

به نام خدا

گزارش نهایی طرح تحقیقاتی

بررسی میزان آمادگی اعتیاد در جوانان و نوجوانان مذکر زیر بیست سال محلات شهر بندرعباس

مجری طرح:

فروزنده ادیبی

این طرح با تصویب و حمایت مالی واحد پژوهش بهزیستی استان هرمزگان اجرا گردیده است.

1392

فهرست مطالب

عنوان

فصل اول - کلیات پژوهش

مقدمه (5-10)

بیان مسأله (10-14)

ضرورت تحقیق (14-18)

اهداف تحقیق (18-19)

فرضیات و سوالات تحقیق (19)

تعاریف متغیر های تحقیق (19-20)

فصل دوم - پیشینه ی نظری تحقیق (21)

عوامل خطر ساز و محافظت کننده در سوء مصرف (22-28)

معرفی ابعاد مختلف عوامل خطر آفرین (28-29)

خلاصه ای از ویژگی های دوران نوجوانی (29-33)

نظریه های مرتبط با اعتیاد (34-35)

تبیین های روانشناختی

تبیین های زیست شناختی (35-36)

تبیین های جامعه شناختی (36-39)

پیشینه ی تحقیق (39-45)

فصل سوم - روش پژوهش (46)

روش تحقیق (47)

جامعه آماری (47)

نمونه مورد مطالعه (47)

ابزار پژوهش (47-49)

روش اجرا (49)

روش تحلیل داده ها (49)

فصل چهارم - تجزیه و تحلیل داده ها (50)

پیش گفتار (51)

ارایه داده های توصیفی

ارایه داده های کمی و استنباطی

فصل پنجم - بحث و نتیجه گیری (80)

مقدمه (81)

خلاصه تحقیق (81)

تحلیل و نتیجه گیری (81-99)

پیشنهادهای پژوهشی و کاربردی (98-99)

منابع و ماخذ (فارسی و لاتین) (99-101)

1-1- مقدمه

امروزه در کنار سه بحران جهانی فقر و رشد جمعیت، نابودی محیط زیست و تهدیدات هسته‌ای، موضوع مواد مخدر بعنوان بحران چهارم و بزرگ‌ترین شوک هزاره سوم سبب گردیده که بالغ بر **170** کشور در جهان با این معضل دست و پنجه نرم کنند. بر اساس آمارهای منتشر شده از سوی سازمان ملل متحد بالغ بر **200** میلیون نفر از جمعیت جهان بعنوان معتاد، مصرف کننده مواد مخدر می باشند. تقاضای مواد مخدر از سوی مصرف کنندگان، زمینه را برای اشتغال بیش از ده میلیون نفر قاچاقچی حرفه ای بعنوان مافیای مواد مخدر در سطح جهان فراهم نموده است. سود خالص حداقل **500** تا **600** میلیارد دلار در سال ناشی از تجارت غیرقانونی مواد مخدر با چرخش مالی سالیانه **1500** تا **1600** میلیارد دلار، سبب شده است که مواد مخدر در کنار اسلحه، نفت و توریسیم بعنوان یک صنعت غیرقانونی جایگاه ویژه ای را به خود اختصاص دهد. بر این اساس نمی توان انتظار داشت از سوی ابرقدرتهای جهان که خود را حامیان حقوق بشر تلقی می نمایند، برای مهار و کنترل این پدیده گامهای اساسی برداشته شود. عبارتی می توان گفت مواد مخدر بعنوان یک ستیز دائمی بلندمدت، تا زمانی که بشر وجود دارد، عامل تهدید کننده ای برای سلامت جسمانی، بهداشتی، روانی، اجتماعی و فرهنگی انسانها خواهد بود (صرامی، **1388**).

مصرف مواد مخدر یکی از مهمترین مشکلات بهداشتی جهان است که از طرفی فرد و از سوی دیگر بنیان خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی جامعه را ویران میکند. پیامدهای منفی این پدیده برای فرد، خانواده و جامعه به حدی است که به سادگی می توانابعاد و پیامدهای منفی آن را در کشورمان مشاهده نمود. یکی از واضح ترین تبعات آن، بارهزینه های اقتصادی آن است که به فرد مصرف کننده، خانواده او و جامعه تحمیل می شود. انجمن ملی سومصرف مواد¹ برآورد کرد که در سال **1992** هزینه اقتصادی سو مصرف مواد والکل **245.7** میلیارد دلار است که **97.7** میلیارد دلار آن سهم سو مصرف مواد بوده است. برآوردهای **NIDA** همچنین نشان می دهد که **46** درصد از هزینه و بار سو مصرف مواد بر دوش دولت و **24** درصد آن بر دوش مصرف کننده و اعضای خانواده او قرار دارد. علاوه بر هزینه های اقتصادی سو مصرف مواد بایستی به سایر هزینه های اجتماعی آن نیز اشاره نمود. در واقع پدیده اعتیاد به نحوی است که به دنبال خود مجموعه بهم پیوسته ای از مشکلات و مصایب اجتماعی همچون جرم و بزهکاری، فحشا، طلاق را به همراه دارد. هر چند آمارها و بررسی های صورت گرفته در کشورمان آمار ضد و نقیضی از میزان شیوع اعتیاد را عنوان کرده اما تردیدی نیست که افزایش روز افزون شمار معتادان، مسئله اعتیاد را در کشورمان به یک بحران ملی تبدیل نموده است.

ایران مقام اول را در سومصرف مواد افیونی دارد. پس از آن لائوس و قرقیزستان قرار دارد (به نقل از احترامی، 1386).

طبق آخرین آمار مربوط به مواد که از طرف موسسه پژوهشی داریوش اعلام شده است دو میلیون نفر از جمعیت ایران درگیر مواد مخدر هستند (نارنجی ها و همکاران، 1386).
سابقه مصرف موادی که هم اکنون در جوامع سوء مصرف می شوند، بسیار طولانی است. ماری جوانا در 6000 سال قبل از میلاد در چین کاربرد داشته است. هدف اولیه تولید آن، استفاده از دانه اش به عنوان غذا بوده است و نیز برای رشد گیاهان به عنوان کود (Crops) استفاده می شده است همچنین استفاده از آن در صنایع نساجی رایج بوده است.

1-National Institute of Drug Abuse

در حدود سال های 2700 قبل از میلاد، توسط چینی ها به عنوان دارو، استفاده شد. آنان کشف کردند که ماری جوانا، درمان عالی برای ناخوشی هایی از قبیل روماتیسم، نفرس، مالاریا و بی علاقهگی و حواس پرتی است. در همین موقع ماری جوانا شروع به گسترش جهانی کرد، به سرعت از چین به هندوستان، سپس شمال آفریقا و در سال های 500 پس از میلاد، نهایتاً به اروپا رسید. گرچه ماده به عنوان دارو گستردهگی استفاده داشت، اما مصرف تفریحی آن نیز شایع بود.
از هرودت (450 سال قبل از میلاد)، نوشته هایی به دست آمده که مؤید دانش وی در این موضوع است. در مورد ماری جوانا پس زمینه و پیشینه معنوی (یا شبه معنوی)، قابل ردیابی است. یکی از قدیمی ترین ارتباطات معنویت و ماری جوانا، از مذهب هندوئیسم آمده است. شواهد نشان می دهد که 1000 سال قبل از میلاد، ماده به صورت عمومی در مراسم عروسی و سایر پدیدها و مراسم مذهبی، استفاده می شده است. هندوها، ماری جوانا را با آیین های مذهبی خود، و ارائه و هدیه آن به خدای خود، شیوا، آمیختند. در بین تمام فرهنگ ها، احتمالاً هندوها پیش از همه، طرفدار مجذوب کنندگی آن بوده اند و آن را همراه 4 گیاه دیگر، به عنوان گیاهان مقدس، می شناختند.
مذهب دیگری که استفاده از ماری جوانا را با مراسم و آیین ویژه (rituals) خود مخلوط کرد، مذهب Rastafarian بود، آنان بر این باور بودند که ماده، افراد را قادر خواهد کرد حقیقت را به صورت شفاف تر ببینند، چیزی که آنان را به خدا نزدیک می کند.
سکاها، که از اقوام آریایی بودند، با خواص حشیش (بنگ) آشنایی داشته و طبق نوشته هرودت از نوعی حمام بخار بنگ برای جزئی از مراسم عزاداری خود استفاده می کرده اند.

در سال های 700-600 قبل از میلاد، در کتاب وندیداد (یا قانون مقابله با دیوان)، که یکی از کتاب های مذهبی است، از بنگ به عنوان یک آرام بخش و خواب آور خوب نام شده است.

قرائنی از تجویز حشیش توسط بعضی فرق مذهبی و صوفیه مقارن با ظهور صفویان (اواخر قرن 15 میلادی) در ایران در دست است.

در تعاریفی که از اعتیاد شده است اعتیاد را به عادت کردن، خو گرفتن، و خود را وقف عادتی نکوهیده کردن معنا کرده اند. به عبارت دیگر تسلیم به ماده مخدر که از نظر جسمی و یا اجتماعی زیان آور شمرده می شود، اعتیاد نام دارد. در سال ۱۹۵۰ سازمان ملل متحد تعریف زیر را برای اعتیاد به مواد مخدر ارائه کرد: «اعتیاد به مواد مخدر عبارت است از مسمومیت تدریجی یا حادی که به علت استعمال مداوم یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی ایجاد می شود و به حال شخص و اجتماع زیان آور است.

اعتیاد یک بیماری روانی، اجتماعی و اقتصادی است که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک، حشیش و... ناشی می شود و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژیک فرد مبتلا (معتاد) به این مواد می شود و در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی وی تأثیرات نامطلوب بر جای می گذارد. بررسی پدیده اعتیاد در قالب علوم پزشکی، روان شناسی و جامعه شناسی صورت می گیرد. از سال ۱۹۶۴ میلادی، سازمان بهداشت جهانی استفاده از عبارت وابستگی دارویی یا وابستگی به دارو را به جای اصطلاح اعتیاد توصیه نموده است، اما استفاده از اصطلاح اعتیاد هنوز رایج است.

از نظر علمی منظور از اعتیاد وابسته شدن فرد به یک ماده ی بیرونی است که مصرف آن بر روان او اثر می گذارد و از این طریق بر رفتار وی موثر است. چنانچه فرد این ماده را مصرف نکند علائم ناخوشایندی در وی بروز می کند، فرد مجبور است برای ایجاد تجربه خوشایند اولیه یا جلوگیری از علائم محرومیت (علائم ناخوشایند) علاوه بر آنکه به مصرف ادامه دهد، مقدار ماده مصرفی را نیز مرتب افزایش دهد (احترامی، 1389). اعتیاد پاسخ فیزیولوژیک بدن است به مصرف مکرر مواد اعتیاد آور. این وابستگی از طرفی باعث تسکین و آرامش موقت و گاهی تحریک و نشاط گذرا برای فرد می گردد و از طرف دیگر

بعد از اتمام این اثرات سبب جستجوی فرد برای یافتن مجدد ماده و وابستگی مداوم به آن می شود. و مجبور است به تدریج مقدار ماده مصرفی را افزایش دهد.

انجمن روانپزشکی آمریکا در آخرین تجدید نظر خود در **DSM_IV** در توضیح اختلالات وابسته به مواد، یازده طبقه از مواد را که دارای آثار جسمی روانی است معرفی کرده و به توضیح آنها پرداخته است. این یازده طبقه از مواد، عمدتاً موادی اند که مصرف آنها عوارض جانبی ایجاد کرده، تداوم مصرف آنها الگویی از وابستگی را پدید می آورد و عبارتند از: الکل، آمفتامین یا تقویت کننده های دستگاه سمپاتیک دارای اثر مشابه، کافئین، حشیش، کوکائین، توهّم زها، مواد افیونی، فنیل سیکلیدین دارای اثر مشابه، مسکنها، خواب آورها یا ضد اضطراب ها (انجمن روانپزشکی آمریکا، 1994). بر اساس تعریف ارائه شده، مواد مخدر لزوماً دارای آثار متفاوتی نیستند، برخی از این طبقات آثاری شبیه یکدیگر دارند. علیرغم هشدارهای پزشکی واجتماعی در خصوص مصرف مواد، متأسفانه مشکل سو مصرف مواد مخدر، اختلالات ناشی از مصرف مواد و اعتیاد، یکی از مشکلات موجود در جامعه جهانی ارزیابی شده است. همچنین بنظر می رسد که مصرف و سو مصرف مواد، بویژه در کشورهای توسعه یافته یکی از مشکلات اساسی به حساب می آید (بوتوین¹، 1991).

هم اینک برآورد می شود که در آمریکا، سالانه بیش از **430** هزار مرگ و میر ناشی از مصرف و سو مصرف مواد رخ می دهد و بنظر می رسد که علیرغم آموزش های اجتماعی و بهداشتی، این مشکل همچنان باقی مانده و برای

1-Botvin,G

تغییرات محسوس در این روند باید منتظر آثار و نتایج بلند مدت بود. نتایج یک تحقیق پیمایشی روی دانش آموزان دوره متوسطه در آمریکا نشان داده است که **31** درصد از آنان طی سالهای گذشته از مواد استفاده کرده و این مقدار در طول دوره زندگی **42.9** درصد رسیده است.

