید مواد) و رفتارهای غیرمسئولانه (بزهکاری و دزدی از خانه).
۱۵. بی توجهی به ظاهر و آراستگی.

پیامدهای سو اعتیاد بر نظام خانواده

پیامدهای خانوادگی

براساس گزارشات آماری، اکثر معتادان، مردان متأهل هستند که ۸۶ درصد آنها دارای یک تا شش اولاد هستند. به عبارت دیگر میانگین بعد خانوار معتادان، حدود ۴ نفر می‌باشد. چنانچه تعداد معتادان کشور را در تعداد اعضای خانواده آنها ضرب کنیم و بستگان نزدیک این افراد را نیز به شمار آوریم، رقم بالائی خواهد شد. بنابراین اعتیاد، گستره وسیعی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات نشان می‌دهد که خانواده‌های معتادان، تفاوت چشمگیری با خانواده‌های عادی دارند، به گونه‌ای که روابط زوجین، روابط پدر معتاد با فرزندان و روابط اجتماعی خانواده و نیز کارکردهای مختلف خانواده نظیر کارکرد جنسی، اقتصادی، آموزشی و... مختل می‌گردد. هرکدام از این موارد می‌تواند منشاء مشکلات عدیده‌ای برای خانواده محسوب شود. در ادامه، برخی از این پیامدهای خانوادگی به اختصار تبیین می‌شود:

نابسامانی و فروپاشی خانواده

شواهد آماری حاکی از آن است که ۳۴ درصد از طلاق‌های کشور، ناشی از اعتیاد و مسائل مرتبط با مواد مخدر می‌باشد و ۶۰ درصد علل درخواست طلاق از سوی زنان، اعتیاد همسر و عدم دریافت نفقه می‌باشد، در حالی که در ۲۵ سال گذشته، فقط ۲ درصد علل درخواست طلاق، اعتیاد بوده است. بنابراین تعداد بسیاری از خانواده‌ها تحت تأثیر مستقیم و غیرمستقیم پدیده شوم اعتیاد هستند و طلاق یکی از پیامدهای عمده اعتیاد است که به نوبه خود می‌تواند دلیلی بر شیوع و گسترش اعتیاد نیز باشد. اعتیاد شوهر غالباً منجر به برهم خوردن نقش‌ها و وظایف خانوادگی می‌گردد، به گونه ای که بار مسئولیت زنان خانه دار را می‌افزاید و آنها را تحت فشار قرار می‌دهد. مطابق پژوهش افارل (۱۹۹۵) همسر مردان معتاد، در مورد خود، وضعیت زندگی و آینده خانواده خود در رنج و عذاب هستند. اضطراب آنها برآیندی از اشتغال ذهنی آنها در مورد بی‌فرجامی و از هم پاشیدگی زندگی است. آنها به دلیل فشار کارهای منزل، مشکلات اقتصادی ناشی از بیکاری همسر معتاد، یکنواختی زندگی، عدم رابطه صمیمانه با همسر و... مضطرب و افسرده هستند. زنان در خانواده‌هایی با همسر معتاد، به فرض مقاومت می‌بایست، بیشترین فشارها را از هر سو تحمل کنند و به تنهایی مسئولیت یک خانواده نابسامان را به دوش بکشند. آنها هم با سرپرستی فرد معتاد و هم با خطر ابتلای خود و فرزندان به اعتیاد مواجهند.

اختلال در روابط عاطفی و جنسی زوجین

عمده‌ترین آسیب خانوادگی اعتیاد به مواد مخدر بر روابط عاطفی، جنسی و روانی زن و شوهر در خانواده می‌باشد. اعتیاد شوهر به انزوا و دوری از همسر و عدم تعلق عاطفی، جر و بحث و درگیری و نزاع بین زن و شوهر منتهی می‌شود. این وضعیت تأثیرات نامطلوبی بر شخصیت فرزندان می‌گذارد.

از دیگر تبعات اعتیاد مردان، تضعیف قوای جنسی است. افراد معتاد دچار افت برانگیختگی جنسی هستند که در کنار وضعیت فیزیولوژیک و روانشناختی آنان، موجب می‌شود نگرش‌ها و باورهای غیرمنطقی نسبت به روابط زناشویی خود پیدا کنند. معتادان و همسران آنها معمولاً تبادل عاطفی بسیار کمی دارند. این وضعیت نارضایتی از روابط زناشویی را تشدید می‌کند و تأثیر نامطلوبی بر روابط زناشویی دارد، زیرا اختلال روابط زناشویی، علاوه بر مشکلات جسمی و روانی برای زنان، بسیاری از آنان را به جهت بی‌تفاوتی و بی‌غیرتی همسر معتاد، به سوی برقراری روابط نامشروع سوق می‌دهد؛ البته اتخاذ این رویه مشروط به ویژگی‌های فردی، تربیتی و مذهبی زنان است.

