



سازمان مبارزه با مواد مخدر



سازمان پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر

پیشگیری نوین

گازنامه داخلی

ویژه مدیران دستگاه ها

شماره دوم

شورای سیاستگذاری

- معاونت اجتماعی و پیشگیری از آسیب های اجتماعی
- سازمان بهزیستی کشور، دفتر مداخله و بازتوانی
- اداره کل فرهنگ و پیشگیری سناد مبارزه با مواد مخدر کشور



۱۳۹۰

راهبردها و استراتژی های **محتوایی** پیشگیری از مصرف مواد مخدر

اصلاح باورهای غلط در حوزه اعتیاد

با هدف مقابله با استراتژی های سیستم هوشمند ترویج مصرف مواد

سطوح توانمند سازی شهروندان برای زندگی عاری از اعتیاد

علل مصرف مواد

پیشگیری از اعتیاد در محیط های کار، چرا و چگونه؟



یادداشتی از دکتر احمد اسفندیاری
رئیس سازمان بین‌رستی کشور

بسمه تعالی

اوامر ارزشمند مقام معظم رهبری (مدظله العالی) در سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر مبتنی بر «اتخاذ راه کارهای پیشگیرانه در مقابله با تهدیدات و آسیب‌های ناشی از مواد مخدر و روان گردان با بهره‌گیری از امکانات دولتی و غیر دولتی با تأکید بر تقویت باورهای دینی مردم و اقدامات فرهنگی، هنری، ورزشی، آموزشی و تبلیغاتی در محیط خانواده، کار، آموزشی و تربیتی و مراکز فرهنگی و عمومی» راهنمای مدیران دستگاه‌های مختلف برای بسیج همه‌جانبه به منظور پیشگیری از اعتیاد در جامعه می‌باشد؛ در این راستا انتخاب استراتژی مناسب از عوامل کلیدی و موثر می‌باشد.

امروزه دیگر پیشگیری از اعتیاد وظیفه یک فرد و یا یک ارگان خاص نمی‌باشد بلکه همه ما مسؤولیم و باید نقش خود را به نحو احسن ایفا نماییم تا با عنایت به نگاه ویژه مقام معظم رهبری، با توجه بیشتر به برنامه‌های پیشگیری، برنامه ریزی مبتنی بر شواهد و نگاه سیستماتیک با هم افزایی ایجاد شده، کنترل اعتیاد امری تحقق‌یافتنی و موثر گردد.

از جمله فعالیت‌هایی که می‌تواند نقش بسیار موثری در سرعت بخشیدن و تعمیق برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد داشته باشد، توانمندسازی گروه‌های مختلف هدف می‌باشد؛ در واقع با توانمندسازی اقشار مختلف جامعه، جلب مشارکت همگانی و افزایش سرمایه اجتماعی، نقش گروه‌های هدف در برنامه‌های پیشگیرانه موثرتر و مقابله با سیستم اعتیاد موفق‌تر خواهد بود. بنابراین آشنایی با خصوصیات گروه‌های هدف و روش‌های توان‌افزایی آنها امری ضروری برای همه مجریان می‌باشد.



مصاحبه با حمید صرامی
مدیر کل فرهنگی و پیشگیری
سنادمبارزه با مواد مخدر

حمید صرامی طی مصاحبه‌ای اعلام کرد:

«بر اساس بخشنامه ابلاغی از سوی معاونت محترم توسعه مدیریت و سرمایه انسانی ریاست محترم جمهور مقرر گردیده کلیه دستگاه‌های مشمول قانون نظام هماهنگ پرداخت کارکنان دولت در برنامه‌های آموزشی، نسبت به اجرای شش ساعت آموزش عمومی در خصوص مواد مخدر، پیامدها و راه کارهای پیشگیری از سوء مصرف مواد مبادرت ورزند.»

صرامی افزود: «با عنایت به پیگیری‌های صورت پذیرفته از سوی اداره کل فرهنگی و پیشگیری ستاد و تلاش شوراهای هماهنگی مبارزه با مواد مخدر استان‌ها در سال ۱۳۸۹ در سطح ۳۰ استان کشور بالغ بر ۱۲۹۹۲۶ نفر از کارکنان مشاغل در دستگاه‌ها تحت پوشش آموزش‌های پیشگیری اولیه از اعتیاد قرار گرفته‌اند که در سال ۱۳۹۰ این موضوع با جدیت برای سایر کارکنانی که آموزش ندیده‌اند مورد پیگیری قرار خواهد گرفت.»



راهبردها و استراتژی‌های محتوایی

پیشگیری از مصرف مواد مخدر و روان گردان‌ها در محیط‌های کار



(۳) رویکرد جایگزین:

این رویکرد شامل ارزیابی فعالیت‌های جایگزین مصرف مواد و کاهش احساس بی‌حوصلگی یا بیگانگی است. برنامه‌هایی مانند فعالیت‌های تفریحی و ورزشی، شرکت در طرح‌های آموزش حرفه‌ای، این رویکرد را عملی می‌سازد.

(۴) رویکرد نشر اطلاعات:

رویکرد نشر اطلاعات منجر به افزایش آگاهی در مورد مواد مخدر و روان گردان‌ها، آثار آنها، پیامدهای مصرف مواد و نیز تقویت نگرش‌های ضد مصرف مواد می‌شود. رویکرد نشر اطلاعات به وسیله دستورالعمل‌های آموزشی، بحث‌های گروهی، نمایش فیلم، نمایش مواد مخدر، پوستر، جزوه و سایر برنامه‌های آموزشی اعمال می‌شود.