اگر نیم نگاهی به پیامدها و عوارض اعتیاد به مواد مخدر بیندازیم خواهیم دید که پیامدهای اعتیاد جامعه، فرد و خانواده را از نظر اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی در برمی گیرد. از مهم ترین عوارض جسمی اعتیاد به مواد مخدر می توان به ناراحتی های عصبی، بی اشتها، اضطراب، ریزش مکرر آب از بینی و چشم، ناراحتی عضلانی و فشار شدید در ستون فقرات، لاغر شدن و مانند آن اشاره کرد.

در گستره اقتصادی برخی پیامدهای ناشی از اعتیاد به مواد مخدر عبارتند از: بیکاری، ضعف مالی در ازای خرید و مصرف مواد، لطمه به اقتصاد و جامعه و خانواده.

اما عوارض روانی و شخصیتی ناشی از اعتیاد به مواد مخدر فراوانند؛ از جمله: ضعف اراده، بی توجهی به مسئولیت های فردی، ضعف شخصیت، ضعف عاطفه، عصبی بودن، به هم خوردن تعادل روانی، شخصیت نامتعادل و متزلزل، و ضعف اعتماد به نفس. همچنین در زمینه اجتماعی می توان به عوارضی مانند بی توجهی به مقررات جامعه، ضعف نیروی کار جامعه، بی نظمی و بی اعتمادی در جامعه، ضعف بنیاد خانواده، افزایش انحرافات مانده: دزدی، فحشا و تکدی گری اشاره کرد. بسیاری از محققین بر این باورند که، مشکلات روانی، کنجکاوی، ضعف اراده، فرار از زندگی تکراری، انگیزه های درمانی، و شخصیت ناپهناجر فرد مهم ترین علل فردی گرایش به اعتیاد می باشند.

در قسمت علل خانوادگی می توان به کمبود محبت در خانواده، تبعیض بین فرزندان، آزادی بی حد، محدود کردن بی حد فرزندان، رفاه بی حد اقتصادی در خانواده، فقر، و نابسامانی های خانواده اشاره کرد. همچنین برخی از علل اجتماعی گرایش به اعتیاد عبارتند از: در دسترس بودن مواد مخدر، بیکاری، نابرابری های اقتصادی و اجتماعی، محیط جغرافیایی و محله زندگی نامناسب، ضعف قوانین و ضعف اجرای آن، دوست ناباب، و ضعف دینداری در جامعه.

از آن رو که دامنه علل گرایش به اعتیاد و دامنه و گستردگی عوارض ناشی از آن بسیار وسیع و فراگیر می باشد، پیشگیری، شناسایی و از بین بردن علل گرایش به اعتیاد ضروری است؛ زیرا همان گونه که میدانید درمان اعتیاد نسبت به پیشگیری کاری به صرفه نخواهد بود. البته این بدان معنا نیست که افراد معتاد را درمان نکنیم، بلکه بدان معناست که پیش از ایجاد اعتیاد در فرد، زمینه های گرایش به آن شناسایی شوند و با استفاده از مطالعات کارشناسانه در ابعاد و تخصص های گوناگون، در از بین بردن زمینه ها تلاش نماییم.

اگر به بُعد اقتصادی توجه کنیم خواهیم دید که هزینه پیشگیری از درمان کمتر خواهد بود؛ چرا که برای تهیه مواد مخدر ارزش هنگفتی از کشور خارج می شود. همچنین برای کشف و مبارزه با آن و نیز مداوای معتادان هزینه های بالایی صرف می گردد

مسئله نگران کننده دیگر پایین آمدن میانگین سن اعتیاد و افزایش گرایش جوانان و نوجوانان به مواد اعتیاد آور است. طبق گزارش ستاد مبارزه با مواد مخدر (1380 به نقل از سخاوت 1386). علیرغم تشدید مبارزه با قاچاق مواد مخدر و افزایش مرکز پذیرش و درمان در سطح کشور، آمار مصرف کنندگان مواد مخدر رو به افزایش گذاشته و سن شروع به اعتیاد نیز کاهش یافته است. بطوری که بر اساس آمارها

و بررسی ها سال **1382** سن آغاز مصرف مواد مخدر در کشورمان به **14** تا **16** سال رسیده است (میر سلیمانی و همکاران، **1388**).

آمارهای رسمی میزان رشد سالیانه اعتیاد در کشور را هشت درصد و سه برابر نرخ رشد جمعیت نشان می دهد (**2.3** درصد). مطالعات در خصوص اعتیاد نوجوانان بیانگر رشد چشم گیر و حتی بحرانی این پدیده در کشور است. بطوریکه بررسی ها نشان داده که بیست و پنج درصد دانش آموزان دبیرستانی تهران به مواد اعتیاد آور گرایش دارند و برآورد می شود که پنج درصد آنها مواد

مخدر مصرف می کنند (جزایری و همکاران، **1381**). پژوهش های جهانی نشان داده که دامنه سنی معتادان و مصرف کنندگان مواد مخدر در سراسر دنیا کاهش یافته است (دوویکو، **1996**؛ مک کرادی و ایشتاين **1999**¹).

کاهش دامنه سنی مصرف مواد مخدر، بسیاری از جوانان و نوجوانان را در معرض خطر قرار داده و موجب نگرانی های وسیعی در سطح جوامع شده است. لذا اجتناب از رویارویی و کم توجهی به مصرف و سوء مصرف مواد مخدر، به علت پیامدهای زیانباری همچون تخریب منابع اقتصادی، اجتماعی، تهدید امنیت جامعه و بروز انواع کجروی های وابسته به آن، عواقب زیانباری را بدنبال خواهد داشت. نتایج بررسی ها نشان می دهد که همه گروههای سنی به طور یکسان در معرض اعتیاد قرار ندارند. هر چه سن افراد اضافه می شود زمینه های اعتیاد، کاهش می یابد.

به تعبیر روشن تر حدود **16** درصد از معتادان کمتر از **19** سال سن دارند و **28** درصد آنها در سنین **20-24** سالگی به اتیاد روی می آورند و از این سن به بعد درصد گرایش افرا به اعتیاد کاهش می یابد. در نتیجه می توان چنین استنباط کرد که سن افراد، آسیب پذیری خاصی را برای گرایش به اعتیاد فراهم می آورد. این آسیب پذیری بویژه در سن نوجوانی و جوانی در محیط مدرسه و محلات بیشتر رخ می دهد (ستوده، **1387**).

این نکته حایز اهمیت است که هیچ محیط و فردی از خطر اعتیاد در امان نیست و به نوجوانان و جوانان که به عنوان سرمایه های ملی یک کشور محسوب شده و در عین حال از آسیب پذیری بیشتری برخوردارند باید توجه بیشتری معطوف داشت .

1-Dow wiko . Mccrady . Epstein

1-1 - بیان مسأله

مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد اعتیاد آور توسط جوانان و نوجوانان یکی از مهمترین چالش های بهداشتی، روانی و اجتماعی جامعه ماست. بررسی های همه گیر شناسی حاکی از روند رو به افزایش مصرف مواد اعتیاد آور و شیوع گسترده آن در جمعیت نوجوان و جوان کشورهاست. از سوی دیگر نوجوانی به عنوان یکی از مراحل مهم رشد، مورد توجه متخصصین رشته های مختلف علمی می باشد. سازمان بهداشت جهانی دامنه سنی 10 الی 19 سال را دوره زمانی مرحله نوجوانی و بلوغ تعریف می نماید (سازمان بهداشت جهانی، 2002). دوره نوجوانی به عنوان دوره ای از رشد تعریف می شود که با شروع بلوغ جنسی آغاز و با بلوغ و پختگی فیزیولوژیکی و روانشناختی خاتمه می پذیرد (روبرت 2001¹). دوران نوجوانی دوران گذراست و بنظر می رسد افراد در این دوره تکانشی تر، بی احتیاط تر و نافرمان تر از هر دوران دیگری در زندگی باشند (ماژ و هاروی 1999²). این گروه سنی در همین دوران، گرفتار مواد اعتیاد آور و رفتارهایی می شوند که مخاطره آمیزند.

ژیلبرت بوتوین (2000) با مرور بررسی های انجام شده در زمینه عوامل خطر ساز و محافظت کننده مصرف مواد، مجموعه ای از عواملی را که در آغاز مصرف مواد نقش دارند، در یک مدل جامع تلفیق کرده است. بر اساس این مدل، اعتیاد نتیجه تعامل پویای مجموعه ای از عوامل محیطی و فردی خطر ساز در نظر گرفته می شود که در آن همسالان، والدین و سایر عوامل اجتماعی در تعامل با آسیب پذیری های روانشناختی فرد به مصرف الکل، سیگار و سایر مواد منجر می شود.

1-Robert 2-Madge. N & Harvey . J

وجود باورهای غلط در باره مواد توسط فرد و خانواده او، ضعف مهارت های اجتماعی، دسترسی آسان به مواد، نبود ارتباط موثر و مناسب بین فرد و خانواده از جمله معیارهای تعیین کننده و خطر ساز محسوب می شوند.

معیارهای اجتماعی خطر ساز _ که مصرف مواد را مجاز بدانند _ این معیارها را در تاریخچه ی بسیاری از کشوره از جمله خود ایران، می یابیم. این قبیل معیارها ورود فرد را به مصرف مواد مجاز می داند و نیز ایجاد شرایط عرضه ی مواد را نادرست تلقی نمی کند. این دو امکان ورود تمام افراد، از جمله افرادی که سایر شرایط درونی و خانوادگی پر خطر را دارند به دامنه مصرف مواد می کشاند. عوامل مختلف خطر ساز و محافظت کننده اعتیاد در محلات گسترده اند که اهم آنها عبارتند از:

- فقر: مطالعات نشان داده است محلاتی که فقر در آنها بیشتر است، مشکلات اجتماعی بیشتری نیز دارند
- فقدان تقید و وابستگی اجتماعی: مطالعاتی که به بررسی سرمایه اجتماعی می پردازد در این مورد نتایجی را نشان داده است کاهش احساس تعلق به محله و سرنوشت آن، احساس بی ارتباطی سرنوشت همسایه ها، نداشتن احساس مسئولیت با ایجاد مشکلات در محله رابطه پیدا می کند، به این دلیل روشن که فرایند پیدا شدن آسیب را کسی موضوع خود تلقی نخواهد کرد.

- محرومیت از حقوق شهروندی

- دسترسی آسان به سیگار، الکل و مواد

- فقدان منابع اقتصادی و اجتماعی برای جوانان

- میزان جابجایی زیاد در محله

- تعداد خانواده های دارای مشکلات مختلف (اعم از ارتباطی، سلامت و...) در محله

- میزان مصرف الکل و سایر مواد اعتیاد آور در محله

- سیاست تشویق و ترویج مواد: این سیاست ها به احتمال زیاد از شبکه های رهبری محله نشأت می گیرند و یا به دلیل بی سازمانی محلی، جای خود را برای اعمال نفوذ باز می کند.

- پیام های تبلیغاتی خاص: که رفتار بی محابا، سومصرف مواد، هنجارهای ضد اجتماعی، بی توجهی به قوانین، لذت جویی و موارد مشابه را تبلیغ می کنند.

- قوانین بی کفایت برای مصرف مواد (مثل الکل یا سیگار) در سنین پایین.

موارد فوق جزو عواملی است که بسیاری از مطالعات آنها را به عنوان عوامل خطر ساز شناخته اند. نبود بسیاری از این موارد یا کم بودن آنان یا جهت معکوس آنها به عنوان عوامل محافظت کننده شناخته می شوند (احترامی، 1389).

مشکل اعتیاد و اثرات آن در وهله ی نخست، بر نیروی انسانی جامعه به عنوان سرمایه های اجتماعی و متعاقب آن بر بعد اقتصادی جامعه بیشترین آسیب را وارد می سازد و چون همیشه یکی از طیف های مهم جمعیت شناختی که در گیر سوء مصرف مواد و یا در خطر ابتلا به آن قرار دارند جوانان هر جامعه می باشند که خود در حال گذر از بحران های عمده اجتماعی، هویتی، شغلی، خانوادگی و فردی هستند و هر کدام از آن بحران ها می تواند منشا گرایش یک نوجوان به مصرف مواد مخدر باشد. لذا توجه به سلامت نوجوانان و جوانان با عنایت به وضعیت محلات پر خطر اهمیت دارد.

از سوی دیگر بسیاری از اقدامات پیشگیرانه، بستر اجرایی به جز محیط و محله ندارند و اصولی که در برنامه های پیشگیرانه بدان توجه می شود برای هدایت و برنامه ریزی دقیق تر در محیط های مختلف

طراحی شده اند. و تاکید اساسی این است که عوامل محافظتی تقویت و عوامل خطر را کاهش یابد. این عوامل می توانند تمامی گروهها را متناسب با سن، جنس، نژاد، فرهنگ و محیط را متاثر نمایند. تبیین سوء مصرف و وابستگی به مواد از دیدگاه عوامل خطر ساز و محافظت کننده از این جهت سودمند است که افقی نو در برنامه های پیشگیری اولیه بازمی گشاید و هزینه های سرسام آور درمان اختلالات مربوط به سوء مصرف و وابستگی را به میزان زیادی کاهش می دهد.

همانطور که قبلاً گفتیم عوامل خطر ساز و ویژگیها یا اتفاقاتی هستند که اگر در شخصی وجود داشته باشند، احتمال بیشتری دارد که او به اختلال یا بیماری معینی مبتلا شود. عامل خطر ساز و محافظت کننده در دو قطب یک پیوستار قرار دارند.