معتاد نمودن همسر

معمولاً شوهر معتاد، مواد مخدر را در اختیار همسرش می گذارد و او را در دوراهی اعتماد و عدم اعتماد به شریک زندگی قرار می دهد، او سعی می کند که به دلائل ذیل همسرش را نیز معتاد نماید:

سوء استفاده از همسر جهت تهیه مواد مخدر؛

پوشاندن خصوصیات غیرقابل قبول خود و انتقام جویی و تلافی از همسر؛

جلوگیری از متارکه و جدایی همسر؛

جلوگیری از نزاع و سرزنش های همسر؛

داشتن شریک و همدم برای مواقع استعمال و حالات نشئگی؛

علاقه به همسر در جهت رهایی او از دردهایی چون درد زایمان، سرطان و....

روسپیگری همسر

اعتیاد مردان، یکی از عوامل مؤثر در گرایش زنان به روسپیگری است. نتایج یکی از تحقیقات پیرامون زنان روسپی نشان می دهد که اغلب آنها از خانواده های نابسامان بوده اند که به علت اعتیاد و بیکاری همسر طلاق گرفته اند. براساس تحقیق فوق، تعداد زیادی از زنان روسپی مورد مطالعه، چه قبل از آغاز به روسپیگری و چه بعد از آن، دارای پدر و همسر معتاد یا قاچاقچی بوده اند.

همچنین در برخی موارد، مردان معتاد، همسر خود را مجبور به خودفروشی جهت تأمین مواد مخدر می نمایند و بدین ترتیب زن با اجبار همسر، به روسپیگری کشیده می شود.

خشونت علیه زن

صاحب نظران معتقدند بدترین و شایع ترین خشونت علیه زنان، مربوط به خشونت هایی است که در خانواده و از سوی اعضای خانواده، به ویژه همسران رخ می دهد. کارشناسان، بروز خشونت علیه زنان و افزایش آن را علاوه بر فشارهای اقتصادی، مشکلات روحی و روانی، ناشی از مصرف الکل و مواد مخدر می دانند، به طوری که یافته های یک تحقیق در سال ۱۳۷۹ بر روی ۴۳۹ زن کتک خورده از همسر، نشان می دهد که ۴۰ درصد از زنان، دارای همسر معتاد به مواد مخدر بوده اند. همچنین نتایج یک تحقیق نشان می دهد که بین اعتیاد مردان و خشونت

زناشوئی ارتباط وجود دارد و مواد مخدر به دلیل تغییراتی که در سیستم عصبی ایجاد می کند، زمینه انواع تعرضات و خشونت ها را فراهم می آورد. معتادان به ویژه در حالت احتیاج و خماری از ارتکاب هیچ عملی حتی خشن خودداری نمی کنند. اغلب مردانی که به همسران خود آسیب می رسانند، قبل از آسیب رسانی، مواد مخدر مصرف کرده اند، همچنین اکثر مردانی که از کودکان سوء استفاده جنسی می کنند، دارای سابقه مصرف مواد مخدر بوده اند. نتایج تحقیقات نشان می دهد که ارتباط مثبت بین اعتیاد مردان و خشونت خانگی حدود ۴۴ درصد است.

گندولف (۱۹۹۵) نشان می دهد که ۱/۲ تا ۱/۴ مردانی که خشونت خانگی را مرتکب می شوند، مشکلات سوء مصرف مواد مخدر دارند. مک کوردی (۱۹۹۴) نیز در تحقیق خود نشان می دهد که ۸۰ درصد کودک آزاری والدین، توسط افرادی است که سوء مصرف مواد مخدر دارند.

