



دانشگاه آزاد اسلامی
واحد علوم و تحقیقات آذربایجان شرقی
دانشکده علوم انسانی و تربیتی
پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.A)
رشته روانشناسی عمومی

عنوان:

**بررسی رابطه میزان دانش و نگرش نسبت به موادمخدر و محرک
باگرایش به اعتیاد در دانش آموزان راهنمایی، دبیرستان و هنرستان
شهر تبریز**

استاد راهنما:
دکتر آیت اله فتحی

نگارش
وحید دولت خواه

تابستان ۱۳۹۶





دانشگاه آزاد اسلامی
واحد علوم و تحقیقات آذربایجان شرقی
دانشکده علوم انسانی و تربیتی
پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد (M.A)
رشته روانشناسی عمومی

عنوان:

**بررسی رابطه میزان دانش و نگرش نسبت به موادمخدر و محرک
باگرایش به اعتیاد در دانش آموزان راهنمایی، دبیرستان و هنرستان
شهر تبریز**

استاد راهنما:
دکتر آیت اله فتحی

نگارش
وحید دولت خواه

تابستان ۱۳۹۶

این پایان نامه توسط دفتر تحقیقات

و آموزش ستاد مبارزه

بامواد مخدر ریاست جمهوری

حمایت مالی شده است.

تقدیم به:

خدائی که آفرید

جهان را، انسان را، عقل را، علم را، معرفت را، عشق را

و

تقدیم به:

تمام آزاد مردانی که نیک می اندیشند و عقل و منطق را پیشه خود نموده و جز رضای

الهی و به شرف و سعادت جامعه، مبنی ندارند.

سپاسگزاری

سپاس خداوند را که زبان یارای سپاس او نیست ، خدائی که به من حیات داد و لیاقت زندگی کردن را .

بدینوسیله بر خود لازم می دانم از زحمات استاد گرانقدر دکترآیت اله فتحی که راهنمایی این پایان نامه را بر عهده داشته اند، تشکر و قدردانی نموده و برایشان آرزوی توفیق روز افزون دارم.

همچنین از دفتر « تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری » بخاطر حمایت های مالی صورت گرفته تشکر و قدردانی می کنم.

از اساتید محترم بابت تقبل زحمت داوری این پایان نامه سپاسگزاری می گردد .

همچنین از خانواده ام و دوستانی که به نوعی در انجام این پژوهش با صبر و شکیبایی مرا یاری نموده اند سپاسگزاری می کنم.

چکیده

در سالهای اخیر مصرف مواد مخدر در کشور دچار تحول نگران کننده ای شده است. با ظهور مواد روانگردان جدید مانند داروهای محرک، داروهای توهم زا و ... که روحیه هیجان طلب و پرشور نوجوانان و جوانان و کنجکاوی آنان را تحریک می کنند، مصرف مواد در نوجوانان و جوانان افزایش بیشتری یافته است. از اینرو این پژوهش با هدف بررسی رابطه میزان دانش و نگرش نسبت به مواد مخدر و محرک با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان مدارس ناحیه ۱ و ۲ شهر تبریز انجام شده است. روش پژوهش پیمایشی - توصیفی بوده و بصورت کتابخانه ای و میدانی مدارس ناحیه ۱ و ۲ شهر تبریز انجام شده است. جامعه آماری آن دانش آموزان دوره راهنمایی و متوسطه این مدارس بوده که نمونه ای ۳۵۰ نفری از آنها برای بررسی انتخاب گردید و پرسشنامه های دانش اعتیاد برآیند و همکاران (۲۰۰۰)، نگرش به اعتیاد کریمی و همکاران (۱۳۹۱) و گرایش به اعتیاد فرچاد و همکاران (۱۳۸۵) در بین آنها تکمیل گردید. و بعد از گردآوری داده ها، داده ها بوسیله نرم افزار SPSS با استفاده از آزمون های همبستگی پیرسون، آزمون تی و تحلیل رگرسیون خطی ساده تجزیه و تحلیل شدند. نتایج حاصل نشان داد که میانگین دانش اعتیاد و نگرش به اعتیاد دانش آموزان به صورت معنی داری بیشتر از میانگین می باشد. همچنین بین دانش اعتیاد و نگرش به اعتیاد با گرایش به اعتیاد رابطه معنی داری وجود دارد. نتایج رگرسیون چند متغیره نیز حاکی هر دو متغیر دانش اعتیاد و نگرش به اعتیاد توانایی پیش بینی گرایش به اعتیاد را دارند.

کلمات کلیدی: اعتیاد، گرایش به اعتیاد، دانش و نگرش دانش آموزان در خصوص اعتیاد، معتاد.

فهرست

عنوان	صفحه
چکیده	۱

فصل اول: کلیات پژوهش

۱-۱ مقدمه	۳
۲-۱ بیان مساله	۴
۳-۱ ضرورت انجام پژوهش	۶
۴-۱ اهداف پژوهش	۸
۱-۴-۱ هدف کلی	۸
۵-۱ سوال های پژوهش	۸
۶-۱ تعریف مفاهیم	۹
۱-۶-۱ تعریف مفهومی	۹
۲-۶-۱ تعریف عملیاتی	۹

فصل دوم : پیشینه ی پژوهش

۱-۲ مقدمه	۱۱
۲-۲ اعتیاد	۱۱
۱-۲-۲ تاریخچه اعتیاد در جهان	۱۱
۲-۲-۲ تاریخچه اعتیاد در ایران	۱۲
۳-۲-۲ تعریف اعتیاد	۱۵
۴-۲-۲ سبب شناسی اعتیاد	۱۶

۱۸.....	۵-۲-۲. پیشگیری از اعتیاد.....
۱۸	۶-۲-۲. انواع پیشگیری
۲۲.....	۷-۲-۲. علل گرایش به اعتیاد.....
۲۷	۸-۲-۲. نوجوانان و گرایش به اعتیاد.....
۳۰.....	۹-۲-۲. انواع مواد مخدر.....
۳۱.....	۱۰-۲-۲. آثار ناشی از اعتیاد
۳۲.....	۳-۲. سوابق مربوط ، پیشینه نظری و عملی.....
۳۲.....	۱-۳-۲. پیشینه نظری و عملی
۴۰.....	۲-۳-۲. پیشینه ی تجربی
۴۰.....	۱-۲-۳-۲. پژوهش های داخلی.....
۴۲.....	۲-۲-۳-۲. پژوهش های خارجی

فصل سوم: روش پژوهش

۴۶.....	۱-۳. طرح پژوهش
۴۶.....	۲-۳. جامعه آماری
۴۶.....	۳-۳. نمونه و روش نمونه گیری
۴۶.....	۴-۳. ابزارهای اندازه گیری
۴۸.....	۵-۳. روش تجزیه و تحلیل داده ها

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

۵۰.....	۱-۴. تجزیه و تحلیل توصیفی داده های جمع آوری.....
۵۸.....	۲-۴. بررسی سوال ها.....

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱-۵. مقدمه	۶۴
۲-۵. بحث و نتیجه گیری فرضیه های پژوهش	۶۴
۳-۵. محدودیت های پژوهش	۷۰
۴-۵. پیشنهادات پژوهش	۷۰
منابع و مآخذ	۷۲

فهرست جداول

- ۱-۴. توزیع فراوانی و درصد پاسخ های نمونه آماری به سوال جنسیت ۵۰
- ۲-۴. توزیع فراوانی و درصد پاسخ های نمونه آماری به سوال میزان تحصیلات پدر ۵۱
- ۳-۴. توزیع فراوانی و درصد پاسخ های نمونه آماری به سوال میزان تحصیلات مادر ۵۲
- ۴-۴. وضعیت مالی خانواده دانش آموزان ۵۴
- ۵-۴. وضعیت محل سکونت دانش آموزان ۵۵
- ۶-۴. توزیع فراوانی و درصد پاسخ های نمونه آماری به سوال میزان دسترسی به شبکه ۵۶
- ۷-۴. توزیع فراوانی و درصد پاسخ های نمونه آماری به سوال میزان دسترسی ۵۷
- ۸-۴. آماره های توصیفی ۵۸
- ۹-۴. آزمون t تک نمونه متغیر دانش اعتیاد در نمونه دانش آموزان ۵۹
- ۱۰-۴. آزمون t تک نمونه متغیر نگرش به اعتیاد در نمونه دانش آموزان ۵۹
- ۱۱-۴. آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط دانش اعتیاد و گرایش به اعتیاد ۶۰
- ۱۲-۴. آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط نگرش به اعتیاد و گرایش به اعتیاد ۶۱
- ۱۳-۴. خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل ۶۱
- ۱۴-۴. نتایج جدول تحلیل واریانس ۶۱
- ۱۵-۴. ضرایب حاصل از رگرسیون به روش ورود متغیرهای ۶۲

فهرست نمودار

- ۴-۱. درصد پاسخ های نمونه آماری به سوال جنسیت ۵۱
- ۴-۲. میزان تحصیلات پدر دانش آموزان ۵۲
- ۴-۲. میزان تحصیلات مادر دانش آموزان ۵۳
- ۴-۴. وضعیت مالی خانواده دانش آموزان ۵۴
- ۴-۵. وضعیت محل سکونت دانش آموزان ۵۵
- ۴-۶. توزیع فراوانی و درصد پاسخ های نمونه آماری به سوال میزان دسترسی به شبکه ۵۶
- ۴-۷. توزیع فراوانی و درصد پاسخ های نمونه آماری به سوال میزان دسترسی شبکه اجتماعی ۵۷

فصل اوّل

کلیات پژوهش

۱-۱. مقدمه

در سال‌های اخیر مصرف مواد یکی از جدی‌ترین معضلات بشری و یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی است که پایه‌ها و بنیان‌های جامعه انسانی را به تحلیل می‌برد و پیشگیری از آن نیازمند کاربرد نظریه‌های متعدد در رشته‌های علمی مختلف و تکنیک‌های متنوع است (صادقی، کاظمی و حسنی، ۱۳۹۲). دامنه تأثیرات اعتیاد از آن رو حائز اهمیت است که علاوه بر فرد معتاد خانواده و دوستان نیز در معرض آثار ویرانگر آن قرار خواهند گرفت. درمان سوءمصرف مواد نیز پرهزینه، دشوار و طاقت‌فرسا است. بنابراین پیشگیری از سوءمصرف مواد می‌تواند از تحمیل هزینه‌های سنگین به اجتماع جلوگیری کند. یکی از شیوه‌های مهم پیشگیری از اعتیاد آگاه کردن اقشار مختلف مردم به‌ویژه نسل جوان از خطرات و آسیب‌های سوءمصرف مواد است. چنانچه افراد از تأثیرات نامطلوب مصرف مواد بر سلامت جسمی، روحی، روانی و اجتماعی خود و خانواده‌اش مطلع باشند و آن را باور کنند احتمال گرایش به مصرف مواد کاهش خواهد یافت (طارمیان، ۱۳۸۰). با توجه به اعلام آمار مدیر کل تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۱ تعداد یک میلیون و ۳۲۵ هزار ایران به مصرف مواد مخدر اعتیاد دارند. که از این تعداد حدود ۴۵ درصد مصرف کنندگان زیر ۲۹ سال و حدود ۳۰ درصد بین ۳۰ تا ۳۹ سال سن داشته و با توجه به اینکه میانگین سن آغاز مصرف در جمعیت نمونه ۲۱ سال بوده است این موضوع اهمیت زیاد پیشگیری را به‌خصوص در نسل جوان مطرح می‌نماید (صادقی، کاظمی و حسنی، ۱۳۹۲). در حال آنچه از پیشگیری مدنظر است رساندن پیام مؤثر، مفید و آموزش به کسانی هست که مواد مصرف نکرده‌اند. چرا که از این طریق به افراد کمک نمود و این فعالیت‌ها بسیار کارآمد بوده برخلاف اقدامات در جهت ترک اعتیاد که در حقیقت فعالیتی واکنشی است. از آنجا که آمارهای کاهش سن مصرف مواد در کشور روبه کاهش هست و بیشتر متمرکز بر روی دانش آموزان و دانشجویان است توجه به میزان اعتیاد پذیری این قشر بیشتر احساس می‌گردد. لذا در این پژوهش به بررسی رابطه بین میزان دانش و نگرش نسبت به مواد مخدر و محرک با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان مدارس شهر تبریز پرداخته شده است.

۱-۲ بیان مساله

در سالهای اخیر مصرف مواد مخدر در کشور دچار تحول نگران کننده‌ای شده است. با ظهور مواد روانگردان جدید مانند داروهای محرک، داروهای توهم‌زا و... که روحیه هیجان طلب و پرشور نوجوانان و جوانان و کنجکاوی آنان را تحریک می‌کند، مصرف مواد در نوجوانان و جوانان افزایش بیشتری یافته است. به گزارش موسسه داریوش سن اعتیاد در ایران در سال ۱۳۸۷ نسبت به سال‌های قبل ۱/۵ کاهش یافته است. طبق گزارش موسسه داریوش « مصرف کراک با وجود سابقه کم در ۱۵ درصد مصرف کنندگان دیده می‌شود حال آنکه مصرف هروئین با بیش از ۴۰ سال قدمت در ۲۱ درصد مصرف کنندگان دیده شده است این در حالیست که مصرف کراک به مراتب مخرب تر از هروئین و وابستگی به آن شدید تر است» (صدیقی، ۱۳۸۸).

دامنه تأثیرات اعتیاد از آن رو حائز اهمیت است که علاوه بر فرد معتاد خانواده و دوستان نیز در معرض آثار ویرانگر آن قرار خواهند گرفت. درمان سوء مصرف مواد نیز پرهزینه، دشوار و طاقت‌فرسا است. بنابراین پیشگیری از سوء مصرف مواد می‌تواند از تحمیل هزینه‌های سنگین به اجتماع جلوگیری کند. یکی از شیوه‌های مهم پیشگیری از اعتیاد آگاه کردن اقشار مختلف مردم به‌ویژه نسل جوان از خطرات و آسیب‌های سوء مصرف مواد است. چنانچه افراد از تأثیرات نامطلوب مصرف مواد بر سلامت جسمی، روحی، روانی و اجتماعی خود و خانواده‌اش مطلع باشند و آن را باور کنند احتمال گرایش به مصرف مواد کاهش خواهد یافت (طارمیان، ۱۳۸۰).

با نگاهی واقع بینانه به مسئله اعتیاد به مواد مخدر و سوء مصرف آن، ما به راحتی درمی‌یابیم که سوء مصرف مواد افیونی از قرن‌ها پیش وجود داشته است و اکنون کشوری وجود ندارد که از گسترش آن در امان باشد. اگرچه از دیرباز در تمام جوامع بشری سوء مصرف مواد افیونی به‌عنوان عاداتی غیر اجتماعی و نامقبول تلقی شده است اما با وجود این عدم مقبولیت، طبقات مختلف اجتماع با این مسئله به‌صورت جدی درگیر می‌باشند. بطوریکه مردان و زنان زیادی خصوصاً از سنین نوجوانی تا میانسالی مواد مخدر مصرف می‌کنند و بدان وابسته‌اند (چیریلو، ۱۳۷۹).

در سال ۱۹۵۰ کمیته متخصصین تشخیص مواد اعتیادآور وابسته به سازمان کمیسیون بهداشت جهانی، اعتیاد را چنین تعریف کرد: اعتیاد به مواد مخدر مسمومیت حاد مزمنی است که مضر به حال شخص و اجتماع می‌باشد و زائیده مصرف دارویی، طبیعی یا صنعتی به شمار می‌رود و دارای این خصوصیات است: علاقه شدید و گرایش به ازدیاد میزان مصرف (ایجاد تحمل)، وابستگی روانی یا جسمی به آثار داروها یا مواد ایجاد علائم ترک بعد از قطع مصرف و احتیاج به ادامه استعمال دارو یا مواد عوامل مختلف اجتماعی چون خانواده، تربیتی و آموزشی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، روانی، طبیعی یا فیزیکی می‌تواند در ایجاد اعتیاد مؤثر باشد. در واقع سوء مصرف مواد مخدر هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی زیادی را به جامعه تحمیل کرده و به یک تهدید بزرگ برای جامعه تبدیل گشته است. و محل نگرانی مردم و مسئولین گشته که برای حل آن بحث‌های مختلفی صورت گرفته و راهکارهای متفاوتی اندیشیده شده است، اما یکی از مسائل پیرامون مواد مخدر که چندین سال است حاشیه‌ساز شده و حرف و حدیث‌های زیادی پیرامون آن زده می‌شود و نگرانی‌های زیادی را موجب شده، بالارفتن آمار اعتیاد در میان دانش‌آموزان است.

بطور کلی مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان سراسر جهان رو به فزونی است به نحوی که یک از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی را در رده سنی نوجوانی و جوانی تشکیل می‌دهد. و به بزرگترین نگرانی خانواده‌ها تبدیل گشته است. عواملی مختلفی مانند عاطفی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی باعث تمایل نوجوانان به سمت مواد مخدر می‌شود. با این وجود گاهی نوجوانان به علت کمبود دانش و عدم نگرش صحیح به سمت به مصرف مواد مخدر کشانده کمی‌شود. بنابراین باید اطلاعات لازم در مورد آثار سوء مصرف مواد مخدر در اختیار دانش‌آموزان قرار داده شود تا با آثار سوء مصرف مواد مخدر آشنا شوند. با توجه به اهمیت موضوع و گسترش اعتیاد در جامعه دانش‌آموزان هدف پژوهش حاضر پاسخگویی به این سوال است که دانش و نگرش دانش‌آموزان در خصوص مواد مخدر چگونه است و آیا با گرایش به اعتیاد رابطه دارد یا نه؟.

۳-۱ ضرورت و اهمیت پژوهش

اعتیاد و سوء مصرف مواد یکی از جدیترین معضلات شهری در سال‌های اخیر و یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های انسانی است که به عنوان الگوی غیرانطباقی مصرف مواد منجر به بروز مشکلات مکرر شغلی،

اجتماعی و قانونی می گردد. با توجه به جوان بودن جمعیت کشور یکی از مسائلی که نسل جوان به ویژه دانش آموزان را تهدید می کند اعتیاد به مواد مخدر است. امروزه مواد مخدر به یک کالای تجاری تبدیل شده است. افراد سودجو برای کسب سود بیشتر، این مواد را در اختیار جوانان قرار می دهند و همین باعث شده است که سن مصرف مواد مخدر به شدت کاهش یابد (رفیع پور، ۱۳۷۸). نیوکامب (۱۹۹۵) دوره نوجوانی را دوره رشد مهمی بیان می کند که نوجوان در پی هویتیابی است و قسمتی از این دوره حاوی رفتار خطرجویی است که به شکل رفتارهای جنسی ناسالم، مصرف الکل، سیگار و سایر مواد تظاهر می نماید. گرایش به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در بین نوجوانان جوامع مختلف، در دهه های اخیر رو به افزایش است (فرنس، لوتیان و کیپ، ۲۰۱۴).

جامعه شناسان، متخصصان و سایر اندیشمندان درباره علل و گرایش به اعتیاد نظریه هایی ارائه داده اند که در یک تقسیم بندی به اجمال به سه قسمت تقسیم شده است: گروه اول عقیده دارند که چون این مواد وجود دارند و در دسترس افراد قرار می گیرند به سمت آن روی می آورند. گروه دوم آمادگی های روانی و ویژگی های شخصیتی را دلیل آن می دانند و گروه سوم بحرانها و نابسامانی های اجتماعی را عنوان می کنند که افراد برای کاهش درد به سوی اعتیاد روی می آورند. بطور کلی عوامل مختلفی زمینه های گرایش جوانان و نوجوانان را فراهم می کند. بدین ترتیب سوء مصرف مواد مشکلات اقتصادی، فرهنگی، اجتماعی و بهداشتی را در کشورها بوجود می آورد. نتایج تحقیقات نشان می دهد که گرایش به اعتیاد چند وجهی یا چند عاملی می باشد و عوامل مختلف مانند روانی، فرهنگی، اقتصادی، فردی و ژنتیکی در آن دخیل هستند. با توجه به شیوع بالای وابستگی به مواد و دشواری های درمان آن، تلاش در جهت شناسایی عوامل خطر ابتلا به این مشکل در جمعیت های مختلف بسیار ضروری است. مصرف الکل، سیگار و مواد یکی از پیامدهای اعتیاد آور و خطر ساز است که با بسیاری از رفتارها و تحولات دوره جوانی در ارتباط است و خطری جدی برای زندگی فردی و رشد جامعه محسوب می شود (حاجی حسنی و همکاران، ۱۳۹۰).

در جهان، پیشرفت های زیادی در درک این اختلالات و یافتن مناسب ترین راه پیشگیری و درمان آنها ایجاد شده است، اما از انجام تحقیق بر زنان تا دو دهه پیش غفلت شده بود. بیشتر تحقیقات مربوط به گرایش به سوء مصرف مواد که تاکنون طراحی و اجرا شده اند. بطور قابل ملاحظه ای براساس ویژگی ها

و نیازهای مردان شکل گرفته‌اند. دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد (۲۰۰۸) شمار مصرف‌کنندگان مواد مخدر بین جمعیت ۶۴-۱۵ ساله سراسر جهان، ۲۰۸ میلیون یا ۰/۰۵ درصد کل جمعیت جهان بر آورد کرده است. برخی گزارش‌های ارائه شده در کشور ما شمار مصرف‌کنندگان مواد را نزدیک به ۱/۸ تا ۳/۳ میلیون نفر اعلام کرده‌اند (حاجی حسنی، و همکاران ۱۳۹۰).

تصور اکثر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که سوء مصرف مواد پدیده‌ای مردانه است؛ اما بر اساس دلایل متعدد، اعتیاد زنان از اهمیت مخدر عمدتاً فوق‌العاده‌ای در مقایسه با اعتیاد مردان داشته و زوایای آن به دلایل گوناگون از جمله بزهکاری و نوع نگاه جامعه به زن معتاد پنهان باقی مانده است. همچنین با توجه به اینکه زنان امروزه نیمی از جوامع انسانی را تشکیل می‌دهند، شالوده و بنیان جوامع و خانواده به سلامت تمامی افراد جامعه بالاخص زنان بستگی دارد. جرم یا انحراف از چنانچه افزایش یابد، پایداری و استواری هنجارهای رسمی و وجود رفتارهای پرخطر و سلامت جامعه را مورد تهدید قرار می‌دهد و امنیت ملی و استحکام خانواده‌ها و دچار تزلزل می‌کنند. اثرات مستقیم اعتیاد بر فرد معتاد، جسم و روان فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از موضوعاتی که در این افراد در حیطه روان‌شناختی حائز اهمیت است، نحوه تعامل با محیط، سازوکارهای انطباقی و نوع رفتارهای آنهاست که به نوعی در بعضی علت و در عمده آنها معلول پدیده اعتیاد است. رفتارهایی که می‌تواند عواقب بسیار ناخوشایندی برای آنها و یا سایر افراد جامعه رقم بزند و تحت عنوان «رفتارهای پرخطر» تلقی می‌شوند. اقداماتی نظیر خشونت، خودزنی، خالکوبی، تزریق مشترک، رفتارهای جنسی محافظت نشده را می‌توان از این دسته دانست. با توجه به نتایج پژوهش‌های به عمل آمده، شناسایی عوامل موثر در گرایش جوانان و نوجوان به سمت مواد مخدر از اهمیت زیادی برخوردار است. از طرفی آمار بالای دانش‌آموزان معتاد نشان می‌دهد که برنامه‌های وزارت آموزش و پرورش در بخش پیشگیری از اعتیاد چندان موفق نبوده است اما اگر بپذیریم که نرخ اعتیاد کودکان بالاست، باید قبول کنیم علاوه بر لزوم قطعی گنجاندن برنامه‌های آموزشی پیشگیرانه در مدارس، باید به دانش و نگرش دانش‌آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک‌ها نیز توجه نمود. از آنجایی که دانش‌آموزان در سنی هستند که بیشترین تأثیر را از گروه همسالان خود می‌پذیرند قرار گرفتن آن‌ها در معرض خطر اعتیاد، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. از سوی دیگر، طبق آمارهایی که ارائه شده است شروع مصرف بیش از ۶۰

درصد افرادی که مواد مخدر مصرف می کنند از دوره دانش آموزی بوده است که این مسئله نیز ضرورت توجه هر چه بیشتر به این حوزه را نمایان می سازد.

۴-۱ اهداف پژوهش

۴-۱-۱ هدف کلی

هدف کلی تعیین ارتباط بین میزان دانش و نگرش در خصوص مواد مخدر و محرک ها با گرایش به مواد اعتیاد دانش آموزان مقاطع راهنمایی و دبیرستان شهر تبریز می باشد.