(۵) رویکرد نفوذ اجتماعی و افزایش توانایی:

افزایش توان تصمیم‌گیری، تغییر رفتار شخصی، کاهش اضطراب، افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباط و کاربرد مهارت‌های عمومی برای مقابله با فشار اجتماعی از برنامه‌های این رویکرد است.

راهبردهای محتوایی پیشگیری از اعتیاد به پنج راهبرد تقسیم شده که در زیر به توضیح هر یک به اختصار پرداخته خواهد شد.

(۱) رویکرد پرورش عاطفی:

رویکرد پرورش عاطفی شامل افزایش عزت نفس، اتکای به خود، تصمیم‌گیری مسوولانه، رشد روابط بین فردی و یا استفاده نکردن در مورد مصرف مواد است که به وسیله دستورالعمل‌های آموزشی، بحث‌گروهی و فعالیت‌های آموزشی، هم‌اندیشی و روان‌درمانی گروهی اجرا می‌شود.

(۲) رویکرد نفوذ اجتماعی:

این راهبرد شامل افزایش آگاهی از فشار اجتماعی برای مصرف مواد مخدر، افزایش دانش در مورد پیامدهای کوتاه مدت مصرف مواد در اثر فشار همسالان و پایه‌گذاری هنجارهای مصرف نکردن مواد است که به وسیله بحث‌گروهی، آموزش مهارت‌های مقابله، تمرین رفتاری، روش‌های جرأت‌آموزی در برنامه ریزی‌ها و برنامه‌های آموزشی امکان‌پذیر می‌شود.



اصلاح باورهای غلط در حوزه اعتیاد

با هدف مقابله با استراتژی های سیستم هوشمند ترویج مصرف مواد

۶ باور غلط رایج و قابل اصلاح درباره اعتیاد

با وجود همه تلاش ها برای نشان دادن چهره واقعی اعتیاد و فرد معتاد در جامعه هنوز علت سقوط بسیاری از افراد در دام اعتیاد نبود شناخت کافی و درست از این مساله است. در واقع داشتن باورها و تصورات غلط از خطرات و عواقب اعتیاد موجب شده است تا بسیاری از افراد به دلیل همین نا آگاهی با آسان گرفتن روش های رهایی از این بلای خانمان سوز به راحتی در دام آن گرفتار شوند. واقعیت این است که تعدادی از این باورهای غلط چنان در میان برخی از گروه های اجتماعی جا افتاده است که در پاره ای مواقع مخالفت با آنها غیرطبیعی می نماید. به همین دلیل، رسانه ها و گروه های مرجع باید با پررنگ کردن خطر چنین باورهایی که عامل اعتیاد بسیاری از افراد است، خطرات آنها را به تمامی اقشار جامعه و به ویژه گروه های در معرض خطر گوشزد کنند.

۱ با یک بار مصرف مواد کسی معتاد نمی شود

تحقیقات نشان داده است مواد اعتیاد آور به محض ورود به سیستم عصبی (حتی برای بار اول) برخی مراکز ترشح کننده دوپامین را در مغز خاموش می کنند. تصاویر ام.آر.آی رنگی مغز معتادان و مقایسه آن با افراد سالم نشان می دهد که افراد سالم، مغزی درخشان با رنگ های متنوع دارند اما افراد معتاد از یک مغز خاموش با تصویری سیاه و تیره برخوردارند. علت این مساله همان قطع ترشح دوپامین و سایر واسطه های شیمیایی در مغز است. افراد مصرف کننده (پس از مصرف) با وسوسه به دنبال جایگزینی برای همان واسطه های از دست رفته هستند و این بی قراری و میل به مصرف تا زمان مصرف مجدد ادامه می یابد که این امر از زمینه های اولیه اعتیاد است.

۲ مصرف تفتنی مواد کسی را معتاد نمی کند

بسیاری از افرادی که مصرف مواد را آغاز می کنند بر این باورند که مصرف تفتنی مواد متجر به اعتیاد نمی شود و گمان می کنند می توانند سال ها مواد را مصرف کنند و خوب و سر حال باقی بمانند. همین طرز تفکر و باور غلط، زمینه ساز اعتیاد است و بسیاری معتادانی که سال هاست مواد مصرف می کنند و شدت اعتیادشان افزایش یافته اما خود را معتاد نمی دانند. اگر بتوانید جواب این سوال را بدهید، می توانید ریشه های این باور غلط را نیز بشناسید. سوال این است: «همه می دانند اعتیاد بد است اما چرا برخی از افراد معتاد می شوند؟» مشکل اینجاست که افراد مصرف کننده گمان می کنند معتاد نیستند یا به نیت اعتیاد مصرف مواد را آغاز نکرده اند و مصرف مواد تنها جنبه آزمایشی دارد.