انتقال ایدز

براساس آخرین آمار و اطلاعات مرکز مبارزه با بیماری های وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی تا اول تیر ماه سال ۸۱، حدود ۳۹۱۲ مورد بیمار مبتلا به ایدز در کشور گزارش شده است که از این تعداد ۴۱۳ نفر آنها وارد مراحل نهائی بیماری شده اند و ۳۷۳ نفر در نتیجه این بیماری جان خود را از دست داده اند. همچنین براساس برآوردها، حدود ۲۰۶۵۰ مورد ابتلاء به عفونت HIV در کشور وجود دارد که حدود ۶۴ درصد از این افراد از طریق تزریق مواد مخدر و استفاده از سرنگ های آلوده مبتلا شده اند. مطابق آمار، مردان معتاد، اکثریت مبتلایان به ایدز را تشکیل می دهند، لذا احتمال انتقال ایدز از سوی مردان به همسر و فرزندان آنها وجود دارد. اغلب مردان معتاد به دلیل داشتن رابطه جنسی با روسپیان و افراد همجنس، به بیماری های جنسی و ایدز مبتلا می باشند.

اختلال در روابط پدر با فرزندان

بخشی از پیامدهای خانوادگی اعتیاد مردان متأهل در رابطه با فرزندان است. اعتیاد پدر، کلیه کارکردهای اساسی خانواده، در رابطه با فرزندان از جمله کارکرد اقتصادی و خدماتی، تعیین پایگاه اجتماعی فرزندان، جامعه پذیری فرزندان، آموزش مذهب به کودکان و نوجوانان، حمایت معنوی و عاطفی فرزندان، روابط اجتماعی خانواده، نگهداری کودکان نابالغ، کاریابی و ایجاد پایگاه اجتماعی فرزندان و... را دچار اختلال می کند. نحوه ارتباط فرزندان خانواده های پدر معتاد با والدین، همراه با احترام قابل انتظار نیست، همچنین فرزندان خانواده های پدر معتاد با معضلات ذیل مواجهند:

ارزش های اجتماعی را به درستی پذیرا نمی شوند؛

با همسالان عادی خود، سازگاری ندارند؛

به نظافت و لباس پوشیدن خود توجه کافی ندارند؛

معمولاً ترک تحصیل یا افت تحصیلی دارند؛

اوقات خود را بیهوده هدر می‌دهند؛

معمولاً جذب همسالان بزهکار می‌شوند.

همچنین از آنجا که در نظام خانواده ایرانی، فرزندان حتی پس از ازدواج و داشتن فرزند، نسبت به حمایت عاطفی و معنوی پدر احساس نیاز می‌کنند؛ اعتیاد پدر، فرزندان را از نظر دریافت عطوفت و حمایت پدر، در شرایط نامطلوبی قرار می‌دهد تا بدانجا که به تدریج نقش حمایتی پدر به حمایت شونده تبدیل می‌شود و اعضای خانواده، در حل مشکلات خود پدر را سهیم نمی‌کنند.

اختلال در روابط اجتماعی خانواده

معمولاً مخفی‌کاری و اضطراب بر رفتار پدر معتاد حاکم است؛ آنان در گفتار خود نوعی هیجان، نگرانی و توجیه‌گرایی دارند. در این خانواده‌ها، احترام و عطوفت متقابل در درون نظام خانواده از بین می‌رود و میزان ناسازگاری بین اعضای خانواده افزایش می‌یابد. این رفتارها به تدریج بر روابط و مناسبات اجتماعی خانواده، تأثیر مخرب برجای می‌گذارد، به گونه‌ای که همسر و فرزندان در معاشرت‌هایی که با حضور پدر صورت می‌گیرد، احساس راحتی و امنیت نمی‌کنند. بنابراین در روابط اجتماعی اعضای خانواده‌های پدر معتاد، به جای مهر و عطوفت، خشونت حاکم می‌شود؛ اعضای خانواده معتاد، با فامیل و بستگان و آشنایان مرادۀ بسیار کمی دارند و در معاشرت‌هایی که پدر معتاد حضور دارد، اعضای خانواده، به جای احساس راحتی و غرور، بیشتر احساس شرم و خجالت می‌کنند.