۴-۱-۲ اهداف جزئی

- ۱- تعیین میزان دانش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک ها؛
- ۲- تعیین میزان نگرش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک ها؛
- ۳- تعیین ارتباط بین دانش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک ها با گرایش به اعتیاد؛
- ۴- تعیین ارتباط بین نگرش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک ها با گرایش به اعتیاد؛
- ۵- پیش بینی گرایش به اعتیاد براساس دانش و نگرش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک ها

۵-۱.سوال های پژوهش

- ۱- دانش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک ها تا چه اندازه ای است؟
- ۲- نگرش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک ها تا چه اندازه است؟
- ۳- آیا بین دانش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک ها با گرایش به اعتیاد رابطه وجود دارد؟
- ۴- آیا بین نگرش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک ها با گرایش به اعتیاد رابطه وجود دارد؟
- ۵- آیا دانش و نگرش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک ها توانایی پیش بینی گرایش به اعتیاد را دارد؟

۱-۶ تعریف مفاهیم

۱-۶-۱ تعریف مفهومی

گرایش به اعتیاد: گرایش به سمت اعتیاد یعنی سوق و علاقه فرد به مصرف مواد مخدر می‌شود که می‌تواند به علل فردی، اجتماعی و اقتصادی و ... مربوط شود که در در افراد مختلف متفاوت بر حسب شرایط و موقعیت متفاوت می‌باشد. بطور کلی منظور از گرایش به اعتیاد گرایش به عواملی می‌باشد که زمینه‌ساز اعتیاد هستند (تقوی‌راد، ۱۳۹۲).

نگرش به اعتیاد: نوع نگاه و دیدگاه دانش‌آموزان به مواد مخدر و مصرف و جایگاه آن در جامعه و بین افراد را شامل می‌شود. بین نگرش دانش‌آموزان نسبت به اثرات مواد مخدر، علاقه آنها به مصرف مواد مخدر و همچنین، تصورات غیر واقعی آنها در مورد خطرات مواد مخدر رابطه وجود دارد (حاجی‌حسینی و همکاران، ۱۳۹۰).

دانش اعتیاد: اطلاعات و دانش علمی دانش‌آموزان در مورد مواد مخدر، مضرات و فواید آن و پیامدهای آن می‌باشد (باوی و برنا، ۱۳۸۸).

۱-۶-۲ تعریف عملیاتی

گرایش به اعتیاد: گرایش به اعتیاد نمره ای است که فرد در پرسشنامه فرچاد و همکاران (۱۳۸۵) بدست می‌آورد.

نگرش به اعتیاد: نگرش به اعتیاد نمره ای است که فرد در پرسشنامه نگرش به اعتیاد کریمی و همکاران (۱۳۹۱) بدست می‌آورد.

دانش اعتیاد: منظور از دانش اعتیاد نمره ای است که فرد در پرسشنامه دانش اعتیاد برایان و همکاران (۲۰۰۰) بدست می‌آورد.

فصل دوّم

پیشینه‌ی پژوهش

۲-۱. مقدمه

با توجه به اینکه هیچ پژوهشی را نمی‌توان بدون زمینه شروع کرد، صاحب‌نظران عقیده دارند شایسته است قبل از انجام هر پژوهشی مطالعه‌ای عمیق در زمینه سابقه پژوهش صورت گیرد. نظریات، قوانین و اصولی که در زمینه مورد پژوهش موجود است همگی باید مورد بررسی دقیق قرار گیرند. به دنبال این هدف فصل دوم پژوهش حاضر به دو قسمت تقسیم می‌شود:

قسمت اول: تاریخچه علمی و استناد به کتاب‌ها و مقالات در رابطه با موضوع پژوهش، بطوریکه شناخت موضوع مورد پژوهش را عمیق‌تر و غنی‌تر سازد.

قسمت دوم: تحقیقات مشابه جهت آشنا شدن با آنچه قبل از این پژوهش انجام گرفته است.

۲-۲. اعتیاد

۲-۲-۱. تاریخچه اعتیاد در جهان

مسئله مواد و مصرف آن تاریخچه‌ای طولانی دارد. مواد اعم از مواد مخدر و محرک، مکرراً به‌عنوان شفاعبخش^۱، مسکن، شادی‌آور مورد استفاده قرار گرفته است. همچنین در جشن‌ها و مراسم مذهبی و گاهی توسط جادوگران مورد استفاده قرار می‌گرفته است. با بررسی آثار مکتوب و لوحه‌های گلی که از سومریان باقی‌مانده است چنین استنباط می‌شود که سومریان، اولین کسانی بودند تریاک را کشف کردند و علاوه بر اینکه از آن به‌عنوان یک دآوری مسکن استفاده می‌کردند به تدریج به‌عنوان یک مکیف و مخدر نیز مورد استفاده قرار گرفت و نام گیاه شادی‌بخش نیز بر آن نهادند (باوی، ۱۳۸۸).

علاوه بر سومریان، اقوام آشور، مصر، یونان و رم نیز تریاک را می‌شناختند و آن استفاده می‌کردند. یونانی‌ها تریاک را «اپیوم» نامیده و اطباء بزرگی نظیر سقراط ترکیباتی از تریاک را برای بیماری‌های مختلف جسمی و روانی تجویز می‌کردند. سابقه استفاده از مواد مخدر همان‌طوری که اشاره شد، بیشتر جنبه مصرف طبی داشت و فقط به دستور اطباء مصرف می‌شد. در آن زمان اعتیاد ابعاد وسیعی نداشت، ولی امروزه به‌صورت مسائل اجتماعی و سیاسی بروز کرده و ابعاد سیاسی و بین‌المللی به خود گرفته است. با شروع انقلاب صنعتی (اواخر قرن ۱۷ و اوایل قرن ۱۸) و بسط تجارت و ارتباط و از همه مهم‌تر نیاز صنایع نوپای

^۱ - Curtive

انقلاب صنعتی به سرمایه، روند جدیدی در مسائل مختلف جهانی آغاز شد. در این میان تریاک نیز، نقش تازه‌ای پیدا کرد. این ماده در کنار سایر ترفندهای استعماری به عنوان وسیله‌ای برای جذب سرمایه کشورهای جهان سوم، اضمحلال نیروهای انسانی و نابودی فرهنگ و اقتصاد ملی کشورها، مورد مبادله کلان قرار گرفت (احمدی، ۱۳۸۵).

عملکرد کمپانی هند شرقی در کشورهای آسیایی بخصوص در چین یک نمونه عینی است. با ظهور انقلاب صنعتی در انگلستان این کشور به منظور سرمایه‌گذاری صنعتی، خرید مواد اولیه و خام صنایع و ادویه‌جات موجود در کشورهای آسیای شرقی، نیاز شدید به سرمایه پیدا کرد؛ اما به دلیل ضعف مالی بخصوص کمبود طلا و نقره کافی در این کشور، توجه خود را به دیگر کشورها به ویژه کشورهای مستعمره، متمرکز نموده و برای نیل به اهداف خود به ترفندهای متعددی دست یازید. یکی از این شگردها، توسل به تجارت تریاک در آسیای شرقی بود. این کمپانی با در دست گرفتن تجارت تریاک در آسیای شرقی بخصوص در کشور چین، طی سالیان دراز از این تجارت سود برد و بسیاری از مردم این کشور را به دام اعتیاد کشاند. عملکرد استعمار در سطح جهانی برای گسترش مواد مخدر و نتایج مخرب حاصل از آن سبب شد تا درون کشورها، قیامها و اقداماتی قانونی علیه مواد مخدر و سوء استعمال آن انجام شود. از طرفی به واسطه بین‌المللی و جهانی شدن این معضل اجتماعی، زنگ خطر به صدا درآمده، انگیزه همکاری کشورهای جهانی را علیه مواد مخدر برانگیخته و موجب برگزاری کنفرانس‌ها، عقد قراردادهای دوجانبه و چندجانبه و تشکیل کنوانسیون‌های جهانی گردید (رسولی، ۱۳۸۵).

۲-۲-۲. تاریخچه اعتیاد در ایران

در ایران، سوء مصرف مواد از سابقه‌ای طولانی برخوردار است. گیاهانی که افیون و حشیش از آنها به دست می‌آیند، از گیاهان بومی این منطقه بوده و شاید بتوان گفت خواص خوراکی، دارویی و روان‌گردان آنها از چند هزار سال قبل توسط ساکنان فلات ایران شناخته شده بود. طبق نوشته هرودوت^۲، خواص روان‌گردان حشیش برای اقوام آریایی شناخته شده بود و آنان از این ماده در عزاداری‌های خود استفاده

^۲ - Herodot

می‌کردند. خواص تریاک توسط پزشکان اسلامی مانند محمد زکریای رازی و ابوعلی سینا، توصیف شده است. اما شواهد مربوط به سوء مصرف آن در موارد غیر پزشکی بسیار نادر است (حسینی، ۱۳۸۵).

ابوریحان بیرونی اولین دانشمند اسلامی است که به خاصیت اعتیادآور افیون اشاره کرده و پدیده تحمل را تشریح کرده است. در ایران تا قرن هجدهم و اوایل قرن نوزدهم، کشت خشخاش و تولید تریاک به منظور مصرف داخلی بود اما از نیمه دوم قرن نوزدهم کشت تریاک به عنوان یک محصول ارزآور مورد توجه قرار گرفت. در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، ایران یکی از اعضای بسیار فعال تجارت جهانی تریاک محسوب و اقتصاد کشور به تولید و صدور تریاک وابسته شد (زنجانی، ۱۳۸۶).

در سال ۱۹۲۰ میلادی اولین قانون رسمی ممنوعیت مصرف به نام «قانون تحدید تریاک» به تصویب رسید که طی آن در مدت ۸ سال مصرف شیره ممنوع و استعمال تریاک تنها به منظور مصرف طبی، مجاز شناخته شد. دولت برای مصرف مواد، مالیات در نظر گرفت و برای معتادان، کارت سهمیه صادر کرد. اما این اقدام منجر به کاهش مصرف مواد نشد بلکه قاچاق آن را رواج داد. در پی آن در سال ۱۳۰۱ قانون منع واردات مواد مخدر، تصویب شد تا جایی که پس از تشکیل جامعه ملل، مسئله تریاک، مورد توجه جهانی قرار گرفت و ایران به عنوان یکی از تولیدکنندگان اصلی، هدف برنامه کاهش تولید بود. شش سال بعد یعنی سال ۱۳۰۷ قانون جدید «انحصار دولتی تریاک» از تصویب گذشت که براین اساس، دولت ایران باید به تدریج اراضی زیر کشت خشخاش را کاهش دهد. به دنبال گسترش ابعاد مسئله اعتیاد و ناچیز بودن عایدات حاصل از صدور تریاک برای دولت «قانون منع کشت خشخاش و استعمال تریاک» در سال ۱۳۳۴ تصویب و به اجرا گذاشته شد. با این اقدام قاچاق هرویین^۳ و مورفین^۴ به داخل کشور به صورت تجارت سودمندی درآمد و با تصویب قانون تشدید مجازات قاچاقچیان، زندان‌های کشور از قاچاقچیان و معتادان پرشد، اما بر تعداد معتادان و میزان قاچاق افزوده شد. به طوری که طی ۶ سال (۱۳۳۸-۱۳۴۴) میزان تریاک و هرویین مکشوفه تقریباً به سه برابر رسید. با افزایش درآمد نفت در سال ۱۳۵۵ مسئله درمان و بازپروری با استفاده از متادون مطرح شد. اولین مراکز فعالیت علمی در زمینه کاهش تقاضا (کاهش مصرف، پیشگیری، درمان و بازتوانی) در سال

^۳ - Heroin

^۴ - Morphin

۱۳۷۵ تشکیل شد. این مراکز به صورت سرپایی و با نظارت بهزیستی شکل گرفت. در سال ۱۳۷۹ مرکز اجتماع درمان مدار و برنامه های علمی آن به عنوان روش بازتوانی در مراکز بازپروری مورد استفاده قرار گرفت که نتایج اولیه آن مثبت بود (شیخ الاسلام، ۱۳۸۶).

سو مصرف مواد از نظر تاریخی، در مقاطع تاریخی گوناگون سیری فراز و نشیب داشته است؛ با آغاز قرن بیستم، سیمای سوء مصرف مواد و اعتیاد نسبت به قرن نوزدهم و پیش از آن نسبتاً دگرگون شده است. اکنون اتفاق نظر کاملی درباره این مسئله رواج دارد که پدیده اعتیاد در طول قرن بیستم و به ویژه طی دهه ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ میلادی تحت تأثیر عوامل گوناگون اقتصادی سیاسی اجتماعی و علمی به نحو وسیع و حیرت آوری در بیان اقشار گوناگون جوامع مختلف پراکنده شده است. این سیر فزاینده بسان زنگ خطری، حکومت ها، دولت ها و دانشمندان رشته های مختلف را برای مبارزه با اعتیاد و سوء مصرف مواد برانگیخته است. این برانگیختگی، نمود اصلی خود را در بسیاری از کشورها، از جمله ایران، از یک طرف در قانون گذاری ها و برخوردهای قانونی و از طرف دیگر در حجم رو به گسترش متون علمی مربوط به اعتیاد و سوء مصرف مواد نشان می دهد. دیدگاه های اولیه در باب اعتیاد، متأثر از برخی اندیشه های شبه خرافی و یا اندیشه های بدوی است که ماهیت علمی نداشته است. تفسیرهای آکادمیک^۵ و علمی در آغاز، بیشتر متأثر از نظریه پردازی های رویکرد روان پویایی بوده است. برپایه این رویکرد، معتادین افرادی هستند که مشکلات دیرینه شخصیتی و روانی آنها، علت گرایش به مصرف مواد اعتیاد آور بوده است. در این نظریات گروه دیگری از روان پزشکان و پزشکان در راه یافتن راه حل درمان جسمی معتادین برآمدند و در این بین روشها و شیوه های گوناگونی را نیز بکار گرفته اند. عدم موفقیت به کارگیری روش های یک بعدی، اعم از روانی و زیستی به تدریج شاخه چند عاملی و چند بعدی بودن اعتیاد را پدید آورد. کوشش های پژوهشی در اوایل قرن بیستم بر شاخه روانی - اجتماعی بودن اعتیاد صحنه گذاشت؛ این بینش جدید چراغی فرا راه تحقیقات و پژوهش های بعدی شد تا به این وسیله هم در بعد شناسایی انواع مواد و هم در بعد سبب شناسی و درمان اعتیاد توانایی دانشمندان و درمانگران افزایش یابد (گلپور و همکاران، ۱۳۸۱).

۲-۳. تعریف اعتیاد

^۵ -Academic

اعتیاد، کلمه‌ای عربی از ریشه عاد و به معنای چیزی را به عادت پذیرفتن و به چیزی خود گرفتن است (باوی، ۱۳۸۸).

اعتیاد یک بیماری روانی، اجتماعی و اقتصادی است (شیخ‌الاسلام، ۱۳۸۶)، که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک، حشیش و... ناشی می‌شود و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژیک فرد مبتلا (معتاد) به این مواد می‌شود و در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی وی تأثیرات نامطلوب برجای می‌گذارد (زنجان، ۱۳۸۶).

همچنین اعتیاد پاسخ فیزیولوژیک بدن به مصرف مکرر مواد اعتیادآور است. این وابستگی از طرفی باعث تسکین و آرامش موقت و گاهی تحریک و نشاط گذرا برای فرد می‌گردد و از طرف دیگر بعد از اتمام این اثرات سبب جستجوی فردی برای یافتن مجدد ماده و وابستگی مداوم به آن می‌شود. در این حالت، فرد هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روانی به ماده مخدر وابستگی پیدا می‌کند و مجبور است به تدریج مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد (احمدی، ۱۳۸۵).

در سال ۱۹۶۴ میلادی، سازمان بهداشت جهانی به این نتیجه رسید که اصطلاح اعتیاد جنبه علمی ندارد و وابستگی دارویی^۶ را بجای آن توصیه نمود. علیرغم پیشنهاد اصطلاح وابستگی دارویی، کلمه اعتیاد هنوز هم در منابع پزشکی و بین مردم رایج است (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱). برای توصیف موارد زیر بکار می‌رود:

- ۱- وابستگی روانی به ماده‌ای که موجب رفتار کسب دارو می‌شود.

- ۲- ناتوانی در قطع مصرف ماده به علت وابستگی جسمی به آن و تحمل پیدا کردن نسبت به آن دارو.

- ۳- نوعی پسرفت سلامت جسمی در نتیجه سوءمصرف مستمر ماده (مددی، و نوغانی، ۱۳۸۴).

وابستگی دارویی به مواد، نشانگانی است که با یک الگوی رفتاری خاص آشکار می‌شود. با مصرف برخی داروها مانند داروهای روان گردان الگویی از رفتارهای ویژه بر رفتارهایی که قبلاً ارزش بیشتر داشته‌اند، ارجحیت می‌یابند. نشانگان موردنظر به معنی وابستگی مطلق نیست بلکه پدیده‌ای کیفی است که به درجات مختلف متجلی می‌شود. این نشانگان از طریق رفتارهایی که در ارتباط با مصرف مواد است و توسط رفتارهایی که به گونه ثانوی در ارتباط با مصرف مواد می‌باشند، مشخص گردیده و استنباط می‌گردد. این

^۶ - Drug Dependence

نشانگان به طور وسیع با رفتارهای تکانه‌ای مصرف مواد مرتبط هستند. دو نوع وابستگی به مواد، وجود دارد: وابستگی جسمی و وابستگی روانی؛ وابستگی جسمی به دو شکل صورت می‌پذیرد: تحمل و لازم ترک؛ تحمل عبارت است از نیاز به مقادیر فراینده‌ای از مواد، برای رسیدن به حالت نشئگی قبلی، علائم ترک عبارت است از تغییر رفتاری ناسازگارانه توأم با علائم فیزیولوژیکی و شناختی که بر اثر کاهش ماده مورد در خون دیده می‌شود. وابستگی روانی عبارت است از الگویی از مصرف اجباری همراه با اشتیاق و ولع مصرف، مواد مخدر شامل همه موادی است که بر روی مغز اثر گذاشته و با مصرف آن خلق و خو، رفتار، درک و هماهنگی انسان تغییر می‌کند و مصرف مداوم آن سبب وابستگی به آن ماده می‌شود (باوی، ۱۳۸۸).

اعتیاد پدیده ثانوی شخصی و اجتماعی معزلی شده که بشدت به مسئله خشونت مربوط است و مخدر، وسیله‌ای برای از میان بردن موانع رفتار خشونت‌آمیز است (برژره، ۱۳۸۶).

۲-۲-۴. سبب‌شناسی اعتیاد

از نگاه سطحی، سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد، در نتیجه مصرف ماده‌ای خاص با الگوی سوء مصرف حاصل می‌شود؛ اما با این گونه ساده‌انگاری نمی‌توان این سؤال را پاسخ داد که چرا عده‌ای خاص گرایش به سوء مصرف مواد دارند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱).

عوامل سایکوتیک

بر طبق نظریات کلاسیک^۷، سوء مصرف مواد، معادل خود ارضایی^۸ بوده و مکانیسمی دفاعی^۹ در مقابل تکانه‌های^{۱۰} هم جنس‌گرایانه^{۱۱} یا تظاهری از پسرقت دهانی^{۱۲} است. سایر نظریات روانی - اجتماعی از روابط فرد با خانواده و جامعه به طور کلی مایه گرفته‌اند (باوی، ۱۳۸۸).

^۷ - Classical Theories

^۸ - Musturbation

^۹ - Deffensive Mechanism

^{۱۰} - Impulse

^{۱۱} - Homo Sexuality

^{۱۲} - Oral Repression

نظریه رفتاری

برخی از پژوهشگران چنین فرض می‌کنند که چهار اصل رفتاری عمده در ایجاد رفتار مواد جویی موثرند. اصول اول و دوم، کیفیات تقویت مثبت و اثرات نامطلوب برخی از مواد است. اکثر مواد سوءمصرف در نخستین مصرف با تجربه مثبتی همراه هستند و به این ترتیب، ماده به‌عنوان یک تقویت‌کننده برای رفتار مواد جویی عمل می‌کند. بسیاری از مواد نیز با اثرات نامطلوبی همراه هستند که رفتار مواد جویی را کاهش می‌دهد. بر طبق اصول سوم و چهارم، شخص باید قادر به تفکیک ماده مورد سوءمصرف از سایر مواد باشد و تقریباً تمام رفتارهای مواد جویی با نشانه‌های دیگری که ممکن است با تجربه مصرف مواد همراه شوند ارتباط دارند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱).

در واقع افراد معتاد قادر نیستند افکار و اعمال خود را از مواد و محرکهای همراه با مواد منحرف کنند؛ بنابراین در اعتیاد، مواجهه با سرنخ^{۱۳}هایی که در گذشته با مصرف مواد همراه بوده‌اند، افراد را برای مصرف مجدد برمی‌انگیزاند، زیرا این سرنخها، ویژگی انگیزشی مشوق را از طریق یادگیری محرک - محرک^{۱۴} ایجاد می‌کنند (فلاژل و اخی^{۱۵}، ۲۰۰۹).

عوامل ژنتیک

شواهد محکم بدست آمده از مطالعه بر روی دوقلوها، فرزند خوانده‌ها و همشیرهایی که جدا از هم بزرگ شده‌اند، نشان می‌دهد که در سبب یابی سوءمصرف الکل، یک جزء ژنتیک وجود دارد. داده‌های بسیاری با قطعیت کمتر وجود دارد که نشان می‌دهد سایر انواع سوءمصرف مواد نیز در پیدایش خود، الگوی ژنتیک دارند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱).

عوامل عصبی - شیمیایی

^{۱۳} - Cue

^{۱۴} - Stimulus-Stimulus

^{۱۵} - Fligel & Akhi

محققین برای اکثر مواد مورد سوء مصرف، به استثناء الکل، ناقله‌های عصبی^{۱۶} یا گیرنده‌های عصبی شناسایی کرده‌اند که مواد از طریق آنها اثرات خود را اعمال می‌کنند. ناقلین عصبی که ممکن است در پیدایش سوء مصرف مواد و وابستگی دخیل باشند عبارتند از:

سیستمهای شبه افیونی، کانکولامین (بخصوص دوپامین^{۱۷}) و گاما آمینوبوتیریک اسید نورونهای دوپامینرژیک^{۱۸} ناحیه تگمنتال^{۱۹} شکمی در این زمینه اهمیت خاصی دارند. این نورون ها به نواحی قشری و لیمبیک^{۲۰} و بخصوص هسته آکومبنس^{۲۱} کشیده می‌شوند. این مسیر خاص احتمالاً در احساس پاداش دخالت دارد و ممکن است میانجی اصلی اثرات موادی نظیر آمفتامین^{۲۲} ها و کوکائین^{۲۳} باشد. تصور می‌شود لوکوس سرولئوس (بزرگترین گروه نورون‌های آدرنرژیک)، احتمالاً میانجی اثرات ترکیبات تریاک و شبه تریاک است. این مسیر روی هم رفته مدار پاداش مغز نامیده می‌شود (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱).

۲-۲-۵. پیشگیری از اعتیاد

از نظر بهداشتی، پیشگیری از اعتیاد یعنی مداخله مثبت و خردمندانه برای مقابله با شرایط مضر قبل از اینکه به اختلال یا ناتوانی منجر شود (باکستین، ۲۰۰۰).

اگرچه علم پیشگیری از سوء مصرف مواد، تاریخچه‌ای بسیار کوتاه دارد، ولی به سبب اهمیت مسئله از یکسو و از سوی دیگر به علت مراحل تحولی مبتنی بر علم در حال تکامل، پیشگیری از حساسیت بسیاری برخوردار است (دهقانی و همکاران، ۱۳۸۳).

^{۱۶} - Neurotransmitters

^{۱۷} - Dopamin

^{۱۸} - Dopaminergic

^{۱۹} - Tegmental

^{۲۰} - Lymbic

^{۲۱} - Accumbens

^{۲۲} - Amphetamin

^{۲۳} - Cocain

عزیزی (۱۳۸۲)، پیشگیری از اعتیاد را به کارگیری اقداماتی می‌داند که احتمال استقلال فرد معتاد را کاهش می‌دهد.

۲-۲-۶. انواع پیشگیری

۱- پیشگیری اولیه^{۲۴}

۲- پیشگیری ثانویه^{۲۵}

۳- پیشگیری ثالث^{۲۶}

انواع پیشگیری اولیه:

۱- پیشگیر از زمان تشکیل نطفه

۲- عدم دسترسی به مواد اعتیادآور

۳- پیشگیری از مواد مخدر به عنوان طب خانگی

۴- جداسازی کودک از خانواده معتاد: طرح جداسازی کودکان از والدین معتاد در مصوبات ستاد مبارزه با مواد مخدر است. اکنون دادگاه‌ها نیز از واگذاری سرپرستی کودکان به والدین فاقد صلاحیت خودداری می‌کنند.

