رویکردهای پژوهشی در علوم اجتماعی، شماره ۱۵، پاییز ۱۳۹۷، ص ۱۴۲ - ۱۲۷
ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

مجله علمی رویکردهای پژوهشی در علوم اجتماعی (سال چهارم)
شماره ۱۵ / پاییز ۱۳۹۷ / ص ۱۴۲- ۱۲۷

بررسی رابطه آموزش مهارت زندگی با میزان بازگشت پذیری اعتیاد بیماران مرد مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد در استان البرز

شهلا باقری [۱]، شهلا کاظمی پور [۲]، محسن توده رنجبر [۳]
[۱] دانشیار دانشگاه خوارزمی.
[۲] استاد دانشگاه تهران.
[۳] کارشناس آسیب شناسی اجتماعی و کارشناس ارشد پژوهشگری علوم اجتماعی.

نام نویسنده مسئول:
محسن توده رنجبر

چکیده

بازگشت پذیری یا عود تهدیدی همیشگی به دنبال درمان اعتیاد است. از این رو انجام مداخلات درمان غیر دارویی، جهت تسریع روند بهبودی بیماران مبتلا به اعتیاد که تحت درمان می باشند امری ضروری است. لذا این پژوهش با هدف بررسی رابطه آموزش مهارت زندگی با میزان بازگشت پذیری اعتیاد بیماران مرد مراجعه کننده به کلینیک های ترک اعتیاد در استان البرز صورت گرفت.در این پژوهش تجربی بطور تصادفی ۱۰ کلینیک درمان اعتیاد از مناطق مختلف استان انتخاب و از میان مراجعین هر کلینیک بطور تصادفی ۶ نفر بیمار مرد که دوره سم زدایی را به پایان رسانیده بودند انتخاب شده و در مجموع ۶۰ نفر بعنوان نمونه جهت انجام پژوهش، به مرکز بهداشت و سلامت کرج وکلینیک ترک اعتیاد دکتر جاهدان معرفی شدند. ابزار این پژوهش تست استاندارد شده مورفین و تست شیشه که در مراکز ترک اعتیاد جهت سنجش عود یا بازگشت پذیری افراد تحت درمان رایج است می باشد لذا پس از انجام آزمایش و اعلام نتیجه افراد به دو گروه ۳۰ نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند با استفاده از مداخله آموزشی مهارت های زندگی، میزان بازگشت پذیری بعد از ارائه آموزش در گروه آزمایش؛ نسبت به گروه گواه، که آموزش ندیدند کاهش یافته است. این نتیجه با مقایسه میزان عود گروه آزمایش قبل و بعد از آموزش مهارت زندگی نیز تائید شد. همه شرکت کنندگان در پژوهش، در آغاز و پایان پژوهش و دو ماه بعد از پایان آموزش مهارت ها، از نظر مورفین ادرار وتست شیشه مورد سنجش قرار گرفتند. همچنین کلیه شرکت کنندگان قبل و بعد از آموزش با استفاده از پرسشنامه مهارت های زندگی مورد سنجش و ارزشیابی قرار گرفتند .برای تحلیل داده ها روش های آمار توصیفی و آزمون خی دو به کار برده شد. نتایج آزمون خی دو گویای معنی دار بودن تفاوت دو گروه از لحاظ میزان عود اعتیاد در مرحله پس از آزمون و پیگیری بود(خی دو: ۱۰/۸۵۲ و درجه آزادی: ۲). یافته های پژوهش نشان داد که آموزش مهارت های زندگی بر پیش گیری از عود اعتیاد بیماران مرد مبتلا به اعتیاد موثر است. هم چنین نتایج تحقیق نشان می دهد که با بهره گیری از روش تاپسیس در جهت رتبه بندی مهارت های زندگی متناسب با اثربخشی هر مهارت بر پیشگیری از عود اعتیاد بیماران برحسب اوزان مورد محاسبه در هر شاخص؛ مهارت مقابله با هیجان ها ، مهارت مقابله با استرس، مهارت تصمیم گیری، مهارت ابراز وجود، مهارت خود آگاهی، مهارت تفکر نقاد، مهارت برقراری ارتباط موثر، مهارت روابط بین فردی، مهارت همدلی، مهارت تفکر خلاق به ترتیب، بیشترین تاثیرگذاری بر بیماران را داشته اند.

واژگان کلیدی: مهارت های زندگی، بازگشت پذیری اعتیاد، پیشگیری از عود، اعتیاد.

رویکردهای پژوهشی در علوم اجتماعی، شماره ۱۵، پاییز ۱۳۹۷، ص ۱۴۲ - ۱۲۷
ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

مقدمه

بیشتر افراد معتاد به نگرش های فلسفی روی می آورند و بر پوچی دنیا اشاره می کنند و این نگرش را که در اثر اعتیاد حاصل شده، به جهان بینی و ژرف بینی خود نسبت می دهند و این دیدگاه ممکن است به افسردگی عمیق، خودکشی و کناره گیری از کار و فعالیت اجتماعی منجر شود. با پیشرفت مصرف تغییرات رفتاری و شخصیتی زیادی در فرد به وجود می آید از مهم ترین تغییر آن ها این است که معتاد را به موجودی زبون و ذلیل بدل می سازد و ضعف و ناتوانی و ترس زیادی بر او تحمیل می کند. کلیه معتادان انسان هایی ظریف و زود رنج هستند و در بین معتادان فردی که اراده قوی داشته باشد بندرت مشاهده شده است. لذا کسانی که پایداری و ثبات روانی ضعیف دارند یا به قول خودشان لطیف می باشند بیشتر گرایش به مواد مخدر پیدا می کنند و این ها بیشتر مصرف مواد را تفننی آغاز کرده اند که اندک اندک به صورت نیازشان در می آید. افراد معتاد به هیچ چیز و هیچ کس وفادار نیستند و تنها سعی آن ها در به دست آوردن مواد مخدر مورد نیازشان است. بیشتر آن ها لذت طلب و خشن هستند و حتی بعد از مصرف مواد از هر کار و هر چیزی لذت می برند. ولی با این حال زود رنج و خشن هستند و بسیار متوقع. از لحاظ عاطفی در برابر هیچ کس و هیچ چیز احساس مسئولیت نمی کنند و مردم و اطرافیان را مسئول رفتار خود می دانند.کسانی که اضطراب، افسردگی و اختلال شخصیت ضد اجتماعی و اختلال شخصیت مرزی دارند بیشتر روی به مصرف این گونه مواد می آورند. سابقه اختلال سلوک در دوران کودکی یا نوجوانی به عنوان عامل مهم خطر ساز برای اختلال های مرتبط با مصرف مواد مخدر شناخته شده است.در افرادی که به مواد افیونی وابستگی دارند خطر بروز نشانه های افسردگی کوتاه مدت، خفیف تا متوسط وجود دارد. لذا، حل مشکلات شخصیتی و درمان مشکلات روانی فرد باید توسط تیم درمانی شامل روان پزشک، روان شناس، مشاور و مددکار اجتماعی صورت گیرد و از کارهای ضروری پس از قطع وابستگی دارویی و روانی می باشد [۱]. پژوهش های انجام شده در زمینه اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر نشان داده است که سه عامل مرتبط با سوء مصرف مواد مخدر عبارتند از: عزت نفس پایین، ناتوانی در بیان احساسات، فقدان مهارت های اجتماعی.هم چنین بعضی از پژوهش ها نشان داده اند که بین خود کارآمدی پایین و مصرف سیگار، الکل، مواد مخدر، رفتار های مخاطره آمیز و ضعف عملکرد شناختی رابطه معناداری وجود دارد [۲]. آموزش مهارت های اجتماعی، مهارت های ابراز وجود، رفتار های آغاز گفتگو، مهارت های تحسین کردن، سبک پس خوراند مثبت، پایداری در برابر فشار دوستان و مهارت های حل مساله اجتماعی مدیریت استرس را افزایش داده است. هم چنین آموزش این مهارت ها، اضطراب های مختلف، افسردگی، خشم و پرخاشگری را کاهش داده است[۳]. در همین راستا در پژوهش حاضر هدف محقق این است که اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی را بر پیشگیری از عود اعتیاد بیماران دچار این بیماری تعیین کند.

۱-۱. اهداف تحقیق

هدف این پژوهش بررسی اثر بخشی آموزش مهارت های زندگی ده گانه بر پیشگیری از عود اعتیاد بیماران دچار این بیماری می باشد.
اهداف فرعی: چگونگی تأثیر آموزش برنامه هایی که رویکردی شبیه برنامه های آموزش مهارت زندگی دارند بر پیش گیری از سوء مصرف از جمله: مهارت های شناختی، رفتاری، ایجاد اعتماد به نفس، مقاومت در برابر فشار، کنترل، اضطراب، مهارت های امتناع از مواد.

۲. تئوری و پیشینه تحقیق

سازمان بهداشت جهانی، مهارت های زندگی را توانایی انجام رفتار سازگارانه و مثبت به گونه ای که فرد بتواند با چالش ها و ضروریات زندگی روزمره کنار بیاید، تعریف کرده است. مهارت های زندگی هم به صورت یک راهکار ارتقاء سلامت روانی و هم به صورت ابزاری در پیشگیری از آسیب های روانی- اجتماعی نظیر اعتیاد، خشونت های خانگی، اجتماعی، آزار کودکان خودکشی، ایدز و موارد مشابه قابل استفاده است [۴]. این سازمان مهارت های زندگی را در ۱۰ مورد طبقه بندی کرده است که در جدول ۱ مطرح شده اند:

جدول ۱ – ده مهارت اصلی زندگی

مهارت مقابله با استرس	مهارت ابراز وجود
مهارت برقراری ارتباط مؤثر	مهارت روابط بین فردی
مهارت همدلی	مهارت خود آگاهی
مهارت تفکر خلاق	مهارت تفکر نقاد
مهارت مقابله با هیجان ها	مهارت تصمیم گیری

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

پژوهش های متعدد نشان داده اند که ویژگی هایی که فرد در این آموزش ها کسب می کند وی را قادر می سازد که فرصت های زندگی را مغتنم شمرده و برای مقابله با خطرات احتمالی آماده شود [۵].