داشتن عوامل خطر ساز به این معنی نیست که حتماً فرد به یک اختلال مبتلا می شود، بلکه احتمال خطر در این فرد افزایش می یابد. همینطور وجود عوامل محافظت کننده به این معنی نیست که حتماً فرد به یک اختلال مبتلا نمی شود بلکه احتمال مصونیت در مقابل بیماری برای فرد افزایش می یابد.

بسیاری از مردم در طول زندگی خود ممکن است به مصرف الکل یا داروهای غیرقانونی بپردازند که در این میان نه تنها تمامی آنها با مشکلات مرتبط با مواد مواجه نمی شوند، بلکه دامنه مشکلاتی که احتمالاً تجربه خواهند کرد از فردی به فرد دیگر متفاوت است؛ به همین نسبت هر طبقه از داروها، اثرات کوتاه مدت و بلند مدت دارند که به میزان مصرف و قدرت دارو بستگی دارد که این اثرات نیز از شخصی به شخص دیگر متفاوت است.

آنچه مهم جلوه می نماید سنجش سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد، از طریق تعیین عوامل خطر ساز و به همین نسبت جلوگیری از بفرنج شدن رفتار اعتیادی است.

بر این اساس و با استناد به مدارک جامع، برخی از محققان ارزیابی استعداد اعتیاد را مسلّم دانسته و تلاش های وافر در این رابطه به عمل آورده اند؛ از جمله اقدامات صورت گرفته، استفاده از آزمون های برای سنجش اعتیاد و استعداد گرایش به آن بوده است.

باعنایت به اینکه ایران بالاترین نرخ شیوع مواد افیونی به نسبت جمعیت _ در جهان داراست (گزارش دفتر مواد و جرم سازمان ملل، 2010) و با توجه به شاخص بودن آسیب اعتیاد در شهر بندرعباس با در نظر گرفتن عامل مهاجر پذیر بودن و آسیب پذیر بودن و وجود جمعیت قابل توجهی از جوانان و نوجوانان که بالقوه در معرض خطر اعتیاد قرار دارند، ضرورت شناخت وضعیت محلات و نوجوانان آن که در کدام محلات عوامل مخاطره آمیز بیشتری وجود دارد و در کدام بخش از شهر نوجوانان آمادگی بیشتری جهت مصرف مواد را دارند، میتواند تا اندازه زیادی در طراحی برنامه های پیشگیرانه و مداخلات به موقع موثر

باشد و از همین روست که بر آن شدیم که به وضعیت جوانان ونوجوانان در محلات مختلف بپردازیم لذا تعیین میزان آمادگی و استعداد اعتیاد جوانان ونوجوانان در مناطق مختلف شهر بندر عباس ، که راهگشای برنامه های پیشگیرانه است ، ضرورت این بررسی را بیش از پیش مبرهن می سازد .

1-3- ضرورت تحقیق

شیوع بسیار بالای استفاده از مواد مخدر در تمام گروههای اجتماعی بویژه جوانان ونوجوانان از مسایل مهم در چند دهه اخیر بوده است . عوامل وزمینه های بسیاری در شکل گیری اعتیاد وجود دارد . نتایج بررسی ها نشان می دهد که همه ی گروههای سنی به طور یکسان در معرض اعتیاد وسوء مصرف مواد قرار ندارد . یکی از مهمترین فاکتورهای شکل گیری اعتیاد، آمادگی فرد می باشد . اعتیاد اغلب دامنگیر افرادی می شود که از آمادگی برای ابتلا برخوردار باشند . اینگونه افراد از عوامل مخاطره آمیز فردی واجتماعی زیادی برخوردارند . در صورتیکه عوامل محافظت کننده فردی در اجتماعی که فرد در آن زندگی میکند وجود داشته باشد ؛ می توان امیدوار بود که احتمال ابتلا فرد به هر نوع آسیب اجتماعی از جمله اعتیاد کاهش می یابد . دیدگاههای متنوعی در زمینه عوامل محافظت کننده در برابر اعتیاد وجود دارد . صاحب نظران اعتقاد دارند شما با دانستن عواملی که فرد را در معرض خطر اعتیاد قرار می دهد می توانید افراد در معرض خطر را شناسایی کنید و برای پیشگیری از ابتلای آنان به اعتیاد اقدامات لازم را به عمل آورید . این عوامل می توانند موجب اعتیاد فرد شوند و یا افرادی را که قبلا معتاد بوده اند و در حال حاضر ترک کرده اند مجدداً به سمت اعتیاد سوق دهند .

الف) عواملی که مربوط به خود فرد است

- 1- کمبود اعتماد به نفس:** مانند فردی که در مقابل درخواست دوستانش برای کشیدن حشیش جرات مخالفت ندارد.
- 2- تمایل به اعمال زشت و خلاف:** کسی که مرتب دزدی می کند و یا دوست دارد به دیگران آسیب برساند یا دعوا راه بیندازد . ممکن است به اعمال خلاف دیگری مثل مصرف مواد نیز تن بدهد .
- 3- ناراحتی روانی:** مثل کسی که ناراحتی اعصاب دارد و برای کاهش افسردگی خود به جای مراجعه به پزشک مصرف دارو را شروع می کند .
- 4- درد یا بیماری جسمی مزمن** مانند فرد مسنی که دچار پا درد است یا کودکی که گوش درد دارد و به جای درمان توسط پزشک، خود فرد یا خانواده او به اشتباه از تریاک استفاده می کنند .
- 5- نظر مثبت نسبت به مواد مخدر،** مثلاً نوجوانی که فکر می کند مصرف مواد نشانه بزرگی و احترام است .

6- داشتن زمینه ارثی: فردی که یکی از اعضای خانواده یا بستگانش معتاد باشد. احتمال اعتیادش بیشتر است.

7- مورد خشونت قرار گرفتن: مانند پسر نوجوانی که مرتب از پدرش کتک می خورد و به همین دلیل بیشتر اوقات غصه دار و ناراحت است.

8- وضعیت بد تحصیلی: دانش آموزی که نمی تواند به خوبی همکلاسان خود درس بخواند و یا مدرسه را رها می کند، احتمال دارد به مصرف مواد آلوده شود.

ب) عواملی که به خانواده فرد مربوط است

1- مصرف مواد توسط اعضای دیگر خانواده مانند فردی که پدر و یا برادرش در حضور او تریاک می کشند.

2- رها کردن فرزند به حال خود: مانند کسی که فاقد پدر و مادر است و یا پدر و مادر به نیازهای او توجهی ندارند و مراقب اعمال و رفتارشان نیستند. یا فردی که والدینش او را به دلیل اعمال و رفتار ناپسند، طرد کرده اند.

3- تشنج و درگیری در خانواده: مثل فردی که به علت درگیری های مکرر میان والدین همیشه تحت فشار است.

ج) عواملی که به اطرافیان و محیط فرد مربوط است:

1- دوستان معتاد: دوستان یا اطرافیان معتاد به تشویق فرد به مصرف مواد او را در معرض خطر قرار می دهند.

2- طرد شدن از طرف معلمان، دوستان و بستگان: کسی که دوستان زیادی ندارد و یا اطرافیان حاضر به پذیرش او نیستند، احساس تنهایی می کند و در مواقع نیاز از راهنمایی و حمایت دیگران برخوردار نمی شود.

3- مهاجرت: تغییر محل زندگی از روستایی به روستای دیگر، از روستا به شهر و یا از شهری به شهر دیگر باعث می شود فرد با محیط، مشکلات و شرایط جدیدی روبرو شود که با آن بیگانه است، در حالی که حمایت های قبلی خانواده و آشنایان خود را نیز از دست داده است. چنین فردی اگر توانایی حل مشکلات جدید را نداشته باشد ممکن است دچار ناراحتی اعصاب شود و یا از افراد معتاد برای حل مشکلاتش کمک بگیرد.

4- دسترسی آسان به مواد: در روستاها یا محله هایی که مواد ارزان، آسان و فراوان یافت می شود، احتمال مصرف مواد توسط نوجوانان و جوانان بیشتر است.

5- فشارهای ناشی از محیط: خشکسالی، زلزله و به طور کلی هر مشکلی که باعث اشکال در تامین مایحتاج زندگی فرد شود، او را در معرض خطر قرار می دهد.

عوامل محافظت کننده در مقابل اعتیاد:

1- عوامل فردی:

* صفات مثبت شخصیتی: عوامل شخصیتی مثل اعتماد به نفس بالا و مهارت های اجتماعی، علاوه بر کاهش استرس های محیطی ناشی از ارتباط با دیگران باعث توانایی مقاومت در مقابل خواسته های خلاف دیگران و اصرار دوستان برای مصرف می شود. همچنین مهارت های انطباقی موجب می شود که فرد هنگام برخورد با استرس، برای حل مشکلات و تطابق با آن شیوه های مناسبی استفاده نماید.

*** باورها و ارزش ها:**

اعتقادات و باورهای راسخ دینی و مذهبی فرد را در مقابل مصرف مواد محافظت می کند. نگرش منفی به مواد شامل باور به اعتیادآور بودن و اثرات تخریبی مواد، احتمال مصرف آن را کاهش می دهد.

*** موفقیت ها:**

موفقیت های تحصیلی، شغلی، اجتماعی با افزایش اعتماد به نفس، ایجاد ثبات و هدفمندی در مسیر زندگی و کسب حمایت های لازم، فرد را از خطر مواد مخدر محافظت می کند.

2- عوامل محیطی و اجتماعی:

* داشتن خانواده ای سالم و همبسته:

پیوند و تامل مثبت بین فرد و والدین از سنین کودکی، موجب ارضای نیازهای عاطفی - روانی کودک می شود. این افراد، با تجربه روابط منطقی و قابل پیش بینی کمتر دچار انحرافات شخصیتی می شوند و مهارت های گوناگونی را که لازمه برقراری روابط سالم بین فردی و اجتماعی است می آموزند و با داشتن حس تعلق و وابستگی، کمتر احساس تنهایی و انزوا نموده و به دامن اعتیاد کشیده نمی شوند.

*** هوشیاری، حمایت خانواده، مدرسه و اطرافیان:**

هوشیاری و آگاهی والدین از خطر مصرف مواد مخدر و احتمال اعتیاد فرزندان کنترل و مراقبت کافی و لازم از طرف خانواده، مدرسه، اطرافیان و دوستان سالم و صمیمی به هنگام نیاز، احتمال مصرف ماده مخدر را کاهش می دهد.

*ضد ارزش بودن مصرف مواد مخدر:

در محیط و جوامعی که به وضوح، هرگونه مصرف مواد نپهی می شود و اعتبار و موقعیت فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی افراد مصرف کننده تنزل می یابد، نگرش منفی افراد به مواد به کاهش شیوع اعتیاد می انجامد. از عوامل محافظت کننده دیگر دسترسی به خدمات مشاوره ای، درمانی و عدم دسترسی به مواد مخدر است.

برخی دیگر از صاحب نظران عوامل محافظ در محلات را بدین صورت فهرست کرده اند:

- فرصت های اجتماعی و تفریحی مناسب

- میزان حمایت پلیس از جوانان

- فرصت مشارکت همه ی افراد در سنین های مختلف

- امکان انجام فعالیت های پس از مدرسه در محله

- پیوند افراد با نهاد های اجتماعی

- دلبستگی و شبکه های روابط اجتماعی

- دسترسی به خدمات اجتماعی و عمومی

- نفوذ هنجار های ضد مواد

- هماهنگی و همکاری بین سازمان های محله

- آگاهی شفاف از قوانین

- شیوع پایین جرم ویژه در اطرافیان (احترامی، 1389).

با توجه به دشواری های ترک اعتیاد و احتمال عود اغلب معتادان ترک داده شده، اهمیت پیشگیری از اعتیاد را بیش از پیش مبرهن می شود. از این رو تلاش جهت شناسایی عوامل خطر ساز در جمعیت های مختلف زیر 20 سال در مناطق مختلف شهر، می تواند جهت برنامه ریزی های پیشگیرانه آتی مفید باشد. پژوهش حاضر در پی این است که با شناسایی افراد مستعد به اعتیاد و به عبارتی شناسایی توزیع افراد

دارای عوامل خطر ساز که از آمادگی اعتیاد برخوردارند همچنین محلاتی که عوامل خطر ساز بیشتری را به جوانان و نوجوانان خود تحمیل میکنند و در اختیار نهادن نتایج این پژوهش بتواند به طراحان برنامه های پیشگیرانه کمک های موثری بنمایند.

لذا نتایج پژوهش حاضر می تواند برای واحدهای پیشگیری در بهزیستی، مشاوره های مراکز دانشگاهی و سازمان ملی جوانان اطلاعات سودمندی را در خصوص عوامل خطر ساز و محافظت کننده موجود در محلات در هر کدام از حیطه ها فراهم آورد. و اقدامات لازم را جهت تدوین برنامه های پیشگیرانه (توجه به ارتقای سطح حمایت فردی و اجتماعی و مهارتی افراد نظیر افزایش مهارتهای زندگی از طریق تدوین و آموزش برنامه آموزش مهارتهای ارتباطی، حل مسئله، ابراز وجود و...) در جلسات مشاوره انفرادی و هم به صورت گروهی محقق سازد.

