فصلنامه تحقیقات جدید در علوم انسانی
Human Sciences Research Journal
دوره جدید، شماره بیست و دوم، زمستان ۱۳۹۸، صص ۲۲۸-۲۱۷ New Period, No 22, 2020, P 217-228
شماره شاپا (۲٤۷٦-۷۰۱۸) ISSN (2476-7018)

اعتیاد و نقش مدرسه در پیشگیری از آن

ماه صنم حسینی[۱]. آزیتا دانشمند[۲]. فرزانه مسعودی[۳]. آمنه ثابت کمال آبادی[٤]

۱. کارشناس علوم اجتماعی، دانشگاه شیراز، ایران

۲. کارشناس ادبیات عربی دانشگاه شیراز، ایران

۳. کارشناس ارشد علوم حدیث، دانشگاه تهران، ایران

٤. کارشناسی ارشد دانشگاه کرمان، ایران

چکیده

یکی از بلاهای خانمانسوز که آفتی بر پیکر جوامع بشری است مسئله مواد مخدر و اعتیاد می‌باشد که قدرت تفکر و خلاقیت، توان، کوشش و سازندگی را از انسان‌ها به ویژه جوانان گرفته و بنیاد خانواده و اعتقاد و باورهای دینی آن‌ها را در معرض نابودی و از هم پاشیدگی قر ار داده است و متأسفانه روز به روز رو به گسترش است. اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک مشکل اجتماعی پدیده ای است که علاوه بر زمینه‌های ناسالم اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی، زمینه‌های شخصیتی، روانی و تربیتی نیز در چگونگی ابتلا به آن از اهمیت زیادی برخوردار است. کشور ایران به دلیل همسایگی با کشورهای افغانستان و پاکستان پیوسته در معرض تهدید سوء مصرف مواد مخدر بوده است. به طور کلی می‌توان معتادان را به دو گروه سنتی و امروزی دسته‌بندی کرد. معتادان سنتی تا چند سال قبل اکثریت گروه معتادان را تشکیل می‌دادند و سالیان دراز به مصرف آن وفادار باقی می‌مانند. راندر در بیان خصوصیات معتادین به خور شیفتگی، عدم قدرت برای تبادل عاطفی، نقص فاحش در منطق و قضاوت به خصوص به هنگام نیاز به ماده مخدر و پایین بودن آستانه تحمل در معتادین اشاره می کند.

واژه‌های کلیدی: معتاد، مواد مخدر، جوانان، وابستگی

[Downloaded from jnrihs.ir on 2025-12-15]

مقدمه:

در ادوار مختلف زندگی بشر با این که عده ای از افراد رعایت آداب و رسوم و اجرای قوانین و مقررات سرپیچی نموده و یا مرتکب جرم می‌شدند اما بزهکاری یکی از معضلات اجتماعی محسوب شده و افکار عمومی را نگران و مشوق ساخته است. اعتیاد داستان تلخ زندگی انسانهایی است که خود را پای آتش پیر می‌سازند و درجهنم تقدیر می‌سوزند (عقیقی بخشایشی، ۱۳۸۲، ص۳). مصرف مواد مخدر سابقه بسیار طولانی دارد و اقوام مختلف آن را به صورتهای متنوع مورد استفاده قرار می‌دهند. بدون تردید مصرف بی‌رویه و روز افزون مواد مخدربه عنوان یکی از بزرگترین مشکلات قرن حاضر تلقی می گردد و زیانهای ناشی از آن در زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی بسیار سنگین است. (صالحی، ۱۳۷۱، ص۵)

امروز تقریبا همگی کشورهای به اثرات زیانبار این مواد پی برده اند به طوری که تقریبا تمامی کشورهای جهان سعی دارند تا برنامه‌هایی را جهت پیشگیری از اعتیاد و درمان معتادان به اجرا گذارند. سودجویی سوداگران، یکی از علل مهم گسترش روز افزن اعتیاد است. سوداگران مرگ از ناآگاهی و مشکلات گوناگون جوانان برای گسترش و رونق بازارهای خود سوء استفاده می‌کنند و به طرق مختلف قربانیان بیشتری را در دام مخوف خویش گرفتار می‌سازند. (صالحی، ۱۳۷۱،ص۵)

با توجه به اینکه دهه نود به عنوان دهه مبارزه با مواد مخدر در سطح جهان اعلام شده است، جمهوری اسلامی ایران نیز، ریشه کن کردن اعتیاد به مواد مخدررا از وظایف خود می‌داند. (زرگر، ۱۳۷۲، ص۴۵)