۱-۲. تاریخچه مهارت های زندگی

برنامه مهارت های زندگی یکی از راهبرد های متمرکز بر فرد است و تلاش می کند که از طریق افزایش توانایی مقابله ای افراد ظرفیت آنان را در جهت مقابله با چالش ها، کشمکش ها و ناملایمات زندگی روزمره ارتقاء دهند. به عبارت دیگر افراد را در برابر مشکلات ایمن نمایند. برنامه آموزش مهارت های زندگی توسط دکتر گیلبرت.جی بوتوین در سال ۱۹۷۹ میلادی مطرح شده است وی در این سال یک مجموعه آموزش مهارت های زندگی برای دانش آموزان کلاس هفتم تا نهم تدوین نمود. این برنامه آموزش به نوجوانان که چگونه با استفاده از مهارت های رفتار جرأت مندانه، تصمیم گیری و تفکر نقاد در مقابل وسوسه یا پیشنهاد سوء مصرف مواد از سوی همسالان مقاومت کنند. هدف بوتوین طراحی یک برنامه پیش گیری اولیه بود و مطالعات بعدی نشان داد که آموزش مهارت های زندگی تنها در صورتی به نتایج مورد نظر ختم می شود، که مهارت ها به فرد آموخته شود [۶]. برنامه آموزش مهارت های زندگی، مهارت های شناختی و رفتاری ایجاد عزت نفس، مقاومت در برابر فشار و تبلیغات، کنترل اضطراب، ارتباط مؤثر، برقراری روابط شخصی و پافشاری برای حقوق شخصی را آموزش می دهد. برنامه **LST** مباحثه گروهی، سرمشق گیری، تمرین رفتاری، تقویت وتکالیف خانگی را به منظور کسب اهداف مطلوب به کار می گیرد. سایر برنامه هایی که رویکرد شبیه به **LST** را به کار می برند و مهارت های اجتماعی و مهارت های امتناع از مواد را آموزش می دهند، نتایج مثبتی را نشان داده اند [۱]. در کشور ایران نیز چند سالی است که طرح آموزش مهارت های زندگی زیر نظر سازمان بهزیستی، یونیسف و سازمان بهداشت جهانی اجرا می شود. آموزش و پرورش در سال تحصیلی ۷۸-۷۷ در سطح متوسطه اقدام به اجرای آموزش مهارت های زندگی به عنوان یک درس انتخابی پرورشی نموده است و در قلب یک ماده درسی در مدارس تدریس می شود. طرح آموزش این مهارت های که در سال ۱۳۷۹ به صورت آزمایشی در برخی از استان ها شروع شده که طی آن مهارت های زندگی توسط کارشناسان امور اجتماعی و روانشناسان مبانی مورد نیاز در زندگی به افراد، آموزش داده می شود[۷].

۲-۲. اهداف آموزش مهارت های زندگی

اهداف آموزش مهارت های زندگی بطور اخصّ عبارتند از:

۱- ارائه آموزش های متناسب با نیازهای زندگی و شغلی مخاطبان و کمک به بهبودی شرایط زیستی آن ها.

۲- گسترش آگاهی های اجتماعی، فردی، شغلی و خانوادگی مخاطبان در خصوص مسائل جاری زندگی.

۳- توانمندسازی افراد در ابعاد مختلف زندگی به منظور تسهیل در برقراری ارتباط و برخورد مناسب با مسائل زندگی

۴- ارتقاء سطح بهداشت روانی و پیش گیری از شکل گیری رفتارهای آسیب رسان و مشکلات روانی

۵- پیشگیری از آسیب های اجتماعی مانند سوء مصرف مواد مخدر، خودکشی و بزهکاری.

۶- کمک به شکوفایی تواناییهای بالقوه و حرکت از ناتوانی و ضعفهای مهارتی به سوی مهارتهای توانمندوسازنده [۸].

۳ – ۲. روش های آموزش مهارت های زندگی

گستردگی و تنوع مهارت های زندگی سبب می شود که نتوان یک روش آموزشی مناسب برای آن پیشنهاد نمود. در زمینه مهارت های زندگی با کثرت روش های آموزشی مواجهه هستیم. در آموزش مهارت های زندگی افراد فعالانه در فرایند یاددهی، یادگیری پویا تر درگیر می شوند. روش هایی برای تسهیل این درگیری فعال استفاده می شود، شامل کار کردن در گروه های کوچک، بارش ذهنی، ایفای نقش، بازی و مباحثه است [۹]. یونیسف، برای آموزش مهارت های زندگی هفت روش پیشنهاد کرده که عبارتند از: ایفای نقش، متن نمایشی (سناریو)، توجه به ارزش ها، مشکل گشایی گروهی، نمایش ویدیوئی، سخنرانی میهمان و بحث گروه [۱۰]. در این پژوهش با توجه به اینکه مهارت های زندگی برای بیماران دچار سوء مصرف مواد آموزش داده می شود و قصد این است که از عود اعتیاد آنها پیشگیری شود، پس باید از روشی استفاده شود که کاملاً کاربردی و متناسب با این جمعیت باشد. به همین دلیل از روش آموزش کارگاهی استفاده گردیده که در آن ایفای نقش، بحث گروهی و کار عملی گنجانده شده بود. سازمان بهداشت جهانی ده مهارت را به عنوان مهارت های زندگی اصلی معرفی نموده است.

۴-۲. سبب شناسی اعتیاد

مدل وابستگی داروئی مطابق با معیار های **ICD -10** و **DSM – IV –TR** مفاهیم وابستگی را به عنوان یک جنبه از فرآیندی می داند که از تعامل چندین عامل موثر بر رفتار مصرف دارو ترکیب شده اند. البته این امر ممکن است به عدم انعطاف پذیری نسبت به تصمیم

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

گیری راجع به مصرف داروی دریافتی منجر شود، اگرچه عمل تهیه دارو در این فرآیند برجسته است اما تصور نمی شود همه افرادی که به یک دارو وابستگی پیدا می کنند، اثرات آن را به یک گونه تجربه نمایند یا توسط همان سری از عوامل برانگیخته شوند. بدیهی است که در طول مراحل گوناگون فرآیند، امکان دارد عوامل متنوعی کم و بیش اهمیت داشته باشند. لذا قابلیت دسترسی به دارو، پذیرش اجتماعی و فشار های یکسان، این احتمال را ایجاد میکند که تعیین کننده ی عمده آغاز تجربه مصرف دارو باشند، با این حال عواملی نظیر شخصیت و جنبه های زیست شناختی در نحوه اثرگذاری کسب دارو از اهمیت بیشتری برخوردارند [۱۱].

عناصر مرکزی نشان دهنده رفتار مصرف دارو است، تصمیم به جهت مصرف یک دارو تاثیر موقعیت های روان شناختی و اجتماعی به علاوه سوابق فردی قرار می گیرد. مصرف دارو می تواند زنجیره پیامد های پاداش دهنده و یا تنفرانگیز را تحریک کرده و قادر است از طریق فرآیند یادگیری به کاهش یا افزایش احتمال رفتار مصرف دارو (که تکرار خواهد شد) منجر گردد. در مورد برخی از داروها، وقتی مصرف صورت گیرد، فرآیند های زیست شناختی مرتبط با تحمل و وابستگی فیزیکی آغاز می شوند. در جدیدترین مدل سبب شناسی برای سوء مصرف و وابستگی به مواد ازهمه نظریه ها از جمله روان پویائی، رفتاری، ژنتیک، عصب شناسی و ... بهره گرفته شده است. این طرح که مدل روان داروشناختی نام دارد، وابستگی به مواد را به صورت رفتاری مواد جویانه دانسته که تحت کنترل چهار فرآیند عمده قرار دارند. بدین لحاظ، تقویت مثبت و اثرات افتراقی مواد و محرک هایی که در ارتباط با آنها هستند، موادخواهی را تسهیل می بخشند و اثرات بیزاری کننده مواد منجر به تضعیف رفتار خواهد شد [۱۲].

۱-۴-۲. عوامل فردی در گرایش به اعتیاد

۱- مشخصات دموگرافیک معتادان:علل گرایش به اعتیاد عوامل متفاوتی از جمله فردی،خانوادگی و اجتماعی میباشد.

۲- صفات شخصیتی مستعد کننده اعتیاد

۳- استرس‌های فردی و اعتیاد

۴- تاثیر بیماریهای جسمی و روانی بر اعتیاد من جمله افسردگی، اضطراب

۲-۴-۲. عوامل خانوادگی مستعد کننده اعتیاد

۱- ارتباط نوع تربیت فرزندان با شروع اعتیاد

۲- بی‌توجهی به نیازهای اعضاء خانواده

۳- اختلافات خانوادگی

۴- فقدان والدین و آسیب‌های اجتماعی

۳-۴-۲. برخی عوامل اجتماعی زمینه‌ساز اعتیاد

۱- تأثیر روابط دوستان و همسالان

۲- عوامل تحصیلی موثر در اعتیاد دانش‌آموزان

۳- نقش محل سکونت در شیوع اعتیاد

۴- تاثیر عوامل فرهنگی در گرایش به اعتیاد

۴-۴-۲. برخی صفات شخصیتی مستعد کننده اعتیاد

۱- افرادی که رفتارهای آنها غیرقابل پیش‌بینی است و به عواقب رفتار خود نمی‌اندیشند اگر مواد در اختیار آنها قرار بگیرد بدون توجه به پیامد آن مصرف می‌کنند.