4-1 اهداف تحقیق

1-4-1- هدف کلی

هدف کلی در این پژوهش بررسی میزان آمادگی اعتیاد در جوانان و نوجوانان مذکور زیر بیست سال

محلات شهر بندرعباس می باشد

1-4-2- اهداف اختصاصی

- 1. تعیین میزان آمادگی اعتیاد جوانان و نوجوانان**
- 2. شناسایی میزان آمادگی به اعتیاد افراد با توجه به سن فرد**
- 3. شناسایی میزان آمادگی به اعتیاد افراد با توجه به سطح تحصیلات فرد**
- 4. شناسایی میزان آمادگی به اعتیاد افراد با توجه به پایگاه اجتماعی خانواده فرد**
- 5. بررسی پراکنش افراد مستعد به اعتیاد در محلات مختلف شهر**

1-5- فرضیات و سوالات تحقیق

- با افزایش سن میزان آمادگی به اعتیاد افراد افزایش می یابد
- میزان آمادگی به اعتیاد در افراد با درجه تحصیلات متفاوت است
- میزان آمادگی به اعتیاد افراد در میان خانوادههای کم سواد بالاتر است
- میزان آمادگی به اعتیاد افراد در محلات مختلف متفاوت است
- میزان آمادگی به اعتیاد افراد در محلات آسیب خیز بالاتر است
- میزان آمادگی به اعتیاد افراد در مهاجرین بالاتر است
- میزان آمادگی به اعتیاد در میان بیکاران بیشتر است

- میزان آمادگی به اعتیاد افراد در میان خانواده‌های پر جمعیت بیشتر است
- آمادگی اعتیاد (استعداد اعتیاد) جوانان و نوجوانان در محلات مختلف به چه میزانی است؟
- افراد مستعد اعتیاد در چگونه خانواده‌هایی زندگی می‌کنند؟
- آیا تفاوتی بین افراد مستعد اعتیاد از نظر متغیرهای دموگرافیک (سن، سواد، تحصیلات و...) وجود دارد؟
- مهمترین عوامل خطر ساز گرایش به اعتیاد جوانان و نوجوانان زیر 20 سال بندرعباس کدامند؟
- افراد مستعد اعتیاد در کدام محلات بندرعباس زندگی می‌کنند؟

1-6- تعاریف متغیرهای تحقیق

- آمادگی اعتیاد: منظور از آمادگی اعتیاد، استعداد اعتیاد است. به عبارت دیگر افرادی که آمادگی به اعتیاد بالایی دارند بیش از دیگران در معرض ابتلا هستند در این پژوهش آمادگی اعتیاد و میزان آن نمره‌ای است که آزمودنی‌ها از طریق پاسخ به پرسشنامه محقق ساخته عوامل خطر ساز و محافظت کننده کسب می‌کنند.

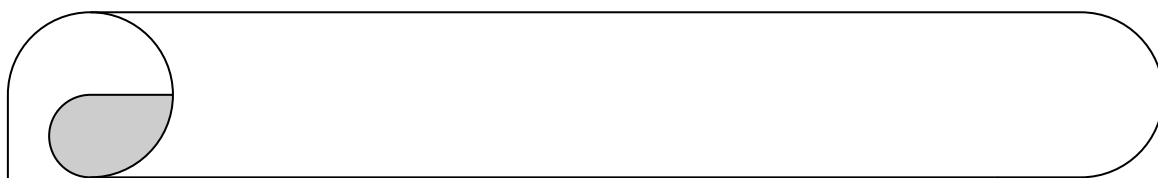
- عوامل خطر ساز: به موقعیت‌ها، ویژگی‌ها و رویدادهایی اطلاق می‌شود که احتمال مصرف مواد را افزایش می‌دهد (هاو کینس و دیگران¹، 1992).
در پژوهش حاضر عوامل خطر ساز شامل مجموعه‌ای از متغیرهای فردی و اجتماعی نیز نگرش مثبت نسبت به مصرف مواد بوده است.

- عوامل محافظت کننده: موقعیت‌ها و ویژگی‌ها و دسته‌ای از متغیرهای فردی، خانوادگی یا اجتماعی هستند که وجود آنها بروز اعتیاد یا احتمال مصرف مواد را کاهش می‌دهد.

- اعتیاد: طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (1993) اعتیاد به مواد مخدر مسمومیت حاد یا مزمنی است که مضر به حال فرد و اجتماع می‌باشد و زاینده مصرف دارویی طبیعی یا صنعتی بوده و عوارض روحی و جسمی دارد.

از نظر علمی منظور از اعتیاد وابسته شدن فرد به یک ماده بیرونی است که مصرف آن بر روان فرد اثر می‌گذارد. و از این طریق بر رفتار وی موثر است. چنانچه فرد این ماده را مصرف کند علائم ناخوشایندی در وی بروز می‌کند، فرد مجبور است برای ایجاد تجربه خوشایند اولیه یا جلوگیری از علائم محرومیت (علائم ناخوشایند) علاوه بر اینکه به مصرف ادامه دهد مقدار ماده مصرفی را نیز مرتب افزایش بدهد.

1- Hawkins eTal . 1992



فصل دوم

2-1- عوامل خطر ساز و محافظت کننده در سوء مصرف و وابستگی به مواد

همانطور که در فصل قبل گفتیم، عوامل خطر ساز ویژگیها یا اتفاقاتی هستند که اگر در شخصی وجود داشته باشند، احتمال بیشتری دارد که او به اختلال یا بیماری معینی مبتلا شود. عامل خطر ساز و محافظت کننده در دو قطب یک پیوستار قرار دارند.

داشتن عوامل خطر ساز به این معنی نیست که حتماً فرد به یک اختلال مبتلا می شود، بلکه احتمال خطر در این فرد افزایش می یابد. همینطور وجود عوامل محافظت کننده به این معنی نیست که حتماً فرد به یک اختلال مبتلا نمی شود بلکه احتمال مصونیت در مقابل بیماری برای فرد افزایش می یابد. عوامل خطر ساز و

محافظت کننده^۱ بیشماری برای سوء مصرف و وابستگی به مواد وجود دارد این عوامل، دارای ویژگیهای هستند:

1- افزایشی عمل می کنند. به این معنی که عوامل می توانند با همدیگر جمع شدن آنها احتمال خطر یا مصونیت افزایش می یابد. مثلاً وجود افسردگی و اضطراب و دسترس پذیری به مواد در یک شخص احتمال خطر سوء مصرف را در او افزایش می دهد.

2- از نظر کمیت و کیفیت متفاوتند. به این معنی که هر یک از عوامل خطر ساز و محافظت کننده به لحاظ کیفیت و کمیت با همدیگر فرق دارند مثلاً کیفیت و چگونگی اضطراب از افسردگی متفاوت است.

3- اهمیت آنها در اشخاص یا گروهها متفاوت است. در اشخاص یا گروههای نژادی ممکن است این عوامل به شکل متفاوتی عمل کننده مثلاً در گروهی دسترس پذیری به مواد اهمیت بیشتر داشته باشد. در حالی که در گروه دیگری نداشتن نگرشهای مذهبی به عنوان عامل خطر ساز عمده عمل می کند.

4- تأثیرشان در زمانهای مختلف در چرخه زندگی متفاوت است. این عوامل بسته به اینکه فرد در چه سنی به سر می برد و چه دورانی را پشت سر می گذارد به لحاظ تأثیر و خطر زایی یا محافظت کنندگی متفاوت هستند.

5- اهمیت آنها در ظاهر ساختن مراحل مصرف دارو و پیامدهای مرتبط با آن متفاوت است. هر یک از عوامل خطر ساز و محافظت کننده می توانند در ظاهر ساختن مراحل مصرف دارو و متفاوت عمل کنند و پیامدهای متفاوتی داشته باشند. مثلاً افسردگی به عنوان یک عامل خطر سازی می تواند شروع مصرف مواد را در فرد به نحو خاصی ایجاد کند و پیامدهای متفاوتی برای فرد باعث شود. 6- این عوامل می توانند در معرض تغییر قرار گیرند. به این معنی که با مداخلات پیشگیرانه می توان افسردگی با اضطراب را در افراد یا جمعیتی خاص کاهش داد و از این طریق احتمال خطر را کاهش داد. همینطور در افراد می توان عوامل محافظت کننده مثل نگرشهای مذهبی، مهارتهای مقابله ای را افزایش داد و احتمال مصونیت را بیشتر کرد. در زیر به عوامل خطر ساز و محافظت کننده در سوء مصرف و وابستگی به مواد اشاره می شود:

عوامل مخاطره آمیز:

- دوره نوجوانی

-استعداد ارثی

صفات شخصیتی:

-صفات ضد اجتماعی

-پرخاشگری

-اعتماد به نفس پایین

اختلالات روانی:

-افسردگی اساسی / فوبیا

موقعیت مخاطره آمیز:

-ترک تحصیل

-بی سرپرستی

-تأثیر مثبت مواد بر فرد

دوره نوجوانی :مخاطره آمیزترین دوران زندگی از نظر شروع به مصرف مواد دوره نوجوانی است. نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی و کسب هویت فردی و اجتماعی است. در این دوره، میل به استقلال و مخالفت با والدین به اوج خود می رسد و نوجوان برای اثبات بلوغ و فردیت خود ارزشهای خانواده را زیر سوال می برد و سعی در ایجاد و تحلیل ارزش های جدید خود دارد. مجموعه این عوامل، علاوه بر حس کنجکاوی نیاز به تحرک، تنوع و هیجان، فرد را مستعد مصرف می نماید ▪

ژنتیک: شواهد مختلفی از استعداد ارثی اعتیاد به الکل و مواد وجود دارد. تأثیر مستقیم عوامل ژنتیکی عمدتاً از طریق اثرات فارماکوکینتیک و فارکودینامیک مواد در بدن می باشد که تعیین کننده تأثیر ماده بر فرد است. برخی از عوامل مخاطره آمیز دیگر نیز تحت نفوذ عوامل ژنتیکی هستند مانند برخی اختلالات شخصیتی و روانی و عملکرد نامناسب تحصیلی ناشی از اختلالات یادگیری.

صفات شخصیتی: عوامل مختلف شخصیتی با مصرف مواد ارتباط دارند. از این میان، برخی از صفات بیشتر پیش‌بینی‌کننده احتمال اعتیاد هستند و به طور کلی فردی را تصویر می‌کنند که با ارزش‌ها یا ساختارهای اجتماعی مانند خانواده، مدرسه و مذهب پیوندی ندارد و یا از عهده انطباق، کنترل یا ابزار احساسات دردناکی مثل احساس گناه، خشم و اضطراب برنمی‌آید. این صفات عبارتند از: عدم پذیرش ارزش‌های سنتی و رایج، مقاومت در مقابل منابع قدرت، نیاز شدید به استقلال، صفات ضد اجتماعی، پرخاشگری شدید، احساس فقدان کنترل بر زندگی خود، اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی. از آنجا که اولین مصرف مواد، معمولاً از محیط‌های اجتماعی شروع می‌شود هر قدر فرد قدرت تصمیم‌گیری و مهارت ارتباطی بیشتری داشته باشد، بهتر می‌تواند در مقابل فشار همسالان مقاومت کند.

-اختلالات روانی: در حدود ۷۰ درصد موارد، همراه با اعتیاد اختلالات دیگر روانپزشکی نیز وجود دارد. شایع‌ترین تشخیص‌ها عبارتند از: افسردگی اساسی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، فوبی، اختلال وسواسی - جبری، مانیا، اسکیزوفرنیا و... ■

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

-موقعیت‌های مخاطره‌آمیز فردی: بعضی از نوجوانان و جوانان در موقعیت‌ها یا شرایط قرار دارند که آنان را در معرض خطر مصرف مواد قرار می‌دهد. مهمترین این موقعیت‌ها عبارتند از: در معرض خشونت قرار گرفتن در دوران کودکی و نوجونی، ترک تحصیل، بی‌سرپرستی یا بی‌خانمانی، فرار از خانه، معلولیت جسمی، ابتلا به بیماریها یا دردهای مزمن. حوادثی مانند از دست دادن نزدیکان یا بلاهای طبیعی ناگهانی نیز ممکن است منجر به واکنش‌های حاد روانی شوند. در این حالت فرد برای کاهش درد و رنج و انطباق با آن از مواد استفاده می‌کند. ■

-تأثیر مواد بر فرد: این متغیر وقتی وارد عمل می‌شود که ماده حداقل یک بار مصرف شده باشد. ■ چگونگی تأثیر یک ماده بر فرد، تابع خواص ذاتی ماده مصرفی و تعامل آن با فرد و موقعیت فرد مصرف‌کننده است. تأثیر مواد بر فرد مصرف‌کننده، به میزان قابل توجهی، به مشخصات او بستگی دارد.

این مشخصات عبارتند از: شرایط جسمی فرد، انتظار فرد از مواد، تجربیات قبلی تأثیر مواد و مواد دیگری که هم‌زمان مصرف شده‌اند، مواد مختلف نیز تأثیرات متفاوتی بر وضعیت فیزیولوژیک و روانی فرد دارند، مثلاً: هروئین و کوکائین سرخوشی شدید، الکل آرامش و نیکوتین مختصری هشیاری و آرامش ایجاد می‌کند.