تعاریف اعتیاد:

از نظر داروشناسی تعریف اعتیاد یاعادت اکتسابی عبارتست از حالت مقاومت اکتسابی که در نتیجه مصرف متمادی دارو در بدن ایجاد می‌شود بگونه ای که مصرف مکرر دارو موجب کاسته شدن تدریجی اثر آن می گردد و بنابراین پس از مدتی شخص مقادیر سمی دارو را می‌تواند بدون بروز ناراحتی تحمل کند و در صورتی که آن دارو به بدن نرسد اختلالات روانی و فیزیکی مرسوم به سندرم محرومیت یا حذف حاصل می‌شود بدین ترتیب اصطلاح اعتیاد اصطلاحی جامعه شناسی است در حالی که وابستگی داروئی اصطلاح داروشناختی می‌باشد. (کرباسی، ۱۳۶۴، ص۱۶)

تعریف کاملی از نظر سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۵۰ بیان گردیده به شرح زیر است: اعتیاد به مواد مخدر، مسمومیت حاد یامزمنی است که مضر به حال شخص و اجتماع می‌باشد و زائیده مصرف دارویی طبیعی به شمار می‌رود (فدایی،۱۳۷۱،ص۱۰)

به عبارت دیگر اعتیاد شدید به هر دارو یا ماده‌ای که برای بدن غیرضروری باشد و اختلالات جسمی محسوس و غیر قابل تحمل ایجاد نماید و قطع آن موجب بی‌نظمی سیستم بدن گردد اعتیاد محسوب می‌شود (قربان حسینی، ۱۳۸۲، ص۱۴۱ و ۱۴۲)

[Downloaded from jnrihs.ir on 2025-12-15]

سازمان بهداشت جهانی و کمیته تحقیقات در مطالعات مواد مخدر آمریکا در سال ۱۹۶۴ اعتیاد را وابستگی داروئی نامیده‌اند وابستگی داروئی، وابستگی روانی و جسمی است که در نتیجه وجود رابطه متقابل بین موجود زنده و دارو پدید می‌آید. (بازتاب، ۱۳۵۹،ص۳)

انواع وابستگی:

وابستگی‌ها را می‌توان به وابستگی‌های روانی و معمولی و وابستگی‌های بیمارگونه تقسیم کرد. درواقع همه ما به نحوی درزندگی روزمره به چیزهای زیادی وابسته ایم بخش اعظم آنها عمومی و عادی است. اما برخی از وابستگی‌ها که به صورت افراطی و بیمارگونه هستند به سهولت قابل تشخیص بوده و علائم آن به صورت نیاز شدید و تمایل زیاد به مصرف یک ماده ظاهر می‌گردد. البته این وابستگی روانی است که بیش از وابستگی فیزیکی باعث ادامه رفتار در مصرف مواد مخدر می‌گردد زیرا وابستگی فیزیکی را می‌توان با استفاده از مواد دارویی در مدت کمی از بین برد. (صالحی،۱۳۷۱،ص۱۸)

وابستگی روانی حالتی است که شخص پس از مصرف دارو، احساس اقناع و رضایت می‌کند و همراه آن رغبت و تمایل نسبت به مصرف مجدد دارو برای کسب لذت و یا جلوگیری از ناراحتی جسمی پیدا می‌کند. (فدایی و سجادیه، ۶۵، ص۱۰)

نقش آموزش در پیشگیری از اعتیاد:

آموزش هم در سطح عموم وهم در سطح مدارس می‌تواند به عنوان یک عامل جهت پیشگیری از اعتیاد یا عاملی در جهت ترک اعتیاد به شمار آید.

آموزش بهداشت از نظر پیشگیری از ابتلا به اعتیاد و آشنا ساختن مردم به زیانهای ناشی از آن در هر طبقه اجتماعی که باشند یکی از مسائل اساسی و هدف‌های اصلی بهداشت روانی است. آموزش‌ها و اطلاعاتی که با استفاده ازوسایل ارتباط جمعی به مردم داده میشود باید طوری تنظیم شود که باعث تشویق وترغیب مردم جهت ترک اعتیاد گردد. باید برای مردم روشن شود که اعتیاد نه فقط به عنوان یک بیماری تلقی می‌گردد بلکه یک مشکل خانوادگی است و در صورت تأخیر درمان و عدم توجه به آن ممکن است مشکلات بزرگ اجتماعی را باعث شود. تشکیل انجمنهای ملی مبارزه با اعتیاد و همکاری آنها با مراکز وموسسات بهداشتی و درمانی، اداره کل و ستاد هماهنگی نظارت بر مواد مخدر، رسانه‌های گروهی در کمک به بیماریابی، درمان آموزش بهداشت عمومی بسیار سودمند وکمک بزرگی را در راه مبارزه با اعتیاد بازی می‌کنند (میلانی فر، ۱۳۷۲، ص۲۵۶،۲۵۵)