۵- پیشگیری از شرکت کودکان و نوجوانان در مهمانی‌های نامناسب

۶- پیشگیری از معاشرت با دوستان ناباب

۷- پیشگیری از طریق ارشاد فرهنگی در کتاب‌های درسی و کمک درسی

۸- اصلاح رسانه‌های گروهی

۹- رعایت عدم تبعیض و برقراری عدالت، رابطه با فرزندان و القای یک هدف عالی به آنها

۱۰- غنی کردن اوقات فراغت با سرگرمی‌های مفید

۱۱- دور ماندن از استرس‌های روانی

^{۲۴} - Primary Prevention

^{۲۵} - Secondary Prevention

^{۲۶} - Tertiary Prevention

۱۲- فراهم کردن مراکز، محیط‌های ورزشی و توسعه مراکز تفریحی محلی و فضای زیستی کافی
۱۳- آموزش خانواده‌ها برای پیشگیری از پناه بردن فرزندان به مواد مخدر: باید والدین را آگاه نمود که همواره احتمال ابتلای فرزندان به مواد مخدر وجود دارد و اینکه با هوشیاری از ابتلای آنان جلوگیری کنند.

مطالب ذیل را می‌توان به والدین آموزش داد:

- الف- نوع مواد، شکل، اسامی رایج آنها و ابزاری که برای مصرف مواد مخدر استفاده می‌شود.
- ب- نحوه تهیه مواد مخدر و محل مصرف آن
- پ- عوامل و موقعیت‌هایی که موجب مصرف مواد می‌شود.
- ت- علائم مصرف مواد مخدر
- ج- والدین نباید اجازه مصرف هرگونه دارو را بدون تجویز پزشک به فرزندان خود بدهند.
- ح- به محض اطلاع از مصرف مواد مخدر توسط فرزندان‌شان به سرعت آن را با یک پزشک با تجربه در زمینه مشاوره و اعتیاد در میان بگذارند.
- ۱۴- انتخاب همسر و شغل مناسب؛ باید از انتخاب شغل‌های زمینه ساز اعتیاد و همسر نامناسب اجتناب نمود.

۱۵- آموزش پیش از ازدواج

۱۶- مبارزه ملی با توزیع مواد مخدر

۱۷- مشاوره تحصیلی، حرفه‌ای، عاطفی و هیجانی با نوجوانان و جوانان

۱۸- توسل به عواطف: برخی از متخصصان فن پیشنهاد کرده‌اند که بر روی احساسات و عواطف مثبتی از قبیل عزت نفس و احساس توانایی و کارایی شخصی تأکید شود. فرض حاکم بر این الگوی بارز با اعتیاد، آن است که نوجوانان معمولاً به علت احساس نوعی خلاء در روابط با دیگران، به دنبال الگوهای رفتاری ظاهراً موفق دوستان زورگو، قانون‌شکن و شهره به تخلف از ارزش‌های جامعه می‌روند و به تقلید از آنها در جهت بزهکاری و سوء مصرف مواد مخدر کشیده می‌شوند. براساس این فرض، برنامه‌های مداخله مبتنی بر تغییر دیدگاه نوجوانان نسبت به خود و ارتقاء حس اعتماد به نفس و کارآمدی شخصی آنان، بدون ذکر

صرح هدف پیشگیری از سوء مصرف مواد می تواند از عوامل مهم برای پیشگیری از اعتیاد باشد. اما تحقیقات نشان می دهد که ایجاد و تقویت حس اعتماد به نفس و کارآمدی شخصی آنان، بدون ذکر صریح هدف پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر کشیده می شوند. براساس این فرض، برنامه های مداخله مبتنی بر تغییر دیدگاه نوجوانان نسبت به خود و ارتقاء حس اعتماد به نفس و کارآمدی شخصی آنان، بدون ذکر صریح هدف پیشگیری از سوء مصرف مواد می تواند از عوامل مهم برای پیشگیری از اعتیاد باشد. اما تحقیقات نشان می دهد که ایجاد و تقویت حس اعتماد به نفس به خودی خود برای پیشگیری از گرایش نوجوانان به سوی مواد مخدر کافی نیست؛ بلکه ترکیب این روش با روش های خاص آموزش مهارت های اجتماعی لازم برای مقاومت در برابر فشارهای همسالان می تواند نتایج بهتری از اعمال روش اخیر به تنهایی داشته باشد (رمضانی، ۱۳۸۳).

۱۹- وضع مقررات لازم در خانواده، چنانچه قوانین وضع شده در خانواده و انتظاراتی که از افراد می رود کاملاً روشن باشد به ندرت ممکن است که افراد این مقررات را مورد حمله قرار دهند؛ به خصوص اگر نسبت به خانواده احساس تعلق داشته باشند.

۲۰- تأثیر نگرش ها و ارزشها: نگرشها و ارزش هایی که بر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر موثر هستند عبارتند از:

- ۱- ارزش های مذهبی
- ۲- اولویت دادن به ارزش های اجتماعی بجای ارزشهای شخصی و فردی
- ۲- ارزش حس مسئولیت فردی
- ۴- ارزش سلامت فردی
- ۵- هر مصرفی امکان دارد منجر به اعتیاد شود.
- ۶- عادی نبودن مصرف مواد مخدر
- ۷- استفاده از ارزش دادن نوجوانان به ظاهر خود و پذیرفته شدن از طرف دیگران
- ۸- قابل اعتماد نبودن افراد معتاد (باوی، ۱۳۸۸).
- پیشگیری در سنین مدرسه (۷ تا ۲۰ سال)

- عوامل بازدارنده از اعتیاد فرزندان در سنین مدرسه عبارتند از:
- ۱- در خانواده‌هایی که از ثبات و ایمان قوی برخوردارند احتمال گرایش به اعتیاد بسیار پایین است.
 - ۲- باید خطرات و عواقب مصرف مواد را به نوجوانان و جوانان آموزش داد.
 - ۳- اطلاعات ارائه شده باید صحیح و از نظر علمی معتبر باشد.
 - ۴- انتشار و تبلیغ از طریق رسانه‌ها، نمایش فیلم‌های کوتاه و مجموعه‌های تلویزیونی که در آنها مضرات اعتیاد به صورت موثر و درست تشریح گردد.
 - ۵- ترساندن بیش از حد و بیان مطالب اغراق آمیز خودداری نمود.
 - ۶- نباید حس کنجکاوی نوجوانان را با طرح آثار خوشایند احتمالی برانگیخت.
 - ۷- نحوه بدست آوردن مواد مخدر را نباید به دانش آموز آموخت.
 - ۸- بهتر است بیشتر به مطالبی پرداخت که خطرات (حتی یکبار) مصرف مواد مخدر را بیشتر می‌کند (حتی یکبار مصرف کوکائین فرد را به اعتیاد می‌کشاند).
 - ۹- عوارض و خطرات کوتاه مدت مواد مخدر را که بلافاصله و یا در آینده نزدیک رخ خواهد داد، بیشتر مطرح کرد.
 - ۱۰- بر عوارضی که معمولاً برای نوجوانان و جوانان اهمیت بیشتر دارد، تأکید کرد. «مانند تأثیر نامطلوب مواد مخدر بر وضعیت ظاهر یا طرد شدن از طرف اطرافیان (باوی، ۱۳۸۸).
- در ایران در دوره ابتدائی از نظر مشکلات غیراخلاقی ناشی از سن، با معضلات حاد روبرو نیستیم. در سنین راهنمایی، طوفان خودبزرگ بینی، تحریک حس کنجکاوی، بیداری غریزه جنسی، داشتن آرزوهای دست‌نیافتنی و غیرقابل دسترس، خیالبافی و رویاپردازی آغاز و پیوسته تشدید می‌شود تا این که در سالهای دوره دبیرستان به اوج و شدت خود می‌رسد؛ به هر حال به سنین نوجوانی (دوره راهنمایی و دبیرستان) باید توجه ویژه نمود و اولیا و مربیان باید احساس مسئولیت بیشتری نسبت به این گروه سنی داشته باشند. بخصوص که سن شروع مصرف مواد مخدر از سنین دوران جوانی به نوجوانی کاهش یافته است (عزیزی، ۱۳۸۲).

۲-۲-۲. علل گرایش به اعتیاد

تعداد قابل توجهی از افراد را می‌توان یافت که از نظر شخصیتی مستعد اعتیاد به مواد مخدر هستند. بعضی از افراد در معرض خطر جدی اعتیاد به یکی از مواد مخدر قرار دارند. بی تردید افرادی که مستعد اعتیاد شناخته می‌شوند، بیش از دیگران در معرض خطر وابستگی قرار دارند، گرچه مطالعاتی که در این زمینه انجام گرفته است از جهت پیشگیری، بی نهایت سودمند است؛ باید توجه داشت که تنها این عده نیستند که به اعتیاد گرایش پیدا می‌کنند؛ البته شرایط عاطفی شخصی برای سوق دادن فرد به اعتیاد شرط کافی است، اما به هیچ وجه شرط لازم به شمار نمی‌آید. افرادی که بیش از دیگران مستعد اعتیاد هستند، شخصیت‌هایی هستند باز، غیرقراردادی، اجتماعی و مخالف خوان یا شخصیت‌هایی بسته، گوشه‌گیر و بی حوصله (برژره، ۱۳۷۸).

همچنین بین افراد معتاد و افراد غیرمعتاد، تفاوت‌های معناداری در شیوه‌های مقابله وجود دارد. افراد معتاد، در شیوه‌های مقابله‌ای خود، از خویشتن‌داری، بازبرآورد مثبت، جستجوی حمایت اجتماعی، حل‌مدبرانه مسئله و مسئولیت‌پذیری کمتر برخوردارند. مقابله آنها بیشتر به صورت شیوه‌های دوری‌جویی، اجتناب و گریز از رویارویی می‌باشد. آنها بیشتر از سبک‌های حل مسئله ناکارآمد و اجتناب استفاده می‌کنند و از سبک‌های حل مسئله و فعالیت اعتماد در حل مسئله و تقرب، کمتر سود می‌جویند و با توجه به الگوی مقابله‌ای و سبک حل مسئله معتادان که برای رویارویی با مسائل ریز و درشت زندگی طبیعی، روش‌های ناکارآمد و ضعیفی دارند، به نظر می‌رسد این الگوها، زمینه‌گرایش به اعتیاد، مشکلات اجتماعی و روانشناختی فرد را افزایش داده و دور باطلی را بوجود می‌آورد (عبدی، ۱۳۸۰).

تا چند سال پیش، اکثر معتادان به چند محیط اجتماعی محدود بودند؛ این افراد اغلب مردمانی مرفه و هنرمند یا جوانی بیکار و یا فرزندان خانواده‌های محترم یا روشنفکران افسرده‌ای بودند که در جستجوی وسیله‌ای به اصطلاح لوکس^{۲۷} برای منحرف شدن از اضطراب‌هایشان بر می‌آمدند؛ اما دنیای کارگران و نوجوانان بندرت آلوده بود؛ ولی امروزه، افسردگی شخصی و گروهی ناشی از شکست مواضع اصلی فلسفی و ایدئولوژیکی، هر روز بیش از پیش جوانانی را که در جستجوی نوعی فلسفه باطنی و در حقیقت در جستجوی الگوهای دست‌نیافتنی برای الگوبرداری از والدین‌شان هستند تهدید می‌کند. همراه با نبود امکان الگوبرداری،

^{۲۷} - Lucks

ناتوانی جوانان برای حل خشونت، با ریشه‌ای مشترک در دوران کودکی، تحول عاطفی و ارتباط ناپخته‌تری نیز به چشم می‌خورد. اینان قادر نیستند این خشونت را در راه‌های خلاق‌تری به کار گیرند؛ خشونتی که به صورت کاملاً مستقل هنوز در رفتار بسیاری از معاصران ما دیده می‌شود. در واقع دنیای معتادان دیگر محدود به یک طبقه اجتماعی یا فرهنگی خاص یا مربوط به سهولت تهیه مواد مخدر ای حتی نوعی عادت که تصادفی پدید آمده باشد، نیست. (برژره، ۱۳۷۸)

در مورد اعتیاد می‌توان به سه قطبی بودن مشکلات ناشی از انواع اعتیاد اشاره کرد: نقش ماده مورد مصرف، مشکلات عاطفی فرد معتاد پیش از اعتیاد و اثر محیط‌های مختلفی که معتاد با آنها برخورد می‌کند (باوی، ۱۳۸۸)

وابستگی به مواد شامل عوامل متعددی است که می‌تواند به‌طور همزمان و یا به دنبال هم در مورد یک فرد وجود داشته باشد؛ اما اینکه چه عاملی منجر به پدیدآیی قطعی وابستگی به مواد می‌شود و چه عواملی أحياناً پس از وابستگی باعث تداوم و ثبات آن می‌شود، اتفاق نظر کاملی وجود ندارد (گلپرور و همکاران، ۱۳۸۱).

با این حال به طور کلی می‌توان علل گرایش به اعتیاد را در تقسیم‌بندی زیر نشان داد:

۱- عوامل فردی

۲- عوامل محیطی

۱- **عوامل فردی:** عوامل فردی یا عواملی که با خود فرد ارتباط دارد به دو بخش عوامل جسمانی و

عوامل روانی تقسیم می‌شود:

الف- عوامل جسمانی

برخی از افراد، به دلیل مشکلات جسمانی به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند. برخی افراد به دلیل بیماری فشار خون یا دیابت، مواد مخدر مصرف می‌نمایند. هر چند هیچگونه دلیل علمی و پزشکی در این موارد وجود ندارد و چه بسا عوارض زیانباری دیگری نیز گریبان گیر فرد شود (رمضانی، ۱۳۸۳).

ب- عوامل روانی

برخی افراد برای کاهش مشکلات روحی و روانی یا فرار از آنها به مصرف مواد مخدر روی می آورند. افراد افسرده و یا مضطرب استعداد بیشتری برای گرایش به اعتیاد دارند. برخی افراد، برای کاهش مشکلات روحی و روانی یا فرار از آنها به مصرف مواد مخدر روی می آورند افراد خجالتی نیز ممکن است برای مقابله با حالت خجالتی بودن خود، به طور غلط به مصرف مواد روی آورند و گاهی نیز برخی افراد جهت افزایش توانایی های روحی و جسمی خود، از مواد مخدر استفاده می کنند؛ بعنوان مثال افرادی که می خواهند شب ها بیدار بمانند و کار کنند و یا برای افزایش لذت جنسی از مواد مخدر استفاده می کنند (باوی، ۱۳۸۸).

۲- عوامل محیطی: عواملی است که به محیط فرد مربوط می شود و به سه بخش عوامل خانوادگی و تربیتی و عوامل اقتصادی و عوامل جغرافیایی تقسیم می شود.

الف- عوامل خانوادگی و تربیتی

روش های تربیتی نادرست خانواده مانند تحقیر کردن، بی ارزش داشتن فرزندان و محبت نکردن به فرزندان، همچنین اعتیاد پدر و مادر و دیگر اعضای خانواده یا جدایی و طلاق پدر و مادر، کشمکش ها و اختلافات خانوادگی، لوس و ناز پرورده بار آوردن فرزندان از جمله عواملی است که باعث اعتیاد می شود. همچنین مصرف سیگار یا سایر مواد اعتیاد آور توسط اعضای دیگر خانواده نیز خطر الگو شدن برای نوجوانان را دارد (فلاح زاده، ۱۳۸۰).

ب- عوامل اقتصادی و اجتماعی

وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده، یعنی سطح سواد والدین، تنوع شغل، درآمد و محل سکونت می تواند در بروز اعتیاد موثر باشد. سواد یا بی سواد والدین نیز عامل مؤثری در گرایش نوجوانان به اعتیاد به حساب می آید. به طور کلی اکثریت معتادان هر جامعه را افراد فقیر آن جامعه تشکیل می دهند. یکی از عوامل موثر در این زمینه، این است که تعداد فرزندان متعلق به خانواده های طبقه پایین بیشتر است؛ چنین امری به نظارت کمتر والدین و احساس طرد کودک منجر می شود؛ زیرا حتی اگر والدین بین فرزندان تبعیض قائل نشوند، فرصت کمی برای ابراز محبت و رسیدگی به نیازهای اساسی هر یک از آنها خواهند داشت. در چنین خانواده هایی، سطح سواد اعضای خانواده، نظارت، انضباط و محبت، زیر حد استاندارد قرار گرفته و زمینه های ارتکاب جرم فراهم می شود؛ البته نمی توان گفت بین فقر اعتیاد رابطه مستقیم وجود دارد (باوی، ۱۳۸۸).

نبود عدالت اجتماعی، توزیع نابرابر ثروت، فقر، نابرابری‌های اقتصادی اجتماعی و محرومیت‌های شدید موجود در جامعه که بسیاری از خانواده‌ها را در بر می‌گیرد، بسیاری و ازدیاد جمعیت، مهاجرت روستاییان به شهرهای بزرگ و عدم تطابق با بافت شهری، کمبود مراکز تفریحی سال، ازجمله عوامل مهم اقتصادی و اجتماعی است که افراد را به سمت اعتیاد و مصرف مواد مخدر سوق می‌دهد (فلاح‌زاده، ۱۳۸۰).

پ- عوامل محیطی و جغرافیایی

قرار گرفتن کشور ما ایران در کنار مرزهای افغانستان و پاکستان و ورود مواد مخدر از آن کشورها، به خصوص افغانستان که نیمی از تریاک جهان را تولید می‌کند، باعث شده است که کشور ما مسیر عبور مواد مخدر به ترکیه باشد. ارزان بودن مواد مخدر به علت در دسترس بودن آن نیز عامل دیگری برای روی آوردن به مواد مخدر است (باوی، ۱۳۸۸).

بنابراین در تقسیم‌بندی کلی‌تر و جامع‌تر، علل گرایش افراد به مصرف مواد مخدر را عوامل ذیل می‌دانند:

۱- عوامل مخاطره آمیز فردی که شامل عوامل مخاطره آمیز دوره نوجوانی، استعداد ارثی، صفات شخصیتی و اختلالات روانی می‌باشد.

۲- عوامل مخاطره آمیز محیطی و بین فردی شامل عوامل مربوط به خانواده (روابط اعضای خانواده، شیوه فرزند پروری والدین معتاد، زن یا شوهر معتاد، خواهر یا برادر معتاد، عوامل اجتماعی- اقتصادی خانواده و طلاق) عوامل مربوط به مدرسه (فقدان محدودیت، فقدان حمایت) و عوامل مربوط به محل سکونت (شیوه خشونت و اعمال خلاف) می‌باشد.

۳- عوامل مخاطره آمیز اجتماعی شامل در دسترس بودن مواد مخدر نا برابری‌های اقتصادی و اجتماعی، تسلط گروه‌های اقلیت نژادی، بیکاری، رشد بی‌قواره جمعیت، قوانین بازار مواد، مصرف مواد به‌عنوان هنجار اجتماعی، کمبود امکانات فرهنگی- ورزشی و تفریحی، عدم دسترسی به سیستم‌های

خدماتی -حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی و توسعه صنعتی و محرومیت اقتصادی -اجتماعی می‌باشد (باوی، ۱۳۸۸).

۲-۸- نوجوانان و گرایش به اعتیاد

نوجوانی، دوره‌ای است که از بلوغ تا اوایل بزرگسالی (جوانی) یکی از مهمترین مراحل رشد است؛ زیرا در پایان این دوره فرد باید درک هویت خود را کسب کند. گرچه هویت، خود نه در نوجوانی آغاز می‌شود و نه خاتمه می‌یابد اما بحران هویت و سردرگمی هویت در این مرحله به اوج خود می‌رسد. با پیدایی بلوغ، نوجوانان به دنبال نقشهای تازه‌ای هستند که به آنها کمک می‌کند هویت جنسی^{۲۸}، ایدئولوژیکی و شغلی خود را پیدا کنند. در واقع نوجوانی، مرحله‌ای است که نوجوانان باید تصمیم بگیرند چه می‌خواهند بشوند و به چه چیزی معتقد باشند و دریابند چه نمی‌خواهند باشند و به چه چیزی دوست دارند معتقد باشند (فیست و فیست، ۱۳۹۳).

طول مرحله نوجوانی تقریباً ۷ یا ۸ سال است و در افراد معمولی از ۱۲ تا ۲۰ سالگی ادامه دارد و از مراحل حساس و دشوار زندگی محسوب می‌شود؛ بطوری که می‌توان آن را تولد تازه یا ثانوی نامید (ابوالقاسمی، ۱۳۸۶).

دوران نوجوانی، مرحله پرکشمکش و گاه دشواری در زندگی است زیرا درست در زمانی که نوجوان با سرعت بی‌سابقه‌ای بلوغ جسمانی را می‌گذراند، اجتماع از او می‌خواهد که مستقل باشد و روابطش را با همسالان و بزرگسالان تغییر دهد. نوجوان نه تنها باید با مسائلی که مرتبط با تصویر بدنی وی هستند مواجه شود بلکه با مسئله وحدت یافتگی و احساس هویت خویشتن نیز درگیر است. نوجوان درگیر و دار با ناپایداری تمامی تجسمهای خویشتن، با همه وجود در راه حفظ هویت خود به مبارزه‌ای بی‌امان می‌پردازد؛ در این زمان اختلالاتی هویت با فاصله‌گیری از واقعیت متجلی می‌شوند و نوجوان در برابر از هم پاشیدگی من خویشتن، ناتوانی در نزدیک شدن به تصاویر والدین و شکست در بازسازی هویت بر اساس همسان سازیهای جدید، یک حرکت تجسمی را آغاز می‌کند و به مشاهده و تفحص حالت‌های خویشتن می‌پردازد؛

^{۲۸} - Sexual Identity

بدون آنکه بتواند با والدین یا نزدیکانش همسان سازی کند. این حرکت اضطراب عمیق را در وی بر می‌انگیزد و احساس ناتوانی در دستیابی به انسجام شخصی بر نوجوان غلبه می‌کند. همچنین یک احساس کهنتری تدریجی و مخرب، هویت نوجوان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. هر نوجوان در جستجوی آرمان من^{۲۹}، کم و بیش دچار شرمساری می‌شود که منبع آن وجود نا همطرازی بین تصویر آرمانی و تصویر واقعی است. (منصور و دادستان، ۱۳۷۵)

در بسیاری از جوامعی که از لحاظ فن آوری^{۳۰}، پیشرفته نیستند اغلب نوجوانان متأهل هستند و کار می‌کنند، در واقع آنها مستقیماً از کودکی وارد بزرگسالی می‌شوند. در فرهنگ غرب سلامت و تغذیه عالی به تدریج سن متوسط بلوغ را پایین آورده‌اند، ولی وضعیت اقتصادی افراد را ترغیب می‌کند تا ۲۰ الی ۳۰ سالگی به تحصیل ادامه دهند و ازدواج خانواده و شغل را به تأخیر اندازند نتیجه آن دوره طولانی ریش جسمانی بدون جایگاه بزرگسالی است (ریو، ۱۳۸۸).

بنابراین کیفیت و کمیت رشد در این دوره برای همه و در هر محیطی، از روند ثابتی برخوردار نیست. تفاوت‌های فردی و تأثیرهای فرهنگی - محیطی می‌تواند در کیفیت بلوغ و نوجوانی اثر مهمی داشته باشد؛ همچنین مدت زمان این دوره ممکن است با توجه به تفاوت‌های خانوادگی، مناسبات اجتماعی - اقتصادی و عوامل فرهنگی، متفاوت باشد (منصور و دادستان، ۱۳۷۵).

بر اساس نظریه اریکسون^{۳۱}، اگر هویت شخصی نوجوان، در طی زمان و بر اساس تجربیات حاصل از برخورد اجتماعی، شکل بگیرد و نوجوان بتواند خود را بشناسد و از دیگران جدا کند، تعادل روانی وی تضمین می‌شود؛ ولی اگر سرخوردگی و عدم اعتماد جایگزین اعتماد گردد و نوجوان بجای تماس با مردم، گوش‌هگیر و منزوی شود و بجای تحرک به رکود گراید و بجای خود آگاهی و تشکیل هویت مثبت، دچار ابهام در نقش خود شود، هماهنگی و تعادل روانی وی به هم می‌خورد و به بحران هویت دچار می‌شود. معمولاً والدین با این وضعیت بحرانی نوجوانان، برخورد خوبی ندارند و اغلب این وضعیت را درک نمی‌

^{۲۹} - Idial Ego

^{۳۰} - Tecnology

^{۳۱} - Erikson

کنند. در خانواده‌ها، نوجوانان مورد بی‌مهری قرار می‌گیرند و در مواقعی که نیاز شدید به دوستی و تفاهم متقابل دارند مورد هجوم و انتقاد قرار می‌گیرند (باوی، ۱۳۸۸).

نتایج مطالعات متعددی که در برخی از کشورها، انجام شده، چشمگیر بوده و زنگ خطر است ۳۱/۴٪ افراد معتاد را افراد زیر ۱۵ سال تشکیل می‌دهند. در کشور هند سن قشر آسیب پذیر ۲۰ الی ۳۰ سال بیان گردیده است (باوی، ۱۳۸۸).