۳ مواد اعتیاد آور برای افراد بالای ۵۰ سال ضرر ندارد و حتی مفید است

این تصور باطل که مواد مخدر مانند تریاک، فرد را جوان نگه می دارد، قند خون و فشار بالای خون را درمان می کند، انزال را به تاخیر می اندازد و تقویت کننده قوای جنسی است، پایه علمی و درستی ندارد. چه بسیاری از افرادی که با مصرف این مواد در روابط زناشویی خویش به شدت دچار مشکل می شوند. معتادان فراوانی هستند که به دنبال سکنه مغزی یا قند خون بسیار بالا و فشار شدید خون در بیمارستان ها بستری شده اند. شاید در مصارف اولیه، مقداری قند خون یا فشار خون لغت پیدا کند اما باید به یاد داشته باشیم که مصرف این مواد، درمانی برای قند خون بالا یا پرفشاری خون محسوب نمی شوند.

۴ مواد همیشه از سوی یک آدم خلاف کار با چهره ای خطرناک به من تعارف می شود

باید بدانیم که داستان آغاز اعتیاد این طور نیست. معتادان بسیاری وجود دارند که اولین بار مواد را از پسرخاله، پسرعمو، یک دوست صمیمی یا یکی از بستگان و اعضای درجه یک خانواده خود دریافت کرده اند. بنابراین افراد جامعه باید آموزش ببینند که در مورد مصرف مواد مخدر و روان گردان ها به هیچکس نمی توان اعتماد کرد.

۵ مصرف مواد عامل بهبود بیماری ها و درد است

اگرچه مواد واکنش انسان را نسبت به حس درد کاهش می دهند اما روی عامل اصلی ایجاد درد هیچ گونه اثری ندارند و با گذشت زمان بدن نسبت به اثر ضددرد این مواد، تحمل خود را از دست می دهد. یعنی مثلا اگر بار اول و دوم با اولین مصرف، درد تسکین پیدا می کرد لیکن بعد از گذشت زمان میزان و دفعات مصرف مواد باید افزایش یابد.

۶ مصرف قلیان نوعی تفریح سالم است و اعتیاد آور نیست

تجربه نشان داده است که معمولا جمع های دوستانه ای که در آن قلیان وجود دارد، جمع های چندان سالمی نیست و بعد از گذشت زمان قلیان کشیدن به مصرف مواد مخدر، مواد محرک و الکل منجر می شود. حتی برخی از افراد نه تنها مصرف قلیان بلکه مصرف مواد مخدر را ناپسند نمی دانند و در نتیجه گرایش به مصرف مواد در میان آنها بیشتر است. تصحیح این باور غلط نیاز به آموزش و سرمایه گذاری دارد.



- ۱۰ منابع موجود از قبیل منابع فیزیکی، انسانی، مالی و از جمله خدمات دولتی و غیردولتی را مورد مطالعه قرار دهد.
- ۱۱ یاد بگیرد چگونه به منابع و خدمات عمومی به طور مستقل دسترسی پیدا کند و خواهان مسوولیت پذیری و پاسخگویی آنها باشد و برای ایجاد تغییرات در طرح ها و برنامه هایی که نامناسب و غیرقابل دسترسی هستند، اقدام کند.
- ۱۲ یاد بگیرد چگونه با نهادهای عمومی و سیستم ها/شوراهای محلی، نمایندگان منتخب، بانک ها، ادارات دولتی و غیره) به طور مستقل مذاکره کند.
- ۱۳ ساختارهای سیاسی و نظام های نظارتی جامعه را بشناسد و نحوه مشارکت در این ارگان ها و چگونگی مطالبه مسوولیت پذیری و پاسخگویی را یاد بگیرد.
- ۱۴ در سازماندهی و ایجاد شبکه ها در سطوح محلی، ملی، منطقه ای و جهانی مشارکت داشته باشد.
- ۱۵ مهارت های توانمندسازی دیگری از قبیل مهارت های حرفه ای، مدیریتی، خواندن و نوشتن، جمع آوری داده های پایه و مهارت های پژوهشی را یاد بگیرد.



ویژگی های محله های شهری توانمند

- ۱ درآمد و پایگاه اجتماعی: فاصله بین ثروتمندان و فقرا باید کم شود؛ جامعه باید کلیه اعضای خود را برای ایفای نقش مناسب و ارزش نهادن به تلاش های شهروندان محله توانمند سازده به عنوان یک حداقل، کلیه نیازهای اساسی شهروندان محله باید برآورده شود؛ امنیت اقتصادی برای همه باید تضمین و عدالت جنسیتی و فرهنگی ترویج شود.
- ۲ حمایت اجتماعی: محله های شهری توانمند احساس تعلق در شهروندان و فرصت های تعامل و دریافت و آرایه کمک را تقویت می کنند؛ شهروندان چنین محله ای به تنوع فکری احترام می گذارند، آن را می پذیرند و به طور سازنده تضادها و اختلافات خود را حل می کنند.
- ۳ آموزش: کلیه شهروندان محله به فرصت های آموزشی در طول زندگی خود دسترسی دارند تا فرآیند آموزش بتواند در تحقق اهداف شخصی و مشارکت اجتماعی آنها مفید واقع شود؛ کلیه شهروندان، مهارت های مورد نیاز برای زندگی روزانه و بهره برداری از آن به بهترین وجه و شکل ممکن را کسب می کنند؛ و کودکان و جوانان برای زندگی و کار در یک جامعه در حال تغییر به طور مناسب