[Downloaded from jnrihs.ir on 2025-12-15]

نقش آموزش و پرورش در پیشگیری از اعتیاد:

نقش آموزش و پرورش و مدرسه در پیشگیری از اعتیاد بسیار مهم و باارزش می‌باشد. نقش مدرسه آموزشی است و آموزش باید همراه با پرورش شاگردان باشد، تا بتواند حس سازگاری و روحیه اجتماعی افراد را در محیط پرورش داده و آنها را برای ارتقاء شخصیت وبالا بردن اعتمادبه نفس کودکان بر اساس اعتماد به انسان و نیروهای بشری و امیدواری به آینده پرورش داد. در مدارس باید خصوصیات و آشفتگی‌های دوران بلوغ که ناشی از اختلالات رشد و بی نظمی‌های مزاحی می‌باشد را با توجه کافی به بهداشت روانی انان و ضوابط اخلاقی و مذهبی برای نوجوانان تشریح نمود زیرا اغلب موارد به علت ناآگاهی و نگرانی از بعضی پیامدهای این دوره ممکن است آنها به استفاده از مواد مخدر سوق داده شوند. باید کودکان و نوجوانان را ازمضرات و اثرات سوء موادمخدر ازطریق کتب وسایر مواد آموزشی آگاه نمود. (اورنگ، ۱۳۸۲، ص ۱۲۷-۱۲۹)

نظر روانشناسان درباره اعتیاد:

پرو (۱۹۶۸) اعتیاد را به دو دسته تقسیم کرده است: (صالحی، ۱۳۷۱،ص۱۶)

ـ اعتیاد بزرگ یا قوی مانند اعتیاد به تریاک و مشتقات آن کوکائین، الکل و حشیش

ـ اعتیادهای کوچک یا ضعیف مانند اعتیادبه چای، قهوه، تنباکو، اتر و اعتیادهای دارویی مثل بربیتوریکهای "هانوس" و همکارانش ضمن انتقاد از پرو معتقدند که امروزه باید اعتیاد را به سه گروه عمده تقسیم کرد:

ـ اعتیادطبی (اعتیاد به تریاک ومشتقات آن، کوکائین و داروهای تاثیر گذارنده بر روان)

ـ اعتیاد اجتماعی (حشیش و توهم زاهای دیگر)

ـ اعتیادهای مخلوط (چندین ماده مختلف مورد مصرف)

اوگورلیان معتقد است که اصولا نباید همه معتادان را با یک چشم نگریست (صالحی،۱۳۷۱،ص۱۶)

بلکه بهتر است آنان را بر اساس رابطه ای که با مواد مخدر برقرار می‌کنند به دو دسته تقسیم کرد:

دسته اول معتادین سنتی ودسته دوم معتادان امروزی، معتادان سنتی تا چند سال قبل اکثریت گروه معتادان را تشکیل می‌دادند این عمده رابطه مخصوصی با ماده مخدر مورد مصرف خود دارند به این معنی که اثرات ماده مخدر را به خوبی می‌شناسند و سالیان دراز به مصرف آن وفادار باقی می‌مانند. اما معتادان دسته دوم تنها به مصرف یک ماده مخدر اکتفا نمی‌کنند بلکه همواره انواع مواد مخدر را به روشهای مختلف و به میزان متفاوت مورد مصرف قرار می‌دهند. به همین دلیل نمی‌توان فردی را که مورفین تزریق می‌کند، مورفینی یا معتاد به مورفین نامید، زیرا مورفین تنها ماده مصرفی او نیست (صالحی، ۱۳۷۱، ص۱۷)

[Downloaded from jnrihs.ir on 2025-12-15]

دسته بندی مواد مخدر:

ـ مواد خواب آور شامل هروئین، مرفین، کودئین، متادون

ـ مواد توهم زا شامل ماری جوانا، ال.اس.د.ام.تی، مسکالین، پسیلوسیین

ـ مواد محرک شامل آمفتامین ها وکوکائین

ـ مواد آرام بخش شامل باربیتوراتها، الکل وتوتون (اورنگ، ۱۳۸۲، ص۱۵و۱۴ و۱۳و۱۲) انواع مواد مخدر در حال حاضر از تنوع زیادی برخورداراست. به همین جهت تقسیم بندیهای متعددی در مورد انواع آن از نظر منشأ شیمیایی یا طبیعی و آثار مصرف و ... وجود دارد و از میان داروهای فوق زمینه اعتیاد به تریاک، هروئین، حشیش (ماری جوانا) در ایران رایج تر است. (ناطق نوری،۱۳۸۲، ص۲۷) با توجه به شایع بودن این سه نوع ماده مخدر سعی می‌شود .