نابسامانی اقتصادی خانواده

نقش اقتصادی پدر در نظام خانواده ایرانی، نقشی برجسته و پراهمیت است. پدر همواره مظهر فعالیت و نان‌آوری خانواده محسوب می‌شود. در مقابل، پدر نیز انتظاراتی را از اعضای خانواده خود داشته و بر امور منزل و رفتار و کنش‌های فرزندان نظارت دارد. اما در خانواده‌های پدر معتاد، اختلال در نقش نان‌آوری پدر و برهم خوردن انتظارات متقابل در زمینه حقوق و وظایف اعضای خانواده مشاهده می‌شود، به طوری که اقتدار، شأن و منزلت پدر را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

در خانواده‌های پدر معتاد، پایگاه شغلی پدر دستخوش اختلال و آشفتگی می‌گردد؛ بر اثر خرید مواد مخدر توسط پدر و بیکاری او، خانواده مقروض می‌شود؛ اموال منزل به دست پدر به فروش می‌رسد و اعضای خانواده (همسر و فرزندان) مجبور می‌شوند برای تأمین معاش خانواده کار کنند، پدر از مسئولیت‌های منزل حذف می‌شود و اقتدارش بر اموال منزل کاهش می‌یابد.

اصول پیشگیری اعتیاد :

گروهی از روان شناسان و روان پزشکان مشهور جهان معتقدند:

((عوامل اجتماعی وابسته به فقر بشر ، در وابستگی انسان به مواد افیونی موثر هستند و میزان بروز اعتیاد در گروه های پایین اجتماعی / اقتصادی ، بالاتر است. بنابراین در جامعه ، اعتیاد معلول استرس و فشارهای روانی می باشد. دکتر کاپلان و سادوک ، استفاده از هروئین را بعنوان ضد اضطراب برای پوشاندن احساس پایین بودن ، اعتماد به نفس ، درماندگی و ناتوانی و جهت کنترل بر موقعیت زندگی ، قلمداد می کنند)).

نقش گروه همسالان و فشار جمعی در محیطهای جوان ، در گرایش آنان به مواد مخدر بسیار حائز اهمیت است. افراد ، در دو جهان زندگی می کنند:

۱. خانواده

۲. همسالان

نوجوانان به راهنمایی و همکاری ، اعتماد ، انضباط ، درک متقابل ، دلسوزی و محبت نیازمندند. کوتاهی و کاستی در هر کدام ، باعث گرایش فرد به غیر از والدین و خانواده و یافتن آن نقطه در فرد دیگری می شود یا به نوعی به دوست و همسالان گرایش پیدا می کند. گاهی نفوذ بسیار بالای همسالان در زندگی جوان ، ممکن است ناشی از مورد توجه واقع نشدن در خانه یا به دلیل جذابیت‌های گروه همسالان باشد و از آنجا پیوند جوانان با والدینشان به تدریج ضعیف تر شده و همسالان در رشد روانی آنها نقش حساسی می یابند. بنابراین ، اولین عاملی که باعث جذب جوانان به محیطهای غیر از خانواده و خانه می گردد ، عدم رابطه صحیح والدین و افراد خانواده می باشد ، که در این صورت جوانان اولین گام را به سوی گروه همسالان بر می دارد و زمینه برای لغزیدن در جاده انحراف و کجروی فراهم می شود.

بطور کلی ، پیشگیری به سه نوع الف : اولیه ب : ثانویه ج : ثالث ، تقسیم می شود. نوع اولیه ، افراد عادی را از تجربه مصرف مواد مخدر باز می دارد یا آن را به تاخیر می اندازد. مخاطبان ثانویه ، افرادی هستند که پس از مصرف مواد ، هنوز علایم بیمارگونه ای نشان نداده اند ، اما در معرض خطر ابتلاء به مشکل قرار دارند. پیشگیری ثالث ، برای گروه هایی متمرکز است که مشکلات ناشی از مصرف مواد مخدر به همراه مسائلی چون گریز از

مدرسه یا خانه ، مشکلات یادگیری و یا جرم و جنایت را دارا می باشند. بطور کلی ، آشنایی زودرس با مواد مخدر ، یک عامل مخاطره آمیز جهت سوء استفاده آتی از مواد است. جوانان دارای شرایط ذیل ، در معرض آسیب پذیری بیشتری قرار دارند:

۱- افرادی که والد یا والدین مبتلاء به اعتیاد دارند.

۲- افرادی که در کودکی ، قربانی آزار و اذیت دیگران قرار گرفته اند.

۳- افرادی که ترک تحصیل کرده اند.

۴- افرادی که از مدرسه فرار کرده اند.

۵- افرادی که اعمال خشونت بار و یا تخلف در رفتار دارند.

۶- افرادی که اقدام به خودکشی کرده اند.

در خصوص پیشگیری ، بدیهی است کلیه متغیرهایی که در امر تکوین و پیدایش اعتیاد و قاچاق مواد مخدر دخیل هستند ، بایستی زمینه های تاثیر گذاریشان کاهش یافته و رفته رفته خنثی گردد تا ضریب اطمینان قابل اعتمادی برای پیشگیری از اعتیاد و قاچاق مواد مخدر فراهم گردد.