ویژگی های شهروند توانمند

- شهروند توانمند، شهروندی است که دارای ویژگی های زیر باشد:
- ۱ قدرت تفکر انتقادی از خود و جهان پیرامون را داشته باشد.
 - ۲ دلای خودانگاره مثبت باشد، خود را ارزشمند بداند و خودکارآمد باشد.
 - ۳ ساختارهای معیوب را با دید انتقادی، تجزیه و تحلیل کند.
 - ۴ از حقوق خود به عنوان یک شهروند آگاه باشد.
 - ۵ نقاط قوت و ضعف خود را بیان نموده و به دیگران نیز در این کار کمک کند.
 - ۶ یاد بگیرد چگونه گروه یا محله اش را سازماندهی کند، در ایجاد پیوندهای جمعی و گروهی فعالانه مشارکت کند، به ویژه در تصمیم گیری ها، اقدامات و مسوولیت های جمعی.
 - ۷ یاد بگیرد چگونه با رفتارها و اعمال خشن در درون و بیرون خانه و خانواده مقابله کند.
 - ۸ سعی کند به منابع جدید اطلاعات و دانش مرتبط با مسایل حساس و مهم زندگی دسترسی داشته باشد و همچنین درک و شناخت کافی از جهان پیرامون خود داشته باشد.
 - ۹ قدرت تحلیل ایدئولوژیک روابط اجتماعی و جنسیتی؛ سیاست های توسعه ای؛ و سیاست های محلی و ملی با تفکر انتقادی را داشته باشد.



سطوح توانمندسازی شهروندان برای زندگی عاری از اعتیاد

توانمندسازی شهروندان برای زندگی عاری از اعتیاد می‌تواند در سه سطح فردی، بین فردی و سیاسی رخ دهد:

۱) **سطح فردی:** هدف از توانمندسازی در این سطح عبارت است از مقابله با ناتوانی‌ها و ایجاد احساس قدرت و خودکارآمدی فردی. تحقق توانمندسازی فردی شامل پذیرش و شناخت قدرت خود و همچنین شناخت محدودیت‌های منابع قدرت است. توانمندسازی فردی چهار جنبه عمده دارد: آگاهی‌های اساسی، کاهش خود سرزنشی، مسوولیت‌پذیری فردی برای آینده، خودکارآمدی.

۲) **سطح بین فردی:** یکی از اهداف مداخله، داشتن ظرفیت و توانایی لازم برای تأثیرگذاری بر دیگران است. تحقق این امر نیازمند توسعه مهارت‌هایی از قبیل حل مسأله، اظهار وجود و مهارت‌های ارتباطی است. رشد و توسعه تعامل بین فردی و کارایی سیاسی ممکن است به طور هم‌زمان رخ دهد و اثر تقویتی متقابلی داشته باشد.

۳) **سطح سیاسی:** بر ایجاد مداخله در سطوح فردی و بین فردی تأکید دارد. در این سطح هدف عبارت است از انتقال و یا تغییر قدرت موجود بین گروه‌ها در جامعه که از طریق اقدام اجتماعی و تغییر به وسیله فرآیندهای حمایت اجتماعی، ایجاد ائتلاف و اقدام عملی تحقق می‌پذیرد.

مهمترین عوامل و مداخله‌های تسهیل‌کننده فرآیند توانمندسازی به شرح زیر است: «توسعه روابط و همکاری متقابل، اعتماد به قدرت؛ مشارکت در قدرت؛ پذیرفتن دیدگاه‌ها و تعاریفی که گروه‌ها، شهروندان و مشتریان در زمینه مشکلات خود دارند؛ مطلع ساختن شهروندان و مشتریان از حقوق خود؛ توجه به شهروندان و یا مشتریان به عنوان یک کارشناس و صاحب نظر؛ ارتقای سطح آگاهی شهروندان، گروه‌ها و مشتریان در مورد طبقات اجتماعی و روابط قدرت موجود؛ شناخت نقاط قوت شهروندان و جامعه و اعتماد به آنها؛ استفاده از گروه‌های کوچک؛ آموزش مهارت‌های ویژه؛ افزایش دسترسی به اطلاعات به منظور بهبود فرآیند تصمیم‌گیری و انتخاب؛ استفاده از گروه‌های خودیار و حمایتی؛ بسیج منابع؛ حمایت همه جانبه از شهروندان، گروه‌ها و مشتریان؛ انتقال مهارت‌های خودمراقبتی به شهروندان و گروه‌های نیازمند؛ و تسهیل حمایت از طبقات محروم از طریق ارتباط با گروه‌های اجتماعی و سازمان‌های اقدام اجتماعی».

موانع عمده بر سر راه توانمندسازی به شرح زیر است: «درک و شناخت غلط و رایج (مددکاران اجتماعی) در رابطه با توانایی شهروندان (شهروندان و یا گروه‌ها) قادر به تصمیم‌گیری آگاهانه نیستند؛ کمبود اطلاعات؛ کمبود تجربه؛ خصوصیات شخصیتی و عاداتی که از تصمیم‌گیری دقیق و حساب شده جلوگیری می‌کند؛ ناتوانی در رویارویی و مقابله با عواقب تصمیم‌گیری‌هایی که نتایج منفی دارند؛ ابهام و اشکال در انتخاب انواع راه‌حل‌های ممکن؛ ناپایداری و تزلزل در پیگیری خواسته‌ها و آرزوها با توجه به گذشت زمان؛ و اتخاذ اقدامات نامناسب برای طرح نیازهای ناملموس».