انواع مواد مخدر سنتی:

تریاک: کلمه تریاک که معادله کلمه اوپیوم است از ریشه یونانی تریاکو است تریاکو در زبان یونانی معجونی ازتریاک و سایر مواد است که برای گزش جانوران به ویژه مار به کار می‌رفته و غیر از مصرف طبی، مصرف دیگری نداشته است (فرجاد،۱۳۷۴،ص۱۱)

تریاک در فارسی به نام تریاق و دریاق آمده است که برنگ قهوه ای تیره از شیره منعقد شده تخمدان کال گیاهی بنام کوکنار که نام آن در عربی خشخاش است بدست می‌آید. (اورنگ، ۱۳۸۲، ص۱۶)

هروئین: این ماده جزء داروهای توهم زا می‌باشد که با عمل تقطیر از مرفین استخراج می‌شود. بصورت پودر سفید کریستالی می‌باشد و توسط دانشمندان انگلیسی در سنت مری کشف گردید. با مصرف چند بار از این ماده دستگاه چنان دگرگون می‌شود که مصرف کننده برای رسیدن به حالتی که در اولین بار مصرف به او دست داده است مقدار بیشتری از آنرا طلب می‌کند و این نیازمندی هر ۶-۴ ساعت افزایش می یابد (کرباسی،۱۳۶۴، ص۲۳)

حشیش: ماده ای است که از ترکیب شاهدانه هندی به نام کانابیس بدست می‌آید این ماده در ایران اصطلاحا «بنگ» و «چرس» نامیده می‌شود. (کرباسی، ۱۳۶۴، ص۲۴)

حالات ناشی از مصرف: خواب آرامش بخش، تشدید احساس، خنده‌های بی مورد، طولانی و لذت بخش بودن زمان و مکان، معمولا وقتی تاثیر دارو تمام می‌شود به معتاد حالت بدی دست می‌دهد و امکان ارتکاب جرم زیاد می‌شود و یا حداقل او به مصرف مخدر قوی‌تر مانند هروئین وادار می‌کند. (فرجاد، ۱۳۷۴، ص۴۸، ۱۱۱۴۹)

[Downloaded from jnrihs.ir on 2025-12-15]

درمان یا ترک اعتیاد:

درمان یا ترک اعتیاد شاید امر ساده ای به نظرآید، لیکن در عمل کاری بس دشوار برای معتاد و متخصصان امر است. (صالحی، ۱۳۷۱، ص۱۰۵) اما آیا همانطور که معتاد فکر می‌کند و بیشتر مردم تصور می‌کنند همه چیز در مورد معتاد پایان پذیرفته است؟ آیا امکان بازگشت ندارد و آیا این تصورات واقعیت دارد؟ خیر، هنوز امید هست، ممکن است معتاد و زندگی او در حال پایان باشد ولی هنوز پایان نیافته، امید پایان نیافتن هم وجود دارد. به شرط خواستن و به شرط فراهم کردن شرایط خواست و مساعدت به آنها در جهت انجام خواستن و ... زمینه بازگشت را برای آنها فراهم کردن. (قربان حسینی، ۱۳۸۲، ص ۲۸۱)

از سالها قبل مسئله پیشگیری از اعتیاد جوانان و جلوگیری از توزیع و توسعه انواع مختلف مواد مخدر، توجه تمام کشورهای جهان را به خود جلب کرد و هر ساله مقادیر زیادی از بودجه هر کشور صرف مبارزه با این پدیده شوم می گردد. در حقیقت بهترین روش ترک اعتیاد، داوطلب بودن معتاد است، اما متأسفانه این قبیل معتادان به ندرت دیده می‌شوند. معمولا وقتی معتادی را برای ترک به مراکز مربوطه هدایت می‌کنند، در مرحله ای پیشرفته قرار دارد و یا دچار بحرانهای ناشی از مصرف مواد مخدر گشته است زمانی هم که معتاد شخصا داوطلب معالجه خویش بوده و به مرکز مربوطه مراجعه می‌کند انگیزه وی ترک واقعی نیست بلکه همانطور که پروفسور «دلتی» می‌گوید: این قبیل معتادان اغلب در حالت کمبود قرار گرفته اند، زیرا مواد مخدر مصرفی دیگر اثر چندانی ندارد، مگر اینکه مقدار آن افزایش یابد. به عبارت دیگر تمایل معتاد به ترک فقط به خاطر این است که وی پس از مدتی مجددا بتواند مواد مخدر مصرفی را با مقادیر اولیه موثر سازد. تمام معتادانی که در مراکز ترک دیده می‌شوند معمولا به علت یک حادثه در حین مصرف و یا اجبارا توسط فامیل و بستگانی که از رفتار آنها به تنگ آمده اند و یا در نتیجه تصمیمات مقامات قضایی به ترک اعتیاد مجبور شده اند. (صالحی، ۱۳۷۱، ص۱۰۴)