۲- افرادی که خلق ناپایدار دارند یعنی بدون علت خوشحال و یا ناراحت می شوند.

۳- کسانی که رفتارهای خودآزارانه دارند

۴- افرادی که احساس ناکامی و شکست می کنند

۵- افرادی که در پی جلب توجه دیگران هستند و تحت تأثیردیگران قرار می‌گیرند [۱۳].

۵-۴-۲. عوامل اجتماعی – فرهنگی

۱-۵-۴-۲. خانواده

خانواده یکی از مهمترین عوامل محیطی اجتماعی و فرهنگی است که در سوء مصرف مواد سهیم می‌باشد به ترتیبی که اکنون دلایل مؤکدی مبنی بر نقش ساختاری خانواده در سوء مصرف و وابستگی به مواد وجود دارد مشاهدات تجربی براساس نظرگاههای مختلف نسبت به رابطه میان خانواده و وقوع وابستگی در اعضاء از یکدیگر متفاوت و قابل تمایز می‌باشند به تاکید چیریلو و همکاران وسیعترین بررسی ها درباره خانواده هایی با یک عضو معتاد به مواد که در ایالات متحده آمریکا انجام شده است [۱۳].

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

۲-۵-۴-۲. رابطه زناشویی والدین

اغلب مواقع خانواده و به ویژه روابط زناشویی والدین عامل واسطه‌ای برای مسائل و مشکلات است که برای فرزندان پیش می آید چنین ارتباطی از بسیاری جهات فهم تحول و رشد کودکان و فرزندان در خانواده‌ها را پیچیده می‌نماید متغیرهای مربوط به روابط زناشویی والدین نسبت به روابط والدین کودک دارای تأثیرات مستقیم کمتری برآغاز سوء مصرف در فرزندان است اما با عوامل خطر دیگر که بر مصرف مواد در فرزندان تاثیر دارد تعاملی تنگاتنگ دارد بعضی محققان من جمله را بینز بر پایه پژوهشهای خود پی برده‌اند که تعارضهای زناشویی و خانوادگی با بزهکاری و مصرف مواد توسط فرزندان و کودکان خانواده‌ها مرتبط هستند [۱۳].

۳-۵-۴-۲. مصرف مواد توسط والدین و حیطه شخصیتی والدین

مصرف مواد توسط والدین با مصرف مواد توسط فرزندان ارتباط دارد چنین ارتباط و انتقالی از جانب والدین به فرزندان شاید ژنتیکی و شاید هم بازتابی از فرآیند الگوبرداری از والدین باشد در حقیقت نه تنها مصرف مواد توسط والدین دارای اهمیت است بلکه نگرشهای والدین نسبت به مواد نیز در این بین نقش بازی می‌کنند والدینی که نسبت به مصرف مواد شکیبایی و تحمل نشان می‌دهند احتمال بیشتری دارد فرزندانی داشته باشند که مصرف کننده مواد باشند ویژگیهای شخصیتی والدین در مصرف مواد توسط فرزندان نیز اهمیت دارد اما تاثیر این عوامل تحت تاثیر ارتباط با دیگر عوامل می‌باشد عامل مهم برای والدین این است که جهت همانند سازی فرزندان با خود رفتارها و ارزشهای رسمی و مطلوبی به آنها ارائه دهند به ویژه درمورد مادران، فقدان سازگاری روانشناختی یکی از عوامل تعیین کننده در مصرف مواد توسط فرزندان است[۱۳].

۴-۵-۴-۲. خواهران و برادران

نوجوانانی که خواهر یا برادر مصرف کننده مواد دارند گرایش آنها به مصرف مواد احتمالاً افزایش می‌یابد در حقیقت تأثیر شخصیت یک برادر بزرگتر بر شخصیت برادر کوچکتر به فرآیند همانند سازی و الگوبرداری قابل انتساب است این همانندسازی احتمال داردکه به ارزشها نگرشها و جهت‌گیریهای رفتاری مشترک منجر شود. روابط خواهر و برادران که با ویژگی کشمکش بیشتر میان خواهران و برادران مشخص می‌شود به صورت زیر با یکدیگر ارتباط می‌یابند. روابط نابسامان خواهران و برادران منجر به تنش و فشار درونی بیشتر می‌شود پس این تنش، رفتار و نگرشهای رسمی کمتری را در ارتباط میان خواهران و برادران بوجود می‌آورد و در پایان احتمال مصرف مواد را چنین روابطی افزایش می‌دهد. روابط خواهران و برادران همچنین با عوامل مربوط به والدین، تعامل دوسویه دارد [۱۳].

۵-۵-۴-۲. همسالان

گرایش به مصرف مواد در نوجوانان و جوانان بیش از والدین تحت تأثیر همسالان قراردارد. باید توجه داشت که عوامل دیگری چون صمیمت دوستان، پایبندی به ارزش های اجتماعی وپیشرفت تحصیلی نیز می‌تواند در حفاظت از گرایش به مصرف مواد اهمیت داشته باشد در واقع باید احتمال علیت متقابل و احتمال وجود حلقه‌های بازخوردی میان مصرف مواد توسط دوستان و مصرف مواد توسط فرد را همواره در نظر گرفت نوجوانانی که مصرف کننده مواد هستند احتمالاً بیشتر با دوستانی که سوء مصرف کننده مواد هستند ارتباط دارند و این ارتباط خود شانس درگیری بیشتر با مواد و ماندن در وضعیت یک مصرف کننده را افزایش می‌دهد [۱۳].

۶-۵-۴-۲. انتظارات و نگرشهای فرهنگی و اجتماعی

بیلز طی مطالعات خود برروی جوامع مختلف اظهار داشت که شیوع اعتیاد به سه عامل فرهنگی وابسته است:

۱- میزان تنش و فشار درونی که در اثر فرهنگ بوجود می‌آید

۲- تشویق مصرف مواد از طریق فرهنگ

۳- میزان آمادگی که هر فرهنگ برای جانشین ساختن احتیاجات ارضاء نشده و سازگاری با تنش آماده می‌سازد.

برداشت و نگرش هرجامعه نسبت به مواد و افراد معتاد از عوامل مهمی به شمار می‌رود که در گسترش اعتیاد نقش بازی می‌کند نگرشها و برخورد جوامع و فرهنگهای گوناگون در مراحل اولیه شیوع مواد به دلیل اثرات مثبت درمانی آن به نوعی مثبت بوده ولی به مرور با فراگیر شدن مصرف مواد و گسترش اعتیاد و پیوند یافتن آن با بسیاری از مشکلات اجتماعی از جمله جرم و جنایت و مشکلات خانوادگی تبدیل به طرد و جهتگیری مقابله‌ای شده است[۱۳].

۵-۲. واکنشهای اجتماعی در برابر اعتیاد

معمولاً واکنش اجتماعی مردم در مورد مصرف مواد مخدر در طول قرون متفاوت بوده است. باید به این حقیقت تلخ اعتراف کرد که اعتیاد را بیشتر یک مسئله شخص و فردی می‌دانند نه اجتماعی، در حالیکه برعکس است وبیشتر مسئله و مشکل اجتماعی است نه شخصی در هند مصرف ماری‌جوانا و به حدی مصرف داردکه کاملاً عادی تلقی می‌شود و حتی در برخی مجالس عروسی نوعی نوشیدنی به میهمان می‌دهند که ترکیبی است از ماریجوانا و شیره آب میوه ودر این جشنها حتی افراد مذهبی هم ذائقه خود را با این نوشیدنی شیرین می‌کنند و

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

اگر آنها به مصرف این مواد عادت کنند جاه و جلال خود را در جامعه از دست نخواهند دارد چون این کار از نظر مردم غیرعادی نیست و اعتیاد افراد مذهبی تنفر مردم عادی را بر نمی‌انگیزد. مصرف دارویی و مجلسی تریاک و مرفین به خصوص درمورد تخفیف و رهایی از دردهای جسمی به داروسازان کمک کرده تا از تریاک و مشتقات آن داروهای آرام بخش تهیه کنند و اغلب توسط پزشکان قدیمی تجویز می‌شده و به حدی مصرف زیاد پیدا کرده که حتی به صورت پاره فرهنگ جامعه درآمده است و در ایران درگوشه و کنار هرکسی دردی داشته باشد بوسیله مردم پزشک‌نما فوراً برایش تریاک تجویز می‌شود بدون اینکه بفهمند چه تأثیر نامطلوبی دارد. در قرن ۱۹ در آمریکا استفاده از مواد امری عادی بود ولی مردم به فرد معتاد با حالتی ترحم‌آمیز نگاه می‌کردند ولی آنها را بیمار اجتماعی نمی‌دانستند ولی مردم بر اثر مبارزه دولت و منع فروش بدون تجویز طبیب کم‌کم این عقیده مردم تغییر کرد و افراد معتاد را جزء جنایتکاران به حساب آوردند. درایران مصرف تریاک مدتها عادی و رایج بود و اغلب خانواده‌ها مقداری تریاک را در آب حل می‌کردند و به کودکان خود می‌داد تا شب راحت بخوابد به حدی که کودکان هم معتاد می‌شدند و حتی مدتی هم خرید و فروش آزاد بود تا اینکه در ایران قوانینی وضع شد تا جلوی مصرف مواد را بگیرند [۱۴].