اصول کلان در پیشگیری عبارتند از:

۱- برنامه های پیشگیری از اعتیاد ، باید به گونه ای طراحی شود که موجب تقویت عاملهای بازدارنده گردد و عوامل مخاطره آمیز را تضعیف کند.

۲- برنامه های پیشگیری از اعتیاد ، باید همه انواع سوء مصرف دارویی را مورد هدف قرار دهد.

۳- برنامه های پیشگیری از اعتیاد ، این مهارت را به افراد آموزش دهد که در مقابل پیشنهاد سوء مصرف مواد ، از خود مقاومت نشان دهند.

۴- برنامه های پیشگیری ، باید دربرگیرنده مباحثه های متقابل بین جوانان باشد.

۵- برنامه های پیشگیری ، باید دربرگیرنده والدین ، مراقبان کودک و نوجوان باشد.

۶- برنامه های پیشگیری ، باید طی دوران مدرسه نیز وجود داشته و مدت آن طولانی باشد.

۷- برنامه های پیشگیری ، باید کودک ، نوجوان و خانواده را توأمأ دربرگیرد.

۸- برنامه های پیشگیری ، باید برنامه های اجتماعی را که شامل یک رشته اقدامات و تغییر رویه ها و سیاستهاست ، دربرگیرد.

۹- جهت پیشگیری در همه انواع مُدلهای پیشگیری ، به اَلگوهای رفتاری قوی تر نیاز است.

۱۰- همه دانش آموزان ، باید توانایی رسیدن به فرصتهای پیشنهادی مدرسه را داشته باشند.

۱۱- در یک جامعه قانون مدار ، برنامه ریزی های پیشگیری ، باید به ماهیت خاص مسئله سوءمصرف مواد ، اشاره کند.

۱۲- هرچه سطح احتمال خطر ابتلاء به اعتیاد در جمعیت هدف (جمعیت مورد نظر) بیشتر و بالاتر باشد ، تلاشهای پیشگیری باید با شیوه ای پر قدرت در سنین پایین تر آغاز شود.

۱۳- برنامه های پیشگیری ، باید براساس سن ، طراحی شود.

استراتژی های 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 دراتیولوژی سوء مصرف و اعتیاد موثر هستند و عوامل متعدد درمقابل بایکدیگر به سوء مصرف و سپس اعتیاد منجر می گردند.

برای انتخاب و به کارگیری مناسب استراتژی ها، دانستن نیازها و مشکلات و پتانسیل ها و توانائی های اجتماعی ضروری است. اجرای هربرنامه پیشگیری به شناخت دقیق منطقه، بررسی کامل وضعیت بهداشتی و روان شناختی و بررسی های 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، موقعیت ها و محل های مصرف، باورهای نادرست وعوامل مخاطره آمیز، امکانات و منابع موجود را شناخت و براساس آن مدل فعالیت های پیشگیری را تعیین نمود. تحقیقات نشان داده اند که نمی توان یک روش واحد را به عنوان بهترین روش برای همه افراد و گروه ها انتخاب نمود. بهره گیری از استراتژی های مختلف برای تاثیر برشیوع اعتیاد ضروری است زیرا عوامل متفاوتی در ایجاد اعتیاد موثرند.

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

۱- آگاهسازی افراد در مورد خطرات و مضرات مواد.

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

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

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

۵- ارتقاء فرهنگی و مذهبی.

۶- تقویت قوانین و مقررات مبارزه با مواد .

۷- درمان معتادان برای جلوگیری از سرایت اعتیاد.

استراتژی‌های فوق در قالب فعالیت‌های زیر مورد بحث قرار می‌گیرند:

۱- فعالیت‌های متمرکز بر فرد.

۲- فعالیت‌های متمرکز بر آموزش و آگاه‌سازی والدین .

۳- فعالیت‌های متمرکز بر معلمان و مدرسه .

۴- فعالیت‌های پیشگیری با استفاده از رسانه‌ها .

۵- فعالیت‌های پیشگیری از طریق محله‌های کار و مکان‌های تجمع.

۶- فعالیت‌های پیشگیری با استفاده از شبکهٔ مراقبت‌های بهداشتی اولیه .

۷- وضع و اجرای قوانین و مقررات .