علل اعتیاد:

تاکنون جامعه شناسان، روانشناسان و به طورکلی محققین و متخصصین درزمینه اعتیاد به موادمخدر، تئوریهای مختلفی را به عنوان علل اعتیاد ارائه داده‌اند، مثلا گروهی براین عقیده اند که چون این مواد وجود دارد و در دسترس افراد قرار می‌گیرد افرد به استعمال آن می‌پردازند گروهی دیگر آمادگی روانی و شخصیت ناهنجارشخص را علت اصلی ابتلا به اعتیاد می دانند این گروه عقیده دارند افرادی ازنظر روانی وشخصیتی دارای اختلالاتی می باشند به علت اینکه نمی توانند در برابر مشکلات زندگی و شکست‌ها و ناکامی ها مقاومت نمایند برای فرار از این مشکلات به استعمال مواد مخدر روی می‌آورند.

اما گروهی نیز بر این عقیده‌اند که بحرانها و بی سازمانی اجتماعی، ناراحتی‌ها و استرس‌های را به وجود می‌آوردند که افراد به منظورکاهش این فشارها به استعمال مواد مخدر روی می‌آورند و یا نتایجی که بر اساس تحقیقات انجام شده به دست آمده نشان می‌دهد که بعضی معتادان به علت کاهش دردهای ناشی از

[Downloaded from jnrihs.ir on 2025-12-15]

بیماری‌ها به خصوص بیماریهای صعب العلاج به استفاده از مواد مخدر پرداخته و معتاد شده‌اند. ولی با توجه به تمام این علل نباید فراموش کرد که انگیزه های مختلفی برای اعتیاد به مواد مخدر وجود دارد که با هم متفاوت هستند مثلا انگیزه یک فرد مسنی که معتاد می‌شود با انگیزه یک فرد جوان فرق دارد و همچنین با توجه به شخصیت و خصوصیات فردی هر کس انگیزه‌ها می‌تواند با هم بسیار متفاوت باشند و ما می‌توانیم نتیجه بگیریم که در ابتلا به اعتیاد انگیزه‌ها و علل گوناگونی وجود دارد از جمله علل اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، تربیتی، روانی و... (اورنگ، ۱۳۸۲، ص۱۰۵)

عوامل اعتیاد:

عوامل اجتماعی:

الف- عوامل تربیتی آموزشی:

۱- خانواده (نابسامانی و گسیختگی خانواده- ناسازگاریها و اختلافات خانوادگی- فقر مادی- کمبودهای عاطفی- معتاد بودن افراد خانواده- بیسوادی و ناآگاهی والدین نسبت به مسائل اجتماعی- عدم احساس مسئولیت والدین و ...)

۲- مدرسه (بی توجهی به نیازهای دانش آموزان- عدم وجود مدیریت درست- عدم وجود مربیان واقعی وآگاه به مسائل کودکان ونوجوانان و جوانان و ...

۳- گروه همسالان (معاشرت با رفتارهای معتاد ومنحرف و ...)

۴- رسانه‌های گروهی (عدم وجود یا کمبود برنامه‌ها وکتب و مجلات آموزشی که مطابق با نیازهای کودکان و جوانان ویا برعکس وجود فیلمها و برنامه‌ها و مطبوعاتی که می‌تواند برای کودکان و نوجوانان مضر و منحرف کننده باشد.

ب- عوامل اقتصادی:

- فقر (بیکاری- گدایی و ولگردی- بحرانهای اقتصادی- تورم و گرسنگی و ...)
- مهاجرت (آوارگی – تضاد وتعارض فرهنگی و ...)
- بیکاری
- سود جویی از طریق تهیه و فروش مواد مخدر

ج- عوامل سیاسی:

- جنگ (آوارگی وبی خانمانی حاصل از جنگ و ...)
- سیاست (سیاست استعماری دول خارجی و سرمایه داران بین المللی- فشارهای ناشی از جانب سکوت و ...)