در دوران کسب هویت، نوجوان دستخوش عدم امنیت و احساسات زیاد می‌شود و به همین دلیل پرخاشگر شده و دائما دچار سوء تعبیر رفتار دیگران می‌شود. با ادامه روند موردنظر، واقعیت‌ها را با توهومات در هم می‌آمیزد و مصرف مواد، کاهش دهنده دلهره‌ها و تعارض‌هایش می‌شود. این مواد طغیان درونی او را آرام کرده و حالت عدم اطمینان را از بین می‌برد. موادی مثل حشیش که در حالت جمعی مصرف می‌گردد در اثر ایجاد وابستگی به گروه، در معتاد، اطمینان و آرامش بوجود می‌آورد و با کاهش تنش درونی و ایجاد نوعی آرامش موقت، موجب می‌گردد که معتاد از واقعیت‌ها و مشکلات روزانه بگریزد (گلپرو و همکاران، ۱۳۸۱).

تقریبا در ۶۰ درصد موارد، اولین گرایش به مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می‌دهد. ارتباط و دوستی با همسالان معتاد، بخصوص در دوران نوجوانی، می‌تواند عامل گرایش به اعتیاد در نوجوانی باشد. مصرف کنندگان برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان سعی می‌کنند آنها را وادار به همراهی با خود نمایند. گروه همسالان به خودی خود، در شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار مؤثر هستند. نوجوانان به تعلق به یک گروه نیازمند هستند و اغلب پیوستن به گروه‌هایی که مواد مصرف می‌کنند، بسیار آسان است. هر چه پیوند فرد با خانواده، مدرسه و اجتماعات سالم کمتر باشد، احتمال پیوند او با این قبیل گروه‌ها، بیشتر می‌شود. (فرجاد و همکاران، ۱۳۸۴)، بطوریکه معلوم شده است، مصرف کنندگان ماری جوانا و اکستازی به احتمال بیشتری دوستانی دارند که این مواد را استعمال می‌کنند (مارتینز^{۳۲} و همکاران، ۲۰۰۸).

ارتباط نادرست در خانواده‌ها، از عوامل عمده مشکلات نوجوانان است. مشکلی که امروزه در بعضی از خانواده‌ها مشاهده می‌شود، وجود نوعی طلاق روانی در بین خانواده‌ها است؛ یعنی با اینکه خانواده، از نظر

^{۳۲} - Martins

قانونی با هم زندگی می کنند، ولی از نظر روانی و درونی، از همدیگر جدا هستند؛ روابط آنان سرد و بی روح و همراه با سرزنش، تهدید و گاه توییح و اهانت است. در چنین خانواده ای، نوجوان احساس می کند که به خانواده خود تعلق ندارد و والدین را الگوی خوبی برای تبعیت نمی داند. در نتیجه به رفتارهای متعارض و ناسازگار کشانده می شود. احساس حقارت، سرخوردگی، یأس و ناامیدی ناشی از این روابط نادرست، می تواند زمینه انواع انحرافات و آسیب های اجتماعی از جمله گرایش به مصرف مواد مخدر را فراهم آورد (احمدی، ۱۳۸۵).

همچنین در قرن اخیر، وجود سرمشق های نامناسب، که بیشتر به وسیله فیلم های مبتذل ارائه می گردد و همچنین دسته های بزهکار و منحرف، که نوجوانان را به سمت خود می کشانند، باعث مشکلات فراوانی برای نوجوانان شده است (باوی، ۱۳۸۸).

۲-۲-۹. انواع مواد مخدر

داروهای محرک: داروهایی هستند که انرژی را تقویت می کنند، هوشیاری را بالا می برند، فعالیت را افزایش می دهند و احساس خوشایندی را بوجود می آورند. دو داروی محرک قوی، آمفتامین و کوکائین هستند. متیل فنیدات (ریتالین)^{۳۳}، داروی دیگری با تأثیرات مشابه است ولی کند تر اثر می کند. داروهای کند ساز: داروهایی هستند که انگیزتگی را کاهش می دهند. دو نوع رایج داروهای کند ساز، الکل و داروهای آرامبخش هستند. داروهای آرامبخش به افراد کمک می کنند، آرامش داشته و به خواب روند، این داروها می توانند تنش عضلانی را کاهش داده و حملات صرع را متوقف کنند. ثابت شده است که باربیتوراتها^{۳۴} که یک زمانی نوع شایع داروهای آرامبخش بودند، بسیار اعتیاد آور بوده و در مقادیر زیاد مهلک هستند. این روزها شایع ترین داروهای آرام بخش مواد شیمیایی بنام بنزودیازپین ها^{۳۵} هستند.

^{۳۳} - Methylphenidate (Ritalin)

^{۳۴} - Barbiturates

^{۳۵} - Benzodiazepines

داروهای مخدر: داروهایی هستند که خواب آلودگی، بی‌حسی نسبت به درد و کاهش پاسخدهی به رویدادها را ایجاد می‌کنند. نمونه‌های کلاسیک داروهای مخدر، مواد افیونی هستند. مواد افیونی داروهای طبیعی هستند که از گیاه خشخاش بدست می‌آیند یا داروهای ساختگی هستند که ساختار شیمیایی آنها شبیه ساختار مواد طبیعی افیونی است. داروهای افیونی باعث می‌شوند که افراد احساس کنند خوشحال، مهربان و خشنود هستند و اضطراب یا درد کمی دارند. انواع مواد افیونی شامل مورفین، هرویین، متادون و کدیین می‌باشند.

ماری جوانا: طبقه بندی ماری جوانا دشوار است. این دارو قطعا محرک نیست و اغلب تأثیر آرامبخش دارد، اما نه تأثیری مانند الکل یا داروهای آرامبخش. ماری جوانا درد را کاهش می‌دهد ولی نه به قدرت داروهای افیونی. این دارو مقداری تحریف حسی از جمله این توهم که زمان کندتر از معمول می‌گذرد، ایجاد می‌کند؛ ولی اینگونه تحریفها با توهماتی که همراه با مصرف هستند شباهت چندانی ندارند. چون ماری جوانا شباهت نزدیکی با هیچ داروی دیگری ندارد، به‌صورت جداگانه طبقه بندی می‌شود.

داروهای توهم‌زا: داروهایی که موجب تحریفهای حسی می‌شوند. اغلب این داروها از قارچهای خاص یا گیاهان دیگر بدست می‌آیند؛ برخی از آنها ساخته می‌شوند. داروهای توهم‌زا مانند ال.اس.دی احساسها را تحریف می‌کنند و گاهی موجب حالت شبه رویا یا تجربه اسرار آمیز شدید می‌شوند. انواع دیگر داروهای توهم‌زا شامل: پیوت^{۳۶}، متیلن دزوکسی متامفتامین (اکستاسی^{۳۷})، فن سیکلیدین^{۳۸} یا گرد فرشته می‌شود.

۲-۱۰. آثار ناشی از اعتیاد

آثار ناشی از اعتیاد که در سه زمینه به‌صورت تحلیل محتوی مورد بررسی قرار گرفته است، به تأثیر اعتیاد بر بافت فیزیولوژیکی و روانی و اجتماعی می‌پردازد.

تأثیرات ناشی بر بافت فیزیولوژیکی فرد عبارتند از: عطسه، آب ریزش از بینی، دردهای عضلانی، درد مفاصل و استخوان، بی‌اشتهایی و یبوست شدید، و گرفتگی صدا و تشنج و زود انزالی، کاهش درجه حرارت

^{۳۶} - Peyot

^{۳۷} - Methylenedioxymethamphetamine (Exstasy)

^{۳۸} - Phencyclidine

بدن، خشکی دهان و بوی بد دهان و پیری زودرس و چروک شدید صورت و عقیم شدن سریع و ضعف قوای تناسلی، اختلالات شدید دستگاه گوارشی، اتصاع شراین، بیماری‌های کبدی، اثرات هورمونی، عفونت به ویژه در صورت تزریق مواد، مسمومیت‌های تدریجی، ناراحتی غدد، اختلال در فعالیت مغز، تیرگی لب و وابستگی جسمانی است.

آثار روانی و عصبی اعتیاد شامل: ناراحتی‌های عصبی عضوی، اضطراب و بی‌قراری، درونگرایی، ضعف و فقدان اعتماد به نفس، رخوت و سستی اراده، احساس گیجی و ابهام و ترس دائمی، اندوه و هیجان زدگی و وابستگی روانی به ماده، فقدان انگیزه‌های فردی، رویای دائمی و خود فریب، خودکشی یا میل به آن است. آثار رفتاری اعتیاد شامل: دروغگوئی و بی‌قیدی اخلاقی، پرگوئی و وقت ناشناسی، کاهش وجدان کار، بدخلقی و کج رفتاری ناپایداری در روابط اجتماعی و عدم احساس مسئولیت. آثار اجتماعی شامل: تاثیر منفی بر فرزندان و اطرافیان از میان رفتن نیروی فعال، دودشیدن منابع اقتصادی، فروپاشی خانواده و افزایش جرم^{۳۹}.

۲-۳ سوابق مربوط، پیشینه نظری و عملی

۲-۳-۱ پیشینه نظری و عملی

مبانی نظری اعتیاد، کلمه‌ای عربی از ریشه عاد و به معنای چیزی را به عادت پذیرفتن و به چیزی خود گرفتن است (باوی، ۱۳۸۸). اعتیاد یک بیماری روانی، اجتماعی و اقتصادی است (شیخ‌الاسلام، ۱۳۸۶)، که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک، حشیش و... ناشی می‌شود و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژیک فرد مبتلا (معتاد) به این مواد می‌شود و در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی وی تأثیرات نامطلوب برجای می‌گذارد (زنجان، ۱۳۸۶).

همچنین اعتیاد پاسخ فیزیولوژیک بدن به مصرف مکرر مواد اعتیادآور است. این وابستگی از طرفی باعث تسکین و آرامش موقت و گاهی تحریک و نشاط گذرا برای فرد می‌گردد و از طرف دیگر بعد از اتمام این اثرات سبب جستجوی فردی برای یافتن مجدد ماده و وابستگی مداوم به آن می‌شود. در این حالت، فرد

^{۳۹} - مقاله اعتیاد و بازپروری معتادان، مصطفی اقلیما، ص ۷.

هم از لحاظ جسمی و هم از لحاظ روانی به ماده مخدر وابستگی پیدا می کند و مجبور است به تدریج مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد (احمدی، ۱۳۸۵).

در سال ۱۹۶۴ میلادی، سازمان بهداشت جهانی به این نتیجه رسید که اصطلاح اعتیاد جنبه علمی ندارد و وابستگی دارویی را بجای آن توصیه نمود. علیرغم پیشنهاد اصطلاح وابستگی دارویی، کلمه اعتیاد هنوز هم در منابع پزشکی و بین مردم رایج است (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱). برای توصیف موارد زیر بکار می رود:

- ۱- وابستگی روانی به ماده ای که موجب رفتار کسب دارو می شود. ۲- ناتوانی در قطع مصرف ماده به علت وابستگی جسمی به آن و تحمل پیدا کردن نسبت به آن دارو. ۳- نوعی پسرفت سلامت جسمی در نتیجه سوء مصرف مستمر ماده (مددی، و نوغانی، ۱۳۸۴).

وابستگی دارویی به مواد، نشانگانی است که با یک الگوی رفتاری خاص آشکار می شود. با مصرف برخی داروها مانند داروهای روان گردان الگویی از رفتارهای ویژه بر رفتارهایی که قبلاً ارزش بیشتر داشته اند، ارجحیت می یابند. نشانگان مورد نظر به معنی وابستگی مطلق نیست بلکه پدیده ای کیفی است که به درجات مختلف متجلی می شود. این نشانگان از طریق رفتارهایی که در ارتباط با مصرف مواد است و توسط رفتارهایی که به گونه ثانوی در ارتباط با مصرف مواد می باشند، مشخص گردیده و استنباط می گردد. این نشانگان به طور وسیع با رفتارهای تکانه ای مصرف مواد مرتبط هستند. دو نوع وابستگی به مواد، وجود دارد: وابستگی جسمی و وابستگی روانی؛ وابستگی جسمی به دو شکل صورت می پذیرد: تحمل و لازم ترک؛ تحمل عبارت است از نیاز به مقادیر فراینده ای از مواد، برای رسیدن به حالت نشئگی قبلی، علائم ترک عبارت است از تغییر رفتاری ناسازگارانه توأم با علائم فیزیولوژیکی و شناختی که بر اثر کاهش ماده مورد در خون دیده می شود. وابستگی روانی عبارت است از الگویی از مصرف اجباری همراه با اشتیاق و ولع مصرف، مواد مخدر شامل همه موادی است که بر روی مغز اثر گذاشته و با مصرف آن خلق و خو، رفتار، درک و هماهنگی انسان تغییر می کند و مصرف مداوم آن سبب وابستگی به آن ماده می شود (باوی، ۱۳۸۸).

سبب شناسی اعتیاد از نگاه سطحی، سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد، در نتیجه مصرف ماده ای خاص با الگوی سوء مصرف حاصل می شود؛ اما با این گونه ساده انگاری نمی توان این سؤال را پاسخ داد که چرا عده ای خاص گرایش به سوء مصرف مواد دارند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱). عوامل سایکوتیک بر طبق

نظریات کلاسیک، سوء مصرف مواد، معادل خود ارضایی بوده و مکانیسمی دفاعی در مقابل تکانه‌های هم جنس گرایانه یا تظاهری از پسرفت دهانی است. سایر نظریات روانی- اجتماعی از روابط فرد با خانواده و جامعه به طور کلی مایه گرفته‌اند (باوی، ۱۳۸۸).

نظریه رفتاری برخی از پژوهشگران چنین فرض می‌کنند که چهار اصل رفتاری عمده در ایجاد رفتار مواد جویی موثرند. اصول اول و دوم، کیفیات تقویت مثبت و اثرات نامطلوب برخی از مواد است. اکثر مواد سوء مصرف در نخستین مصرف با تجربه مثبتی همراه هستند و به این ترتیب، ماده به عنوان یک تقویت کننده برای رفتار مواد جویی عمل می‌کند. بسیاری از مواد نیز با اثرات نامطلوبی همراه هستند که رفتار مواد جویی را کاهش می‌دهد. بر طبق اصول سوم و چهارم، شخص باید قادر به تفکیک ماده مورد سوء مصرف از سایر مواد باشد و تقریباً تمام رفتارهای مواد جویی با نشانه‌های دیگری که ممکن است با تجربه مصرف مواد همراه شوند ارتباط دارند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱).

در واقع افراد معتاد قادر نیستند افکار و اعمال خود را از مواد و محرکهای همراه با مواد منحرف کنند؛ بنابراین در اعتیاد، مواجهه با سرنخ‌هایی که در گذشته با مصرف مواد همراه بوده‌اند، افراد را برای مصرف مجدد برمی‌انگیزاند، زیرا این سرنخها، ویژگی انگیزشی مشوق را از طریق یادگیری محرک - محرک ایجاد می‌کنند (فلاژل و اخی، ۲۰۰۹) عوامل ژنتیک شواهد محکم بدست آمده از مطالعه بر روی دوقلوها، فرزند خوانده‌ها و همشیرهایی که جدا از هم بزرگ شده‌اند، نشان می‌دهد که در سبب یابی سوء مصرف الکل، یک جزء ژنتیک وجود دارد. داده‌های بسیاری با قطعیت کمتر وجود دارد که نشان می‌دهد سایر انواع سوء مصرف مواد نیز در پیدایش خود، الگوی ژنتیک دارند (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱).

عوامل عصبی - شیمیایی محققین برای اکثر مواد مورد سوء مصرف، به استثناء الکل، ناقله‌های عصبی یا گیرنده‌های عصبی شناسایی کرده‌اند که مواد از طریق آنها اثرات خود را اعمال می‌کنند. ناقلین عصبی که ممکن است در پیدایش سوء مصرف مواد و وابستگی دخیل باشند عبارتند از: سیستمهای شبه افیونی، کانکولامین (بخصوص دوپامین) و گاما آمینوبوتیریک اسید نورونهای دوپامینرژیک ناحیه تگمنتال شکمی در این زمینه اهمیت خاصی دارند. این نورون‌ها به نواحی قشری و لیمبیک و بخصوص هسته آکومبنس کشیده می‌شوند. این مسیر خاص احتمالاً در احساس پاداش دخالت دارد و ممکن است میانجی اصلی اثرات

موادی نظیر آمفتامین‌ها و کوکائین باشد. تصور می‌شود لوکوس سرولئوس (بزرگترین گروه نورون‌های آدرنژیک)، احتمالاً میانجی اثرات ترکیبات تریاک و شبه تریاک است. این مسیر روی هم رفته مدار پاداش مغز نامیده می‌شود (سادوک و سادوک، ۱۳۹۱).

علل گرایش به اعتیاد تعداد قابل توجهی از افراد را می‌توان یافت که از نظر شخصیتی مستعد اعتیاد به مواد مخدر هستند. بعضی از افراد در معرض خطر جدی اعتیاد به یکی از مواد مخدر قرار دارند. بی تردید افرادی که مستعد اعتیاد شناخته می‌شوند، بیش از دیگران در معرض خطر وابستگی قرار دارند، گرچه مطالعاتی که در این زمینه انجام گرفته است از جهت پیشگیری، بی نهایت سودمند است؛ باید توجه داشت که تنها این عده نیستند که به اعتیاد گرایش پیدا می‌کنند؛ البته شرایط عاطفی شخصی برای سوق دادن فرد به اعتیاد شرط کافی است، اما به هیچ وجه شرط لازم به شمار نمی‌آید. افرادی که بیش از دیگران مستعد اعتیاد هستند، شخصیت‌هایی هستند باز، غیر قراردادی، اجتماعی و مخالف خوان یا شخصیت‌هایی بسته، گوشه گیر و بی حوصله (برژره، ۱۳۷۸).

همچنین بین افراد معتاد و افراد غیرمعتاد، تفاوت‌های معناداری در شیوه‌های مقابله وجود دارد. افراد معتاد، در شیوه‌های مقابله‌ای خود، از خویشتن داری، بازبرآورد مثبت، جستجوی حمایت اجتماعی، حل مدبرانه مسئله و مسئولیت پذیری کمتر برخوردارند. مقابله آنها بیشتر به صورت شیوه‌های دوری جویی، اجتناب و گریز از رویارویی می‌باشد. آنها بیشتر از سبک‌های حل مسئله ناکارآمد و اجتناب استفاده می‌کنند و از سبک‌های حل مسئله و فعالیت اعتماد در حل مسئله و تقرب، کمتر سود می‌جویند و با توجه به الگوی مقابله‌ای و سبک حل مسئله معتادان که برای رویارویی با مسائل ریز و درشت زندگی طبیعی، روش‌های ناکارآمد و ضعیفی دارند، به نظر می‌رسد این الگوها، زمینه گرایش به اعتیاد، مشکلات اجتماعی و روانشناختی فرد را افزایش داده و دور باطلی را بوجود می‌آورد (عبدی، ۱۳۸۰). تا چند سال پیش، اکثر معتادان به چند محیط اجتماعی محدود بودند؛ این افراد اغلب مردمانی مرفه و هنرمند یا جوانی بیکار و یا فرزندان خانواده‌های محترم یا روشنفکران افسرده‌ای بودند که در جستجوی وسیله‌ای به اصطلاح لوکس برای منحرف شدن از اضطراب‌هایشان بر می‌آمدند؛ اما دنیای کارگران و نوجوانان بندرت آلوده بود؛ ولی امروزه، افسردگی شخصی و گروهی ناشی از شکست مواضع اصلی فلسفی و ایدئولوژیکی، هر روز بیش از پیش

جوانانی را که در جستجوی نوعی فلسفه باطنی و در حقیقت در جستجوی الگوهای دست‌نیافتنی برای الگوبرداری از والدین‌شان هستند تهدید می‌کند. همراه با نبود امکان الگوبرداری، ناتوانی جوانان برای حل خشونت، با ریشه‌ای مشترک در دوران کودکی، تحول عاطفی و ارتباط ناپخته‌تری نیز به چشم می‌خورد. اینان قادر نیستند این خشونت را در راه‌های خلاق‌تری به کار گیرند؛ خشونتی که به صورت کاملاً مستقل هنوز در رفتار بسیاری از معاصران ما دیده می‌شود. در واقع دنیای معتادان دیگر محدود به یک طبقه اجتماعی یا فرهنگی خاص یا مربوط به سهولت تهیه مواد مخدر ای حتی نوعی عادت که تصادفی پدید آمده باشد، نیست (برژره، ۱۳۷۸).

در مورد اعتیاد می‌توان به سه قطبی بودن مشکلات ناشی از انواع اعتیاد اشاره کرد: نقش ماده مورد مصرف، مشکلات عاطفی فرد معتاد پیش از اعتیاد و اثر محیط‌های مختلفی که معتاد با آنها برخورد می‌کند (باوی، ۱۳۸۸) وابستگی به مواد شامل عوامل متعددی است که می‌تواند به‌طور همزمان و یا به دنبال هم در مورد یک فرد وجود داشته باشد؛ اما اینکه چه عاملی منجر به پدیدآیی قطعی وابستگی به مواد می‌شود و چه عواملی احیاناً پس از وابستگی باعث تداوم و ثبات آن می‌شود، اتفاق نظر کاملی وجود ندارد (گلپرو و همکاران، ۱۳۸۱).

با این حال به طور کلی می‌توان علل گرایش به اعتیاد را در تقسیم‌بندی زیر نشان داد: ۱- عوامل فردی ۲- عوامل محیطی ۱- عوامل فردی: عوامل فردی یا عواملی که با خود فرد ارتباط دارد به دو بخش عوامل جسمانی و عوامل روانی تقسیم می‌شود: الف- عوامل جسمانی برخی از افراد، به دلیل مشکلات جسمانی به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند. برخی افراد به دلیل بیماری فشار خون یا دیابت، مواد مخدر مصرف می‌نمایند. هر چند هیچگونه دلیل علمی و پزشکی در این موارد وجود ندارد و چه بسا عوارض زیانباری دیگری نیز گریبان‌گیر فرد شود (رمضانی، ۱۳۸۳). ب- عوامل روانی برخی افراد برای کاهش مشکلات روحی و روانی یا فرار از آنها به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند. افراد افسرده و یا مضطرب استعداد بیشتری برای گرایش به اعتیاد دارند. برخی افراد، برای کاهش مشکلات روحی و روانی یا فرار از آنها به مصرف مواد مخدر روی می‌آورند افراد خجالتی نیز ممکن است برای مقابله با حالت خجالتی بودن خود، به‌طور غلط به مصرف مواد روی آورند و گاهی نیز برخی افراد جهت افزایش توانایی‌های روحی و جسمی

خود، از مواد مخدر استفاده می‌کنند؛ بعنوان مثال افرادی که می‌خواهند شب‌ها بیدار بمانند و کار کنند و یا برای افزایش لذت جنسی از مواد مخدر استفاده می‌کنند (باوی، ۱۳۸۸). ۲- عوامل محیطی: عواملی است که به محیط فرد مربوط می‌شود و به سه بخش عوامل خانوادگی و تربیتی و عوامل اقتصادی و عوامل جغرافیایی تقسیم می‌شود. الف- عوامل خانوادگی و تربیتی روش‌های تربیتی نادرست خانواده مانند تحقیر کردن، بی‌ارزش داشتن فرزندان و محبت نکردن به فرزندان، همچنین اعتیاد پدر و مادر و دیگر اعضای خانواده یا جدایی و طلاق پدر و مادر، کشمکش‌ها و اختلافات خانوادگی، لوس و ناز پرورده بار آوردن فرزندان از جمله عواملی است که باعث اعتیاد می‌شود. همچنین مصرف سیگار یا سایر مواد اعتیادآور توسط اعضای دیگر خانواده نیز خطر الگو شدن برای نوجوانان را دارد (فلاح‌زاده، ۱۳۸۰). ب- عوامل اقتصادی و اجتماعی وضعیت اجتماعی اقتصادی خانواده، یعنی سطح سواد والدین، تنوع شغل، درآمد و محل سکونت می‌تواند در بروز اعتیاد موثر باشد. سواد یا بی‌سوادی والدین نیز عامل مؤثری در گرایش نوجوانان به اعتیاد به حساب می‌آید. به‌طور کلی اکثریت معتادان هر جامعه را افراد فقیر آن جامعه تشکیل می‌دهند. یکی از عوامل مؤثر در این زمینه، این است که تعداد فرزندان متعلق به خانواده‌های طبقه پایین بیشتر است؛ چنین امری به نظارت کمتر والدین و احساس طرد کودک منجر می‌شود؛ زیرا حتی اگر والدین بین فرزندان تبعیض قائل نشوند، فرصت کمی برای ابراز محبت و رسیدگی به نیازهای اساسی هر یک از آنها خواهند داشت. در چنین خانواده‌هایی، سطح سواد اعضای خانواده، نظارت، انضباط و محبت، زیر حد استاندارد قرار گرفته و زمینه‌های ارتکاب جرم فراهم می‌شود؛ البته نمی‌توان گفت بین فقر اعتیاد رابطه مستقیم وجود دارد (باوی، ۱۳۸۸).