۲-۶. نظریه های انحرافات اجتماعی در خصوص پیدایش اعتیاد

۲-۶-۱. تبیین های روان شناختی

تبیین های روان شناختی بر تفاوت های فردی اشخاص در شیوه تفکر و احساس درباره رفتار خویش تأکید دارند; تفاوت هایی که می تواند به شکل تفاوت هایی ظریف و جزئی در رفتار برخی افراد با افراد متعارف یا حتی در قالب اختلالات وخیم شخصیتی ظاهر شود و برخی افراد را به سبب عللی مانند افزایش خشم و عصبانیت، کمی وابستگی و تعلق خاطر به یکدیگر، یا تمایل به خطر کردن و لذت جویی با شدت بیشتری مستعد ارتکاب رفتارهای کجروانه سازد. یکی از تبیین های روان شناختی که بر نارسایی های شخصیتی تأکید دارد، تبیین فروید است. فروید ساختار شخصیت را شامل سه لایه «نهاد»، «من» و «من برتر»می داند. «نهاد» همان نفس اماره و سرچشمه نیروی نفسانی می باشد که هیچ گونه قید و بندی نمی شناسد. «من» هسته اصلی شخصیت و مبیّن آموزش و فراگیری واقعیات زندگی است. این بخش پیونددهنده «نهاد» و «مَن برتر» و ـ به اصطلاح ـ دروازه بان شخصیت است. «مَن برتر» شامل ارزش های اخلاقی و وجدانی فرد است که به تدریج با آموزش و پرورش و تأثیر عوامل محیطی ایجاد می شود. فروید معتقد است که عرصه زندگی انسان صحنه کشاکش دو نیروی «نهاد» و «مَن برتر» می باشد. زمانی رفتار انحراف آمیز پیش می آید که «نهاد» در مبارزه با «مَن برتر» پیروز گردد. ژان برژه معتادان را از نظر شخصیتی و روانی به معتادان با ساختار «روان نژند»، «روان پریش» و «افسرده» حال تقسیم می کند [۱۵].

اما به طور کلی، تقسیم بندی دیگری وجود داردکه بیشتر روان شناسان پای بند آن هستند و آن تقسیم شخصیت معتاد به «نوروتیک»، «سایکوتیک» و «سازمان نیافته» است. معتادان «نوروتیک» خودآزار و دیگرآزارند و دارای اختلال در روابط عاطفی و خانوادگی می باشند. از نظر روانی، این افراد با مصاحبه و رویارویی و نیز از طریق همدلی، اعتماد و اطمینان بخشیدن به آن ها باید تحت درمان قرار گیرند. معتادان «سایکوتیک»، واقعیت گریز هستند، روانکاوی این گروه و کنترل پرخاشگری در آن ها بهترین راه درمان این گروه محسوب می گردد. معتادانی که دارای رفتار «سازمان نیافته» هستند، قادر به برقراری ارتباط با واقعیت ها نیستند و ناکامی های خود را معلول محیط اجتماعی و خانوادگی دوران کودکی خود می دانند و بسیار خیالپرداز هستند. این گروه نیز از طریق روانکاوی فردی و گروهی تحت درمان قرار می گیرند[۱۶]. بنابراین هرگاه رشد روانی فرد به موازات رشد جسمی او انجام نگیرد و شخصیت فرد تکامل نیابد، فرد در معرض و هجوم بیماری ها و اختلالات روانی قرار می گیرد و به فردی بی اراده، تلقین پذیر و بی عاطفه تبدیل می شود. در این هنگام در معرض خطر کجروی و انحراف واقع می شود، که اعتیاد به مواد مخدر یکی از این انحرافات می باشد. این گونه افراد به دلیل عدم تکوین شخصیت نمی توانند ارزش های اخلاقی را بپذیرند و به آسانی نمی توانند خود را با محیط سازش دهند. علاوه بر آن، دچار مشکلات احساسی و عاطفی می گردند. در نتیجه، زمینه مناسبی برای اعتیاد به مواد مخدر در چنین افرادی به وجود می آید[۱۵].

۲-۶-۲. تبیین های زیست شناختی

تبیین های زیست شناختی را می توان به دو حیطه تبیین های حاکی از اختلالات بدن و تبیین های ژنتیک تقسیم کرد. تبیین های زیست شناختی، عوامل جسمی و زیستی را عامل پیدایش کجروی می شمرند. به نظر آن ها مجرمان و تبهکاران دارای ساختمان زیستی خاص هستند و با دیگران به لحاظ زیستی متفاوت می باشند; یعنی بین نقص بدنی و گرایش به انحرافات اجتماعی رابطه نزدیکی وجود دارد. روان پزشکان نیز ابتلا به بیماری ها و اختلالات روانی را ناشی از ضایعات وارد بر مغز می دانند. بر این اساس، عواملی مانند: ارث، کروموزوم ها، ژن ها، ابتلا به بیماری ها، جنسیت، سن و نژاد به نوعی عامل رو آوردن فرد به اعتیاد معرفی می شود. لامبروزو، پدر نظریه زیستی، معتقد است مجرمان، خصایص انسان های ابتدایی و وحشی را دارا می باشند. به عقیده وی، ویژگی های جسمی و ظاهری وجود دارد که مجرمان را از بقیه انسان ها جدا می کند[۱۷].

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

۱-۲-۶-۲. دیدگاه جانی زادگان و عوامل وراثتی

آنان معتقدند برخی افراد «جانی مادرزاد» می باشند و خواه ناخواه مرتکب انحرافات اجتماعی می شوند. آنها دارای علایم بدنی می باشند که از دیگران متمایزند. علایم مزبور عبارتند از:

۱) داشتن پشتی خمیده، دندان های غیرعادی

۲) داشتن دید بسیار قوی و علاقه مندی شدید به خونریزی

۳) عدم تغییر رنگ در مواقع هیجان و شرم

۴) داشتن خصوصیات معکوس جنسی

۵) بی تفاوت در مقابل درد

۶) احساس پیری در جوانی به دلیل ترشح نادرست غدد داخلی

برخی از این متفکّران بر نقش وراثت و کروموزوم ها تأکید دارند و معتقدند اغلب افراد تبهکار دارای تفاوتی در ژن ها می باشند (افرادی که جنایتکار به دنیا می آیند الگوی کروموزوم **xyy** دارند). برخی نیز معتقدند بین تیپ جسمی افراد و گرایش آن ها به جرم رابطه وجود دارد؛ مثلا، در تیپ شناسی شلدون، افراد به سه دسته چاق، عضلانی و استخوانی تقسیم می شوند. وی معتقد است: افراد چاق مهربان، افراد عضلانی زورگو(و اغلب بین این افراد جرم بیشتر به چشم می خورد) و افراد استخوانی گوشه گیر و حساس می باشند [۱۸].

۳-۶-۲. نظریه های جامعه شناختی

بر نقش مهم محیط اجتماعی در شکل دادن به پدیده کجروی تأکید دارند; و هنگام توجه به چگونگی شکل گرفتن رفتارهای کجروانه در صحنه اجتماع اساساً به عللی توجه می کنند که گروه ها یا قشرهایی را از اعضای آن، در معرض کجروی قرار می دهد. این دسته تبیین ها، شکل گیری رفتارهای کجروانه را عمدتاً به اموری مانند ساخت اجتماعی و شرایط و موقعیت های اجتماعی که فرد در آن ها قرار می گیرد نسبت می دهند. استدلال عمده در این دسته تبیین ها آن است که نهادهای اجتماعی و مناسبات کلی اجتماعی را باید به عنوان یک کل نگریست و بر همین اساس، کجروی را نیز در درون و در ربط و نسبت با آن باید مطالعه کرد. معمولا این تبیین ها پاسخ به این پرسش را هدف خود قرار داده اند که: چه چیزی در محیط های اجتماعی وجود دارد که مردم را کجرو و بزهکار می سازد؟

۱-۳-۶-۲. نظریه مرتن: (عوامل اجتماعی)

از نظر بسیاری از جامعه شناسان انحراف نتیجه نارسایی های موجود در فرهنگ و ساختار اجتماعی یک جامعه است. هر جامعه ای نه تنها هدف های فرهنگی تجویز شده ای دارد، بلکه وسایل اجتماعی پذیرفته شده ای را نیز برای دستیابی به این هدف ها در اختیار دارد. هرگاه این وسایل در دسترس فرد قرار نگیرد، احتمالا آن شخص به رفتار انحراف آمیز دست می زند. رویکرد نابسامانی اجتماعی به عنوان یکی از نظریه های جامعه شناختی انحراف اجتماعی و بعضاً اعتیاد می باشد. مهم ترین نظریه پرداز در این رویکرد مرتن، جامعه شناس آمریکایی، است. رویکرد نابسامانی اجتماعی، منشأ کجروی را تنها به ساخت اجتماعی و فرهنگ (نه شخص کجرو و شکست های او) مربوط نمی سازد، بلکه این توجه را نیز به دست می دهد که چرا افراد برخی اعمال کجروانه، به ویژه جرایم مالی را مرتکب می شوند. این رویکرد، هم در مورد کجروی فردی و هم در مورد کجروی گروهی بحث می کند و به گونه ای بسیاری از رفتارهای کجروانه را در برمی گیرد. بی هنجاری که به حالت عدم هنجارمندی یا بی ریشگی اطلاق می شود، زمینه ایجاد کجروی و انحراف اجتماعی می باشد; زیرا حالت بی هنجاری زمانی پیش می آید که چشمداشت های فرهنگی با واقعیت های اجتماعی سازگاری ندارد[۱۹]. مرتن کوشیده است بی هنجاری را به انحراف اجتماعی ربط دهد. وی معتقد است که فرد در نتیجه فراگرد اجتماعی شدن، هدف های مهم فرهنگی و نیز راه های دستیابی به این اهداف را که از نظر فرهنگی مورد قبول باشند فرا می گیرد. هرگاه تعارض میان اهداف مقبول اجتماعی و وسایل مقبول و قابل دسترس در جامعه ایجاد شود، فرد به ناهنجاری و کجروی روی می آورد. وی گونه های متفاوت این کجروی ها را در چهار صورت زیر تصویر کرده است:

۱) کجرو در عین قبول اهداف اجتماعی، برای رسیدن به آن از وسایل غیرمقبول استفاده می کند; برای مثال، در زمینه مواد مخدّر کسی که از راه مشروع به ثروت و موقعیت اجتماعی دسترسی پیدا نمی کند ممکن است از راه های غیرمشروع و غیرقانونی، مانند توزیع مواد مخدّر، برای رسیدن به اهداف خود استفاده کند.