[Downloaded from jnrihs.ir on 2025-12-15]

د- عوامل فرهنگی:

بیسوادی یا کم سوادی- عدم آگاهی به مسائل اجتماعی از جمله مضرات مواد مخدر- فقدان احساس مسولیت. (اورنگ،۱۳۸۲،ص۱۰۶-۱۰۸)

کنجکاوی: عده ای نیزکه در مجالس دوستانه ویا مجالس مهمانی که ازاینگونه مواد مخدر مصرف می‌کنند حضور دارند و مصرف دیگران حس کنجکاوی آنان را تحریک نموده و تصمیم به تجربه می‌گیرند متأسفانه پاداش اولین مصرف در اغلب مردم مثبت است و همین کنجکاوی کم کم آنان را به مصرف دارو معتاد می‌کند. (فرجاد، ۱۳۸۲، ص۸۹-۹۰)

درمان معتادین:

درمان در دو مرحله انجام می شود:

مرحله اول- بازگیری

مرحله دوم- بازتوانی

مرحله بازگیری: بازگیری یا درمان جسمی از دو راه، یکی روش دارویی و دیگری روش غیر دارویی امکان پذیر است که هر دو روش نیز به دو طریق ترک تدریجی و ترک ناگهانی مورد استفاده قرار می‌گیرد. در ضمن از روش‌های کمکی نیز می توان برای آسانتر نمودن درمان در روشهای بازگیری استفاده نمود. (اورنگ، ۱۳۸۲،ص۱۳۶)

روش داروئی:

الف-ترک تدریجی: امروزه یکی از روشهای شایع و متداول دارو درمانی در جهت ترک وابستگی بدنی اعتیاد به مشتقات تریاک به ویژه مرفین و هروئین استفاده از ترکیب متادون می‌باشد. دراین شیوه از درمان سعی می‌شود با رعایت مراقبتهای پزشکی خاص منطبق بر وضع کلی معتاد ترکیب متادون با برنامه‌ریزی ویژه ای به طور کوتاه مدت یا دراز مدت جانشین مصرف هروئین گردد. اگر چه استفاده از متادون می‌تواند در کوتاه مدت تسهیلاتی در امر درمان به وجود آورد، معهذا مصرف دائمی آن می‌تواند بالقوه سبب مشکلاتی جدید گردد که در این باره هم نظرهای مخالف و هم نظرهای موفق ارائه شده است. (اورنگ، ۱۳۸۲، ص۱۳۶)

این روش را جایگزینی می‌گویند. در این روش ماده مخدر می‌تواند دفعتا قطع گردد و با استفاده از داروهای مخصوص و مراقبتهای ویژه پزشکی، سعی در از بین بردن علائم کمبود و ضایعات فیزیکی و روانی احتمالی می‌گردد. ترک اعتیاد مواد دیگر نیز با این روش امکان پذیراست و درمانهای دارویی در رابطه با علائم حاصله از ترک، انجام می گیرد. اما به طور کلی ترک مواد مخدری که وابستگی فیزیکی

[Downloaded from jnrihs.ir on 2025-12-15]

زیادی تولید می‌کنند، تحت مراقبتهای پزشکی و در مراکز تخصصی انجام می‌گیرد. (صالحی، ۱۳۷۱، ص۱۰۵)

ب- ترک ناگهانی: در استفاده از این روش معتاد به طور یکباره از مصرف مواد مخدر خودداری می‌نماید و زیر نظر پزشک متخصص به منظور تسکین نشانه‌های ترک از برخی از داروهای کمکی (غیر از متادون) استفاده می نماید. پس ازاتمام این دوره و تأیید بر عدم اعتیاد، فرد معتاد می‌تواند با مراجعه به مراکز روانپزشکی، مشاوره و سایر مراکز در این زمینه برای رفع نارسائیهای کلی اقدام نماید (اورنگ، ۱۳۸۲، ص۱۳۷، ۱۳۸)

۲- روش غیر دارویی:

الف-روش تدریجی: ترک تدریجی روش غیر دارویی روشی است بسیار ساده که علاوه بر کاربردهای سنتی و قدیمی آن امروزه نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. بدین ترتیب که طبق جدولی خاص (زیر نظر پزشک متخصص) که بر حسب نوع اعتیاد و میزان مصرف تهیه می‌شود، فرد معتاد سعی می‌کند به تدریج از مصرف روزانه خود کم نماید تا آنکه پس از انقضای دوره مقرر میزان مصرف به صفر تنزل کند. پس از ترک کامل و تأیید آزمایشگاهی مبتنی بر عدم اعتیاد بیمار بایدتحت درمان قرار گیرد.