و صحیح، آماده می‌شوند.

۴) **اشتغال و شرایط کار:** فراهم بودن فرصت‌های کار برای آنهایی که رغبت و توانایی کار دارند و دستمزد کافی برای کارکنان تضمین می‌شود؛ محل‌های کار عاری از سوء مصرف مواد و از لحاظ فیزیکی، روانی و اجتماعی سالم هستند؛ طراحی حرفه‌ها و مشاغل به نحوی است که به پرسنل امکان کنترل بر روش و نوع کار را می‌دهد؛ جداول زمانی انعطاف‌پذیر کار به شهروندان کمک می‌کند تا تعادل و هماهنگی بین محل کار و زندگی خانوادگی آنها ایجاد شود؛ و کارگران آموزش‌های مناسب و منظم و همچنین فرصت‌های یادگیری مستمر را دریافت می‌کنند.

۵) **محیط‌های فیزیکی:** محیط‌هایی که شهروندان در آن زندگی، کار و تفریح می‌کنند نه تنها عاری از مواد مخدر و روانگردان می‌باشند، بلکه همچنین محیط‌های مروج زندگی عاری از سوء مصرف مواد هستند؛ محیط‌زیست و اقتصاد جامعه برای زندگی با کیفیت و عاری از سوء مصرف مواد نسل کنونی و نسل آینده اداره و کنترل می‌شود؛ شهروندان، خانواده‌ها، مؤسسات و مراکز تجاری و صنعتی مسوولیت‌چگونگی استفاده از منابع طبیعی را به عهده می‌گیرند؛ و کلیه شهروندان به مسکن و غذای مناسب دسترسی دارند که از لحاظ قدرت خرید قابل پرداخت می‌باشند.

۶) **شرایط بیولوژیکی و ساختار ژنتیکی:** شناخت ما از نقش مسایل بیولوژیک و ژنتیک در سوء مصرف مواد در حال رشد و توسعه می‌باشد و به طور مؤثر و با رعایت نکات اخلاقی در این زمینه تحقیق می‌شود.

۷) **رفتارهای بهداشتی و سوء مصرف مواد فردی و مهارت‌های تطابق و تعامل:** شهروندان برای داشتن کنترل بیشتر بر زندگی خود از طریق دسترسی به مهارت‌ها، دانش و منابع ضروری به منظور گزینش و انتخاب رفتارهای عاری از سوء مصرف مواد توانمند می‌شوند؛ رفتارهای مروج سوء مصرف مواد در سطوح شهروندان، محله‌های شهر و سیاستگذاران مورد حمایت قرار می‌گیرند؛ و حقوق شهروندان برای بیان نیازهای بهداشتی و اتخاذ تصمیم‌های مرتبط با سوء مصرف مواد فردی، مادامی که به دیگران آسیب و زیان نمی‌رساند قابل احترام می‌باشد.

۸) **ترویج زندگی عاری از سوء مصرف مواد کودکان:** جامعه ارزش خاصی برای نیازهای کودکان قابل می‌شود؛ زندگی عاری از سوء مصرف مواد کودکان به عنوان یک مسوولیت اجتماعی تلقی می‌شود؛ و خانواده‌ها برای پرورش مناسب کودکان خود از منابع و حمایت مورد نیاز برخوردار هستند.

۹) **خدمات بهداشتی:** کلیه شهروندان به مراقبت‌های بهداشتی و مناسب و با کیفیت بالا دسترسی دارند؛ نظام مراقبت‌های بهداشتی به حفظ و ترویج زندگی عاری از سوء مصرف مواد و همچنین درمان و توانبخشی مبتلایان به سوء مصرف مواد توجه دارد.

۱۰) **فرهنگ:** فرهنگ‌های مختلف افکار، دانش و شناخت کافی شهروندان از مشکل سوء مصرف مواد را فراهم می‌سازد؛ کسب اطلاعات درباره فرهنگ‌ها به شناخت فرصت‌ها و چالش‌هایی که شهروندان در این فرهنگ‌ها باید با آنها مواجه می‌شوند، کمک می‌کند؛ و حساسیت به تفاوت‌های فرهنگی، موجب درک بهتر نحوه انطباق شهروندان با محیط و استفاده مبتلایان از خدمات پیشگیرانه می‌شود.

۱۱) **جنسیت (جنسیت به نقش‌های متعدد، منش‌های شخصیتی، نگرش‌ها، رفتارها، ارزش‌ها، قدرت نسبی و نفوذی که جامعه برای زنان و مردان قابل می‌شود، اطلاق می‌گردد):** اختلاف و تفاوت‌های جنسیتی می‌تواند تأثیر مستقیمی بر سوء مصرف مواد داشته و همچنین به طور غیرمستقیم از طریق بهبود وضعیت اشتغال، آموزش و یا حمایت‌های اجتماعی نیز بر آن تأثیر می‌گذارد؛ جنسیت با مسایل سوء مصرف مواد زنان و مردان ارتباط دارد؛ و هرچند که مشکل سوء مصرف مواد توسط زنان و مردان ممکن است متفاوت باشد، اما هر دو به وسیله الگوها و انتظارات فرهنگی تحت تأثیر قرار می‌گیرند.