۲) کجرو اهداف مقبول جامعه و وسایل صحیح رسیدن به اهداف را نفی می کند. در این مورد معمولا افراد از جامعه منزوی می شوند. برخی از این افراد به منظور جبران تنهایی خود، به مشروبات الکلی و یا مواد مخدّر روی می آورند.

۳) کجرو، اهداف و وسایل مقبول جامعه را رد کرده و اهداف و وسایل مقبول خویش را مطرح می کند; در این مورد، افراد روحیه انقلابی می گیرند و از طریق مبارزه با نظام سعی در تغییر آن دارند.

۴) جرو، اهداف مقبول جامعه را نمی پذیرد، اما برای رسیدن به مقاصد خود از وسایل مقبول جامعه استفاده میکند. در این مورد، افراد کوشش می کنند تا وارد بدنه قدرت شوند و از راه های قانونی به اهداف خود برسند.

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

۲-۳-۶-۲. نظریه کنترل اجتماعی

نظریه کنترل اجتماعی تاریخی طولانی دارد و این عقیده که «شکل گیری رفتار انحرافی به وسیله جوانان» علت فقدان برخی کنترل های اجتماعی است، برای مدتی به طور کلی مورد قبول بوده است. این نظریه همنوایی را حاصل وجود پیوندهای اجتماعی بین افراد جامعه و اعمال انواع کنترل از طرف جامعه بر افراد می داند و ناهمنوایی را ناشی از گسستن پیوندهای شخصی بر نظم قراردادی جامعه قلمداد می کند. هیرشی، یکی از نظریه پردازان معروف این حوزه نظری نشان داده که چگونه در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم نقش برجسته ای در تعاریف جرم و بزهکاری داشته اند. نظریه کنترل اجتماعی بر این پیش فرض استوار است که اگر بخواهیم از تمایلات رفتار انحرافی جلوگیری شود باید همه افراد، اعم از جوان و بزرگسال، کنترل شوند. طبق این نظریه، رفتار انحرافی، عمومی و همه گیر است و آن نتیجه کارکرد ضعیف سازوکارهای کنترل اجتماعی می باشد. این نظریه بر دو نوع کنترل شخصی و کنترل اجتماعی تأکید دارد. نظام های کنترل شخصی شامل عوامل فردی و به ویژه روان شناختی می باشد. اعتماد به نفس به عنوان عامل اساسی روان شناختی در کنترل شخصی شناخته شده است. عوامل کنترل اجتماعی شامل وابستگی و پای بندی به نهادهای بنیادین اجتماعی مانند: خانواده، دین، سیاست و آموزش می باشد[۱۹].

یکی دیگر از پیش فرض های نظریه کنترل اجتماعی این است که وفاق کلی در مورد هنجارها، ارزش ها، اعتقادات و باورهای رایج در جامعه وجود دارد و کنترل اجتماعی بر مبنای این وفاق اجتماعی انجام می شود. امروزه به دلایل گوناگون، از جمله افزایش جمعیت، کنترل رسمی بیشتر و جایگزین کنترل های غیررسمی شود. ابزار مهم کنترل اجتماعی، اجتماعی کردن افراد است که ضعف در این امر موجب بروز رفتارهای نابهنجار و از جمله اعتیاد می شود.

۲-۷. نقش خانواده و اجتماعی که در آن زندگی می‌کنیم در پیدایش اعتیاد

نکات و موضوعاتی که درخانواده می تواند باعث سقوط و تباهی فرزندان شود:

۱-۷-۲. کجروی

کجروی انواع و اقسام دارد می‌تواند جزئی باشد مانند رعایت نکردن محدودیت سرعت دررانندگی و تا مسائل بسیار بزرگتر و یکی از کجرویهای خطرناک و ویرانگر قرن حاضر اعتیاد است که قسمت اعظم علت آن به خانواده بر می‌گردد خانواده اولین اجتماعی است که انسان با آن روبرو می‌شود و می‌تواند نقش اساسی درشکل گرفتن شخصیت و رفتار انسان داشته باشد به همین دلیل محبت والدین به همان اندازه تغذیه سالم و واکسیناسیون و بهداشت برای سلامتی ضرورت دارد.

۲-۷-۲. طلاق

باید مواظب رفتار و صحبت خود در حضور کودکان باشند چرا که هر رفتاری از قبیل بدگویی پشت سریکدیگر- خط و نشان کشیدن و... می‌تواند عواقب سوئی برای فرزندان داشته باشد و این بی محبتی و طرد شدن از طرف والدین می‌تواند باعث ایجاد انحراف در فرزندان شود.

۳-۷-۲. ازدواج مجدد

می‌تواند شرایط مختلفی داشته باشد ممکن است کودک جدید از این ازدواج حاصل شود یا نشود، والد ناتنی ممکن است فرزندی از قبل داشته باشد و با خود به این خانواده بیاورد. ملاقات با والدی که جدا از فرزند زندگی می‌کند. همه اینها می‌تواند تأثیرات مختلف روی روحیه فرزندان بگذارد و ممکن است خطرناک باشد.

۴-۷-۲. خشونت در خانواده

دراین خانواده‌ها معمولاً سرپرست خانواده خلافکار یا معتاد یا دچار بیماریهای روانی است در خانواده گاهی این خشونت ازطرف زن اتفاق می‌افتد که معمولاً نادر است. معمولاً همراه با کتک خوردن زن و فرزندان همراه می‌شود و این کودکن برای پناه بردن به محیطی امن احتمال سقوط و لغزشی دارند

۵-۷-۲. رفت و آمدها و معاشرتهای ناسالم درخانواده

خانواده‌ای که با دوستان ناسالم رفت و آمد می‌کنند. بد و خوب را به فرزندان خود تفهیم نمی‌کنند و بعضاً یک سری کارها را به شدت منع می‌کنند ولی خودشان در حضور فرزندان این کار را انجام می‌دهند مثلاً بساط تفریحات ناسالم مانند اعتیاد را در حضور کودکان دایر می‌کنند.

۶-۷-۲. پرداختن به کار و غافل شدن از حال و روز فرزندان

پدر و مادرانی که خیلی کار می‌کنند و از صبح تا شب حتی فرصت ندارند فرزندان خود را درست ببینند چه برسد که با آنها صحبت کنند و نیازها و کمبودهای آنها را بشنوند این کودکان اگرچه از تفکر مالی درشرایط بهتری بسر می‌برند اما از نظر عاطفی دچار خلاء می‌شوند

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

و این کودکان کمبود عاطفی را در همنشینی با دوستان و افراد دیگر جستجو می‌کنند که ممکن است دوستی ناباب یا شخص دیگری درزندگی او قرار گیرد و باعث انحراف او شود[۲۰].

آموزش مهارتهای اجتماعی در مدرسه، آموزش حل مساله، آموزش نه گفتن دربرابر پیشنهاد مصرف، آموزش روشهای مقابله با استرس وبسیاری از آموزشهای رفتاری – شناختی و اصلاح کننده نگرش افراد از دوران نوجوانی می‌تواند علاوه بر کاهش تنش‌ها و استرسهای فردی و خانوادگی و اجتماعی نقش کارسازی در جلوگیری از پناه بردن نوجوانان و جوانان به سوی مصرف مواد و الکل داشته باشد. رسانه‌های گروهی دانشگاهها، وزارت بهداشت، و درمان و آموزش پزشکی و وزارت آموزش و پرورشی لازم است در جهت راه اندازی این گونه آموزش ها چه به صورت عمومی و چه به صورت گروهی، خانوادگی و انفرادی اقدام نمایند[۲۱]. ازدیدگاه جامعه شناسی مهمترین و شایع‌ترین اجزای تشکیل دهنده شکل تظاهر فردی و اجتماعی به مواد مخدر توسط برخی پیش داده‌ها تعیین می‌گردد که مسئولیت رفتار اجتماعی بسیاری از جوانان بر دوش آنهاست،

- در اولین نگاه متوجه می شویم که حجم موادمخدر در بازار بسیار افزایش یافته در نتیجه دسترسی آسان شده است.
- ظاهراً مصرف مواد مخدر هرچه بیشتر شکل مد روز به خود می‌گیرد مانند لباس و موسیقی که جوانان برای پذیرفته شدن در گروه همسالان، خود را با آن منطبق می‌سازند.
- شتاب وارده بر روند استقلال جوی جوانان به خاطر شرایط گوناگون اجتماعی خانواده، طولانی‌تر شدن دوران آموزش جوانان بسیاری از والدین که دست از حمایت‌های همه جانبه و سلطه‌گرانه فرزندان خود بر نمی‌دارند همگی فاکتورهای مهمی هستند که مانع از تعریف شفاف دوران بلوغ می‌شود در نتیجه باعث وابستگی به والدین ایجاد می‌شود و فاصله سالم و قبول مسئولیت فردی را به تأخیر می‌اندازد[۲۲].