نبود عدالت اجتماعی، توزیع نابرابر ثروت، فقر، نابرابری‌های اقتصادی اجتماعی و محرومیت‌های شدید موجود در جامعه که بسیاری از خانواده‌ها را در بر می‌گیرد، بسیاری و ازدیاد جمعیت، مهاجرت روستاییان به شهرهای بزرگ و عدم تطابق با بافت شهری، کمبود مراکز تفریحی سال، از جمله عوامل مهم اقتصادی و اجتماعی است که افراد را به سمت اعتیاد و مصرف مواد مخدر سوق می‌دهد (فلاح‌زاده، ۱۳۸۰). پ- عوامل محیطی و جغرافیایی قرار گرفتن کشور ما ایران در کنار مرزهای افغانستان و پاکستان و ورود مواد مخدر از آن کشورها، به خصوص افغانستان که نیمی از تریاک جهان را تولید می‌کند، باعث شده است که کشور ما مسیر عبور مواد مخدر به ترکیه باشد. ارزان بودن مواد مخدر به علت در دسترس بودن آن نیز عامل دیگری برای

روی آوردن به مواد مخدر است (باوی، ۱۳۸۸). بنابراین در تقسیم‌بندی کلی‌تر و جامع‌تر، علل گرایش افراد به مصرف مواد مخدر را عوامل ذیل می‌دانند: ۱- عوامل مخاطره آمیز فردی که شامل عوامل مخاطره آمیز دوره نوجوانی، استعداد ارثی، صفات شخصیتی و اختلالات روانی می‌باشد. ۲- عوامل مخاطره آمیز محیطی و بین فردی شامل عوامل مربوط به خانواده (روابط اعضای خانواده، شیوه فرزند پروری والدین معتاد، زن یا شوهر معتاد، خواهر یا برادر معتاد، عوامل اجتماعی - اقتصادی خانواده و طلاق) عوامل مربوط به مدرسه (فقدان محدودیت، فقدان حمایت) و عوامل مربوط به محل سکونت (شیوه خشونت و اعمال خلاف) می‌باشد. ۳- عوامل مخاطره آمیز اجتماعی شامل در دسترس بودن مواد مخدر نا برابری‌های اقتصادی و اجتماعی، تسلط گروه‌های اقلیت نژادی، بیکاری، رشد بی‌قواره جمعیت، قوانین بازار مواد، مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی، کمبود امکانات فرهنگی - ورزشی و تفریحی، عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی - حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی و توسعه صنعتی و محرومیت اقتصادی - اجتماعی می‌باشد (باوی، ۱۳۸۸).

اعتیاد و اختلالات روانی اعتیاد به مواد مخدر یا (اختلال وابسته مواد) به دلیل ماهیت زیستی، روانی، اجتماعی انسان از پیچیدگی خاصی برخوردار است، به همین علت درمان این اختلال با تأکید بر یک رویکرد محض، اغلب دشوار و ناکارآمد است. نتایج مطالعات پژوهشگران بیانگر این حقیقت است که مانند بسیاری از اختلالات روانی دیگر، کارآمدترین رویکرد درمانی در کاهش یا ترک مصرف مواد اعتیادآور شامل ترکیبی از شیوه‌های جسمی و روانی است (کتلین، ترجمه قامت بلند، ۱۳۸۳). اما کوموریدیتی یا اختلال‌های همراه در مطالعات همه گیر شناختی و سبب‌شناختی اعتیاد و سوء مصرف مواد بیش از پیش مورد توجه محققان و صاحب‌نظران مسایل اعتیاد قرار گرفته است. این تحقیقات نشان داده‌اند که اختلال‌های مصرف مواد مخدر در اغلب موارد بر اساس مشاهدات بالینی با برخی از اختلالات روانی، نابهنجاری‌ها و نابسامانی‌های روحی، عاطفی، خلقی و رفتاری، نظیر اختلال سلوک و اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلال دو قطبی، اختلالات افسردگی، اختلالات اضطراب، ضربه و اختلال فشار روانی پس از آسیبی، احساس از خود بیگانگی، احساس بی‌قدرت‌یو نظایر آن همبستگی و همخوانی دارند (کسلر، نلسون و مک گونالگ، ۱۹۹۶؛ اسوندسن، ۱۹۹۸؛ کلارک، لشیچک و هجندوس، ۱۹۹۷).

یکی از اختلالات های همراه که در اعتیاد و اختلالات های مربوط به سوء مصرف مواد مخدر، روان گردان ها و الکل دیده می شود، اختلالات مربوط به افسردگی و اضطراب است. گرچه در اغلب تحقیقات، افسردگی به عنوان شایع ترین اختلال همراه در اعتیاد مطرح است، برخی از محققان و صاحب نظران افسردگی را هم یکی از علت های گرایش به سوء مصرف و هم معلول و یکی از پیامدها و آثار سوء مصرف عنوان نموده اند. مطالعات و تحقیقات همه گیرشناسی این ملاحظات بالینی را به اثبات رسانده اند که اختلالات های مصرف مواد مخدر معمولا با اختلال افسردگی هم در نوجوانی و هم در بزرگسالی همراه است (اسوندسن، ۱۹۹۸). از طرفی، (کیدروف ۱۹۹۶؛ نقل از گلاتز و هارتل، ۲۰۰۲) عنوان کرده اند که وجود یک نوع اختلال، نظیر افسردگی، در معتادان به الکل و مواد مخدر ملاک تشخیصی مهمی برای انواع اختلالات دیگر خواهد بود. از این رو، شیوع گسترده این همبودی تلویحات ضمنی بسیاری دارد و افراد معتاد در عمل، علاوه بر اعتیاد، با بیماری های همراه مواجهه بوده اند، و لذا نیازمند درمان های بیشتر و مراقبت های بالینی و پزشکی دقیق تر و طولانی تری هستند که نه تنها سیر بالینی آنان را وخیم، حاد و بد جلوه می دهد، بلکه دوره درمان را طولانی تر می سازد. گرچه پیوند و همراهی اختلالات همراه (کوموریدیتی)، نظیر افسردگی با اعتیاد، از لحاظ تجربی و بالینی به اثبات رسیده است، اما دلیل آن همانطور که برخی محققان (کسلر ۱۹۹۵) متذکر گردیده اند روشن نیست. در متون جدید، مربوط به سوء مصرف و اختلالات روانی امروزه سه الگو در خصوص پیوستگی میان اعتیاد و اختلالات های همراه مطرح است: الف - اختلالات های روانی که به سوء مصرف مواد منجر می گردند؛ ب - سوء مصرف مواد (اعتیاد) که به پیدایش اختلالات های روانی می انجامد؛ ج - عوامل خطر ساز مشترکی که منجر به هر دو می گردند. مطالعات و تحقیقات انجام شده نشان دهنده نوعی حمایت از هریک از الگوهای فوق الذکر است. به هر حال، اغلب محققان بر این اصل تاکید می کنند که ارتباط میان اختلال مصرف مواد مخدر و اختلالات های روانی، نظیر افسردگی، نسبت به آنچه که در هریک از این الگوها مطرح شده است پیچیده تر، تبادلی تر و چند عاملی تر است (گلاتز و همکاران، ۲۰۰۲).

گلاتز و همکاران (۲۰۰۲) از الگوی چهارمی سخن رانده اند که سه الگوی پیشین را به یکدیگر پیوند می دهد و برای هریک از موارد بروز بیماری های همراه توضیحی و تفسیری دارد. بنابراین الگو، در برخی از افراد، سوء مصرف مواد و آسیب روانی خاص همراه یکدیگر رشد می کنند. از طرفی، هریک گام های سبب

شناختی دیگری را از طریق تعامل‌های چندگانه تشدید می‌کند، احتمال تداوم هر دو را افزایش می‌دهد و پیامد و عواقب هر دو را وخیم‌تر می‌سازند. با وجود آنکه همبستگی‌های میان مصرف مواد مخدر و دیگر اختلال‌های روانی، نظیر افسردگی بسیار قوی هستند، معه‌ذا باید در استنباطات علی خود در این خصوص محتاط بود. یک دلیل آن این است که متغیرهای مشخص، بویژه عوامل ژنتیکی، و سایر عوامل زیست‌شناختی در بسیاری از مطالعات و تحقیقات تجربی مورد سنجش و اندازه‌گیری قرار نگرفته‌اند. بسیاری از تحقیقات و مطالعات بر گزارش‌های "گذشته‌نگر" در باب شروع زمانی اختلال‌ها تکیه می‌کنند که می‌تواند سوگیرانه و غیردقیق باشد مضافاً آنکه نشانگان و پیش‌نشانه‌هایی که برای تشخیص اختلالات بالینی لازم هستند بروز می‌کنند از طرفی، هم گرایش به سوء مصرف مواد مخدر و هم حالت‌های مخصوص به ترک مواد توأماً اختلال‌های روانی خاصی را بروز می‌دهند که به پیچیدگی امر خصوصاً در فرایندهای درمان و مداخلات بالینی می‌افزاید.

۲-۳-۲ پیشنهاد تجربی

۲-۳-۲-۱ پژوهش‌های داخلی

نتایج پژوهش خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۷) همچنین نشان داد که دانشجویان مستعد سوء مصرف مواد نسبت به دانشجویان غیرمستعد سوء مصرف مواد از خود کنترلی پایین‌تری برخوردار بودند و به نظر، می‌رسید افرادی که خود کنترلی پایین‌تری داشتند به پیامد رفتارهای خود کم‌تر اندیشنده (لوگو، ۱۹۸۸) و سعی در ارضای فوری امیال خود داشتند (سورنسون و برونفیلد ۱۹۹۵، ۳).

نتایج پژوهش محمدخانی (۱۳۹۰) نشان داد که ۱۸/۸ درصد از دانش‌آموزان مورد مطالعه حداقل یک بار در طول عمر خود یکی از انواع مواد شامل الکل، سیگار و سایر مواد غیر قانونی را مصرف کرده‌اند. میزان شیوع مصرف سیگار در طول عمر ۱۴/۷ درصد، مشروبات الکلی ۹/۸ درصد و سایر مواد سنگین شامل تریاک، هروئین، حشیش، اکستازی، شیشه و کوکائین، ۲/۵ درصد به دست آمد. تریاک با ۱/۴ درصد شایع‌ترین ماده مورد مصرف در طول عمر در میان دانش‌آموزان است و اکستازی، ۰/۸، حشیش، ۰/۶،

هروئین، ۰/۳، شیشه، ۰/۳ و کوکائین، ۰/۳ در رتبه های بعدی قرار دارند. به طور کلی بر اساس نتایج این پژوهش سیگار و مشروبات الکلی گه از جمله مواد سبک محسوب می شوند، شایع ترین مواد مورد مصرف در میان دانش آموزان ایرانی هستند.

حاج حسنی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان «پیش‌بینی گرایش به اعتیاد بر اساس میزان پرخاشگری و ابراز وجود در دانشجویان» نشان داد که رابطه بین متغیرهای پرخاشگری و ابراز وجود با آمادگی به اعتیاد معنادار می‌باشد. نتایج رگرسیون چند متغیری نشان داد که ترکیب خطی پرخاشگری و ابراز وجود توان پیش بینی آمادگی به اعتیاد را دارا می باشند.

محمودی (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان بررسی رابطه ویژگی های شخصیتی (هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روانشناختی) نگرش مذهبی و رضایت زناشویی با آمادگی به اعتیاد به مواد مخدر در مردان و زنان متاهل شهرستان اراک به این نتیجه رسید که بین هیجان خواهی و آمادگی به اعتیاد در مردان رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد ولی در زنان این رابطه دیده نمی‌شود. بین سرسختی روانشناختی و آمادگی به اعتیاد در زنان رابطه ای دیده نشد ولی در مردان رابطه معکوس وجود دارد و با افزایش سرسخت، آمادگی به اعتیاد کاهش می‌یابد. بین ابراز وجود و آمادگی به اعتیاد در زنان رابطه مستقیم معنادار دیده نشد. بین نگرش مذهبی بیرونی و درونی و آمادگی به اعتیاد در زنان رابطه مستقیم دیده شد ولی در مردان رابطه ای دیده نشد. بدین معنی که افزایش جهت گیری مذهبی، با کاهش آمادگی به اعتیاد همراه بوده است و همچنین هم در مردان و هم در زنان، افزایش رضایت زناشویی با کاهش آمادگی به اعتیاد به همراه بوده است.

رضایی و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «نقش خانواده در گرایش جوانان به اعتیاد در شهر وارمین» نشان دادند که بین گرایش به اعتیاد با میزان اختلاف والدین، تنش در خانواده، نحوه گذراندن اوقات فراغت، دسترسی به مواد و رابطه با دوستان معتاد رابطه معنی داری وجود دارد.

حسینیان و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان «رابطه رفتارهای پرخطر و هیجان خواهی با میزان گرایش به اعتیاد در زنان بزهکار» نشان دادند که بین میزان هیجان خواهی و شدت وتازگی آن و همچنین بین شدت رفتارهای پرخطر با گرایش به اعتیاد در زنان بزهکار رابطه معناداری وجود دارد. پس می‌توان گفت که هیجان خواهی و رفتارهای پرخطر می‌توانند میزان گرایش به اعتیاد را در زنان بزهکار پیش‌بینی کنند. همچنین

وجود رفتارهای پرخطر و شدت هیجان‌خواهی می‌تواند نقش مهمی در گرایش زنان بزهکار به اعتیاد داشته باشد.

شهریاری و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان «پیش‌بینی گرایش به اعتیاد براساس مدل فرایند و محتوای خانواده در دانش‌آموزان» نشان دادند که بین مولفه‌های فرآیند و محتوای خانواده و متغیر گرایش به اعتیاد همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که مدل فرایند و محتوای خانواده توان پیش‌بینی گرایش به اعتیاد را دارد. نتیجه‌گیری: عوامل فرایندی و محتوایی خانواده می‌توانند مانعی در مقابل گرایش به اعتیاد باشند.

ضیاءالدینی و همکاران (۱۳۹۴) با انجام پژوهشی بر روی دانش‌آموزان سال آخر دبیرستان و پیش‌دانشگاهی شهر کرمان نشان دادند که ۲۶/۵ درصد پسران و ۱۱/۵ درصد دختران سابقه حداقل یک بار مصرف مواد را داشتند. شیوع مصرف مواد در پسران به ترتیب: الکل، ۱۶/۲، تریاک، ۱۱/۷، حشیش، ۳/۸، شیر، ۷/۷، هروئین، ۵/۵، اس.دی، ۸/۵ درصد و در دختران تریاک، ۵/۱، الکل، ۴/۵، حشیش، ۲/۸، شیر، ۲/۶، ال. اس.دی، ۲ درصد بوده است.

حکیمیا و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی به مقایسه ویژگی‌های شخصیتی دانشجویان سوء مصرف کننده مواد مخدر با دانشجویان غیرمصرف کننده پرداخته است. نتایج تحلیل واریانس یک راهه نشان داد که بین گروه‌ها در وظیفه‌شناسی، مقبولیت و آزرده‌گرایی تفاوت معنادار وجود دارد. دانشجویان غیرمصرف کننده با وجدان‌تر و مقبول‌تر از دانشجویان سوء مصرف کننده فعلی و وابسته به مواد بودند و در مقایسه با دانشجویان وابسته به مواد مخدر در عامل روان آزرده‌گری گرای نمره پایین‌تری داشتند.

طیبی، علیلو (۱۳۹۱) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که معتادان نسبت به افراد بهنجار از حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند و همچنین از محرومیت اجتماعی چندگانه‌ای رنج می‌برند. مطالعات مختلف نشان داده است که معتادان به مواد مخدر از حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد سالم برخوردار هستند.

۲-۳-۲ پژوهش‌های خارجی

براساس پژوهش‌های انجام شده، سوء مصرف مواد در بین دانشجویان سراسر دنیا کم و بیش وجود دارد. براساس پژوهش‌های متعدد در دانشگاه‌های کشورهای صنعتی، دانشجویان به انحاء مختلف تجربه انواع مواد را داشته‌اند. الکل اولین و بیشترین ماده مصرفی در میان دانشجویان است که تقریباً ۴۴ درصد دانشجویان از آن استفاده کرده‌اند و با سطح تحصیلی، روابط جنسی ناسالم، بیکاری و رفتار پر خاشگروانه آنها در ارتباط بوده است (موراسکا، ۲۰۰۵؛ کهلر، ۱۹۹۸؛ بالکمن، ۲۰۰۲).

نتایج پژوهش دویی و دیگران (۲۰۱۰) نشان داد سوء مصرف کنندگان مواد به طور معناداری در عوامل برون گردی، مقبولیت و وظیفه شناسی نمره پایین تر و در عامل روان آزرده گری، نمره بالاتری کسب می کنند ولی در بعد گشودگی نسبت به تجربه تفاوت معنی داری ندارند.

زولنسکی، جنکینز، جانسون و گوردین (۲۰۱۱) نشان دادند که پیوستگی مهم و قابل توجهی بین ویژگی‌های خاص شخصیتی مثل روان آزرده گری و تحریک پذیری بالا و سوء مصرف سیگار وجود دارد.

تراچیانو و دیگران (۲۰۰۸) نیمرخ شخصیتی افراد سوء مصرف کننده مواد را به صورت تفکیک شده از نظر نوع ماده مصرف شده با سیاهه پنج عاملی (فرم بلند) مورد بررسی قرار دادند. در این مطالعه مشخص شد کسانی که سیگار مصرف می کنند در مقایسه با کسانی که هرگز سیگار مصرف نکرده‌اند در بعد وظیفه شناسی و مقبولیت نمره پایین تر و در روان آزرده گری نمره‌ای در سطح میانگین کسب کردند.

بررسی انجام شده توسط ریمزا و موسس (۲۰۰۵) نشان داد که الکل و ماری جوانا رایج ترین دارویی است که در دانشگاه مورد سوء مصرف قرار می گیرد البته داروهای دیگر، از قبیل ال اس دی، کوکائین و... نیز مصرف می شوند. براساس گزارش دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل (۲۰۰۵) ۱/۴ درصد از کل نوجوانان به علت مصرف داروهای مخدر یا مصرف الکل در سال ۲۰۰۵ تحت درمان قرار گرفته اند در حالی که این رقم در سال ۲۰۰۴، ۱/۶ درصد بوده است. در سال ۲۰۰۵ نیز درصد نوجوانانی که به داروهای مخدر یا الکل وابستگی داشته اند. ۱/۴ درصد بوده که نشان دهنده ی تفاوت بسیار زیاد تعداد نوجوانی است که به درمان نیاز دارند. یا تحت درمان قرار گرفته بودند.

پژوهش اسلاتسکی (۲۰۰۵) نشان داد که ۱۸٪ از دانشجویان دانشگاه های آمریکا و ۱۵٪ درصد از افراد از افراد غیر دانشجوی دچار مصرف الکل هستند.

هال ، ایروین، بومان، فراکندراگر و جیوت (۲۰۰۵) در بررسی مصرف داروهای محرک در دانشگاه میدوسترن دریافتند که ۱۷٪ درصد از ۱۷۹ مرد و ۱۱٪ درصد از ۲۰۲ زن دانشجوی مصرف مواد غیر مجاز و داروهای محرک را گزارش کرده اند. ۴۴٪ درصد دانشجویان دیگری را می شناسند که از مواد محرک استفاده می کنند.

براساس گزارش پیمایش اعتیاد یوکان (۲۰۰۵) ۷۹٪ درصد افراد بالای ۱۵ سال ایالت یوکان کاندا مصرف الکل، ۲۸٪ درصد مصرف سیگار، ۲۱٪ درصد مصرف حشیش، ۳٪ درصد مصرف کوکائین، ۱٪ درصد مصرف اکستازی و ۱٪ درصد نیز مصرف داروهای توهم زا را گزارش کرده اند.

بررسی انجام شده توسط ریمزا و موسس (۲۰۰۵) نشان داد که الکل و ماری جوانا رایج ترین دارویی است که در دانشگاه مورد سوء مصرف قرار می گیرد البته داروهای دیگر، از قبیل ال اس دی، کوکائین و.... نیز مصرف می شوند. براساس گزارش دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل (۲۰۰۵) ۱/۴٪ درصد از کل نوجوانان به علت مصرف داروهای مخدر یا مصرف الکل در سال ۲۰۰۵ تحت درمان قرار گرفته اند در حالی که این رقم در سال ۲۰۰۴، ۱/۶٪ درصد بوده است. در سال ۲۰۰۵ نیز درصد نوجوانانی که به داروهای مخدر یا الکل وابستگی داشته اند. ۱/۴٪ درصد بوده که نشان دهنده ی تفاوت بسیار زیاد تعداد نوجوانانی است که به درمان نیاز دارند. یا تحت درمان قرار گرفته بودند.

فصل سوّم

روش پژوهش

مقدمه

در این فصل به ارائه اطلاعات روش شناختی از قبیل طرح پژوهش، جامعه و نمونه آماری، ابزار اندازه گیری و تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته می شود.

۳-۱. طرح پژوهش

طرح پژوهش حاضر به صورت توصیفی از نوع همبستگی می باشد. در این پژوهش پس از آماده سازی ابزارهای پژوهش و تعیین حجم نمونه، اعضای نمونه به صورت تصادفی از بین دانش آموزان دوره متوسطه ناحیه ۱ و ۲ تبریز انتخاب شدند و پرسشنامه های پژوهش توزیع گردید. سپس داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۳-۲. جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش آموزان دوره متوسطه ناحیه ۱ و ۲ تبریز استان آذربایجان شرقی می باشد که براساس آمار ارائه شده از آموزش و پرورش ۴۰۰۰ نفر می باشد.

۳-۳. نمونه و روش نمونه گیری

نمونه مورد نظر با استفاده از فرمول کوکران ۳۵۰ نفر برآورده شده است و این حجم نمونه با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شده است. یعنی مدارس بصورت تصادفی بدون توجه به ویژگی های خاص مدارس انتخاب شده است.

۴-۳. ابزارهای اندازه گیری

۱- پرسشنامه گرایش به اعتیاد این پرسشنامه با هدف بررسی میزان تمایل به اعتیاد از سه بعد اجتماعی، فردی و محیطی ساخته شده است که علاوه بر ابعاد دارای یک نمره کلی گرایش به اعتیاد نیز می باشد. این پرسشنامه دارای ۱۶ سوال است و هدف کلی آن بررسی میزان تمایل به اعتیاد از سه بعد اجتماعی، فردی و محیطی در افراد مختلف می باشد. این پرسشنامه به صورت محقق ساخته و با استفاده از برخی منابع علمی از قبیل فرجاد و همکاران (۱۳۸۵) طراحی گردیده است. ابعاد پرسشنامه و سوالات مربوط به هر بعد در جدول زیر ارائه شده است: به منظور بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیاز همه سوالات را با هم جمع می نمایم. در پایان نامه میرحسامی (۱۳۸۸) جهت روایی صوری پرسشنامه و صحت و سقم سؤالات، پرسشنامه در بین تعدادی از دانشجویان توزیع شد و پس از اطمینان از نتایج بدست آمده، پرسشنامه در نمونه آماری توزیع شد. همچنین پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. معمولاً دامنه ضریب اعتماد آلفای کرونباخ از صفر (۰) به معنای عدم پایداری، تا مثبت یک (۱+) به معنای پایایی کامل قرار می گیرد و هر چه مقدار بدست آمده به عدد مثبت یک نزدیک تر باشد قابلیت اعتماد پرسشنامه بیشتر می شود. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه میزان گرایش به اعتیاد برابر با ۰/۷۹ می باشد. در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه گردید.

۲- پرسشنامه نگرش به اعتیاد این ابزار خود گزارش دهی توسط نظری (۱) ساخته شده است و به صورت لیکرتی نمره گذاری می شود و در مورد ماده های مساعد یا نگرش مثبت به اعتیاد به هر یک از پاسخ های "کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم" به ترتیب نمره های ۵، ۴، ۳، ۲، ۱، ۰ داده می شود و در مورد ماده های نامساعد یا نگرش منفی به اعتیاد، نمره گذاری به ترتیب معکوس انجام می شود.

به عبارت دیگر، در سوالات شماره ۱، ۲، ۳، ۶، ۸، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۲۳، ۲۴، ۲۸، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳ و ۳۴ شیوه نمره گذاری به صورت زیر می باشد:

روایی صوری و محتوایی این آزمون در پژوهش کریمی (۱۳۹۱) توسط سه تن از اساتید دانشگاه مورد تایید قرار گرفته است. برای بدست آوردن پایایی آن از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۷۹ گزارش شد که حاکی از پایایی قابل قبول آن می باشد.

۳- پرسشنامه دانش اعتیاد این پرسشنامه یک روش پیمایشی و در ۳۹ سوال طراحی شده است که سوالات آن ارزیابی دانش افراد در مورد مواد مخدر طراحی شده است. این پرسشنامه توسط بریان و همکاران (۲۰۰۰) طراحی و نوشته شده که در مرکز تحقیقات سوء استفاده مصرف مواد، بخش سلامت ایرلند ثبت شده است. پایایی پرسشنامه نیز بررسی و تایید شده و در این پژوهش نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمد که حاکی از پایایی مناسب پرسشنامه می باشد.