علل مصرف مواد

نمی‌کنند دارای سطوح پایین خلق، عزت نفس، جرات مندی، کنترل شخصیتی و خودکارآمدی می‌باشند. بر همین اساس ارتباطی بین ارتکاب جرم، مصرف مواد و اختلال شخصیت ضد اجتماعی گزارش شده است بنابراین ممکن است سوء مصرف مواد بخشی از رفتار «لرزه خواهی» یک شخصیت ضد اجتماع باشد، با این حال، می‌توان انتظار داشت که افراد مضطرب برای کاهش پریشانی خود، مواد مصرف کنند که از جمله صفات بارز شخصیت ضد اجتماعی در دوران کودکی و نوجوانی عبارتست از دزدی، دروغگویی، مشاجره، فرار از مدرسه و شروع زودرس رفتارهای جنسی نسبت به دیگران و غالباً توام با پرخاشگری، مشروبخواری و استفاده از مواد است که این رفتارها در بزرگسالی ادامه می‌یابد و عدم ثبات در کار و حرفه، عدم مسوولیت پذیری و ناتوانی در اداره خانواده و عدم سازگاری با قواعد و مقررات جاری اجتماع به آنها اضافه می‌شود. البته پس از سی سالگی ممکن است جنبه های افراطی چنین رفتاری تخفیف یابد.

عوامل داروشناختی

اغلب مواد وابستگی بیش از حد ایجاد می‌کنند و به سرعت تحمل آن توسعه می‌یابد که منجر به افزایش مقدار مصرف و تعداد مصرف می‌گردد که این تحمل و وابستگی باعث می‌شود با قطع ماده احساس خماری و علائم قطع مصرف جسمی ایجاد شود.

عوامل خطر زیست شناختی

احتمال وابسته شدن به مواد و مصرف آن در همه افراد یکسان نیست، برخی افراد مصرف را در حد متوسط کنترل می‌کنند و برخی دیگر حتی مواد قوی تری را به شکل تفریحی مصرف می‌کنند بدون اینکه به آن وابسته شوند. این تفاوت های فردی از دو منبع وراثت و محیط ناشی می‌شود. افرادی که در یک محیط آلوده پرورش یافته و امیدی به زندگی ندارند، بیش از هر شخص دیگری ممکن است برای رسیدن به لحظه های خوشنودی و سرمستی به مصرف مواد روی آورند، اما در چنین محیطی یا حتی در یک محیط مناسب و مساعد، برخی افراد معتاد می‌شوند و برخی دیگر نمی‌شوند.

عوامل خطر و حفاظت کننده متعددی برای مرحله اولیه استفاده از مواد تشخیص داده شده اند. شواهد موجود از مرور مطالعات روی علل سوء مصرف مواد نشان می‌دهد که این پدیده از تعامل پیچیده عوامل مختلف شناختی، نگرشی، اجتماعی، شخصیتی، داروشناختی، زیست شناختی و تکاملی ناشی می‌شود.

عوامل اجتماعی

فاکتورهای اجتماعی قویترین تاثیر را در شروع مصرف سیگار، الکل و سایر انواع مواد دارند. این عوامل شامل رفتار و نگرش های افراد مهمی نظیر والدین، همسالان بزرگتر و دوستان است. همچنین والدینی که الکل، سیگار، ماری جوانا و دیگر داروهای ممنوعه را مصرف می‌کنند و نگرش منفی به مصرف چنین موادی ندارند، اغلب فرزندان شان در سن نوجوانی شروع به مصرف مواد می‌کنند. فقدان ارتباطات خانوادگی و رفتارهای نامناسب والدین (کاهش نظارت بر فرزندان) نیز به عنوان یک عامل خطر در سوء مصرف مواد در جوانان شناخته شده است. از تاثیرات اجتماعی دیگر می‌توان به رسانه ها اشاره کرد که با ارایه برنامه های تجاری ماهواره ای سعی در جذب مشتری جدید دارند.

عوامل شناختی و نگرشی

اشخاصی که از پیامدهای جانبی مصرف سیگار- الکل و مواد مخدر و روان گردان ها آگاهی ندارند- نسبت به کسانی که آگاهی بیشتری دارند و یا نگرش منفی نسبت به مصرف مواد دارند - نیز به اندازه افرادی که نگرش مثبت به مصرف مواد مخدر دارند بیشتر احتمال دارد که مواد مخدر مصرف نمایند. علاوه بر این اشخاصی که عقیده دارند مصرف مواد مخدر و روان گردان ها پدیده ای طبیعی است و اکثر مردم الکل و سیگار مصرف می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که جزء مصرف کنندگان مواد مخدر باشند.

عوامل شخصیتی

مصرف مواد مخدر و روان گردان ها با تعدادی از مشخصات روانشناختی رابطه دارد. مصرف کنندگان مواد مخدر در مقایسه با کسانی که مواد مصرف



۹. وجود شرایط خاص در برخی از محیط‌های کار نظیر استرس شغلی، ساعات طولانی کار، یکنواختی شغلی، دسترسی برخی از شاغلین به مواد شیمیایی در محیط‌های صنعتی و ...

۱۰. جلوگیری از بروز خسارت‌های اقتصادی ناشی از خرید و فروش مواد مخدر در محیط‌های کار.

۱۱. جلوگیری از تضییع حقوق کارکنان سالم و افراد معتاد بهبودیافته و لزوم ارائه برنامه‌های لازم برای کارکنان معتاد.