عوامل مربوط به خانواده: خانواده اولین مکان رشد شخصیت، تشکیل باورها و الگوهای رفتاری فرد است. خانواده علاوه بر اینکه، محل حفظ و رشد افراد و کمک به حل استرس و پاتولوژی است، منبعی برای تنش، مشکل و اختلال نیز می‌باشد. ناآگاهی والدین، ارتباط ضعیف والد و کودک، فقدان انضباط در خانواده، خانواده‌ی مشتتج یا آشفته و از هم گسیخته، احتمال ارتکاب به انواع بزهکاری‌ها مانند سوء مصرف مواد را افزایش می‌دهد. همچنین والدینی که مصرف‌کننده‌ی مواد هستند باعث می‌شوند فرزندان با الگوبرداری از رفتار آنان، مصرف مواد را یک رفتار بهنجار تلقی کرده، رفتار مشابهی پیشه کنند. ■

تأثیر دوستان: تقریباً در ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف‌کننده‌ی مواد بدنبال تعارف دوستان رخ می‌دهد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعدکننده‌ی مواد برای گرفتن تایید رفتار خود از دوستان، سعی می‌کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. گروه "همسالان" به خصوص در شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار مؤثر هستند. بعضی از دوستی‌ها، صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می‌گیرد نوجوانان به تعلق به یک گروه نیازمندند و اغلب پیوستن به گروههایی که مواد مصرف می‌کنند، بسیار آسان است. هرچه پیوند فرد با خانواده، مدرسه و اجتماعات سالم کمتر باشد، احتمال پیوند او با این قبیل گروهها بیشتر می‌شود. ■

عوامل مربوط به مدرسه: از آنجا که مدرسه بعد از خانواده، مهم‌ترین نهاد آموزشی و تربیتی است، می‌تواند از راه‌های زیر زمینه‌ساز مصرف مواد در نوجوانان باشد: ■

بی‌توجهی به مصرف مواد و فقدان محدودیت یا مقررات جدی منع مصرف در مدرسه، استرس‌های شدید تحصیلی و محیطی، فقدان حمایت معلمان و مسئولان بهنگام نیاز عاطفی و روانی زمان بروز مشکلات و طرد شدن از طرف آنان. ■

● عوامل مربوط به محل سکونت: عوامل متعددی در محیط مسکونی می‌تواند موجب گرایش افراد به مصرف مواد می‌شود: ■

فقدان ارزش‌های مذهبی و اخلاقی، شیوع خشونت و اعمال خلاف، وفور مشاغل کاذب، آشفته‌گی و ضعف همبستگی بین افراد محل و حاشیه‌نشینی از جمله این عواملند.

مشخصات فردی و عوامل محیطی بخشی از علل اعتیاد هستند و بخش دیگر را بازارهای بین‌المللی مواد و عوامل اجتماعی - اقتصادی حاکم بر جامعه تشکیل می‌دهند. این عوامل عبارتند از:

«قوانین: فقدان قوانین جدی منع تولید، خرید و فروش، حمل و مصرف مواد، موجب وفور و ارزانی آن می‌شود.»

«بازار مواد: میزان مصرف مواد، با قیمت آن نسبت معکوس دارد. هرچه قیمت مواد کاهش یابد، تعداد افرادی که بتوانند آن را تهیه کنند افزایش می‌یابد. همچنین سهل‌الوصول بودن مواد به تعداد مصرف‌کنندگان آن می‌افزاید.»

«مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی: در جوامعی که مصرف مواد نه تنها ضد ارزش تلقی نمی‌شود، بلکه جزئی از آداب و سنن جامعه و یا نشان تمدن و تشخص و وسیلهٔ احترام و پذیرایی است، مقاومتی برای مصرف مواد وجود ندارد و سوءمصرف و اعتیاد شیوع بیشتری دارد.»

«کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی: کمبود امکانات لازم برای ارضای نیازهای طبیعی روانی و اجتماعی نوجوانان و جوانان از قبیل کنجکاوی، تنوع طلبی، هیجان‌خواهی، ماجراجویی، مورد تأیید و پذیرش قرار گرفتن و کسب موفقیت بین همسالان، موجب گرایش آنان به کسب لذت و تفنن از طریق مصرف مواد و عضویت در گروه‌های غیر سالم می‌شوند.»

«عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی: در زندگی افراد، موقعیت‌ها و مشکلاتی پیش می‌آید که آنان را از جهات مختلف در معرض خطر قرار می‌دهد. فقدان امکانات لازم یا عدم دسترسی به خدماتی که در چنین مواقعی بتواند فرد را از نظر روانی، مالی، شغلی، بهداشتی و اجتماعی حمایت نماید، فرد را تنها و بی‌پناه، بدون وجود سطح مقاومت اجتماعی رها می‌کند.»

«توسعهٔ صنعتی جامعه، مهاجرت، کمبود فرصت‌های شغلی و محرومیت اقتصادی - اجتماعی: توسعهٔ صنعتی، جوامع را به سمت شهری شدن و مهاجرت از روستاها به شهرها سوق می‌دهد. مهاجرت باعث می‌شود تا فرد، برای اولین بار، با موانع جدیدی برخورد نماید. جدایی از خانواده، ارزش‌های سنتی و ساختار حمایتی قبلی به تنهایی، انزوا و ناامیدی فرد می‌انجامد. کم‌سوادی، فقدان مهارت‌های شغلی، عدم دسترسی به مشاغل مناسب و به دنبال آن محدودیت در تأمین نیازهای حیاتی و اساسی زندگی و تلاش

برای بقاء، فرد را به مشاغل کاذب یا خرید و فروش مواد می‌کشاند و یا برای انطباق با زندگی سخت روزمره و شیوهٔ جدید زندگی به استفاده از شیوه‌های مصنوعی مانند مصرف مواد سوق می‌دهد.

عوامل شخصیتی: داشتن اعتماد به نفس بالا و مهارت‌های اجتماعی، علاوه بر کاهش استرس‌های محیطی ناشی از ارتباط با دیگران، باعث توانایی مقاومت در مقابل خواسته‌های خلاف دیگران و اصرار دوستان برای مصرف می‌شود. همچنین مهارت‌های انطباقی موجب می‌شود که فرد هنگام برخورد با استرس، برای حل مشکلات و تطابق با آن از شیوه‌های مناسبی استفاده نماید.

باورها و ارزش‌ها: اعتقادات و باورهای راسخ دینی و مذهبی، فرد را در مقابل مصرف مواد محافظت می‌کند. نگرش منفی به مواد، شامل باور به اعتیاد آور بودن و اثرات تخریبی مواد، احتمال مصرف آن را کاهش می‌دهد.

موفقیت‌ها: موفقیت‌های تحصیلی، شغلی و اجتماعی با افزایش اعتماد به نفس، ایجاد ثبات و هدفمندی در مسیر زندگی و کسب حمایت‌های لازم، فرد را از خطر مواد مخدر محافظت می‌نماید.

داشتن خانواده‌ای سالم و همبسته: پیوند و تعامل مثبت بین فرد و والدین از سنین کودکی موجب ارضای نیازهای عاطفی - روانی کودک می‌شود. این افراد، با تجربهٔ روابط منطقی و قابل پیش‌بینی، کمتر دچار انحرافات شخصیتی می‌شوند و مهارت‌های گوناگونی را که لازمهٔ برقراری روابط سالم بین فردی و اجتماعی است می‌آموزند و با داشتن حس تعلق و وابستگی، کمتر احساس تنهایی و انزوا نموده و به دامن اعتیاد کشیده نمی‌شوند.

هشیاری و حمایت خانواده، مدرسه و اطرافیان: هشیاری و آگاهی والدین از خطر مصرف مواد مخدر و احتمال اعتیاد فرزندان، کنترل و مراقبت کافی و تأمین حمایت و راهنمایی لازم از طرف خانواده، مدرسه، اطرافیان و دوستان سالم و صمیمی، به هنگام نیاز، احتمال مصرف مواد و یا سوء مصرف و اعتیاد را کاهش می‌دهد.

ضد ارزش بودن مصرف مواد: در محیط‌ها و جوامعی که به وضوح هرگونه مصرف مواد نهي می‌شود و اعتبار موقعیت فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی افراد مصرف کننده تنزل می‌یابد، نگرش منفی افراد به مواد کاهش شیوع اعتیاد می‌انجامد.

دسترسی به خدمات: دسترسی به خدمات حمایتی (هنگام بروز مشکلاتی مانند بی‌سرپرستی و از دست دادن شغل)، خدمات مشاوره‌ای (هنگام بروز مشکلات عاطفی یا اتخاذ تصمیم مهم) و خدمات درمانی (برای

بیمارانی که تمایل به ترک اعتیاد دارند)، موجب می‌شود تا عوامل مخاطره‌آمیزی که فرد ممکن است در طی زندگی با آنها روبرو شود، تشدید نشده و یا ازمان نیابند.

«عدم دسترسی به مواد: هر قدر مواد در محیط زندگی فرد نایاب‌تر و یا گران‌تر باشد، احتمال مواجهه و مصرف کاهش می‌یابد (رحیمی موقر، 1376)»

2-2- معرفی ابعاد مختلف عوامل خطر آفرین: بسیاری از پژوهشگران حوزه اعتیاد و بویژه اکثر افراد عادی جامعه، بر این باورند که ساختمان شخصیت برخی افراد برای پذیرش اعتیاد مساعدتر از دیگران است. اینان می‌پندارند که این زمینه مساعد ب ی گمان شرط اولیه و لازم ابتلا به اعتیاد است و بدین ترتیب مسأله را بیش از حد ساده می‌انگارند. تنها مزیت این کار آن است که به مسأله، ظاهری روشن و آشکار میبخشد (برژره، 1368).

بدین ترتیب عواملی وجود دارند که احتمال یا امکان سوء مصرف مواد و اعتیاد را افزایش می‌دهند. عوامل خطر ساز در گرایش به اعتیاد ضامن اعتیاد در آینده نیستند، بلکه بیشتر پیش بینی کننده‌ها اعتیاد بالقوه هستند (لاندری، 1993).

• عوامل خطر ساز از نظر روانپزشکی

مشکلات روانپزشکی ممکن است نقش چندگانه‌ای را در رشد اعتیاد بازی کند این مشکلات اغلب دلیلی برای شروع و نیز حفظ مصرف مواد هستند

برای مثال، این احتمال وجود دارد که مردم الکل را به منظور کاهش علائم درد و اضطراب مصرف کنند. اگرچه شاهدهی برای یک شخصیت معتاد که منجر به اعتیاد شود وجود ندارد، اما یک دسته صفات شخصیتی نظیر:

سطح پایین تحمل استرس، تصویر منفی از خود، فقدان شایستگی، انزوا و افسردگی وجود دارد که از اعتیاد ناشی می‌شوند.

• عوامل خطر ساز از نظر رفتاری

رفتار بزهکارانه و ضد اجتماعی که با سوء مصرف اولیه مواد و اعتیاد مرتبط است، عملکرد تحصیلی ضعیف و فقدان تعهد آموزشی نیز با احتمال افزایش سوء مصرف مواد مرتبط هستند. سوء مصرف، اغلب به دنبال یک دوره نگرش‌های منفی نسبت به خود و سایرین، تعامل اجتماعی با سایر همسالان ناراحت و رفتار غیر قابل قبول اجتماعی برای دستیابی به خود ارزشی و رضای خاطر ایجاد می‌شود.

• عوامل خطر ساز جمعیت شناختی

برخی عوامل جمعیتی با سوء مصرف و اعتیاد مرتبط هستند. برای مثال مردان میزان بالاتری از سوء مصرف و اعتیاد را نسبت به زنان نشان داده اند. برخی گروه های نژادی و فرهنگی از قبیل آمریکایی های آفریقائی تبار و اسپانیایی ها، سطح بالاتری از اعتیاد را نسبت به سایر گروه ها (در جامعه آمریکا) داشته اند. زندگی در داخل شهر با موانع شغلی، آموزشی و اقتصادی توأم است که احتمال سوء مصرف و اعتیاد را افزایش می دهند.

• عوامل خطر ساز خانوادگی

والدین و سایر اعضاء خانواده می توانند احتمال مصرف و سوء مصرف مواد کودکان را از طریق الگوسازی و سرمشق گیری افزایش دهند. انطباط متناقض والدین، فقدان صمیمیت خانوادگی و وجود والدینی که فاقد مهارت های لازم هستند با درگیری اولیه با الکل و سایر مواد، مرتبط هستند. یک مطالعه جدید اشاره کرده است که الکلیم والدین از طریق استرس و اثر منفی آن، کاهش نظارت والدین و افزایش تهیج پذیری مزاجی آنان، می تواند بر مصرف مواد نوجوانان تأثیر گذارد.

• عوامل خطر ساز اجتماعی

نوجوانانی که دوستانشان به الکل و سایر مواد دسترسی دارند بطور فزاینده در معرض خطر بوده و احتمال زیادی برای تبدیل آنها به مصرف کننده مواد وجود دارد

• عوامل خطر ساز وراثتی

از قدیم یک عامل وراثتی که بر افزایش احتمال اعتیاد به الکل تأثیر می گذارد فرض شده است. به عنوان مثال، پسران و دختران افراد الکلیم سه یا چهار برابر بیشتر احتمال دارد که نسبت به افرادی که تاریخچه خانوادگی الکلیم ندارند، به عنوان یک الکلیم رشد کنند. به همین دلیل، اعتیاد به سایر مواد نیز با یک تاریخچه خانوادگی الکلیم مرتبط است. برخی از افراد، پس از نخستین حمله ناشی از مصرف الکل سطح پایین تری از یک انتقال دهنده عصبی به نام سروتونین را نشان داده اند. بنابراین، ممکن است تعدادی از افراد الکلی یک کاهش از پیش تعیین شده در این انتقال دهنده عصبی داشته باشند. در واقع، مصرف الکل تلاشی برای رهایی از این عدم تعادل انتقال دهنده عصبی است. به عبارت دیگر ممکن است نوعی از الکلیمبا کمبود سروتونین مرتبط باشد و نوعی دیگر، از سایر کمبودهای زیست شناختی ناشی شود.