۳-۵. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار و ...) و آمار استنباطی شامل t تک نمونه‌ای، همبستگی پیرسون و رگرسیون چند گانه استفاده شد.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده‌ها

مقدمه

برای بررسی سوال‌ها یا فرضیه‌های پژوهش باید اقدام به تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده کرد. در این فصل داده‌هایی که از طریق پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده بدست آمده‌اند، در دو بخش مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد. در بخش اول برای توصیف پاسخ‌های نمونه آماری به سؤالات، از جدول‌های توزیع فراوانی و درصد پاسخهای مربوط به سؤالات استفاده شد. و برای نشان دادن داده‌های آماری سؤالات عمومی بصورت منسجم، از نمودارهای ستونی استفاده گردیده است. در بخش دوم و در سطح استنباطی برای بررسی فرضیه‌ها از هبستگی پیرسون و t تک گروهی و رگرسیون چندمتغیره استفاده شده است.

۱-۴ تجزیه و تحلیل توصیفی داده‌های جمع‌آوری شده

الف) جنسیت:

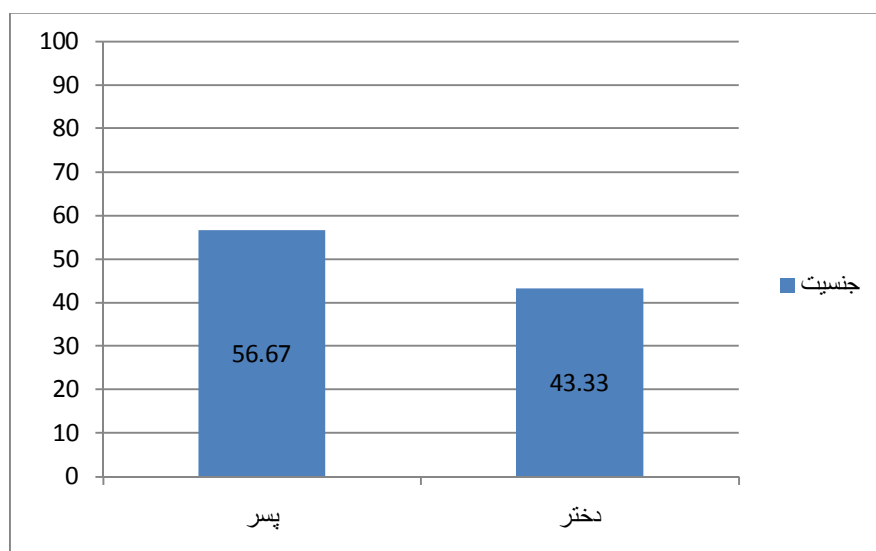
☐ پسر ☐ دختر

پاسخ‌های بدست آمده از پرسشنامه‌های جمع‌آوری شده، برای سؤال فوق به صورت جدول

شماره ۱-۴ می‌باشد:

جدول شماره ۴-۱: توزیع فراوانی و درصد پاسخ های نمونه آماری به سؤال جنسیت

نوع پاسخ ها کمیت پاسخ ها	پسر	دختر	بدون پاسخ	جمع
فراوانی	۱۹۸	۱۵۲	-	۳۵۰
درصد	۵۶/۶۷	۴۳/۳۳	-	۱۰۰



نمودار ۴-۱: درصد پاسخ های نمونه آماری به سؤال جنسیت

با توجه به نمودار و جدول شماره ۴-۱، ۱۹۸ نفر از پاسخگویان دانش آموزان (۵۶/۶۷ درصد نمونه آماری) و ۱۵۲ نفر از پاسخگویان (۴۳/۳۳ درصد نمونه آماری) را دانش آموزان دختر تشکیل داده است.

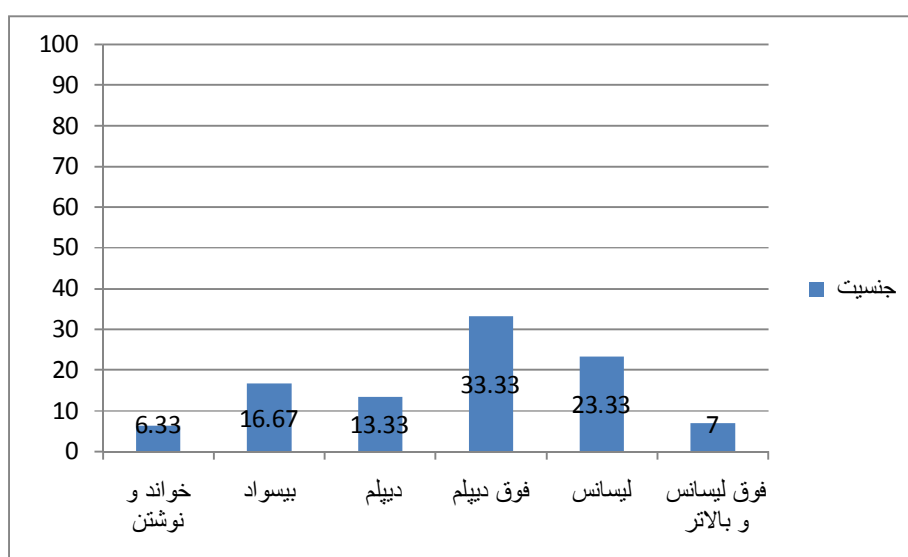
ب) میزان تحصیلات پدر:

☐ بیسواد
 ☐ خواندن و نوشتن
 ☐ دیپلم
 ☐ فوق دیپلم
 ☐ لیسانس
 ☐ فوق

☐ لیسانس وبالاتر

جدول شماره ۴-۲: توزیع فراوانی و درصد پاسخ های نمونه آماری به سؤال میزان تحصیلات پدر

نوع پاسخ ها کمیت پاسخ ها	فوق لیسانس و بالاتر	لیسانس	فوق دیپلم	دیپلم	خواندن و نوشتن	بیسواد	بدون پاسخ	جمع
فراوانی	۲۶	۸۱	۱۱۶	۴۷	۵۸	۲۲	-	۳۵۰
درصد	۷	۲۳/۳۳	۳۳/۳۳	۱۳/۳۳	۱۶/۶۷	۳/۳۳	-	۱۰۰



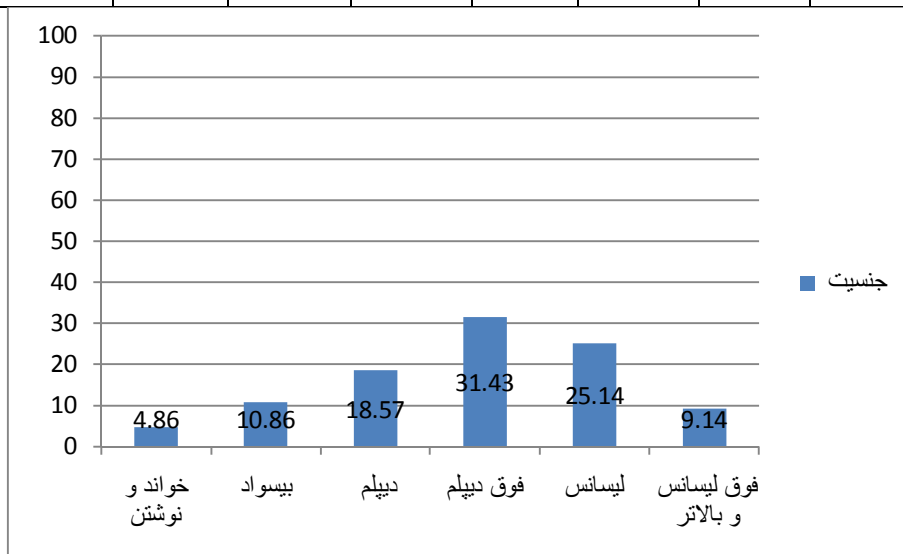
نمودار ۴-۲: میزان تحصیلات پدر دانش آموزان

توجه به جدول و نمودار ۴-۲ پدر ۲۲ نفر (۳/۳۳ درصد درصد نمونه آماری نمونه آماری) از دانش آموزان بیسواد، ۵۸ نفر (۱۶/۶۷) دارای سواد خواندن و نوشتن، ۴۷ نفر (۱۳/۳۳ درصد نمونه آماری) دیپلم، ۱۱۶ نفر (۳۳/۳۳ درصد نمونه آماری) فوق دیپلم، ۸۱ نفر (۲۳/۳۳ درصد نمونه آماری) لیسانس و ۲۶ نفر (درصد نمونه آماری ۷) فوق لیسانس و بالاتر می باشد.

ج) تحصیلات مادر دانش آموزان

جدول شماره ۴-۳: توزیع فراوانی و درصد پاسخ های نمونه آماری به سؤال میزان تحصیلات مادر

نوع پاسخ ها / کمیت پاسخ ها	فوق لیسانس و بالاتر	لیسانس	فوق دیپلم	دیپلم	خواندن و نوشتن	بیسواد	بدون پاسخ	جمع
فراوانی	۳۲	۸۸	۱۱۰	۶۵	۳۸	۱۷	-	۳۵۰
درصد	۹/۱۴	۲۵/۱۴	۳۱/۴۳	۱۸/۵۷	۱۰/۸۶	۴/۸۶	-	۱۰۰



نمودار ۴-۲: میزان تحصیلات مادر دانش آموزان

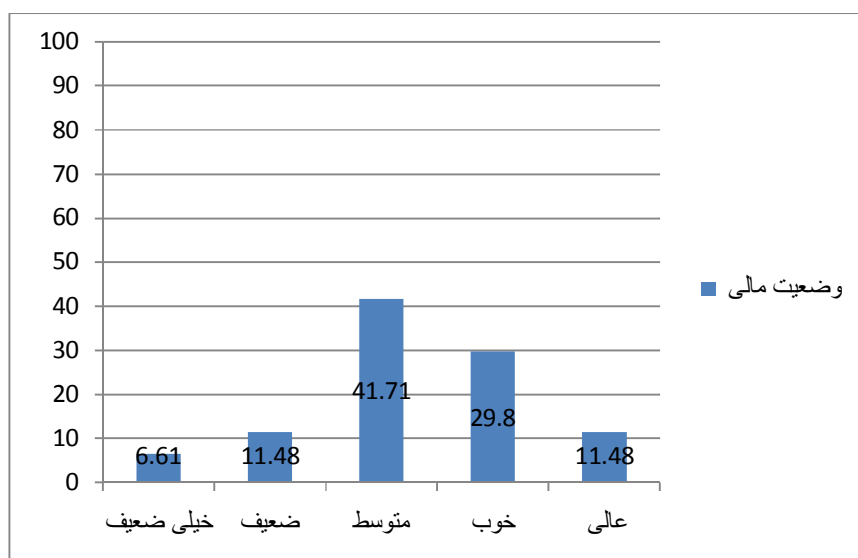
توجه به جدول و نمودار ۴-۳ مادر ۱۷ نفر (۱۰/۸۶ درصد درصد نمونه آماری نمونه آماری) از دانش آموزان بیسواد، ۳۸ نفر (۴/۸۴) دارای سواد خواندن و نوشتن، ۶۵ نفر (۱۸/۵۷ درصد نمونه آماری) دیپلم، ۱۱۰ نفر (۳۱/۳۳ درصد نمونه آماری) فوق دیپلم، ۸۸ نفر (۲۵/۱۴ درصد نمونه آماری) لیسانس و ۳۲ نفر (درصد نمونه آماری ۹/۱۴) فوق لیسانس و بالاتر می باشد.

د) - وضعیت مالی خانواده دانش آموزان

عالی □ خوب □ متوسط □ ضعیف □ خیلی ضعیف □

جدول شماره ۴-۴: وضعیت مالی خانواده دانش آموزان

نوع پاسخ ها کمیت پاسخ ها	خیلی ضعیف	ضعیف	متوسط	خوب	عالی	بدون پاسخ	جمع
فراوانی	۲۲	۴۰	۱۴۵	۱۰۳	۴۰	-	۳۵۰
درصد	۶/۶۱	۱۱/۴۸	۴۱/۷۱	۲۹/۸۰	۱۱/۴۸	-	۱۰۰



نمودار شماره ۴-۴: وضعیت مالی خانواده دانش آموزان

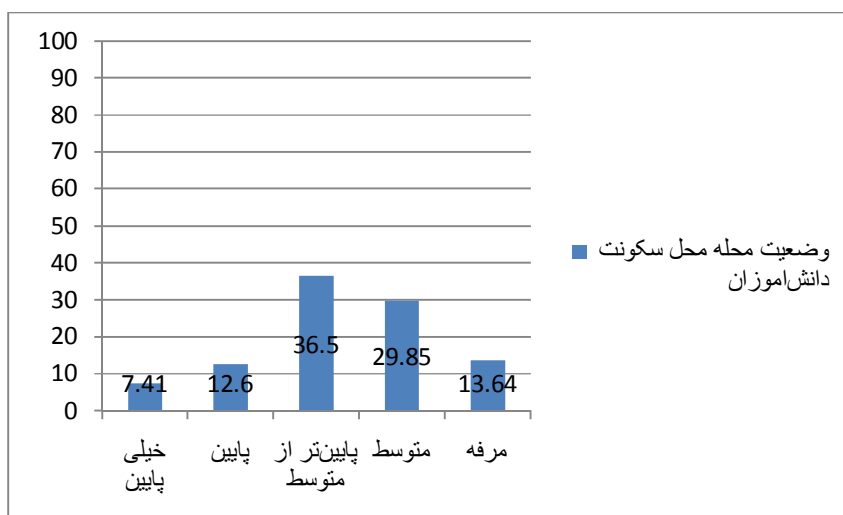
با توجه به جدول و نمودار ۴-۴، وضعیت مالی ۲۲ نفر (۶/۶۱ درصد نمونه آماری) از دانش آموزان خیلی ضعیف، ۴۰ نفر (۱۱/۴۸ درصد نمونه جامعه آماری) ضعیف، ۱۴۵ نفر (۴۱/۷۱ درصد نمونه جامعه آماری) متوسط، ۱۰۳ نفر (۲۹/۸۰ درصد نمونه جامعه آماری) خوب و ۴۰ نفر (۱۱/۴۸ درصد نمونه جامعه آماری) دارای شرایط مالی عالی می باشد.

ر) وضعیت محله سکونت دانش آموزان

مرفه □ متوسط □ پایین از متوسط □ پایین □ خیلی پایین □

جدول شماره ۴-۵: وضعیت محل سکونت دانش آموزان

نوع پاسخ ها	خیلی پایین	پایین	پایین تر از متوسط	متوسط	مرفه	بدون پاسخ	جمع
کمیت پاسخ ها	۲۶	۴۴	۱۲۸	۱۰۴	۴۸	-	۳۵۰
درصد	۷/۴۱	۱۲/۶۰	۳۶/۵۰	۲۹/۸۵	۱۳/۶۴	-	۱۰۰



نمودار شماره ۴-۵: وضعیت محل سکونت دانش آموزان

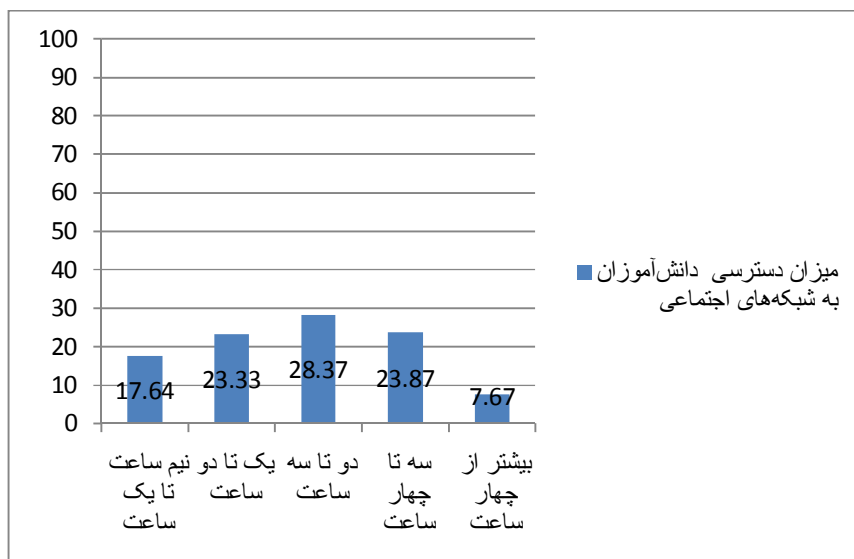
با توجه به جدول و نمودار شماره ۴-۵، ۲۶ نفر (۷/۴۱ درصد نمونه آماری) از دانش آموزان از نظر سطح رفاه محل سکونت در محله خیلی سطح پایین، ۴۴ نفر (۱۲/۶ درصد نمونه جامعه آماری) در سطح پایین، ۱۲۸ نفر (۳۶/۵ درصد نمونه جامعه آماری) در سطح پایین تر از سطح متوسط، ۱۰۴ نفر (۲۹/۸۵ درصد نمونه جامعه آماری) در سطح متوسط و ۴۸ نفر (۱۳/۶۴ درصد نمونه جامعه آماری) در محلات مرفه زندگی می کنند.

ز) میزان دسترسی به شبکه های اجتماعی

نیم ساعت تا یک ساعت ☐ یک تا دو ساعت ☐ دو تا سه ساعت ☐ سه تا چهار ساعت ☐ بیشتر از چهار ساعت ☐

جدول شماره ۴-۶: توزیع فراوانی و درصد پاسخ های نمونه آماری به سؤال میزان دسترسی به شبکه های اجتماعی

جمع	بدون پاسخ	بیشتر از چهار ساعت	سه تا چهار ساعت	دو تا سه ساعت	یک تا دو ساعت	نیم ساعت تا یک ساعت	نوع پاسخ ها
							کمیت پاسخ ها
۳۵۰	-	۲۶	۸۴	۹۹	۸۲	۵۹	فراوانی
۱۰۰	-	۷/۶۷	۲۳/۸۷	۲۸/۳۷	۲۳/۴۳	۱۶/۷۴	درصد



نمودار شماره ۴-۶: توزیع فراوانی و درصد پاسخ‌های نمونه آماری به سؤال میزان دسترسی به شبکه‌های اجتماعی

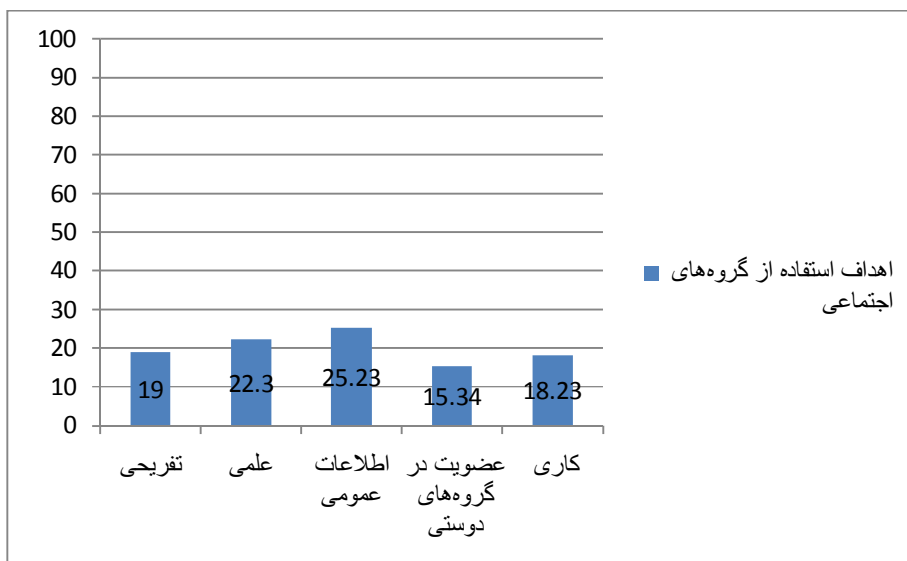
با توجه به جدول و نمودار ۴-۶، ۵۹ نفر (۱۶/۷۴ درصد نمونه آماری) از دانش‌آموزان نیم ساعت تا یک ساعت، ۸۲ نفر (۲۳/۳۳ درصد نمونه جامعه آماری) یک تا دو ساعت، ۹۹ نفر (۲۸/۳۷ درصد نمونه جامعه آماری)، دو تا سه ساعت، ۸۴ نفر (۲۳/۸۷ درصد نمونه جامعه آماری)، سه تا چهار ساعت، ۲۶ نفر (۷/۶۷ درصد نمونه جامعه آماری) بیشتر از ۴ ساعت به شبکه‌های اجتماعی دسترسی دارند.

ل) اهداف استفاده از شبکه‌های اجتماعی

تفریحی □ علمی □ اطلاعات عمومی □ کاری □ عضویت در گروه‌های دوستی □

جدول شماره ۴-۷: توزیع فراوانی و درصد پاسخ‌های نمونه آماری به سؤال میزان دسترسی به شبکه‌های اجتماعی

نوع پاسخ‌ها	تفریحی	علمی	اطلاعات عمومی	کاری	عضویت در گروه‌های دوستی	بدون پاسخ	جمع
کمیت پاسخ‌ها	۶۶	۷۸	۸۸	۶۴	۵۴	-	۳۵۰
فراوانی							
درصد	۱۹	۲۲/۲۰	۲۵/۲۳	۱۸/۳۳	۱۵/۳۲	-	۱۰۰



نمودار شماره ۴-۷: توزیع فراوانی و درصد پاسخ‌های نمونه آماری به سؤال میزان دسترسی به شبکه‌ای اجتماعی

با توجه به جدول و نمودار شماره ۴-۵، ۶۶ نفر (۱۹ درصد نمونه آماری) از دانش‌آموزان با هدف تفریحی، ۷۸ نفر (۲۲/۳ درصد نمونه جامعه آماری) با هدف علمی، ۸۸ نفر (۲۵/۲۳ درصد نمونه جامعه آماری) با هدف کس اطلاعات عمومی، ۶۴ نفر (۱۸/۲۳ درصد نمونه جامعه آماری) با هدف کاری و ۵۴ نفر (۱۵/۳۴ درصد نمونه جامعه آماری) با هدف عضویت در گروه‌های دوستی از شبکه‌های اجتماعی استفاده می‌کنند.

۲-۴ بررسی سوال‌ها

در قسمت اول به بررسی آماره‌های توصیفی متغیرهای پژوهش می‌پردازیم.

جدول ۴-۸: آماره‌های توصیفی

حداکثر	حداقل	انحراف معیار	میانگین	تعداد	
۳/۵۴	۲/۰۸	۰/۱۸۵۱۹	۳/۳۲۲	۳۵۰	دانش
۴/۸۸	۱/۸۰	۰/۷۸۰۵۱	۳/۲۳۲	۳۵۰	نگرش

۴/۵۰	۰/۵۷	۰/۳۴۰۵۵	۱/۹۱۳۲	۳۵۰	گرایش به اعتیاد
------	------	---------	--------	-----	-----------------

بررسی سوال‌ها:

۱- دانش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک‌ها تا چه اندازه ای است؟

برای بررسی سوال فوق از آزمون تی استفاده شده است. مقدار متوسط محاسبه شده ۳ می‌باشد. با توجه جدول ۴-۹ مقدار تی بدست آمده برابر ۴/۲۵۶ می‌باشد و این مقدار در آلفای ۰/۰۵ معنی دار می‌باشد. بنابراین میزان دانش دانش آموزان در مورد مواد مخدر و محرک‌ها بالاتر از حد متوسط می‌باشد.

جدول (۴-۹): آزمون ت-تک نمونه متغیر دانش اعتیاد در نمونه دانش آموزان

عامل	تعداد	اختلاف میانگین	درجه آزادی	محاسبه شده	سطح معناداری
دانش اعتیاد	۳۵۰	۰/۳۲۲	۳۴۹	۴/۲۵۶	۰/۰۰۰

۲- نگرش دانش آموزان نسبت به مواد مخدر و محرک‌ها چگونه است؟

برای بررسی سوال فوق نیز از آزمون تی استفاده شده است. مقدار متوسط محاسبه شده ۳ می‌باشد. بالاتر از ۳ نگرش مثبت، پایین‌تر از ۳ نگرش منفی و بی تفاوت می‌باشد. با توجه جدول ۴-۱۰ مقدار تی بدست آمده برابر ۲/۶۹۸ می‌باشد، و این مقدار در آلفای ۰/۰۵ معنی دار می‌باشد.

جدول (۴-۱۰): آزمون ت-تک نمونه متغیر نگرش به اعتیاد در نمونه دانش آموزان

عامل	تعداد	اختلاف میانگین	درجه آزادی	T محاسبه شده	سطح معناداری
نگرش به اعتیاد	۳۵۰	۰/۲۳۲	۳۴۹	۲/۶۹۸	۰/۰۰۰

۳- آیا بین دانش اعتیاد دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک ها با گرایش به اعتیاد رابطه وجود دارد؟

برای بررسی سوال فوق از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است. نتایج آزمون در جدول ۴-

۱۱ مشاهده می شود.