ب- ترک ناگهانی: اینگونه روش بدون استفاده از هیچگونه دارویی و به منظور سم زدایی معتادان مورد استفاده قرار می گیرد. بدین ترتیب که فرد معتاد در محل خاص که نتواند در زمان ترک به خود یا دیگران صدمه بدنی وارد نماید، نگهداری می‌شود تا به خودی خود پس از چند روزترک اعتیاد نماید. معمولا این دوره بین ۲ تا ۱۲ روز به طول می‌انجامد که نوسان آن بستگی به چگونگی اعتیاد (میزان ونوع مصرف) و فرد معتاد خواهد داشت. عده ای از متخصصان این روش را غیر انسانی دانسته و به موثر بودن آن اعتقادی ندارند. (اورنگ، ۱۳۸۲، ص۱۳۸)

مرحله دوم- بازتوانی

مرحله بازتوانی یا توانبخشی معتادان پس از اتمام دوره بازگیری آغاز می‌گردد. در این مرحله سعی می‌شود با استفاده از روشهای مختلف روان درمانی غیر دارویی و در مواردی از راههای روان درمانی دارویی، معتاد را برای بازگشت به یک زندگی متعارف وسازنده آماده سازند به طوری که به اعتیاد مجدد روی نیاورد. (اورنگ، ۱۳۸۲، ص۱۴۰) شیوه‌های روان درمانی و چگونگی اجرای آن از سوی متخصصین به رشته تحریز درآمده و موجود می باشد. باید با هر معتادی که صحبت می‌شود و در واقع روان درمانی می‌گردد، دنبال نقطه ضعف روانی و عاطفی وی گشت. وقتی عقده‌ها شناخته شد، برخورد مناسب با آن در تخصص آشنایان به کار است. پس از شناخت عقده‌ها و کمبودها به تدریج باید به او تفهیم کرد که بعضی خصوصیات موجود در خودش هم در گرایشش به اعتیاد تأثیرداشته و بعد آن خصوصیات را هم شناخت و

[Downloaded from jnrihs.ir on 2025-12-15]

کشف کرد و در جهت برخورد با آنها هم تصمیمی مناسب اتخاذ کرد. در روان درمانی نکته ظریفی وجود دارد و آن ایجاد علاقه به ترک و ادامه این وضع در معتادین است تا افکار مغشوش و اضطراب وی را برطرف و امکان بازگشت را کاهش دهد. ایجاد دشواری برای تهیه مواد مخدر علاوه بر اینکه همیشه بهترین راه مبارزه با اعتیاد محسوب می‌گردد از به وجود آمدن تزلزل در روحیه معتادین و کشش و تمایل آنان جلوگیری و امید به نتیجه بخش بودن اقدامات را افزایش می‌دهد. (قربان حسینی، ۱۳۸۲، ص ۲۹۸-۲۹۷)

نتیجه گیری:

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک مشکل اجتماعی پدیده ای است که علاوه بر زمینه های ناسالم اجتماعی، اقتصادی، سیاسی و فرهنگی، زمینه های شخصیتی، روانی و تربیتی نیز در چگونگی ابتلا به آن از اهمیت زیادی برخوردار است. در اثرتحقیقات انجام شده در این زمینه میتوان گفت که ضعف شخصیت، ناهنجاریهای روانی، عدم تعادل و بی ثباتی اوضاع اقتصادی، فقر فرهنگی و آموزشی و بالاخره زندگی پردغدغه ناشی از صنعت و تمدن و فقدان روابط انسانی مناسب، ترک صله رحم، فراموش شدن سنتهای پسندیده فرهنگی و اسلامی، بتدریج فرد را در مقابل مشکلات و گرفتاریهایی قرار می‌دهد که خود را عاجز وناتون و تنها یافته و در نتیجه سعی می کند از واقعیتها فرار کند و به مکانیسمهای مختلفی نظیر اعتیاد به مواد مخدر متوسل شود. و از آنجا که نوجوانان آسیب پذیرترین گروه در برابر اعتیاد محسوب میشوند و معلوما در مدارس با این قشر جامعه بیشترین ارتباط را دارند بنابراین لازم است تا شناخت عوامل موثر در اعتیاد از طریق معلمان نیز مورد پژوهش قرار گیرد .