• عوامل خطر ساز دارو شناختی

داروشناسی عبارتست از مطالعه داروها و اثرات آنها بر بدن . چندین عامل داروشناختی ، خطر ادامه مصرف، سوء مصرف و اعتیاد را افزایش می دهند(لاندری،1993).

پژوهشگران دیگری به عوامل خطر آفرین بدین ترتیب می پردازند:

الف) عوامل خطر آفرین از نظر روانشناختی

از نظر متخصصین ، بروز برخی اختلالات از جمله افسردگی ، اضطراب ، سطح پایین تحمل استرس ، تصویر ذهنی منفی از خود و فقدان شایستگی ، احتمال گرایش به مصرف مواد را بالا می برد و در صورت بروز چنین علائمی بایستی نسبت به ارائه ی خدمات ویژه با هدف جلوگیری از بروز اعتیاد حساس بود.

ب) عوامل خطر آفرین از نظر رفتاری

اجتماع ستیزی اولیه و رفتار بزهکارانه از قبیل اختلال کرداری با سوء مصرف اولیه مواد و اعتیاد مرتبط است . سوء مصرف اغلب به دنبال یک دوره نگرشهای منفی نسبت به خود و سایرین ، گرفتاری اجتماعی با سایر همسالان ناراحت ، و رفتار غیر قابل قبول از نظر اجتماعی به منظور دستیابی به خود ارزشی و رضای خاطر ایجاد می شود.

ج) عوامل خطر آفرین جمعیت شناختی

پژوهشها بیانگر آن است که در مجموع ، مردان میزان بالاتری از سوء مصرف و اعتیاد را نسبت به زنان نشان می دهند . برخی گروهها و طبقات اجتماعی در مقایسه با سایر گروههای اجتماعی بیشتر در معرض موادمخدر هستند . زندگی در داخل شهر، مهاجرت و منابع اقتصادی محدود از جمله عوامل گرایش به اعتیاد هستند.

د) عوامل خطر آفرین خانوادگی

انضباط متناقض والدین، فقدان حمایت خانوادگی و وجود والدینی که فاقد مهارتهای لازم هستند با درگیری اولیه با الکل و سایر مواد مرتبط هستند . برای مثال مصرف الکل و سایر مواد توسط والدین ، باعث نظارت کمتر آنان بر فرزندان خود می شود.

هـ) عوامل خطر آفرین اجتماعی

کودکان از طریق مصرف مواد توسط همسالان و نیز بواسطه ی نگرشهای این همسالان نسبت به مصرف مواد تحت تأثیر هستند . همچنین عواملی مثل در دسترس بودن مواد ، شرایط فشارزای اجتماعی و فقر می تواند مصرف مواد را دامن بزند

و) عوامل خطر آفرین داروشناختی

داروشناسی ، عبارتست از مطالعه ی داروها و اثرات آنها بر بدن . مکانیسم تقویتی مغز در ارتباط نزدیک با اثرات داروشناختی مواد است . از جمله اینکه شواهد بسیار قوی مبنی بر تعامل سیستم لیمبیک میانی مغز با اثرات داروها وجود دارد . در این سیستم ، دوپامین که یک انتقال دهنده ی عصبی است و بیشتر به هنگام شادی ما فعال است ، ظاهراً نقش حیاتی در ایجاد اثر تقویتی تحریک الکتریکی بخش میانی قدامی مغز دارد . در این چارچوب ، شاید مهم ترین عامل دارو شناختی روانی مؤثر در سوء مصرف داروها به قابلیت دارو در تقویت وضعیت موجود و ایجاد وضعیت مثبت مرتبط باشد (نیکوزاده، 1380).

عوامل خطر آفرین در مصرف مواد نوجوانان بر اساس گزارش برخی از صاحب نظران

عوامل	عوامل محافظت کننده آنچه که ما را از مصرف مواد باز « » می دارد	عوامل خطر آفرین آنچه که ممکن است در گرایش به مصرف مواد تسریع به عمل « » آورد
-------	---	--

فردی	شخصیت محکم و مقاوم ، جهت گیری اجتماعی مثبت ، هوش ، مهارت های رفتاری	رفتارهای مشکل آفرین دیرپا و دارای سابقه طولانی، نگرش های مثبت نسبت به مصرف مواد ، شروع زود هنگام مصرف مواد
خانوادگی	انسجام، ارتباط عاطفی گرم و با محبت در بین کودک و والدین در کودکی	رفتارهای توأم با مصرف مواد غیرمجاز در خانواده ، شیوه های مدیریت نامناسب در خانواده ، پیوند ضعیف با خانواده ، وجود کشمکش در خانواده
تحصیلی	تعهد مدرسه در برابر دانش آموزان ، حذف فرهنگ مغایر با مصرف مواد	شکست تحصیلی ، عدم احساس تعهد کافی به مدرسه
همسالان	معاشرت با همسالانی که مواد مصرف نمی کنند	طرد شدن از طرف همسالان در مقاطع تحصیلی پایین تر
زمینه ساز	هنجارها، اعتقادات و معیارهای رفتاری مخالف با مصرف مواد	در دسترس بودن مواد ، هنجارهای فرهنگی محرومیت اقتصادی شدید ، از هم گسیختگی اجتماعی در جامعه یا محل زندگی

به نقل از نیکوزاده (1380)

2-3- خلاصه ای از ویژگی های دوران نوجوانی و جوانی (یک دوره رشد خطر ساز)

- فرد به بلوغ جسمی رسیده و آهنگ رشد جسمی او سریعتر می گردد. تغییرات جسمی او را غافلگیر کرده و موجب ایجاد اضطراب و استرس در وی می شود.

- تمایل جنسی بروز کرده و شدیدتر می شود و برخی از نوجوانان و جوانان به دلیل اشتغال به محرک های جنسی احساس گناه و اضطراب و شدید می نمایند.

- فرد به مرحله تفکر صوری می رسد. آگاهی از زندگی، پیش بینی آینده، تصمیم گیری، فرمول بندی و جستجوی راه حل برای مسایل، توجه به ممکنات و آزمون فرضیه ها از مشخصات تفکر صوری است.

- با استفاده از تواناییهای جدید شناختی، فرد به بررسی مجدد مناسبات اجتماعی، اخلاقیات، سیاست، مذهب و ... می پردازد. آنان به مفاهیم کلی مانند عدالت، عشق و آزادی می اندیشند و در حل مسایلی که برایشان پیش می آید بیشتر خیالپردازی می کنند.

- تفکر آرمانگرایی که در نتیجه رسیدن به تفکر انتزاعی حاصل می گردد و موجب ایجاد شکاف عمیق بین واقعیتهای زندگی و ایده آلهای ذهنی نوجوان و جوان می گردد و همین امر احتمالاً عصیانگری علیه وضعیت موجود را به دنبال خواهد داشت.

- انتقاد از افراد صاحب قدرت، تمایل به بحث و مجادله، توجه به خود، خود محوری، بلا تکلیفی و در بعضی مواقع دوگانگی در تفکر و عمل از دیگر ویژگیهای این دوره است که در نتیجه تفکر انتزاعی ایجاد می گردند. خود محوری و خود را از وقایع زندگی و قوانین حاکم بر طبیعت مستثنی دانستن گاهی اوقات مشکلاتی را برای نوجوانان و جوانان به وجود می آورد که از جمله آن اعتیاد به مواد مخدر است.

- فاصله عاطفی نوجوان و جوان با والدین بیشتر گردیده و به تدریج او به طرف استقلال حرکت می کند.

- گرایش به گروه های دوستی و همسالان بیشتر شده و معمولاً این گروه ها جای خانواده را می گیرند. از طریق شرکت در گروه ها و ایفای نقش در نهایت، فرد به هویت اجتماعی دست می یابد.

- نوجوان و جوانان از طریق شرکت در گروه ها با مفاهیم مربوط به عضویت در گروه و ایفای نقش در آن که برای رشد او حایز اهمیت می باشد، آشنا می شوند.

- در بعضی مواقع و در شکل نامتعادل، فرد ممکن است استقلال خود را از دست بدهد یا در هیچ فعالیت گروهی وارد نشود.

- خود پنداره حالت انتزاعی به خود می گیرد و روز به روز کاملتر می شود. خود پنداره او متأثر از روابط با معلمان، دوستان و سایر افراد مرتبط می باشد. او در تلاش برای آگاهی از خود می باشد.

- ایجاد نوعی تعهد فکری یا عقیدتی به اهداف خاص، عامل موثری در رشد و تحول بوده و در شکل دهی هویت نقشی سازنده دارد.

- دستیابی به مجموعه ای از اصول و ارزشها که به واسطه آنها تصمیمات مهم زندگی اتخاذ می گردد، از تکالیف مهم زندگی است.

کلبرگ رشد اخلاقی را به سه سطح و شش مرحله تقسیم کرده است. انتقال به هر مرحله مستلزم توانایی و فراگیری استدلال موثر در ارزشهای عمومی اخلاقی، تصمیم گیری صحیح تر درباره رفتارهای معین و بررسی انتقادی باورهای پیشین می باشد. از نظر کلبرگ، هنجار اخلاقی در پایان نوجوانی برخوردار از الزامات مرحله پنجم است. در همین راستا، بخشی از مشکلات اخلاقی نوجوانان و جوانان مربوط به اختلال در رشد ارزشها و باورها است.

- بی ثباتی عاطفی، خشم، استرس، اضطراب و ... در دوره نوجوانی و جوانی رایج است.
- نوجوانان و جوانان در فرآیند هویت یابی به دنبال کسب هویت شغلی نیز هستند.
- گذراندن صحیح اوقات فراغت از بروز بسیاری از مشکلات رفتاری جلوگیری می کند و زندگی مطلوب و شادابی را برای نوجوانان و جوانان به ارمغان می آورد (شجاعی، 1383 به نقل از یوسفی، 1389).

2-4- نظریه های مرتبط با اعتیاد

(نظریه های انحرافات اجتماعی / پیدایش اعتیاد)

2-4-1- 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 و خیم 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. (سلیمی و داوری، 1380).

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 مبین آموزش و فراگیری واقعیات زندگی است. این بخش پیونددهنده «نهاد» و «من برتر» و - به اصطلاح - دروازه بان شخصیت است.

«من 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 «من برتر» می باشد. زمانی رفتار انحراف آمیز پیش می آید که «نهاد» در مبارزه با «من برتر» پیروز

گردد. (ستوده، 1387)

ژان برژره معتادان را از نظر شخصیتی و روانی به معتادان با ساختار «روان نژند»، «روان پریش» و «افسرده» حال تقسیم می‌کند. اما به طور کلی، تقسیم بندی دیگری وجود دارد که بیشتر روان شناسان پای بند آن هستند و آن تقسیم شخصیت معتاد به «نوروتیک»، «پسیکوتیک» و «سازمان نیافته» است. معتادان «نوروتیک» خود آزار و دیگر آزارند و دارای اختلال در روابط عاطفی و خانوادگی می‌باشند. از نظر روانی، این افراد با مصاحبه و رویارویی و نیز از طریق همدلی، اعتماد و اطمینان بخشیدن به آن‌ها باید تحت درمان قرار گیرند.

معتادان «پسیکوتیک»، واقعیت‌گریز هستند، روان‌کاوی این گروه و کنترل پرخاشگری در آن‌ها بهترین راه درمان این گروه محسوب می‌گردد. معتادانی که دارای رفتار «سازمان نیافته» هستند، قادر به برقراری ارتباط با واقعیت‌ها نیستند و ناکامی‌های خود را معلول محیط اجتماعی و خانوادگی دوران کودکی خود می‌دانند و بسیار خیالپرداز هستند. این گروه نیز از طریق روان‌کاوی تحت درمان قرار می‌گیرند. می‌توان نتیجه گرفت که هرگاه رشد روانی فرد به موازات رشد جسمی او انجام نگیرد و شخصیت فرد تکامل نیابد، فرد در معرض و هجوم بیماری‌ها و اختلالات روانی قرار می‌گیرد و به فردی بی‌اراده، تلقین‌پذیر و بی‌عاطفه تبدیل می‌شود. در این هنگام در معرض خطر کجروی و انحراف واقع می‌شود، که اعتیاد به مواد مخدر یکی از این انحرافات می‌باشد. این‌گونه افراد به دلیل عدم تکوین شخصیت نمی‌توانند ارزش‌های اخلاقی را بپذیرند و به آسانی نمی‌توانند خود را با محیط سازش دهند. علاوه بر آن، دچار مشکلات احساسی و عاطفی می‌گردند. در نتیجه، زمینه مناسبی برای اعتیاد به مواد مخدر در چنین افرادی به وجود می‌آید. برای مثال، افراد عقب مانده ذهنی به دلیل اینکه خطر ناشی از اعتیاد را نمی‌دانند و شخصیت تلقین‌پذیری دارند، تحت تأثیر تلقین دیگران و با همنشینی افراد معتاد به طرف اعتیاد کشانده می‌شوند. (داوری، 1381).