جدول ۴-۱۱: آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط دانش اعتیاد و گرایش به اعتیاد

دانش	
۱	دانش
-۰/۴۱	گرایش به اعتیاد
۳۵۰	تعداد
۰/۰۳۷	سطح معنی داری (Sig)

با توجه به جدول ۴-۱۱ مقدار ضریب همبستگی بین دو متغیر دانش اعتیاد و گرایش به اعتیاد برابر با

۰/۵۱- می باشد. که نشان دهنده یک همبستگی منفی بین دو متغیر می باشد. و مقدار سطح معنی داری برابر

۰/۰۳۷، کمتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین یک رابطه منفی بین دانش اعتیاد دانش آموزان و گرایش به اعتیاد

وجود دارد. یعنی هر چه میزان دانش دانش آموزان افزایش یابد گرایش آنها به سمت مصرف مواد مخدر و محرک ها کاهش می یابد.

۴- آیا بین نگرش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک ها با گرایش به اعتیاد رابطه وجود دارد؟

برای بررسی سوال فوق نیز از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴-۱۲ ملاحظه می شود.

جدول ۴-۱۲: آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی ارتباط نگرش به اعتیاد و گرایش به اعتیاد

گرایش به اعتیاد	
نگرش به اعتیاد	-۰/۵۰
گرایش به اعتیاد	۱
تعداد	۳۵۰
سطح معنی داری (Sig)	۰/۰۳۰

با توجه به جدول ۴-۱۲ مقدار ضریب همبستگی بین دو متغیر نگرش و گرایش به اعتیاد برابر ۰/۵۰- است که نشان دهنده یک همبستگی منفی بین دو متغیر می باشد. و مقدار سطح معنی داری برابر ۰/۰۳۰،

کمتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین یک رابطه منفی بین نگرش دانش آموزان و گرایش به اعتیاد وجود دارد. هر چقدر نگرش آنها نسبت به مصرف مواد منفی باشد، گرایش به سمت اعتیاد کاهش می یابد.

۵- آیا دانش و نگرش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک ها توانایی پیش بینی گرایش به اعتیاد را دارد؟

برای بررسی این سوال از رگرسیون چندگانه بهره گرفته شد به این ترتیب که متغیرهای نگرش به اعتیاد (X_1) و دانش اعتیاد (X_2) به عنوان متغیرهای مستقل و متغیر وابسته (Y)، گرایش به اعتیاد در نظر گرفته شد.

جدول (۱۳-۴): خلاصه نتایج مقدار واریانس تبیین شده و معناداری مدل

شاخص	R	R^2	R^2 تعدیل شده	خطای استاندارد برآورد
۱	۰/۳۲	۰/۱۰	۰/۱۰	۸/۲۶

جدول (۱۴-۴): نتایج جدول تحلیل واریانس

شاخص	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری
بین گروهی	۲۸۳۴/۹۰	۲	۱۴۱۷/۴۵	۲۰/۷۴	۰/۰۰۰
درون گروهی	۲۳۷۰۸/۵۷	۳۴۷	۶۸/۳۲		
کل	۲۶۵۴۳/۴۷	۳۴۹			

نسبت F و سطح معناداری آن بیانگر اثر معنادار متغیرها در معادله رگرسیون است. در این مرحله اثر رگرسیون $F=۲۰/۷۴$ بدست آمد که در سطح ۰/۰۰۰ با درجه آزادی (۲ و ۳۴۷) معنادار می باشد و R^2

محاسبه شده بر اساس این چهار متغیر ۰/۱۰ است یعنی این دو متغیر باهم ۰/۱۰ از واریانس متغیر گرایش به اعتیاد را تبیین می کنند. حال معناداری ضرایب در جدول (۴-۱۵) مورد بررسی قرار می گیرد.

جدول (۴-۱۵): ضرایب حاصل از رگرسیون به روش ورود متغیرهای پیش بینی کننده گرایش به اعتیاد

سطح معناداری	t	ضرایب استاندارد شده	ضرایب استاندارد نشده		مدل
		Beta	خطای استاندارد	b	
۰/۰۰۰	۱۰/۰۶	-	۵/۱۷	۵۲/۱۱	ثابت
۰/۰۰۰	-۴/۹۳	-۰/۳۱۸	۰/۰۷۸	-۰/۳۸۵	نگرش به اعتیاد
۰/۰۱۴	-۲/۴۶	-۰/۱۷۶	۰/۰۸۱	-۰/۲۰۰	دانش اعتیاد

نتایج جدول (۴-۱۵) نشان می دهد که نگرش به اعتیاد و دانش اعتیاد به صورت منفی و معنی داری گرایش به اعتیاد را پیش بینی می کنند.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

۵-۱. مقدمه

در این فصل به بحث و نتیجه گیری از نتایج پژوهش پرداخته می شود. هدف پژوهش حاضر بررسی بررسی رابطه میزان دانش و نگرش نسبت به مواد مخدر و محرک با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان راهنمایی ناحیه ۱ و ۲ شهر تبریز می باشد، که در این راستا به بررسی سوال ها در رابطه دانش و نگرش دانش آموزان با گرایش به اعتیاد در دانش آموزان پرداخته شد. که در ادامه به نتایج حاصل می پردازیم.

۵-۲. بحث و نتیجه گیری فرضیه های پژوهش

نتایج حاصل از تحلیل همبستگی پیرسون نشان داد که بین دانش و نگرش دانش آموزان با گرایش به اعتیاد رابطه منفی وجود دارد. اگر دانش آموزان دانش و آگاهی لازم را در مورد سوء مصرف مواد مخدر داشته باشند تمایل کمتری به سمت استفاده از آن مواد خواهند داشت. همچنین اگر دانش آموزان مواد مخدر

را بطور کامل بشناسند و اطلاعات لازم در مورد عوارض و پیامدهای آن بدانند نگرش آنها، در مورد سوء مصرف مواد مخدر و محرک‌ها مثبت خواهد بود و به استفاده از آن مواد نگرش منفی خواهند داشت در نتیجه از مصرف اینگونه مواد و محرک‌ها اجتناب خواهند کرد. همچنین نتایج حاصل از آزمون T (تی) نشان داد که میزان دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک‌ها بالاتر از حد متوسط هست و دانش آموزان نگرش منفی نسبت به مصرف مواد مخدر و محرک‌ها دارند. در این پژوهش تحلیل رگرسیون نیز برای بررسی توانایی پیش‌بینی رابطه بین دانش و نگرش دانش آموزان با گرایش آنها به اعتیاد انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون نشان داد که با توجه به دانش و نگرش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک‌ها می‌توان گرایش یا عدم گرایش آنها به اعتیاد را پیش‌بینی نمود. بررسی فیضی (۱۳۸۶) در زمینه شیوع شناسی اعتیاد در جوانان استان مرکزی نشان داد ۸/۳ درصد افراد مورد بررسی زیر ۱۴ سال مصرف مواد را شروع کرده اند و ۹/۴۴ درصد بین ۱۴ تا ۱۸ سال و ۴۶/۸ درصد سنین ۱۹ سال به بالا مصرف مواد را شروع کرده بودند. آنچه در این پژوهش نگران کننده بود، افزایش افراد مصرف کننده رده‌های سنی پایین نسبت به سالهای قبل بود. تحقیقات دیگر نیز نشان داده‌اند تمایل جوانان و نوجوانان به سمت مصرف مواد مخدر افزایش داشته است (امیریان، زنگنه، ۱۳۸۹). بطور کلی مصرف مواد مخدر در بین نوجوانان سراسر جهان رو به فزونی است به نحوی که یک از شایع ترین اختلالات روان پزشکی را در رده سنی نوجوانی و جوانی تشکیل می‌دهد. و به بزرگترین نگرانی خانواده‌ها تبدیل گشته است. عواملی مختلفی مانند عاطفی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی باعث تمایل نوجوانان به سمت مواد مخدر می‌شود. امروزه مواد مخدر به یک کالای تجاری تبدیل شده است. افراد سودجو برای کسب سود بیشتر، این مواد را در اختیار جوانان قرار می‌دهند و همین باعث شده است که سن مصرف مواد مخدر به شدت کاهش یابد.

سوال ۱: دانش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک‌ها تا چه اندازه ای

است؟

در پاسخ به این سوال از آزمون تی تک گروهی استفاده شد که مشخص گردید که دانش آموزان بالاتر از حد متوسط می‌باشد. در پژوهش های پیشین علل گرایش به مصرف دانش آموزان به مصرف

موادمخدر مشخص گردید و همچنین مشخص گردیده است که سن گرایش به سمت اعتیاد رو به کاهش می‌باشد. (رفیع‌پور، ۱۳۷۸) نیوکامب (۱۹۹۵) دوره نوجوانی را دوره رشد مهمی بیان می‌کند که نوجوان در پی هویت‌یابی است و قسمتی از این دوره حاوی رفتار خطرجویی است که به شکل رفتارهای جنسی ناسالم، مصرف الکل، سیگار و سایر مواد تظاهر می‌نماید. گرایش به مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در بین نوجوانان جوامع مختلف، در دهه‌های اخیر رو به افزایش است (فرنس، لوتیان و کیپ، ۲۰۱۴). تصور اکثر افراد جامعه در مورد اعتیاد این است که سوء مصرف مواد پدیده‌ای مردانه است؛ اما بر اساس دلایل متعدد، اعتیاد زنان از اهمیت مخدر عمدتاً فوق‌العاده‌ای در مقایسه با اعتیاد مردان داشته و زوایای آن به دلایل گوناگون از جمله بزهکاری و نوع نگاه جامعه به زن معتاد پنهان باقی مانده است. همچنین با توجه به اینکه زنان امروزه نیمی از جوامع انسانی را تشکیل می‌دهند، شالوده و بنیان جوامع و خانواده به سلامت تمامی افراد جامعه بالاخص زنان بستگی دارد. جرم یا انحراف از چنانچه افزایش یابد، پایداری و استواری هنجارهای رسمی و وجود رفتارهای پرخطر و سلامت جامعه را مورد تهدید قرار می‌دهد و امنیت ملی و استحکام خانواده‌ها و دچار تزلزل می‌کنند. اثرات مستقیم اعتیاد بر فرد معتاد، جسم و روان فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. یکی از موضوعاتی که در این افراد در حیطه روان شناختی حائز اهمیت است، نحوه تعامل با محیط، سازوکارهای انطباقی و نوع رفتارهای آنهاست که به نوعی در بعضی علت و در عمده آنها معلول پدیده اعتیاد است.

دانش و آگاهی در زمینه‌های مختلف که باعث گرایش به سمت اعتیاد می‌شود، منجر به کاهش گرایش به اعتیاد می‌شوند و رابطه منفی با گرایش به اعتیاد دارند.

۲- نگرش دانش آموزان نسبت به مواد مخدر و محرک‌ها چگونه است؟

در پاسخ به این سوال از آزمون تی تک گروهی استفاده شد که با توجه به خروجی حاصل از آزمون مشخص گردید که نگرش دانش آموزان نسبت به مصرف مواد مخدر و محرک‌ها منفی می‌باشد. اکبری (۱۳۹۴) نشان داد که اکثر نوجوانان با مواد مخدر آشنایی دارند و درصد پائینی از آنها حتی سابقه مصرف سیگار داشتند ولی به مصرف مواد تمایلی نداشتند. همچنین نتایج این پژوهش نشان داده بود که دانش آموزان

به مصرف مشروبات الکلی و تریاک در جشن‌ها و عروسی‌ها علاقه دارند و این مجالس خطری برای نوجوانان محسوب می‌شود. بر اساس نتایج این پژوهش ۸۵ درصد دانش‌آموزان استرس‌ها و اضطراب‌های ناشی از شرایط و دورانی که در آن قرار دارند تجربه می‌کنند، ولی اکثر آنها شاید بالای ۹۵ درصد با نگرش رفتن به سوی انواع مخدرها و محرک‌ها مخالف‌اند و از همه مضرات و آسیب‌های مخدرها و مخدرها آگاهی دارند.

۳- آیا بین دانش اعتیاد دانش‌آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک‌ها با گرایش به اعتیاد رابطه وجود دارد؟

۴- آیا بین نگرش دانش‌آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک‌ها با گرایش به اعتیاد رابطه وجود دارد؟

در بررسی سوال‌های فوق از آزمون همبستگی پیرسون استفاده شده است. که نتایج حاصل از آزمون نشان داد که رابطه منفی و معنی‌داری بین دانش اعتیاد دانش‌آموزان و نگرش دانش‌آموزان در خصوص گرایش به مواد مخدر و محرک‌ها با گرایش به اعتیاد وجود دارد.

شهریاری و همکاران (۱۳۹۴) نشان دادند که بین مولفه‌های فرآیند و محتوای خانواده و متغیر گرایش به اعتیاد همبستگی منفی و معناداری وجود دارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که مدل فرایند و محتوای خانواده توان پیش‌بینی گرایش به اعتیاد را دارد. ضیاءالدینی و همکاران (۱۳۹۴) با انجام پژوهشی بر روی دانش‌آموزان سال آخر دبیرستان و پیش‌دانشگاهی شهر کرمان نشان دادند که ۲۶/۵ درصد پسران و ۱۱/۵ درصد دختران سابقه حداقل یک بار مصرف مواد را داشتند. شیوع مصرف مواد در پسران به ترتیب: الکل، ۱۶/۲، تریاک، ۱۱/۷، حشیش، ۸/۳، شیر، ۷/۷، هروئین، ۵/۵، ال.اس.دی، ۸/۵ درصد و در دختران تریاک، ۵/۱، الکل، ۴/۵، حشیش، ۲/۸، شیر، ۲/۶، ال.اس.دی، ۲ درصد بوده است. با توجه این نتایج ارائه آگاهی‌های لازم در این زمینه می‌تواند نوجوانان از گرایش به این سمت باز دارد. همچنین دانش‌آموزان به علل مختلف به سمت اعتیاد گرایش پیدا می‌کنند برای مثال طبیعی، علیلو (۱۳۹۱) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که معتادان نسبت به افراد بهنجار از حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند و

همچنین از محرومیت اجتماعی چند گانه ای رنج می برند. مطالعات مختلف نشان داده است که معتادان به مواد مخدر از حمایت اجتماعی کمتری نسبت به افراد سالم برخوردار هستند. در برخی موارد دانش آموزان مصرف مواد مخدر یک تفریح و سرگرمی تلقی می کنند و برای اینکه در جمع دوستان کم نیاورند یا در رو دروایی می مانند، به مصرف مواد روی می آورند. بررسی انجام شده درباره مصرف مواد مخدر در بین دانش آموزان دبیرستانی در برزیل نشان داد که مصرف مواد مخدر در بین جوانانی که در خانواده های دارای خشونت مزیستند بیش از پنج برابر جوانان خانواده هایی بوده که در خانواده های بدون خشونت زندگی می کردند. در گروه اول در خانواده گفتگو بین والدین وجود نداشته و والدین نظرات خود را ابراز نمی کردند، در حالی که در گروه دوم بین پدر و مادرها گفتگو به دفعات جریان داشته و پدر و مادر نظرات خود را ابراز می کردند (Kuo, 2002).

بروک و همکاران (۱۹۹۲) نیز پی بردند که متغیرهای پیوند مشترک خانوادگی، همزهکاری و هم مصرف مواد را بازداری می کنند. بررسی علل بازگشت مجدد معتادان به اعتیاد (تفنگچی، ۱۳۵۲) نیز نشان داد که درصد بالایی از معتادان در خانواده هایی بزرگ شده اند که بین پدر و مادر اختلاف وجود داشته و محیط خانوادگی رضایتبخش نبوده است ۸۳ درصد از این افراد علل بازگشت به اعتیاد را مسائل خانوادگی دانسته اند. با عنایت به نتایج تحقیقات می توان گفت که احساس ناامنی در کانون خانواده، تنش، تضاد، خشونت، عدم گفتگو و اختلافات خانوادگی زمینه لازم را برای مصرف مواد مخدر توسط فرزندان فراهم می آورد.

حسینیان و همکاران (۱۳۹۳) نشان دادند که بین میزان هیجان خواهی و شدت وتازگی آن و همچنین بین شدت رفتارهای پرخطر با گرایش به اعتیاد در زنان بزهکار رابطه معناداری وجود دارد. پس می توان گفت که هیجان خواهی و رفتارهای پرخطر می توانند میزان گرایش به اعتیاد را در زنان بزهکار پیش بینی کنند. همچنین وجود رفتارهای پرخطر و شدت هیجان خواهی می تواند نقش مهمی در گرایش زنان بزهکار به اعتیاد داشته باشد.

۵- آیا دانش و نگرش دانش آموزان در خصوص مواد مخدر و محرک ها توانایی

پیش بینی گرایش به اعتیاد را دارد؟

برای بررسی این سوال از رگرسیون چندگانه بهره گرفته شد. نتایج حاصل از خروجی آزمون رگرسیون نشان داد که که نگرش به اعتیاد و دانش اعتیاد به صورت منفی و معنی داری گرایش به اعتیاد را پیش بینی می کنند. بنابراین با توجه محیطی که دانش آموزان در آن رشد می کنند و میزان دانش و آگاهی دانش آموزان در مورد مصرف مواد مخدر و آثار سوء آن می توان گرایش یا عدم گرایش به سمت مواد مخدر را در دانش آموزان پیش بینی نمود.

بارونی نیز در مطالعه ای که در کافی شاپ های مناطق یک تا پنج تهران انجام داد، دریافت که حدود ۲۰ درصد از افراد ۱۵ تا ۲۵ ساله ی مراجعه کننده به این اماکن، مصرف کننده ی محرک ها هستند. بر طبق پژوهش های انجام شده اکثر مصرف کنندگان محرک ها در جهان در گروه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال و پس از آن در گروه سنی ۱۲ تا ۱۷ سال قرار دارند. بنابراین باید در مورد جمع شدن جوانان در کافی شاپ ها، گیم نت ها و ... مراقبت های لازم به کار برده شود. همچنین سالم والدین نیز در گرایش دانش آموزان به سمت اعتیاد تاثیر زیادی دارد. مصرف مواد توسط والدین هم در مصرف مواد توسط فرزندان و هم در شکل گیری نگرش مثبت فرزندان به مواد مخدر نقش بسیار با اهمیتی دارد و می توان اذعان داشت که مصرف مواد توسط والدین در ابتدا نگرش فرزندان را به مواد مخدر تحت تاثیر قرار می دهد و سپس نگرش به عنوان یک متغیر میانجی وارد عمل شده و مصرف مواد توسط فرزندان را تسهیل می بخشد.

یکی دیگر از دلایل تاثیر مصرف مواد مخدر توسط والدین بر مصرف مواد مخدر توسط فرزندان سرمشق گیری است. به دلیل آنکه والدین از طریق مورد الگو قرار گرفتن بر ای فرزندان، رفتارهای مثبت و منفی خود را به آنها انتقال می دهند، ضروری است که والدین به عنوان الگوی فرزندان خود از مصرف مواد مخدر امتناع ورزند و در این خصوص لازم است اطلاع رسانی لازم به والدین صورت گیرد و از طریق رسانه های گروهی، فیلم ها، برگزاری کلاس های آموزشی و غیره آثار مخرب مصرف مواد توسط والدین

که موجب تقویت نگرش مثبت فرزندان به مواد مخدر و تسهیل در مصرف این مواد می‌باشد را گوشزد نمایند و از این طریق گامی مهم برای مبارزه با اعتیاد و کاهش این معضل اجتماعی برداشته شود.

۳-۵ محدودیت‌های پژوهش

۱- این پژوهش در مدارس ۱ و ۲ شهر تبریز انجام گرفته است و با توجه به بافت فرهنگی امکان تعمیم آن به شهرهای دیگر امکانپذیر نمی‌باشد.

۲- در این پژوهش از روش خود گزارش دهی استفاده شده است و امکان سوگیری در مورد اظهارات وجود دارد.

۴-۵ پیشنهادات پژوهش

- ۱- با توجه با اینکه امروزه نوجوان و جوانان بیشتر در معرض اعتیاد هستند باید اطلاعات و آگاهی‌های لازم از طریق کارگاه‌های مختلف آموزشی در اختیار جوانان و نوجوانان قرار داده شود تا از گرایش آنها به سمت اعتیاد جلوگیری شود.
- ۲- در مورد آسیب‌های مختلف و پیامدهای منفی گروه‌های همسان و دوستی اطلاعات لازم به جوانان و نوجوانان ارائه شود چون اغلب جوانان از طریق گروه‌های دوستی به سمت مصرف مواد روی می‌آورند.
- ۳- به خانواده‌های دانش‌آموزان نیز اطلاعات لازم در مورد مواد و مخدر و سوء مصرف آن و پیامدهای آن ارائه گردد تا از فرزندان خود مراقبت کنند و از گرفتار شدن آنها در دام اعتیاد جلوگیری نمایند.
- ۴- با توجه به اینکه مشکلات خانوادگی زمینه ساز اغلب اختلالات و ناهنجاری‌ها از جمله سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد می‌باشند، پیشنهاد می‌شود علاوه بر آموزش‌های لازم به خانواده‌ها جهت تقویت دلبستگی، محبت و پیوند مشترک اعضای خانواده با همدیگر، با شناسایی دانش‌آموزان چنین خانواده‌هایی برنامه‌های لازم برای مقاوم سازی آنها صورت گیرد.
- ۵- با توجه به اینکه نتایج پژوهش نشان داد آگاهی و دانش می‌تواند مانع گرایش به سمت اعتیاد شود آموزش‌های غیررسمی به صورت‌های مختلف تبلیغاتی مانند پیام‌های کوتاه، پوستر و نمابانگ با استفاده از تلویزیون‌های نصب شده در اماکن عمومی و یا نصب در جایگاه‌های مخصوص تبلیغات در سطح شهر و با استفاده از وجود هنرمندان و قهرمانان ملی و ورزشی در جهت افزایش آگاهی عمومی اجرا شود. در تدوین محتوا یا اجرای این برنامه‌ها پرستاران کودکان یا پرستاران بهداشت جامعه و روان‌پزشکان می‌توانند نقش موثری داشته باشند. به منظور تاثیر بیشتر برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد برای نوجوانان، از خود آنها به ویژه پسران در اجرا و حتی طراحی برنامه‌ها استفاده شود. همچنین در مورد شیوه‌های آموزش‌های رسمی و غیررسمی در زمینه‌ی پیشگیری از مصرف مواد، از نظرات نوجوانان استفاده شود. برنامه‌های غنی سازی اوقات فراغت در هر دو جنس با تاکید بیشتر در پسران اجرا شود.

منابع و ماخذ

- احمدی، احمد. (۱۳۸۵). *روانشناسی اعتیاد*. قم. پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- امیریان، ابوالفضل، زنگه، فیروزه، (۱۳۸۹)، بررسی شیوع سوء مصرف مواد مخدر در زنان شهر اراک و علل مرتبط با آن. دفتر امور بانوان خانواده استانداری مرکزی.
- اسکندری، محمد، (۱۳۸۸)، بررسی اثربخشی روش درمان. شناختی - رفتاری بر کاهش میل به مصرف مواد و پیشگیری از بازگشت عود در گروهی از درمان جویان وابسته به ماده مخدر، پایان نامه دکترای روان شناسی، دانشکده روان شناسی دانشگاه علامه طباطبائی.

اکبری، بهنام، (۱۳۹۴)، نحوه نگرش دانش آموزان به سوء مصرف مواد مخدر و رونگردانه، پژوهش و مقالات، ۱۳۹۶.

اورنگ جمیله، (۱۳۶۷)، پژوهشی درباره اعتیاد (شناسایی، علل، پیشگیری و روش های درمانی آن)، تهران، دفتر پژوهشها و برنامه ریزی فرهنگی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سازمان چاپ و انتشارات. باوی، ساسان. (۱۳۸۸). اعتیاد(انواع مواد، سبب شناسی، پیشگیری، درمان). اهواز. دانشگاه آزاد اسلامی باوی، ساسان و برنا، محمدرضا. (۱۳۸۸). تاثیر خدمات روانشناختی دوره ی بازتوانی بر خودپنداره ی منفی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس معتادان. فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد. ۳، ۱۲، ۷-۱۹. برزهره، ژان (۱۳۷۸). اعتیاد و شخصیت. ترجمه توفان گرگانی. تهران. سازمان انتشارات و آموزش انقلاب. پرویزی فرد، علی اکبر؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف، محمد کاظم و شاکری جلال. (۱۳۸۰). بررسی همبودی اختلالات خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و افراد بهنجار. مجله روانپزشکی و روانشناسی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۷، ۲، ۴۵-۵۴. ثقه الاسلام، اهره؛ رضایی، امیدوار و عقیقی، کبری. (۱۳۸۲). تاثیر درمان شناختی رفتاری در کاهش میزان افسردگی مبتلایان به سوء مصرف دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی اردبیل. ۴، ۸، ۳۳-۳۸. چیرولو، استفانو، (۱۳۷۹)، اعتیاد به مواد مخدر، ترجمه سعید وزیری، چاپ دوم. تهران حکمیا، فهیمه، موسوی، سید علی محمد، (۱۳۹۱)، مقایسه ویژگی های شخصیتی دانشجویان سوء مصرف کننده مواد مخدر غیر مصرف کننده، روان شناسی تحولی: روان شناسان ایرانی، شماره ۳۴، ۱۸۷-۱۷۹. حیدری پهلویان، احمد، محجوب، حسین، و رحیمی، علیرضا. (۱۳۹۰). شیوع اختلالات روانی در افراد وابسته و غیروابسته به مواد ساکن شهر همدان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان. ۱۸(۳). ۲۲-۲۸.