۲-۸. عود اعتیاد

بسیاری از کسانی که تصمیم به قدم نهادن به مرحله عمل می گیرند، تغییر نظر می دهند و به مصرف خود بر می گردند. پس از عود آن ها به یکی از مراحل قبلی بر می گردند. این نکته مهم است که افراد از این مراحل به جلو و عقب حرکت می کنند. اگر درمانگر بتواند به بیمار کمک کند که به سمت جلو پیش برود، حتی اگر این حرکت منجر به تغییر رفتار نشود نیز، نتیجه قابل قبول است. وظیفه اولیه درمانگر این است که مشخص کند بیمار در چه مرحله ای از مراحل تغییر قرار دارد، تا بتواند راهبرد مناسب آن سطح انگیزه را بیابد. درغیر این صورت مقاومت محتمل ترین نتیجه خواهد بود. هدف می بایست افزایش انگیزه خود بیمار باشد تا تغییر از سوی خود بیمار صورت گیرد و از جانب درمانگر بر او تحمیل نشود. اگر این روش درست انجام گیرد، خود بیمار بر استدلال هایی در جهت تغییر تاکید می کند و نه درمانگر. بیمار احساس می کند که به آزادی فردی او احترام گذاشته می شود و بنابراین درمانگر با مقاومت کمتری رو به رو می شود[۲۳].

۲-۹. پیشگیری از عود اعتیاد

با توجه به اینکه اعتیاد به مواد مخدر یک بیماری مزمن و عود کننده است و عوامل و شرایط زیستی ـ روانی ـ اجتماعی منجر به گرایش مجدد مصرف مواد مخدر پس از درمان می شود، ضروری است که مراکز درمان اعتیاد پس از تکمیل دوره سم زدایی، برای مدتی که احتمال عود بالا است ارتباط با مراجعان را حفظ نمایند. مطالعات مختلف نشان داده که حدود سه چهارم افرادی که دوره درمان را کامل نموده اند، در فاصله یکسال پس از تکمیل درمان، عود داشته اند و بیشترین عودها در فاصله سه ماه بعد از تکمیل دوره درمان اتفاق می افتد. نتایج مطالعات، ضرورت پیگیری افراد درمان شده را نشان می دهد و به نظر می رسد که پیگیری در طول یکسال پس از تکمیل دوره درمان می تواند به موفقیت بیشتر مراجعان در پرهیز از مصرف مواد مخدر منجر شود. از آنجا که سه ماه پس از درمان احتمال عود بالا است، مراجعان در این دوره باید ارتباط بیشتری با درمانگر خود داشته باشند. عود یا بازگشت به مصرف مواد مخدر پس از ترک یکی از مشکلات عمده در روند درمان اعتیاد می باشد. به همین دلیل مواجهه با موارد عود و پیشگیری از آن باید به عنوان یکی از هدف های عمده درمان اعتیاد تلقی شود. به دلیل اهمیت عوامل روانی و اجتماعی در ایجاد پدیده عود، طبیعی است که مسئولیت اصلی مقابله با مسئله عود با کادر روانشناسی و مددکار اجتماعی تیم درمانی می باشد[۲۴].

۲-۱۰. عوامل موثر در عود اعتیاد

این عوامل بازگشت به رفتارهای اعتیاد آمیز قبلی پس از طی دوره درمان کم و بیش موفق، به همان اندازه گرایش به سمت سوء مصرف مواد در وهله اول، پیچیده بوده و به عوامل متعددی بستگی دارد. شناسایی این عوامل و توجه به آنها در طی برنامه درمانی هم برای موفقیت اقدام های درمانی و هم برای پیشگیری ازعود، حائز اهمیت بسیار می باشد. بر اساس نتایج مشاهدات بالینی و پژوهش های به عمل آمده در کشور های غربی عوامل موثر در عود می توان به چهار گروه عمده فردی، بین فردی، اجتماعی و موقعیتی تقسیم نمود:

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

۱-۱۰-۲. عوامل فردی

این عوامل ویژگی های فردی، نگرش ها و مهارتهای اجتماعی ونحوه مقابله با مشکلات و فشارهای روانی، اجتماعی می باشد، طول مدت اعتیاد، نوع و مقدار ماده مورد مصرف، میزان آسیب دیدگی شخصی، و نقشی که سوء مصرف مواد در شیوه زندگی فرد بازی می کند. به نوبه خود می تواند روی احتمال عود تاثیر بگذارند.

۲-۱۰-۲. عوامل اجتماعی

به موضوع هایی چون سکونت، شرایط کار، وجود دوستان سالم برای گذراندن اوقات فراغت، داشتن مهارت های لازم برای استخدام، وجود امکانات کارآموزی و اشتغال، نگرش کارفرمایان نسبت به سوء مصرف مواد افراد دچار سوء مصرف مواد و سوء مصرف کنندگان سابق، قوانین حاکم بر استخدام کارکنان دچار سوء مصرف مواد و بالاخره از دیدگاه کلی جامعه درباره مصرف مواد اشاره می کند. نوجوانی که به خاطر عدم دسترسی به امکانات سالم گذراندن اوقات فراغت و احساس شادی و نشاط در یک محیط فارغ از اعتیاد نداشته باشد، هم چنان که در خطر عود عادتها و رفتارهای نامطلوب سابق خود خواهد بود. به همین ترتیب، افراد دچار سوء مصرف موادی که پس از ترک اعتیاد، امکان تغییر شغلی و یا بازگشت به شغل سابق خود، یا جذب در بازار کار را نداشته باشند طبعا با مشکلات شخصی و خانوادگی زیادی روبرو خواهند شد که برای فرار از آن ها ممکن است به طرف مصرف مجدد مواد کشیده شوند. وجود قوانینی که این قبیل افراد را از بازگشت به کار سابق محروم یا امکان جذب آن ها در بازار کار مناسب با تجربه و آموزش قبلی آن ها محروم می سازد، می تواند آن ها را به سوی بازار زیرزمینی پخش و فروش مواد سوق داده و به سوء مصرف مواد و اعمال خلاف قانون دیگر منجر شود.

۳-۱۰-۲. عوامل موقعیتی

به محل ها و موقعیتهای مرتبط با سوء مصرف مواد در گذشته فرد دلالت دارد، به علت آمادگی خاص افراد دچار سوء مصرف مواد به یادگیری علائم و قرینه های بیرونی حاکی از وجود امکان مصرف مواد (هم طریق یادگیری شرطی کلاسیک و هم براساسی یادگیری شرطی عامل)، افرادی که دوره مسمومیت زدائی و ترک را طی کرده اند، در معرض خطر بسیار بالای احساس علاقه و کشش بسیار شدید به سوی محل هایی که در گذشته با مصرف مواد همراه بوده اند، قرار دارند. این ولع بسیار شدید درونی به عنوان یکی از علل عمده گرایش به آزمایش مجدد مواد ترک شده و عود اعتیاد شناخته شده اند. در اغلب موارد این احساس علاقه شدید باعث می شود که فرد معتاد برای شناسایی علائم و قرینه های محیطی و یا موقعیتی مـربـوط به مصرف مواد و نیز علائم و احساسات حاکی از کشش شدید به مصرف به عنوان یکی از هدف های عمده برنامه های پیش گیری از عود تلقی می شود[۲۳].

۱۱-۲. مراحل عود اعتیاد (بازگشت)

۱-۱۱-۲. فشار روانی

فشارهای روانی ناشی از رویداهای منفی در محل زندان، مشاجرات روزمره و... بوده که آسیب پذیری مددجو را برای بازگشت به اعتیاد افزایش می دهد.

۲-۱۱-۲. هیجانات منفی

هیجاناتی از قبیل عصبانیت، اضطراب، افسردگی و ناکامی، احتمال بازگشت به اعتیاد را افزایش می دهد. بنابراین فرونشانی این هیجانات در جلوگیری از عود اعتیاد بسیار مهم است.

۳-۱۱-۲. تعارضات بین فردی

تعارض با افراد (خانواده و...)که با آنها تعارض حل نشده و ارتباطات ضعیف وجوددارد از عوامل بازگشت به اعتیادند.

۴-۱۱-۲. فشار اجتماعی

منظور از فشار اجتماعی، قرارگرفتن در جمع معتادان است که مصرف مواد را پیشنهاد می نمایند.

۵-۱۱-۲. هیجان مثبت

عود می تواند ناشی از احساسات و هیجانات خوشایند باشد و به عنوان پاداش عمل می کند.

۶- ۱۱-۲. مصرف سایر مواد

مصرف سایر مواد می تواند به عنوان یک محرک برای شروع اولیه مواد مخدر باشد. این عامل به عنوان یک تضعیف کننده توانایی فرد برای کنترل خویش به شمار می رود.

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

۷-۱۱-۲. حضور نشانه های مرتبط با مصرف مواد

حضور نشانه ها، تداعی کننده مصرف مواد مخدر، نشانه های محیطی، وسایل مصرف مواد، افراد یا مکان هایی که تداعی کننده مصرف مواد هستند، می توانند ولع فرد را نسبت به مصرف مواد افزایش دهند.

۱۲-۲. عوامل محافظت کننده در برابر اعتیاد

۱-۱۲-۲. عوامل فردی محافظت کننده

- تقویت صفات شخصیتی مثبت
- آموزش مهارتهای زندگی و روشهای حل مسأله
- تصحیح نگرشها وباورهای غلط
- تقویت اعتقادات مذهبی
- شناخت ویژگیهای مراحل مختلف رشد

۲-۱۲-۲. عوامل خانوادگی محافظت کننده

- توجه به نیازهای اعضاء خانواده
- شیوه‌های تربیت کودک
- اهمیت انتخاب همسر
- آشنایی خانواده با نشانه‌های اولیه اعتیاد در فرزندان

۳-۱۲- ۲. عوامل اجتماعی محافظت کننده

- نقش خدمات مشاوره‌ای و روانشناختی
- رهنمودهای مذهبی در پیگیری از آسیب‌های اجتماعی
- ویژگیهایی قانون مبارزه با مواد مخدر
- سودمندی ورزش و تفریحات سالم
- تدابیر نظام آموزشی در مصون سازی شاگردان
- ارائه الگوهای مطلوب اجتماعی

۳. روش تحقیق

روش تحقیق در این تحقیق آزمایشی از نوع پیش آزمون – پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. در گردآوری اطلاعات نیز از تکنیک های مراجعه به اسناد و مدارک، پرسش نامه مهارت های زندگی و همچنین مصاحبه با مردان معتادان استفاده شده است. میزان آلفای کل پرسشنامه مهارت های زندگی به مقدار ۰/۷۸ بدست آمده که نشان می دهد گویه ها از همسانی و پایداری درونی بسیار بالایی برخوردارند.