۱۲. اعلام اعتیاد و مصرف مواد مخدر به عنوان یکی از مخاطرات شناخته شده شغلی توسط سازمان بین‌المللی کار (ILO).

۱۳. مقرون به صرفه بودن برنامه‌های پیشگیری اولیه از اعتیاد نسبت به برنامه‌های مقابله‌ای و درمانی. به گونه‌ای که یک دلار هزینه سبب صرفه‌جویی ۱۰ دلار هزینه در اقدامات درمانی و ۱۰ دلار هزینه در اقدامات مقابله‌ای (سخت‌افزایی) خواهد شد.

روند اقدامات صورت پذیرفته توسط کشورها در عرصه پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های کار:

با شروع جنگ جهانی دوم مقارن با سال ۱۹۳۹ و تولید جنگ‌افزارهای مختلف، توجه کارفرمایان به وضعیت بهداشتی و مصرف مواد توسط کارگران در آمریکا، جلب شد و به این ترتیب برنامه‌های کارمندیاری (EAP) با اجرای ۵۰ تا ۶۰ برنامه تا اواسط ۱۹۵۰ سعی بر کنترل مصرف مواد در محیط‌های کار داشت.

پیشگیری از اعتیاد و مواد مخدر یک موضوع بنیادی برای مدیران و مسوولان محیط‌های کار تلقی می‌گردد. دلایلی که سازمان جهانی کار (ILO) محیط‌های کاری را جایگاه و کانال مهمی برای اجرای برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد و مواد مخدر تلقی می‌کند، به شرح زیر است:

۱. حضور شاغلین در محیط کار (روزانه ۸ تا ۱۰ ساعت) و دسترسی آسان به آنان بالاخص کارکنان در معرض خطر اعتیاد.

۲. رابطه تنگاتنگ سلامت محیط کار و سلامت کل جامعه.

۳. تماس آحاد جامعه با محیط‌های کار. براین اساس در صورت گسترش برنامه‌های پیشگیرانه در محیط کار، همسران و فرزندان کارکنان و نیز مدارس فرزندان آنان از چنین برنامه‌هایی بهره‌مند خواهند شد.

۴. ضرورت حفظ منابع عظیم انسانی به عنوان مهمترین مؤلفه در توسعه پایدار.

۵. محیط کار مکانی ایده‌آل برای آغاز تغییرات رفتاری مثبت در شیوه و سبک زندگی و ارتقای سلامت کارکنان است.

۶. سهولت برنامه‌ریزی، فراهم کردن امکانات پیشگیری و اجرای برنامه‌ها با مشارکت ذی‌نفعان (کارکنان، سرپرستان و مدیران) و مصون‌سازی آنان.

۷. جلوگیری از تحمیل هزینه‌های سنگین درمانی برای رفع بیماری‌های مرتبط با اعتیاد کارکنان.

۸. تراکم سنی افراد (۱۸ تا ۲۵ ساله) در محیط کار و ضرورت واکنش نمودن آنان از خطر ابتلا به اعتیاد.

محترم جمهور با همکاری دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، اقدامات لازم را در این زمینه به عمل آورند که در سال ۱۳۸۹ شاهد اجرایی شدن آن در سطح استان‌ها بوده و امید می‌رود مراتب در سطح کلیه دستگاه‌های دولتی با تحت پوشش قرارگرفتن تمامی کارکنان دولت در وزارتخانه‌ها، شرکت‌ها، کارخانجات و نیروهای مسلح بصورت کامل عملیاتی شود.

۱۰ گام اساسی برای تدوین برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های کار:

۱. شناسایی وضعیت موجود محیط کاری و ارزیابی آن با انجام پژوهش‌های لازم (اعم از جمع‌آوری اطلاعات کارکنان مصرف‌کننده و در معرض خطر اعتیاد، بررسی اطلاعات و نگرش کارکنان در مورد مواد، شناسایی عوامل مخاطره‌آمیز و عوامل محافظت‌کننده).
۲. تدوین سیاست و خط‌مشی مکتوب محیط کار عاری از اعتیاد توسط مدیران و سرپرستان ارشد سازمان‌ها.
۳. آموزش مسوولان بخش‌های مختلف به منظور حمایت و دستیابی به اهداف برنامه و تشکیل کمیته پیشگیری از اعتیاد با حضور مدیران عالی و نماینده کارکنان سازمان.
۴. فراهم کردن زمینه مشارکت کارکنان در فعالیت‌های پیشگیری از اعتیاد از طریق تقویت سازمان‌های غیردولتی و تشکلی‌های مردمی، کارگری، کارمندی و ...
۵. آگاه‌سازی و آموزش کارکنان و خانواده‌های آنان بطور مستمر، آرام و عمیق از طریق کلاس‌های آموزشی، فیلم، پوستر در خصوص مهارت‌های انطباقی، ارتباطی، اجتماعی و بهداشت روانی، تقویت اعتماد به نفس و روش‌های دستیابی به شادابی و نشاط سالم در محیط کار و نیز عوارض اعتیاد و موادمخدر و روان‌گردان‌ها.
۶. ایجاد امکانات لازم برای تشخیص (انجام آزمایش اعتیاد افراد مشکوک)، درمان و ارائه خدمات مشاوره‌ای اعتیاد.
۷. تقویت برنامه‌های فرهنگی، مذهبی و توسعه فعالیت‌های جایگزین (برگزاری مسابقات، اردو، امکانات ورزشی و ...) در محل کار.
۸. افزایش رابطه مدیران و کارکنان و برگزاری جلسات مشترک با هدف تقویت و ارتقای رضایت شغلی کارکنان.
۹. اجرای قوانین و مقررات مبارزه با اعتیاد و موادمخدر در محل کار اعم از مواد ۷-۸ و ۱۶ قانون مبارزه با موادمخدر، مصوبات پنجاهمین و شصت و سومین جلسه ستاد مبارزه با موادمخدر، ماده ۲ قانون گزینش کارکنان کشور (مصوب ۷۵/۲/۳۰ مجلس شورای اسلامی)، دو ماده ۸ و ۲۲ قانون رسیدگی به تخلفات اداری مصوب ۷۲/۹/۷ مجلس شورای اسلامی.
۱۰. پایش و ارزشیابی فعالیت‌ها و سنجش میزان موفقیت و دستیابی به اهداف مصون‌سازی محیط کار.