2-4-2 - تبیین‌های زیست‌شناختی

تبیین‌های زیست‌شناختی را می‌توان به دو حیطه تبیین‌های حاکی از اختلالات بدن و تبیین‌های ژنتیک تقسیم کرد. تبیین‌های زیست‌شناختی، عوامل جسمی و زیستی را عامل پیدایش کجروی می‌شمرند. به نظر آن‌ها مجرمان و تبهکاران دارای ساختمان زیستی خاص هستند و با دیگران به لحاظ زیستی متفاوت می‌باشند؛ یعنی بین نقص بدنی و گرایش به انحرافات اجتماعی رابطه نزدیکی وجود دارد. روان‌پزشکان نیز ابتلا به بیماری‌ها و اختلالات روانی را ناشی از ضایعات وارد بر مغز می‌دانند. 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. (ممتاز، 1381).

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

۱) داشتن پستی 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 متفکران 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 خاصی دارند). برخی نیز معتقدند بین تیپ جسمی افراد و گرایش آن ها به جرم رابطه وجود دارد. مثلاً، 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 هستند (ستوده، 1387).

پژوهش درباره رابطه انحراف آمیز و الگوهای توزیع کروموزوم ها، هنوز هم انجام می گیرد.

2-4-3- تبیین های جامعه شناختی

نظریه های جامعه شناختی، بر نقش مهم و اساسی 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. (سلیمی و داوری، 1380).

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 نگرینست و بر همین اساس، کجروی را نیز در درون و در ربط و نسبت با آن باید مطالعه کرد. معمولاً 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) نظریه مرتن:

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 اجتماعاً پذیرفته شده ای را نیز برای دستیابی به این هدف ها در اختیار دارد. هرگاه این وسایل در دسترس فرد قرار نگیرد، احتمالاً 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. 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: الف) کجرو در عین قبول اهداف اجتماعی، برای رسیدن به آن از وسایل غیرمقبول استفاده می کند؛ برای مثال، در زمینه مواد مخدر 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 مخدر، برای رسیدن به اهداف خود استفاده کند.

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

ج) 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. د) کجرو، اهداف مقبول جامعه را نمی پذیرد، اما برای رسیدن به مقاصد خود از وسایل مقبول جامعه استفاده می کند. در این مورد، افراد کوشش می کنند تا وارد بدنه قدرت شوند و از راه های قانونی به اهداف خود برسند. (سلیمی و داوری، 1380)

2-- 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 و مفسر دیدگاه دورکیم، 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 میا شد. 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.

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 حتی جایگزین کنترل های غیررسمی شود. ابزار مهم کنترل اجتماعی، اجتماعی کردن افراد است که ضعف در این امر موجب بروز رفتارهای ناپهنجار و از جمله اعتیاد می شود (به نقل از مدنی، 1381).

2-5- پیشینه تحقیق

پژوهشهای گسترده ای طی چند ساله اخیر در خصوص وجود عوامل خطر ساز در آمادگی افراد و گرایش آنها به اعتیاد موثر است، انجام شده است این بررسی ها به شناسایی عوامل مخاطره آمیز در ابعاد خرد، میانی و کلان مبادرت کرده اند؛ هر چند که این عوامل کامل و مطلق نیستند و به نظر می رسد آن چه که برای یک نوجوان ممکن است عامل خطر باشد، برای فرد دیگر عامل مخاطره آمیز نباشد. طارمیان (1383) در تحقیقی تحت عنوان بررسی عوامل پیش بین روانی / اجتماعی مصرف مواد در نوجوانان نشان می دهد که عوامل پیش بینی کننده خانواده، مقررات خانواده، هویت یابی مذهبی، ارتباط با دوستان مصرف کننده مواد در نقش عوامل خطر ساز و محافظت کننده می تواند به طرز معناداری تبیین کننده مصرف مواد در دوران نوجوانی باشد. و متغیر مقررات خانواده، قوی ترین عامل محافظت کننده نوجوان است. زمانی (1376) در پژوهش خود در شهر ابهر به این نتیجه رسید که معاشرت با دوستان ناباب، اختلاف خانوادگی، بیکاری از مهمترین عوامل خطر ساز به شمار میروند. پیکو و فیتز پاتریک¹ (2004) در پژوهشی که بر 1240 دانش آموز دوره راهنمایی و متوسطه در کشور مجارستان انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مذهبی بودن، مشارکت در فعالیت های

1-Piko & Fitzpatrick.

مدرسه و فعالیت های ورزشی از عوامل محافظت کننده فرد نوجوان بشمار می رود. نتایج تحقیقات پژوهشگران سوئسی بر روی نوجوانان نشان داد که برخورداری از پیشرفت تحصیلی، داشتن رابطه عاطفی خوب با اعضای خانواده و حضور در فعالیت ورزشی از مهمترین عوامل محافظت کننده در سویی مصرف مواد بشمار می آید (استرانسکی¹ و دیگران، 2000). بررسی دیگری توسط مجتبی حبیبی عسگرآباد با عنوان "طراحی و ارزیابی مدل پیشگیری از سوء مصرف مواد در نوجوانان بر اساس عوامل خطر ساز و محافظت کننده خانوادگی" انجام شد، که نتایج این مطالعه که بر روی 698 نوجوان (211 دختر و 487 پسر) انجام شده است نشان می دهد که ترتیب و تقدم مواجهه کودکان و نوجوان با هر یک از این

عوامل یکسان نیست و براساس اولویت‌بندی اثرگذاری بر دوره‌های رشد آنان، می‌توان گفت که خانواده و همسالان بیشترین تاثیر را در عدم گرایش نوجوان به اعتیاد دارند همچنین انتظار والدین از پیشرفت تحصیلی، نزدیکی عاطفی اعضا خانواده، قوانین خانواده در خصوص منع مصرف سیگار توسط اعضا، حمایت عاطفی خانواده و نظارت و کنترل والدین از عوامل محافظت‌کننده خانوادگی در خصوص مصونیت فرزندان از اعتیاد هستند. (حبیبی عسکر اباد، 1390).

پژوهش دیگری با هدف بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیتی (هیجان خواهی، ابراز وجود و سرسختی روانشناختی)، نگرش مذهبی و با آمادگی در کارکنان یک شرکت اهواز انجام شد. در این پژوهش تعداد 489 نفر از کارکنان آن شرکت که در طول دو ماه در کلاس‌های آموزشی شرکت نمودند، به صورت تصادفی انتخاب شدند و 6 پرسشنامه هیجان خواهی، ابراز وجود، سرسختی روانشناختی، نگرش مذهبی و پرسشنامه ایرانی آمادگی به اعتیاد را تکمیل نمودند. ویژگی‌های شخصیتی و خانوادگی به عنوان متغیرهای پیش بین و آمادگی به اعتیاد متغیر ملاک در نظر گرفته شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که کارکنانی که نارضایتی بیشتری از روابط خانوادگی دارند، آمادگی به اعتیاد بیشتری دارند.

1-Stranski.et al.

کارکنان هیجان خواه بالا، سرسختی روانشناختی پایین و نگرش مذهبی پایین، آمادگی به اعتیاد بالاتری داشتند. بین ابراز وجود و آمادگی به اعتیاد، رابطه معنی داری وجود داشت (نجار و زرگریان، 1387).

نتایج تحقیقات چند دهه اخیر، اطلاعات حایز اهمیتی در خصوص عوامل محافظت‌کننده و خطر ساز و نقش آنها در آمادگی به اعتیاد افراد بدست داده است بطوریکه براساس گزارش‌های موجود در سال 2002 بر شبکه‌ی موثر بر عوامل حفاظت‌کننده و مخاطره‌آمیز تفاوت‌های قابل ملاحظه‌ای بر نقش عوامل یاد شده و ارتباط آن با سوء مصرف مواد برای نوجوانان وجود دارد. به طوری که در تحلیل مسیر همبستگی بین عوامل و ابعاد یاد شده سوء مصرف مواد جنبه‌ی تبیینی و علی ندارد ولی با این حال نشانگر رابطه‌ی قابل تاملی است.

مهم ترین نتایج تفسیری از مدل یاد شده به شرح زیر است:

- پیوندهای خانوادگی کلید عدم سوء مصرف مواد در نوجوانان است؛ به طوری که پیوندهای خانوادگی، نظارت بالای والدین و نگرش منفی آنان به مواد نقش موثری بر نگرش همسالان و دوستان فرزندانشان به مواد دارد.

- پیوندهای مدرسه ای ارتباط قاطع و مستقیمی در بروز حفاظت کننده های درونی (و نظام های خود) با عدم سوء مصرف مواد دارد .

- استفاده ی مواد توسط همسالان ، نزدیک ترین و مهم ترین رابطه با تجربه ی سوء مصرف مواد نزد نوجوانان دارد .

- ابعاد اجتماعی، نقش غیرمستقیم و اندکی در تجربه ی سوء مصرف مواد توسط نوجوانان دارد.

• تفاوت های جنسیتی در عوامل حفاظت کننده و خطر سازبراساس این ارزشیابی سوء مصرف مواد مخدر در دو جنس مخالف (دختر و پسر) در الگوی عوامل اندکی متفاوت است.

مهم ترین نتایج تفسیری از مدل یاد شده عبارتند از:

- در دختران پیوندهای مدرسه ای بالا پیش بینی کننده ی قوی تری در عدم سوء مصرف مواد نسبت به پسران است.

- در دختران نگرش منفی والدین به مواد رابطه ی قوی تری با عدم سوء مصرف آن نسبت به پسران دارند.

- در پسران بستر ابعاد اجتماعی نامناسب رابطه ی قوی تری با مصرف مواد مخدر دارد.

• تفاوت های سنی در عوامل محافظت کننده و مخاطره آمیز

براساس ارزشیابی انجام شده، سوء مصرف مواد مخدر در سنین نوجوانی بالا (17-12) نسبت به نوجوان سنین پایین (12-9) متفاوت است.

مهم ترین نتایج تفسیری از مدل یاد شده

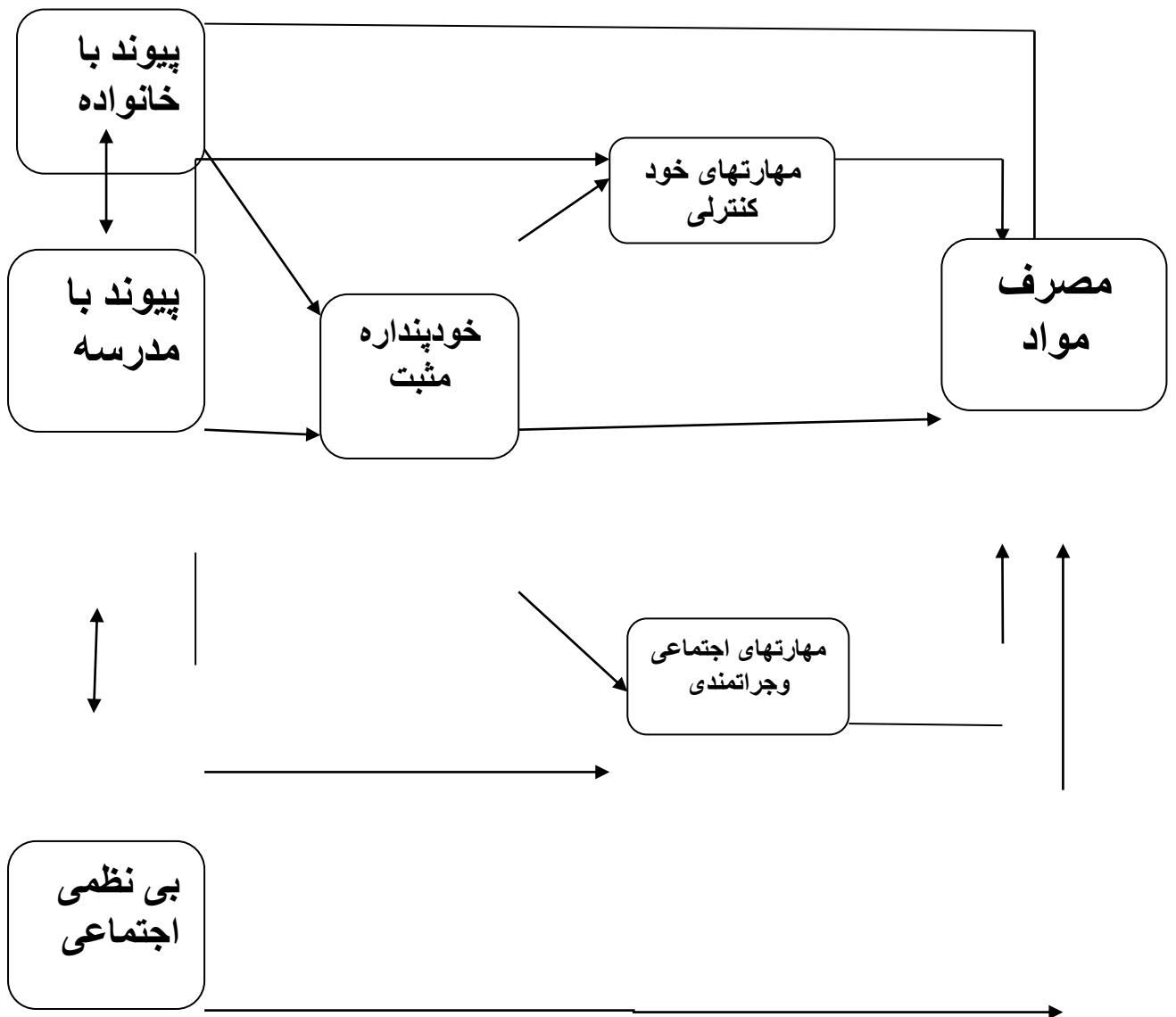
- در نوجوانان سنین بالا (12-17) پیوند خانوادگی و نظارت والدین اهمیت بیشتری در عدم سوء مصرف مواد نسبت به نوجوانان سنین پایین (9-12) دارد.