۴. جامعه آماری و نمونه آماری

در این پژوهش بطور تصادفی۱۰ کلینیک درمان اعتیاد از مناطق مختلف استان انتخاب و از میان مراجعین هر کلینیک بطور تصادفی ۶ نفر بیمار مرد که دوره سم زدایی را به پایان رسانده بودند انتخاب شده و در مجموع۶۰ نفر بعنوان نمونه جهت انجام پژوهش، به مرکز بهداشت و سلامت کرج و کلینیک ترک اعتیاد دکتر جاهدان معرفی شدند. ابزار این پژوهش تست استاندارد شده مورفین و تست شیشه که در مراکز ترک اعتیاد جهت سنجش عود یا بازگشت پذیری افراد تحت درمان رایج است می باشد لذا پس از انجام آزمایش و اعلام نتیجه افراد به دو گروه۳۰نفری آزمایش و کنترل تقسیم شدند. همچنین کلیه شرکت کنندگان قبل و بعد از آموزش با استفاده از پرسشنامه مهارت های زندگی مورد سنجش و ارزشیابی قرار گرفتند تا بدین وسیله میزان اثر گذاری این آموزش ها بر روی بیماران نیز مورد بررسی قرار گیرد.

۵. تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل استنباطی داده ها از آزمون خی دو استفاده شده است. در ذیل نتایج حاصل از این آزمون ارائه شده است.

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

جدول ۲. نتایج آزمون خی دو

گروه	کنترل	آزمایش
پیش آزمون	۳۰	۳۰
پس آزمون	۱۸	۴
پیگیری	۲۳	۶
DF = ۲	۱۰/۸۵۲ = خی دو محاسبه شده	۰/۰۵= سطح معناداری

در جدول۲. نتایج آزمون خی دو جهت بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر پیشگیری از بازگشت پذیری اعتیاد آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول تعداد افراد دارای آزمایش ادرار مثبت درمرحله پیش آزمون در هر دو گروه ۳۰ نفر، در پس آزمون ۱۸ نفر در گروه کنترل و ۴ نفر در گروه آزمایش دارای تست ادرار مثبت بودندکه این تعداد در مرحله پیگیری و در گروه کنترل ۲۳ نفر ودر گروه آزمایش ۶ نفر می باشد. چون مقدار خی دو محاسبه شده (۱۰/۸۵۲) بزرگتر از مقدار (۵/۹۹) در درجه آزادی ۲ آلفای ۰/۰۵ می باشد، بنابراین تفاوت معناداری بین تعداد افراد در مراحل و گروه ها وجود دارد. بنابراین فرض صفر و فرض پژوهشی مبنی بر تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر پیشگیری از عود بیماران مرد مبتلا به اعتیاد تأئید می گردد. نتایج تحقیق نشان می دهد که با بهره گیری از روش تاپسیس در جهت رتبه بندی مهارت های زندگی متناسب با اثربخشی هر مهارت بر پیشگیری از عود اعتیاد بیماران برحسب اوزان مورد محاسبه در هر شاخص؛ مهارت مقابله با هیجان ها، مهارت مقابله با استرس، مهارت تصمیم گیری، مهارت ابراز وجود، مهارت خود آگاهی، مهارت تفکر نقاد، مهارت برقراری ارتباط موثر، مهارت روابط بین فردی، مهارت همدلی، مهارت تفکر خلاق به ترتیب بیشترین تاثیرگذاری بر بیماران را داشته اند.

جدول ۳. اولویت بندی مهارت ها

نوع مهارت	ضریب C_1	اولویت بندی
مهارت مقابله با هیجان ها	۰/۹۴۷	۱
مهارت مقابله با استرس	۰/۸۷۲	۲
مهارت تصمیم گیری	۰/۸۷۱	۳
مهارت ابراز وجود	۰/۷۲۳	۴
مهارت خود آگاهی	۰/۶۸۷	۵
مهارت تفکر نقاد	۰/۶۵۱	۶
مهارت برقراری ارتباط موثر	۰/۴۳۲	۷
مهارت روابط بین فردی	۰/۴۲۸	۸
مهارت همدلی	۰/۴۲۱	۹
مهارت تفکر خلاق	۰/۴۱۷	۱۰

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

۶.بحث و نتیجه گیری

فرضیه تحقیق حاضر عبارت از این بود که: آموزش مهارت های زندگی بر پیشگیری از عود اعتیاد بیماران مرد دچار سوء مصرف مواد مؤثر است. نتایج تحلیل های آماری نشان دادند که گروه آزمایش پس از درمان بهبودی معناداری از نظر آماری نسبت به گروه کنترل از خود نشان دادند. لذا می توان نتیجه گرفت که آموزش مهارت های زندگی باعث پیشگیری از عود اعتیاد بیماران مرد دچار سوء مصرف مواد شده است. برنامه هایی که به آموزش مهارت های زندگی می پردازند و همچنین برنامه هایی که رویکردی شبیه به برنامه های آموزش مهارت های زندگی به کار می روند و مهارت هایی چون مهارت های شناختی، رفتاری، ایجاد اعتماد به نفس، مقاومت در برابر فشار، کنترل، اضطراب، ارتباط مؤثر و مهارت های امتناع از مواد را آموزش می دهند، نتایج مثبتی در پیشگیری از سوء مصرف مواد دارند[۱].

یافته های این پژوهش نشان دادند که آموزش مهارت های زندگی به شیوه گروهی در پیشگیری و کاهش عود اعتیاد سوء مصرف مواد بیماران مؤثر است. به بیان دیگر میزان عود در گروه آزمایش که در جلسات آموزشی شرکت کردند، نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری یافته است و این امر باعث اثربخش بودن این آموزش در کاهش موارد عود و کاهش سوء مصرف مواد در بیماران سوء مصرف می باشد. نقش تنیدگی در آغاز، تداوم و عود اعتیاد پس از درمان، در بررسی گوناگون مورد تائید قرار گرفته است و بر این نکته تأکید شده است که تنیدگی به خودی خود باعث شروع اعتیاد یا عود آن پس از درمان نمی شود، بلکه نبود مهارت های مقابله ای مناسب در رویارویی با تنیدگی ها در این زمینه مؤثر است. به بیان دیگر مقابله به عنوان متغیری تعدیل گر در رابطه میان رویدادهای تنیدگی زا و پیامدهایی هم چون اعتیاد یابازگشت پذیری عمل می کند و از سوی دیگر الگوی مقابله با تنیدگی بیماران دچار سوء مصرف مواد یک روش ناسالم در کنار آمدن با شرایط فشارزاست. از این رو پرورش مهارت های مقابله ای مناسب خصوصا در برابر هیجان خواهی افراد و فرار از افسردگی و نیز افزایش مهارت مقابله با شرایط استرس زا وتنش زا که حتی پس از ترک اعتیاد فرد دائما از طرف اطرافیان ومحیط بر فرد حاکم است می تواند احتمال بازگشت پذیری را کاهش دهد[۲۵]. برنامه هایی که به آموزش مهارت های زندگی می پردازند و همچنین برنامه هایی که رویکردی شبیه به برنامه های آموزش مهارت های زندگی به کار می روند و مهارت هایی چون مهارت های شناختی، رفتاری، ایجاد اعتماد به نفس، مقاومت در برابر فشار، کنترل، اضطراب، ارتباط مؤثر و مهارت های امتناع از مواد را آموزش می دهند، نتایج مثبتی در پیشگیری از سوء مصرف مواد دارند [۱].

یافته فوق با یافته های لیت[1] و همکاران (۲۰۰۸)[۲۶]، برادیزا و همکاران (۲۰۰۹)، دیجونگ[2] (۲۰۰۹) [۲۷]و رامو[3] (۲۰۰۷) [۲۸] همسو می باشد. بنابراین می توان گفت که مهارتهای مقابله ای و عوامل موثر در افزایش آن نقش مهمی در کاهش مصرف و پیشگیری از عود در افراد مصرف کننده دارد.

نتایج پژوهش حاضر با یافته های شاه محمدی قهساره، اعظم و همکاران (۱۳۸۸)[۲۹]، که مبین این امر بود که آموزش مهارت های ارتباطی، با رویکرد شناختی، رفتاری، بر سازگاری زناشویی همسران بیماران دچار سوء مصرف مواد و در پیشگیری از عود اعتیاد این بیماران مؤثر است، در یک جهت می باشد. همچنین یافته های این پژوهش با یافته های بوتوین و گریفین (۲۰۰۸) که نشان دادند آموزش مهارت های زندگی تأثیرات رفتاری بر روی مصرف سیگار، الکل و ماری جوآنا دارد و یکی از مؤثرترین برنامه ها برای افزایش کارآمدی شخصی و اجتماعی است، هم خوانی دارد.