نتیجه‌گیری:

با توجه به موارد فوق، تشکیل کمیته پیشگیری از اعتیاد در کلیه سازمان‌ها و مؤسسات امری ضروری است تا با شکل‌گیری باور عمیق و اتخاذ استراتژی تهاجمی، شاهد اجرایی کردن مؤلفه‌های برشمرده به منظور مصون‌سازی و واکنش نمودن کلیه شاغلین در سطح دستگاه‌های اداری، صنعتی، کارگری و نظامی باشیم.

در سال ۱۹۷۲ انستیتیوی ملی سوء مصرف آمریکا NIDA با به کارگیری دو مشاور بهداشت روان در هر ایالت، نسبت به تقویت و استحکام پشتوانه‌های علمی برنامه‌ها مبادرت ورزید. گسترش برنامه‌های EAP موجب شد تا در سال ۱۹۷۱، ۳۵۰ برنامه، سال ۱۹۸۰، ۵۰۰۰ برنامه و سال ۱۹۹۰، ۲۰/۰۰۰ برنامه و در دهه ۹۰ حدود ۳۵ درصد شاغلین کشور آمریکا تحت پوشش برنامه مزبور قرار گیرند، ضمن آنکه قسمتی از برنامه‌های ارتقای سطح سلامت در این کشور به برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های کار اختصاص یافت. در کشورهای هندوستان، مالزی و برخی دیگر از کشورهای آسیای جنوب شرقی و اروپا نیز برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در محیط‌های کار گسترش یافته است.

جمهوری اسلامی ایران:

فقدان سیاست‌های کلی امر مبارزه با مواد مخدر و نیز سکوت قانون برنامه‌های اول، دوم و سوم توسعه، موجب گردید طی سال‌های پس از انقلاب شکوهمند اسلامی، طرح جامع و برنامه مدون پیشگیری اولیه از اعتیاد و مواد مخدر در محیط‌های کاری (صنعتی، اداری و نیروهای مسلح) برای آموزش کارکنان دولت تهیه نشود. اگرچه در مصوبات پنجاهمین جلسه (مورخ ۷۴/۳/۲) و شصت و سومین جلسه (مورخ ۷۷/۱۱/۶) ستاد مبارزه با مواد مخدر و نیز آئین‌نامه‌های مربوطه (مورخ ۱۳۷۸/۲/۱۴) در خصوص شناسایی، برخورد با کارمندان معتاد در وزارتخانه‌ها و سازمان‌های دولتی و نیز درمان آنها و همچنین شروع و توسعه اقدامات آموزشی و کاهش تقاضا تأکید لازم به وزارتخانه‌ها، ارگان‌ها، نهادها و شرکت‌های دولتی صورت پذیرفته، لیکن عموم سازمان‌ها و شرکت‌ها خود را موظف به اجرای هدفمند برنامه پیشگیری از اعتیاد در محیط کار مربوطه تلقی ننموده‌اند.

با تصویب سیاست‌های کلی مبارزه با مواد مخدر و ابلاغ آن از سوی مقام معظم رهبری در مورخ ۸۵/۷/۱۰ شاهد آن بودیم که در بند چهارم سیاست‌های مزبور، اتخاذ راهکارهای پیشگیرانه در مقابله با تهدیدات و آسیب‌های ناشی از مواد مخدر و روان‌گردان با بهره‌گیری از امکانات دولتی و غیردولتی در محیط‌های کار مورد تأکید و توجه قرار گیرد، ضمن آنکه در سند توسعه ویژه فراهی مبارزه با اعتیاد به مواد مخدر برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران اجرای طرح جامع سالم‌سازی محیط‌های کار اعم از آموزشی، بهداشتی، اداری، نظامی، صنعتی و کارگری با رویکرد پیشگیری از مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در قالب آموزش‌های کوتاه، میان و بلندمدت در نظام جامع آموزش کارکنان دستگاه‌های دولتی و غیردولتی تصویب و ابلاغ شده است. در راستای مراتب فوق در یکصد و بیست و دومین جلسه ستاد مبارزه با مواد مخدر

(مورخ ۸۷/۲/۱) طراحی و اجرای دوره‌های آموزش ضمن خدمت پیشگیری از اعتیاد کلیه کارکنان دولت مورد تصویب واقع شد و مقرر گردید معاونت محترم توسعه مدیریت و سرمایه انسانی ریاست