حسینیان، سیمین، (۱۳۸۶). رابطه بین سطح سلامت خانواده اصلی و رضایت زناشویی زنان دبیر

۱۲۶

آموزش و پرورش شهرستان کرج. مجله پژوهشهای تربیتی و روانشناختی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه اصفهان، سال سوم، شماره اول، شماره پیاپی ۷.

خدایاری فرد، محمد شهبابی، روح الله، اکبری زردخانه، سعید، (۱۳۸۷)، رابطه دینداری و خودکنترلی پایین با استعداد سوء مصرف مواد در دانشجویان.

رمضانی، حبیب اله. (۱۳۸۳). اعتیاد، علل، گرایش، پیشگیری و راههای درمان. پایان نامه کارشناسی ارشد علوم تربیتی. دانشگاه اهواز.

زنجانی، تهمنه. (۱۳۸۶). اعتیاد در نوجوانان. پایگاه اینترنتی انجمن درمانگران ایران.

زرانی، فرزاد. (۱۳۸۵). نیمرخ مصرف مواد در دانشجویان: مطالعه مقدماتی. مجموعه مقالات سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. ۲۱۲-۲۱۸.

سادوک، بنجامین، سادوک، ویرجینا الکوت. (۱۳۹۱). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری-روانپزشکی. ترجمه فرزین رضایی. تهران. انتشارات ارجمند.

رفیع پور، فرامرز. ۱۳۷۸. آنومی یا آشفتگی های اجتماعی: پژوهشی درباره پناسیل آنومی. تهران: شرکت سروش.

سیدمحمودی، جواد و اصغری. محمد جواد. (۱۳۹۲). بررسی اثرات مصرف مواد اعتیادآور، بر کارکردهای عصب روانشناختی معتادان شهر شیراز، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۲۰، ۲۹۵-۳۰۴.

شیخ الاسلام، ربابه. (۱۳۸۶). تعاریف اعتیاد، ستاد مبارزه با مواد مخدر جمهوری اسلامی ایران.

صادقی، مصطفی؛ کاظمی، محمود؛ حسنی، جعفر. (۱۳۹۲). ارتباط خودکارآمدی، هوش هیجانی و راهبردهای مقابله با استرس با استعداد سوء مصرف در دانشجویان. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه زنجان.

صدیقی، رحمت اله. (۱۳۸۸). آسیب شناسی اجتماع. ی تهران، انتشارات سمت

صرامی، پوریا و قماشچی، فردوس. (۱۳۸۲). بررسی ارتباط در اختلال کم توجهی و بیش فعالی وسایل قانونی و اجتماعی طب و تزکیه تابستان. ۴۹، ۴۵-۵۵.

طارمیان، فرهاد. (۱۳۸۰). سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان، تهران، انتشارات تربیت.

ضیاءالدین، علیرضا، سیف الهی، معصومه و ایرانپور، چنگیز. (۱۳۸۶). بررسی میزان اختلالات روانی در افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به دو مرکز درمانی در سطح شهر تهران. پژوهش در پزشکی. ۳۱(۳). ۲۷۳-۲۷۸.

عبدی، رضا. (۱۳۸۳). مقایسه حل مساله در افراد وابسته به مواد مخدر و عادی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.

فیضی، ایرج، (۱۳۸۶)، بررسی میزان شیوع مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین نوجوانان و جوانان شهرهای استان مرکزی. گروه پژوهش آسیب شناسی اجتماعی جهاد دانشگاهی واحد تربیت معلم و با حمایت سازمان مدیریت و برنامه ریزی استان مرکزی.

فلاح زاده، علی و همکاران. (۱۳۸۰). پیشگیری از اعتیاد. اهواز. انتشارات مشترک بهزیستی و نهضت سوادآموزی.

قشلاقی، امین. (۱۳۹۴). تاثیر درمان نگهدارنده متادون بر شاخصهای سلامت روان در معتادان زندانی شهرستان گلپایگان. دانشگاه آزاد اسلامی. واحد خمین.

کتلین، کارول. (۱۳۸۳). رویکرد شناختی - رفتاری در درمان وابستگی به مواد. (ترجمه: حمیدرضا قامت بلند و حامد رئیس یزدی. انتشارات یزد.

کریمی، نیما، (۱۳۹۱)، بررسی رابطه بین نگرش به اعتیاد و میزان احتمال ابتلا به اعتیاد در بین جوانان شهرستان قصر شیرین، پایان نامه کارشناسی، استاد راهنما؛ دکتر ستوده، دانشگاه پیام نور واحد جواهرود.

گلپرور، محسن، آتش پور، سیدحمید، آقایی، اصغر. (۱۳۸۱). روانشناسی اعتیاد. اصفهان. نشر دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان..

محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۰). شیوع مصرف سیگار، مشروبات الکلی و مواد روانگردان در نوجوانان ایرانی، مجله دانشگاه علوم پزشکی کرمان، دوره نوزدهم، شماره ۱، صص ۴۴ تا ۳۲.

مددی، عباس، نوغانی، فاطمه. (۱۳۸۴). اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر. تهران. انتشارات جامعه نگر.

میرحسامی، شریف. (۱۳۸۸). بررسی نقش خانواده در گرایش جوانان و نوجوانان به اعتیاد، پایان نامه کارشناسی. دانشگاه پیام نور.

American Psychiatric Association. (۲۰۱۳). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ۵th Ed. Washington. DC.

Bukstein, OG. (۲۰۰۰). Descriptive behavior disorders and substance use disorders in adolescence. *Journal of psychoactive drugs*, ۱۸(۶), ۲۹۶- ۳۰۲.

Challaly, T., Trauer, T., Munro, L., Whelan, G. (۲۰۰۱). Prevalence of psychiatric disorder in a methadone maintenance population. *Aust N Z Psychiatry*, ۳۵(۵):۶۰۱-۶۰۵.

Choca, J.P. Shanley, L.A. Van Denbug, E. (۱۹۹۷). *Interpretive Guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory* (۲nded), Washington, DC: American Psychology Association.

Clark, D. B., Leshick, L., Hegedus, A.M. (۱۹۹۷). "Traumas and other adverse life events in adolescents with alcohol abuse and dependence"; *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, ۳۶(۱۲), ۱۷۴۴-۱۷۵۱.

Farrell M, Howes S, Bebhington P, Brugha T, Jenkins R, Meltzer H. Nicotin , alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. *Br J Psychiatry* ۲۰۰۱ ; ۱۷۹ : ۴۳۲ – ۷. Bryan A., Moran R., Farrell E., O'Brien M., "Drug-related knowledge, attitudes and beliefs in Ireland: a nationwide survey" *The Health Research Board*, ۲۰۰۰, Dublin, ISBN: ۰-۹۵۱۷۱۹۳-۸-۶. Available online at: http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/KABREPORT.pdf

Flagel S.B, Akhi H.(۲۰۰۹) *Individual Differences In The Attribution Of Incentive Salience To Reward-Related Cues: Implication Neuropharmacology*.

Franken, I. H. A., Hendricks, V. M., Van den Brink, W. (۲۰۰۰). Initial validation of two opiate craving questionnaires the Obsessive Compulsive Drug Use Scale and Desires for Drug Questionnaire. *Addiction Behaviors*, ۲۷, ۶۷۵-۶۸۵.

- Glantz, M, Hartel, C. (۲۰۰۲). Drug Abuse, Origins and Interventions; American Psychological Association.
- Grant, F., Stinson, F., Dawson, D., Chou, S., Dufour, M., Compton, W. (۲۰۱۴). Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. Arch Gen Psychiatry; ۶۱(۸): ۸۰۷-۱۶.
- Kessler, R., (۱۹۹۵); Epidemiology of Psychiatric Comorbidity; New York: Wiley-Liss.
- Kessler, R., Nelson, C.B., McGonagle, K.A. (۱۹۹۶). the Epidemiology of Cooccurring Addictive and Mental Disorders; American journal of Orthopsychiatry, ۶۶(۱), ۳-۱۷.
- Ketabi, P., Maher, F., Borjaly, A. (۲۰۰۹). Identity and relationship addiction in women in Tehran province. Addic Studies. ۲(۳): ۵۴-۶۹.
- Kiss E, Pikó B, Vetró A.(۲۰۰۶). Frequency of smoking, drinking, and substance use and their relationship to psychiatric comorbidity in depressed child and adolescent population. Psychiatr Hung; ۲۱(۵): ۳۷۱-۸.
- Le Bon. O., Basiaux. P., Streel. E., Tecco. J., Hanak. C., Hansenne. M., Ansseau. M., Pelc. I., Verbanck. P., Dupont. S. (۲۰۰۳). Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group.
- Liraud F, Verdoux H. (۲۰۰۰). Clinical and prognostic characteristics associated with addictive comorbidity in hospitalized psychiatric patients. Encephale, ۲۶ (۳): ۱۶-۲۳.
- Lowe, B., Grafe, K., Ufer, C. & Kroenke K. (۲۰۰۴). Anxiety and depression in patients with pulmonary hypertension. Psychosomatic Medicine, ۶۶, ۸۳۱.
- Millon, T. & Davis, R.D. (۱۹۹۴). Millon, s Evolutionary Model of Normal and Abnormal Personalities: Theory and Measures, In S. Strack & M. Lorr (Eds.),

- Differentiating Normal and Abnormal Personality, ۷۹-۱۱۳, New York: Springer Publishing.
- Millon, T. (۱۹۸۳). Millon Clinical Multiaxial Inventory Manual (۳rd ed.). Minneapolis, MN: National Computer System.
- Nunes, E., Levin, F. (۲۰۰۴). Treatment of depression in patients with alcohol or other drug dependence: A meta-analysis JAMA; ۲۹۱(۱۵): ۱۸۸۷-۹۶.
- Rodgers B, Parslow R, Degenhardt L.(۲۰۰۷). Affective disorders, anxiety disorders and psychological distress in nondrinkers. J Affect Disord; ۹۹(۱-۳):۱۶۵-۷۲.
- Sanchez, Z., & Nappo, S. A. (۲۰۰۸). Religious treatments for drug addiction. Social Science & Medicine, ۶۷, ۶۳۸-۶۴۶.
- Sephrmanesh Z, Ahmadvand A, Ghoreyshi F, Mousavi GA. Personality traits of IV drugabusers of Kashan prison. Feyz. ۲۰۰۸; ۱۲(۱): ۶۹-۷۵
- Swendsen, J.D. (۱۹۹۸). "The Comorbidity of Alcoholism with Anxiety and Depressive Disorders in four Geographic Communities"; Comprehensive Psychiatry, ۳۹(۴), ۱۷۶-۱۸۴.
- Terracciano, A., Costa, P. T. (۲۰۰۴). Smoking and the Five-Factor Model of personality. Addiction. ۹۹(۴): ۴۷۲-۸۱.
- Torikka A, Kaltiala L, Heino R, Rimpela A, Rimpela M, Rantanen P. Depression , drinking and substance use among ۱۴ to year old finished adolescents. Nord J Psychiatr ۲۰۰۱; ۵۵(۵):۳۵۱- ۷۰.
- Turiano, N. A, Shawn, D. Whiteman, S. E, Hampson, B. W, Roberts & Daniel K. (۲۰۱۲). Personality and substance use in midlife: Conscientiousness as amoderator and the effects of trait change, Journal of Research in Personality, ۴۶, ۲۹۵-۳۰۵.

West, R. (2006). Theory of Addiction, Blackwell publishing,oxford,9-28.

World Health Organization (WHO) (2006). from [http://www. who.org/infofax/understand](http://www.who.org/infofax/understand). Html.

Yan, Y. & Nabeshima, T. (2009). Mouse model of relapse to the abuse of drugs: procedural considerations and characterizations. Behavioural brain research, 2 (1), 16-19.

Zvolensky, M. J., Jenkins, E. F., Johnson, K. A., & Goodwin, R. D. (2011). Personality disorders and cigarette smoking among adults in the United States. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 535-541._

دانش آموز گرامی

پرسشنامه ای که در پیش رو دارید دارای چندین سوال است که به منظور پژوهش در زمینه ی نگرش نسبت به اعتیاد تهیه گردیده است. هر سوال دارای پنج جواب است. خواهشمندیم پس از خواندن سوالات نظر خودتان را راجع به آن جمله با زدن علامت ضربدر در یکی از جواب ها مشخص کنید. برای جواب دادن خود را زیاد معطل نکنید، اولین جوابی که به ذهنتان می رسد، فوراً علامت بزنید. لطفاً نظر خودتان را در مورد هر یک از جملات زیر با زدن علامت ضربدر مشخص نمایید.

۱-جنسیت: دختر ☐ پسر ☐

۲- میزان تحصیلات پدر: بیسواد ☐ خواندن و نوشتن ☐ دیپلم ☐ فوق دیپلم ☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس ☐ وبالاتر ☐

۳- میزان تحصیلات مادر: بیسواد ☐ خواندن و نوشتن ☐ دیپلم ☐ فوق دیپلم ☐ لیسانس ☐ فوق لیسانس ☐ وبالاتر ☐

۴- وضعیت مالی خانواده خود را چگونه ارزیابی می کنید؟

عالی ☐ خوب ☐ متوسط ☐ ضعیف ☐ خیلی ضعیف ☐

۵- محله سکونت خود را از لحاظ وضعیت اقتصادی و اجتماعی چگونه ارزیابی می کنید؟

مرفه ☐ متوسط ☐ پایین تر از متوسط ☐ پایین ☐ خیلی پایین ☐

۶- به چه میزان از شبکه های اجتماعی استفاده می کنید؟

نیم ساعت تا یک ساعت ☐ یک تا دو ساعت ☐ دو تا سه ساعت ☐ سه تا چهار ساعت ☐ بیشتر از چهار ساعت ☐

۷- از شبکه های اجتماعی بیشتر با چه هدفی استفاده می کنید؟ (فقط یک گزینه و بیشترین مورد استفاده علامت زده شود)

تفریحی ☐ علمی ☐ اطلاعات عمومی ☐ کاری ☐ عضویت در گروه های دوستی ☐

ردیف	سوالات	کاملاً موافقم	تاحدودی موافقم	نظری ندارم	تاحدودی مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	پرداختن به اعتیاد نقوص و ضعف انسان را بیشتر آشکار می سازد.					
۲	کشیدن مواد مخدر در شرایط سختی و استرس تا حدودی موجه است.					
۳	ی ناتوانی انسان در برابر خواسته هایش است. اعتیاد نشان دهنده					
۴	ی مخدری را مصرف نمود. برای سرگرمی اشکالی ندارد که گاهی ماده					
۵	اعتیاد مقام و منزلت می آورد.					
۶	اعتیاد به احساس مسئولیت فرد در زندگی لطمه می زند.					
۷	استفاده از مواد مخدر به یکبار تجربه کردن می ارزد.					
۸	بهتر است بگویم یک معتاد بی اراده است.					
۹	مواد مخدر توجه ما را افزایش می دهد.					

۱۰	اگر دوستم متوجه شود که من مواد مخدر مصرف می کنم رابطه اش را با من قطع می کند.				
۱۱	بهتر است حمل مواد مخدر محدود نباشد.				
۱۲	ی این است که فرد معتاد از سطح اجتماعی بالایی برخوردار است. اعتیاد نشان دهنده				
۱۳	آدم معتاد برای بدست آوردن مواد حاضر است دست به هر کاری بزند.				
۱۴	ی مسکن بوده و اعتیادآور نیست. تریاک یک ماده				
۱۵	بدم نمی آید در یک مهمانی که مواد مصرف می کنند حضور یابم.				
۱۶	حمل و نقل و توزیع مواد مخدر یک کار غیر قانونی است.				
۱۷	آنهاهی که به استقلال فکری رسیده اند به اعتیاد روی می آورند.				
۱۸	مواد مخدر خستگی را از تن به دور می کند.				
۱۹	برای من قابل درک نیست که چرا دولت با تولید کنندگان مواد مخدر مبارزه می کند.				
۲۰	مواد مخدر می تواند درک ما را از مسایل افزایش دهد.				
۲۱	استفاده از مواد مخدر موجب تقویت عضلات بدن می شود.				
۲۲	اعتیاد وسیله ی خوبی برای فراموشی مشکلات است.				
۲۳	اعتیاد نشان دهنده ی ضعف فرد معتاد است.				
۲۴	معتاد نیز یک انسان است و دولت باید از آنان حمایت کند.				
۲۵	در مجالس گاهی برای سرگرمی بهتر است استفاده از مواد را به دیگران توصیه نماییم.				
۲۶	استفاده از مواد مخدر آرامش بخش است.				
۲۷	در مسئله اعتیاد فقط خود معتاد گرفتار آن است و دیگران آسیبی نمی بینند.				
۲۸	سعی می کنم از فرد معتاد دوری کنم.				
۲۹	هر موقع تحت شرایط ناراحت کننده قرار گرفتید بهتر است مواد مخدر مصرف ننمائید.				
۳۰	آدم معتاد هیچ جایگاهی در جامعه ندارد.				
۳۱	به نظر من معتاد قدرت تصمیم گیری ندارد.				
۳۲	خطر یکبار مصرف مواد مخدر مثل خطر استعمال آن در طول زندگی است.				
۳۳	به نظر من فرد معتاد هدف مشخصی برای زندگی ندارد.				
۳۴	ی تحصیل نخواهد شد. کسی که به مصرف مواد مخدر روی می آورد دیگر قادر به ادامه				
۳۵	به نظر من پرداختن به مواد مخدر به صورت تفننی اشکالی ندارد.				

کدامیک از مواد مخدر ذیل را تا حالا شنیده اید؟

نوع مواد	بلی	خیر
حشیش		
قرص اکس		
ریتالین		
تریاک		

هروئین		
کراک		
شیشه		
ماری جوانا		
مورفین		
ترامادول		

ردیف	عبارت	کاملاً موافقم	موافقم	نمی دانم	مخالقم	کاملاً مخالفم
۱	تمامی داروها و مواد مخدر برای سلامتی افراد مضر هستند.					
۲	در جامعه ما مواد مخدر به میزان زیاد شیوع دارد.					
۳	اگر شما برای یکبار هم مواد مخدر مصرف کنید در دام آن گرفتار می شوید.					
۴	من مصرف کنندگان مواد مخدر را مجرم می دانم تا بیمار.					
۵	افرادی که مواد مخدر مصرف می کنند بایستی تحت درمان قرار گیرند.					
۶	من بایستی از افرادی که مواد مخدر مصرف می کنند دوری کنم.					
۷	استفاده از شاهدانه و ماری جوانا نباید غیرقانونی باشد.					
۸	به معتادان مواد مخدر فرصت های عادلانه در جامعه داده نشده است.					
۹	استفاده تفریحی از مواد مخدر اعتیاد آور نیست					
۱۰	افرادی که با یک مواد مخدر درگیر هستند مداوم خود را سرزنش می کنند.					
۱۱	امروزه اغلب جوانان تمایل بیشتری به استفاده از قرص های اکستازی دارند.					
۱۲	در جامعه ای که ما زندگی می کنیم مواد مخدر مشکل جامعه نیست.					
۱۳	خدمات درمانی بایستی با توجه به نیازهای معتادان در دسترس آنها باشد.					
۱۴	معتادان واقعا برایم ترسناک هستند					
۱۵	اکثریت مردم در جامعه ما نسبت به مصرف مواد مخدر نگران هستند.					
۱۶	استفاده گهگاهی و تفریحی اکستازی خطرناک نیست					
۱۷	این مسئله که نوجوانان و جوانان سعی می کنند برای حداقل یکدفعه مواد					

					مخدر مصرف کنند طبیعی است.
۱۸					جایگزین های پزشکی هروئین مانند متادون باید در دسترس معتادان باشند.
۱۹					آموزش مواد و روشهای اعتیاد آور بایستی در مدارس از اول ابتدایی وجود داشته باشد.
۲۰					گزارش رسانه ای در مورد میزان مصرف مواد مخدر در بین جوانان اغراق آمیز می باشد.
۲۱					جامعه باید سوزن و سرنگ رایگان به معتادان به مواد مخدر برای جلوگیری از گسترش اچ آی وی / ایدز را فراهم آورد
۲۲					زندگی از نزدیک با یک معتاد خیلی سخت است.
۲۳					در دسترس بودن مواد مخدر تهدیدی بزرگ برای جوانان امروزی می باشد.

۲۴- من شخصا کسانی را می شناسم که سیگار حشیش می کشند. بلی خیر

۲۵- آیا تا به حال مواد مخدر مصرف کردید؟ بلی خیر

۲۶- من شخصا کسانی را می شناسم که مشکل مواد مخدر دارند؟ بلی خیر

ردیف	سوالات	چلی زیاد	کم زیاد	نه گاهی	هی	خیلی کم
۱	آیا در میان دوستان صمیمی شما معتاد به مصرف مواد مخدر وجود دارد؟					
۲	در میان خانواده و یا اقوام نزدیک شما سابقه مصرف مواد مخدر وجود دارد؟					
۳	آیا معمولاً پیش می آید که مشاجره شدید با خانواده تان داشته باشید؟					
۴	آیا خانواده شما به شما اعتماد کامل دارند؟					
۵	در خانواده شما سابقه طلاق و یا حل مشکل در دادگاه های خانوادگی وجود دارد؟					
۶	آیا دسترسی به یکی یا چند نوع از مواد مخدر برای شما آسان است؟					
۷	آیا احساس فشار مالی می کنید؟					
۸	آیا در محلات پایین شهر و آلوده زندگی و یا رفت و آمد می کنید؟					
۹	در محله زندگی شما امکانات تفریحی، ورزشی، آموزشی و ... وجود دارد؟					
۱۰	آیا تا به حال سابقه مصرف مواد مخدر داشته اید؟					
۱۱	در محل زندگی شما تا چه حد با رد و بدل مواد مخدر برخورد شدید قانونی می شود؟					
۱۲	آیا در مواقع تنش عصبی و بی حوصلگی کنترل خود را از دست می دهید و غیر منطقی عمل می کنید؟					

					به نظر شما مصرف مواد مخدر در مواقع فشار عصبی می تواند تسکین دهنده باشد؟	۱۳
					آیا در مواقع مشکلات عمیق شخصی به خداوند خود روی می آورید؟	۱۴
					آیا تا به حال برای مصرف مواد مخدر کنجکاو بوده اید؟	۱۵
					آیا موقعیت اجتماعی شما همان است که تقریباً در آرزویش بوده اید؟	۱۶

تعهد نامه

اینجانب وحید دولت خواه مجری پایان نامه با عنوان بررسی رابطه میزان دانش و نگرش نسبت به

موادمخدر و محرک باگرایش به اعتیاد دردانش آموزان راهنمایی، دبیرستان و هنرستان شهر تبریز متعهد می

شوم از ارائه هر گونه اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی و پایان نامه (در حال اجراء و یا پس از

اجراء) اجتناب نموده و قبل از اقدام هماهنگی لازم را با دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با

مواد مخدر ریاست جمهوری، انجام نسبت به کسب مجوز کتبی از دفتر یاد شده با هماهنگی دبیر

خانه شورای هماهنگی و مبارزه با مواد مخدر استان مبادرت نمایم.

نام و نام خانوادگی مجری

امضاء

Abstract

In recent years the consumption of drugs IS changed inconveniently in the country. Substance use in adolescents and young adults has been higher, with the emergence of new psychoactive substances such as drugs, that passionate spirit and thrill-seeking adolescents and young people and their curiosity, stimulate. Therefore, this study examined the relationship between knowledge and attitude toward drug addiction and dynamic knowledge-oriented high school, high school and School District ۱ and ۲ were carried Tabriz. Survey methodology - descriptive and field as library and school districts ۱ and ۲ in Tabriz. Junior high school students and secondary school population that sample ۳۵۰ of them were selected for review. And questionnaires of addiction et al. (۲۰۰۰), attitude to addiction Karimi et al. (۱۳۹۱) and tendency to addiction Frchad et al. (۱۳۸۵) among them was completed. After data collection, data were analyzed by SPSS software by using Pearson correlation, t-test and simple linear regression analysis. The results showed that the mean knowledge and attitude to drug addiction students is significantly higher than the average. Between knowledge and attitudes to drug addiction there is a significant relationship with the tendency to addiction. The regression results indicate that both variables of knowledge and attitude to drug addiction ability to predict their tendency towards addiction.

Keywords Addiction, Addiction tendency, Students' knowledge and attitudes about addiction, Addicted.



Islamic Azad University

East Azarbaijan Science and Research Branch

Faculty of Human and Education Sciences

A thesis required for MA degree

in psychology

Title

**Study of relationship between awareness and knowledge about
drugs with tendency toward drug addiction in elementary school
and high school students in Tabriz**

Supervistor:

Ayat Fathi (Ph.D)

By:

Vahid Dolatkhah

Summer ۲۰۱۷