مطالعه مارلت و کودرون (۱۹۸۵) نشان داد که تعارض های میان فردی باعث ۱۶٪ بازگشت ها شده و۲۰٪ بازگشت ها از فشارهای مستقیم و غیرمستقیم نشات گرفته است و در مطالعه حاضر نیز غنی سازی خزانه رفتاری درمانجویان از طریق آموزش مهارت های زندگی موجب افزایش توانایی آنها در حل تعارضات بین فردی و کنار آمدن با فشارهای اجتماعی و استرس های زندگی شده است. اعتیاد به مواد مخدر به عنوان یک مشکل اجتماعی در کشور ما محسوب می شود و بیمار وابسته به مواد علی رغم تجربه مشکلات متعدد ناشی از مصرف و ترک مواد، مبادرت به مصرف مجدد این مواد می نماید. مداخله های روان شناختی، بخش اجتناب ناپذیر درمان سوء مصرف مواد هستند. این روش ها باعث افزایش حمایت اجتماعی و یادگیری مهارت های مقابله ای در برخورد با مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد می شود. از طرفی در نظریه یادگیری اجتماعی (**SLT**) که در دهه ۱۹۶۰ توسط بندورا به عنوان پایه ای برای مفهوم سازی مدل نقص مهارت های مقابله ای به وجود آمد این نکته مشخص شده است که مراجعان وابسته به مواد از فقدان مهارت های مقابله ای در مدیریت حالت های عاطفی مثبت و منفی و همچنین از فقدان مهارت های اجتماعی مناسب در اداره کردن تعاملات بین فردی در موقعیت های اجتماعی مختلفی چون شغل، خانواده یا روابط بین فردی نزدیک، رنج می برند. بنابراین از طریق آموزش مهارت های مقابله ای در افراد ترک کننده می توان با کاهش

---

[1] - Litt
[2] - Dejong
[3] - Ramo

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

نقایص مقابله ای و اصلاح آن، موجب افزایش این مهارت ها در افراد تحت آموزش شد. از این رو، در این پژوهش نیز نتایج یافته های پیشین مبنی بر نقش مهارت های مقابله ای در کاهش مصرف و پیشگیری از عود مورد تائید قرار گرفت.

در آموزش مهارت ها به فرد کمک می شود تا عادت های گذشته مربوط به سوء مصرف مواد را ترک کرده و مهارت ها و عادت های سالم تری را فراگیرد. برای پیشگیری از عود به مراجع در زمینه شناسایی و برنامه ریزی مقابله با موقعیت های پرخطری که ممکن است در آینده رخ دهد، کمک می شود و راهبردهای مقابله ای کارآمد کلی و همچنین مهارت های ویژه برای پرهیز از وسوسه به وی آموزش داده می شود. چنین آموزش هایی بهبود احساس کارآمدی و پرورش راهبردهای مهار خود در موفعیت های پرخطر را در پی دارد و سبب کاهش عود می شود.

به طور کلی می توان گفت که برنامه های گوناگون مداخله های روان شناختی شامل، آموزش مهارت های زندگی، گروه درمانی و درمان های شناختی، رفتاری نه تنها موجب کاهش اثرات روانی ناشی از سوء مصرف مواد بیماران می شود، بلکه از طریق تغییر در سبک زندگی و اصلاح نظام رفتاری و روان شناختی این بیماران، گام های اساسی در روند بهبودی هرچه زودتر آن ها، کاهش عوامل خطرساز و پیشگیری از عود اعتیاد می شود. پژوهش های انجام شده در این زمینه می تواند به عنوان راهنما در راستای روش های نوین و کارآمد برای درمانگران اعتیاد به کار برده شود. نتایج تحقیق نشان می دهد که با بهره گیری از روش تاپسیس در جهت رتبه بندی مهارت های زندگی متناسب با اثربخشی هر مهارت بر پیشگیری از عود اعتیاد بیماران برحسب اوزان مورد محاسبه در هر شاخص؛ مهارت مقابله با هیجان ها، مهارت مقابله با استرس، مهارت تصمیم گیری، مهارت ابراز وجود، مهارت خود آگاهی، مهارت تفکر نقاد، مهارت برقراری ارتباط موثر، مهارت روابط بین فردی، مهارت همدلی، مهارت تفکر خلاق به ترتیب بیشترین تاثیرگذاری بر بیماران را داشته اند.

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

منابع و مراجع

[۱] شی، مایکل؛ داجن،چارلز (۲۰۰۰). روان شناسی اعتیاد (سنجش و درمان)، ترجمه بایرام علی رنجگر، تهران: نشر روان، ۱۳۸۳

[۲] بیدختی، نهاله(۱۳۷۸). پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر. مجله ی تازه های علوم شناختی. ص ۳۱.

[۳] باقری، منصور(۱۳۸۱). نقش آموزش مهارتهای زندگی بر دانش و نگرش به مواد مخدر و عزت نفس دانش آموزان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی.

[۴] سازمان بهداشت جهانی (۱۳۷۹) برنامه آموزش مهارت های زندگی، ترجمه ربابه نوری قاسم آبادی و پروانه محمد خانی، معاونت فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.

[۵] سازمان بهداشت جهانی (۲۰۱۲). برنامه ی آموزش مهارت های زندگی، ترجمه لادن فتی ، فرشته موتابی و مهرداد کاظم زاده عطوفی، تهران، انتشارات دانژه، ۱۳۸۵.

[۶] بولتون، رابرت، روان شناسی روابط انسانی، ترجمه حمید رضا سهرابی با همکاری افسانه حیات، تهران، انتشارات رشد. ۱۳۸۳

[۷] توانا علمی،فاطمه (۱۳۸۴). نابسامانی در آموزش مهارت های زندگی. وزارت آموزش و پرورش، سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزشی، مجموعه مقالات موضوعی آموزش مهارت های زندگی، واحد پژوهش.

[8] Nelson – Jones, R. (1995).Life skill coping.USA Books Cole publishing company Crocker

[۹] مهربانی، نور اله (۱۳۸۴). مهارت های زندگی، ماهنامه آموزشی - تربیتی پیوند. شماره های ۳۰۹، ۳۱۰، ۳۱۱، کارشناسی دفتر مشاوره و برنامه ریزی امور تربیتی، سال اول، شماره یک.

[۱۰]یونیسف. آموزش مهارت های زندگی، ترجمه آقازاده، صندوق کودکان سازمان ملل متحد، ۱۳۸۱.

[۱۱]مددی، عباس، نوغانی، فاطمه (۱۳۸۳). درس نامه اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر (مطابق با سرفصل های ستاد انقلاب فرهنگی) چاپ اول، تهران، انتشارات جامعه نگر،

[۱۲]سادوک، بنجامین، سادوک، ویرجینیا (۲۰۰۳). چکیده روان پزشکی، ترجمه نصرت اله پورافکاری (۱۳۸۰)، چاپ اول، تهران، انتشارات آزاده.

[۱۳]شورای نویسندگان . بهار ۱۳۷۹. اعتیاد پیشگیری یا درمان. انتشارات نیکوروش

[۱۴]فرجاد ؛محمدحسین.، بررسی‌مسائل‌اجتماعی ایران فساداداری، اعتیاد،طلاق؛ تهران اساطیر، ۱۳۷۷.

[۱۵]ستوده، هدایت اللّه (۱۳۷۸) پیشین، بروس کوئن، درآمدی بر جامعه شناسی، ترجمه محسن ثلاثی، ،توتیا ، تهران .

[۱۶]رضایی، سوسن (۱۳۷۸) «ساخت شخصیت معتادان»، مجله حیات سبز، ش سوم، ص ۳۶ـ / ۱۳۸۲ ،۳۷ژان برژه، اعتیاد به شخصیت، تهران، آموزش انقلاب اسلامی.

[۱۷]ممتاز، فریده (۱۳۸۱) انحرافات اجتماعی، نظریه ها و دیدگاه ها، تهران، سامی انتشار.

[۱۸]رحیمی موقی، آفرین (۱۳۷۵). پیشگیری اولیه از اعتیاد. تهران:انتشارات معاونت امور فرهنگی و پیگیر سازمان بهزیستی کشور.

[۱۹]داوری، محمد (۱۳۸۱) پیشگیری و کنترل اعتیاد با نگرش اسلامی، قم، نقش کلک.

[۲۰]لاله، محمود، اعتیاد، بیماری فردی، فاجعه اجتماعی، موسسه فرهنگی انتشارات تیمورزاده، ۱۳۷۹.

[۲۱]دهقانی، محسن (۱۳۷۲)،آموزش عمومی برای پیشگیری از اعتیاد، تهران، انتشارات معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

[۲۲]استفانوچیریلو و دیگران؛ ترجمه و تدوین سعید پیرمردای؛ اعتیاد به مواد مخدر درآیینه روابط خانوادگی؛ اصفهان، نشرهمام، ۱۳۷۹.

[۲۳]وزیریان، محسن. مستشاری، گلاره (۱۳۸۱). راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد، تهران، پرشکوه

[24] Brook, D.M. & Spitz H.I. (2002).The Group Therapy of substance abuse, New York: Health Medical Press.

[25] Hinson, R.E., McKee, S. A., & Wall, A.M. (1998).Alcohol outcome expectancies and coping styles as predictors of alcohol use in young adults. Addictive Behaviors 23, 17–22.

ISSN: 2476-3675
http://www.RassJournal.ir

[26] Litt, M. D., Kadden, R.M., Kabela-Cormier, E., Petry, N.M. (2008). Coping skills training and contingency management treatments for marijuana dependence: Exploring mechanisms of behavior change. Journal of Addiction, 638-648.
[27] Dejong, W. (2009). Mental Health Weekly Digest. Journal of Studies on Alcohol and Drugs.P 17.
[28] Ramo, D. E., Brown, S. A., & Myers, M. G. (2007). Adolescent substance abuse. In K.Witkiewitz & G. A. Marlatt (Eds.) Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention (pp. 293–311). London: Elsevier.