پی بردن به بردن به ریشه‌ها و زمینه‌ها و عوامل انحرافات مختلف اجتماعی خصوصاً در بین قشر حساس و مهم نوجوانان و برنامه‌ریزی علمی و عملی لازمه جامعه امروزه است و این امر جز با تحقیقات موشکافانه و علمی میسر نمی‌شود. از این رو در این بین تحقیقات باید صورت گیرد.

[Downloaded from jnrihs.ir on 2025-12-15]

فهرست منابع و مآخذ

ـ آقا بخشی، حبیب/ رویکرد مددکاری اجتماعی در زمینه اثرات اعتیاد بر نظام خانواده/ معاونت پژوهشی علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۷۵

ـ احمدی، سید احمد، روانشناسی نوجوانان و جوانان، انتشارات مشعل، ۱۳۷۰

ـ اخلاقی بوزانی، سیدابوالقاسم/ تأثیر آموزش و مشاوره گروهی بر تغییر نگرش نسبت به مواد مخدر در مجتمع بازپروری مهیار اصفهان/ پایان نامه کارشناسی ارشد، آبان ۱۳۷۵.

ـ اردوبادی، احمد صنبور/ گسترش جهانی اعتیاد/ انتشارات دارالتبلیغ اسلامی قم، ۱۳۵۸

ـ اردوبادی، احمد صبور/ اعتیاد (شناسایی- علل- پیشگیری)/ انتشارات سازمان منطقه بهداری آذربایجان شرقی، خرداد ۱۳۶۳

ـ اورنگ، جمیله/ پژوهشی درباره اعتیاد/ انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، تهران ، ۱۳۸۲

ـ ایزدی، سیروس/ روانپزشکی برای دانشجویان پزشکی و پزشکان عمومی/ انتشارات شرکت سهامی چهر، تهران، ۱۳۶۴.

ـ باقری وانائی، پیمان/ زنجیره اعتیاد در نوجوانان و جوانان، انتشارات مشعل آزادیف پاییز ۱۳۷۳.

ـ پورافکاری، نصرت اله/ فرهنگ جامع روانشناسی و زمینه روانپزشکی/ انتشارات معاصر، ۱۳۷۳.

ـ پیران، پرویز/ بررسی اعتیاد وبازپروری معتادان/ دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، ۱۳۸۲.

ـ خدابنده شهرکی، صدیقه/ بررسی مقایسه ای خصوصیات فردی، خانوادگی و اجتماعی قبل اعتیاد معتادین به مواد مخدر درمجتمع بازپروری مهیار استان اصفهان با گروه شاهد/ پایان نامه کارشناسی ارشد، ۱۳۷۲

ـ روزنامه همشهری/ خانواده حصاری محکم در مقابله با اعتیاد / شماره ۱۳۵۰، ۱۳۷۶.

ـ زاهدی، محسن/ بررسی عوامل موثر در اعتیاد جوانان به مواد مخدر/ ۱۳۵۵

ـ زرگر، مهدی/ تأثیر ایمان در پیشگیری از اعتیاد/ روزنامه کیهان، شماره ۱۴۰۱۷ ، اردیبهشت، ۱۳۷۲.

ـ ستوده، هدایت ا.../ مقدمه ای بر آسیب شناسی اجتماعی/ انتشارات آوای نور، ۱۳۷۳.

ـ شهبازی، مهران/ بررسی عوامل بازگشت مجدد مددجویان بازپروری شده به مراکز نگهداری در استان لرستان از دیدگاه کارشناسان و مددجویان/ پایان نامه کارشناسی ارشد، ۱۳۷۶.

ـ صالحی، ایرج/ زنجیره های اعتیاد/ انتشارات آوای نور، تهران، ۱۳۷۱

ـ عقیقی بخشایشی/ ویرانگرهای اعتیاد/ انتشارات شناخت معارف اسلام، ۱۳۸۲.

ـ فخر، سید حسین/ آمارهایی از مصرف مواد مخدر وشمار معتادین ایران/ روزنامه اطلاعات، شماره ۸۷، ۱۳۷۲.

ـ بزهکاری اطفال و نوجوانان، هوشنگ شامبیاتی، تهران، مجتمع علمی و فرهنگی مجد ژوبین. چاپ چهاردهم، ۱۳۸۵

[Downloaded from jnrihs.ir on 2025-12-15]

ـ آسیب شناسی اجتماعی (جامعه شناسی انحرافات)، هدایت الله ستوده. انتشارت آوای نور، چاپ پنجم، ۱۳۷۸

ـ محسنی منوچهر، جامعه شناسی انحرافات اجتماعی، انتشارات پیام نور

[Downloaded from jnrihs.ir on 2025-12-15]