- در نوجوانان سنین بالا (12-17) نفوذ همسالان رابطه ی قوی تری در سوء مصرف مواد نسبت به نوجوانان سنین پایین (9-12) دارد.

- در نوجوانان سنین پایین (9-12) پیوندهای مدرسه ای اهمیت بیشتری در عدم سوء مصرف مواد نسبت به نوجوانان سنین بالا (12-17) دارد.

در نوجوانان سنین بالا (12-17) انجام امور مدرسه ای پیش بینی کننده ی قوی تری در عدم سوء مصرف مواد نسبت به نوجوانان سنین پایین (9-12) است. بوتوین (2000) با مرور بررسی های انجام شده در زمینه عوامل خطر ساز و محافظت کننده مصرف مواد، مجموعه ای از عواملی را که در آغاز مصرف مواد نقش دارند، در یک مدل جامع تلفیق کرده است. بر اساس این مدل، اعتیاد نتیجه تعامل پویای مجموعه ای از عوامل محیطی و فردی خطر ساز در نظر گرفته می شود که در آن همسالان؛ والدین و سایر عوامل اجتماعی در تعامل با آسیب پذیری های روانشناختی فرد به مصرف الکل، سیگار و سایر مواد منجر می شود. بر اساس این مدل افرادی که باورهای هنجاری در باره الکل، سیگار و سایر مواد دارند و از مهارتهای اجتماعی و فردی ضعیفی برخوردارند بیشتر تحت تاثیر نفوذهای اجتماعی قرار می گیرند. این مدل تلفیقی توسط محمد خانی مورد مطالعه و بررسی قرار گرفت که نتایج این مطالعه در مدل زیر آمده است:

شکل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان (محمد خانی، 1386)



با توجه به مدل مذکور عوامل خطر ساز اجتماعی نظیر پیوند ضعیف با مدرسه و خانواده و بی نظمی محیط اجتماعی مهم ترین وقوی ترین عوامل پیش بینی کننده مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر می باشد. بر این اساس نوجوانی که پیوند ضعیفی با خانواده و مدرسه دارد و در محیط های اجتماعی آلوده و آشفته زندگی می کند همچنین دوستانی دارد که مواد مصرف می کنند، احتمال بیشتری دارد که مواد مصرف کند (محمد خانی، 1386).

آزاد و ستوده در پژوهش دیگری که به منظور هنجار یابی آزمون آمادگی اعتیاد انجام دادند به مقوله شناسایی افراد مستعد به سوی مصرف مواد پرداخته اند نمونه آماری در این بررسی شامل دانشجویان چند گروه آموزشی دانشگاه تهران بودند. اهم سوالات مطروحه در تحقیق فوق عبارتند از:

- آیا میان جنسیت و نمره حاصل از مقیاس آمادگی اعتیاد رابطه ای وجود دارد؟

- آیا بین نمرات گروه های آموزشی در مقیاس آمادگی اعتیاد ارتباطی یافت می شود؟

نتایج بدست آمده نشان داد که مقیاس مورد سنجش توانایی تفکیک معتادان را از سایر اقشار جامعه، تعیین موارد سوء مصرف مواد و تفکیک گروه های پر خطر را دارد همچنین مشخص شد که بین چهار گروه آموزشی از نظر میزان ابتلاء اعتیاد، تفاوت معنادار وجود ندارد (آزاده و اسکندری، 1382).

در بررسی بروک 1 (2003) بر روی نمونه ای از نوجوانان آفریقایی-آمریکایی 12 تا 17 سال گزارش شده است که متغیر خانوادگی نظیر صمیمیت نوجوان با والدین و همانند سازی با آنها، دلبستگی والد-کودک، کنترل و نظارت والدینی مناسب، محیط خانوادگی بدون تعارض و عدم مصرف داروها توسط اعضای خانواده یک عامل حمایتی در برابر مصرف مواد بوده است.

لیشنرد² (1985) عوامل خطر ساز برای مصرف یا سومصرف مواد روان گردان را شامل موارد زیر می داند:

1-Brook. J.s 2-Lishnerd

تاریخچه خانوادگی مصرف مواد، تاریخچه خانوادگی رفتار ضد اجتماعی و مجرمانه، چگونگی مدیریت مشکلات و مسایل خانوادگی، رفتارهای ضد اجتماعی و بیش فعالی در دوران کودکی، نگرش مثبت والدین نسبت به مواد روان گردان، شکست تحصیلی، تعهد اندک نسبت به مقررات مدرسه و دانشگاه، بیگانگی، بی هویتی و عدم تعلق اجتماعی، سابقه رفتار ضد اجتماعی در آغاز نوجوانی، داشتن دوستان مصرف

کننده، نگرش مثبت نسبت به مواد و داروها، تجربه اولین مصرف. در زمینه استفاده از پرسشنامه عوامل خطر ساز و محافظت کننده اعتیاد (آمادگی اعتیاد) چند پژوهش وجود دارد :

در یک مطالعه از پرسشنامه آمادگی به اعتیاد جهت شناسایی افراد مستعد ابتلا به مواد مخدر استفاده شده است. نتایج حاصله مبین این واقعیت بود که با استفاده از پرسشنامه مذکور بخوبی می توان افراد مستعد به اعتیاد را از سایر افراد تفکیک کرد (زرگر ، 1385).

پزشکیان در پژوهش دیگری که جهت بررسی میزان اعتیاد پذیری جوانان و نوجوانان سرباز قزوین انجام شده، نشان داد که سربازان شهری آمادگی اعتیاد بیشتری نسبت به سربازان روستایی دارند . (پزشکیان ، 1389).

فصل سوم

روش پژوهش

شیوع بسیار بالای استفاده از مواد مخدر در تمام گروههای اجتماعی بویژه جوانان و نوجوانان از مسایل مهم در چند دهه اخیر بوده است. عوامل وزمینه های بسیاری در شکل گیری اعتیاد وجود دارند. اما نتایج بررسی ها نشان می دهد که همه ی گروههای سنی به طور یکسان در معرض اعتیاد و سوء مصرف مواد قرار ندارد.

یکی از مهمترین دلایل شکل گیری اعتیاد، آمادگی فرد می باشد. اعتیاد اغلب دامنگیر افرادی می شود که از آمادگی برای ابتلا برخوردار باشند. اینگونه افراد از عوامل مخاطره آمیز فردی و اجتماعی زیادی برخوردارند. با توجه به دشواری های ترک اعتیاد و احتمال عود اغلب معتادان ترک داده شده، اهمیت پیشگیری از اعتیاد را بیش از پیش مبرهن می سازد. از این رو تلاش جهت شناسایی عوامل خطر ساز در جمعیت های مختلف زیر 20 سال در مناطق مختلف شهر، می تواند جهت برنامه ریزی های پیشگیرانه آتی مفید باشد. پژوهش حاضر در پی این است که با شناسایی افراد مستعد به اعتیاد با توجه به محلات پرخطر در بندر عباس و یا به بیانی افراد دارای عوامل خطر ساز که از آمادگی اعتیاد برخوردارند بتواند به برنامه ریزان در تدوین برنامه های پیشگیرانه کمک های موثری نماید.

3-1- روش تحقیق

این پژوهش از نوع پیمایشی -توصیفی است در این تحقیق که با استفاده از تکنیک پرس وجو انجام می شود افراد 15-20 ساله مذکر ساکن در شهر بندرعباس با بهره گیری از روشهای تصادفی مورد پرس وجو قرار می گیرند. واحد تحلیل در تحقیق حاضر فرد و سطح تحلیل نیز خرد می باشد.

3-2- جامعه آماری

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه پسران نوجوان و جوان 15-20 ساله ساکن در کلیه محلات شهر بندر عباس می باشند.

3-3- نمونه مورد مطالعه

حجم نمونه شامل 200 نفر از افرادی است که با روش نمونه گیری غیر احتمالی "تعمدی در دسترس" انتخاب شده اند. افراد نمونه آماری از بین 8 محله با مشورت متخصصین علم آمار و روش تحقیق انتخاب و در نهایت تحت مصاحبه قرار گرفتند.

3-4- ابزار پژوهش

در این پژوهش از روش پیمایشی با بهره جستن از پرسشنامه (آمادگی اعتیاد)، که با توجه به عوامل خطر ساز و محافظت کننده ساخت و هنجاریابی شده استفاده شد. پرسشنامه عوامل خطر ساز و محافظت کننده

یک ابزار غربال گری است که به منظور ارزیابی عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد توسط محمد خانی (1384-1385) تهیه و هنجاریابی شده است . پایایی درونی کل پرسشنامه بر اساس روش الفای کرونباخ (84/) می باشد . پرسشنامه مذکور از روایی افتراقی قابل قبولی برخوردار است و به طور معناداری افراد را از هم متمایز می سازد .

همچنین بررسی روایی سازه ای پرسش نامه با استفاده از تحلیل عاملی تأثیری نشان داد که مقیاس های پرسش نامه از روایی سازه ای بسیار خوبی برخوردار می باشد (محمدخانی، 1385).

پرسشنامه دارای 97 گویه است که بمنظور شناخت احساسات ، نگرشها و رفتار افراد طراحی شده است که عوامل خطر ساز را در حیطه های فردی واجتماعی بر اساس طیف لیکرت 5 درجه ای مورد ارزیابی قرار می دهد و بر این اساس اولین متغیر نمره عوامل خطر ساز (آمادگی اعتیاد افراد) است. با بالاترین نمره 388 و کمترین نمره صفر . و به عنوان متغیر آمادگی اعتیاد افراد از آن استفاده می شود . بخش دیگر پرسشنامه شامل ویژگی های دموگرافیک پاسخگویان می باشد مجموع متغیرهایی که در مصاحبه آمده است (به جز متغیر آمادگی اعتیاد که حاصل عوامل خطر ساز فردی ، محیطی واجتماعی است) عبارتند از :

- متغیرسن (بین 15 الی 20 سال)؛
- متغیر تحصیلات ؛به عنوان متغیر فاصله ای ؛که احتمالاً در مرحله تجزیه و تحلیل در گروهها دسته بندی میشوند
- متغیرسواد پدر؛نظیر متغیر قبلی
- متغیرسواد مادر؛نظیر متغیر سواد پدر
- متغیر وضعیت فعلی مصاحبه شونده (محصل؛سرباز؛بیکار؛ شاغل) ؛
- متغیرنوع شغل (فقط جهت افراد شاغل تکمیل می شود)؛
- متغیر بومی و غیر بومی بودن ؛بر اساس اظهارات افراد مشخص شده است.
- متغیر محله به دلیل گستردگی محلات سعی شد که طبقات بصورت : محله گلشهر،نخل ناخدا، 22بهمن واسلام شهر،آزادگان وزیبا شهر ،شهناز وحواشی آن،مناطق مرکزی شهر(شامل مناطق ومحله هایی نظیر چهار باغ/بلوکی /خواجه عطاو...)،بلوارامام حسین ،کمربندی دسته بندی شوند.
- متغیر شغل پدر؛بصورت غیر بسته که در مراحل بعدی در طبقات دسته بندی می شوند.
- متغیر شغل مادر ؛نظیر متغیر قبلی

• متغیر تعداد اعضای خانواده؛ منظور افرادی که با هم زیر یک سقف زندگی می کنند یا همان بعد خانوار

• متغیر نوع مسکن (مالک/مستاجر و سایر)؛

• متغیر محل تولد (شهر و روستا).

3-5- روش اجرا

پس از مطالعات مقدماتی و تدوین و تایید طرح توسط شورای پژوهش استان طبق جدول زمانبندی؛ مرحله جمع آوری اطلاعات (اجرای کار میدانی) شروع شد. با توجه به اینکه حجم نمونه در این طرح 200 نفر بود، این افراد با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و تحت مصاحبه قرار گرفتند.

از سوی دیگر بدلیل احتراز از پرسشنامه هایی که ناقص پر می شوند (دارای ارزش مفقوده هستند) تعداد بیشتری تحت مصاحبه قرار گرفتند و در مجموع پرسشنامه های ناقص از گردونه خارج و مابقی پرسشنامه ها با توجه با روش پرس و جو در محلات مختلف توسط دانشجویان رشته های علوم انسانی که از قبل آموزش دیده بودند طی سه هفته تکمیل شدند. در نهایت 200 پرسشنامه جهت استخراج اطلاعات، کد گذاری شدند.

جامعه آماری این پژوهش پسران نوجوان و جوان 15-20 سال ساکن در برخی محلات شهر بندر عباس بودند به دلیل گستردگی محلات سعی شد که محلاتی از نقاط مختلف شهر با توجه به ویژگی های اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی انتخاب شوند که محلات انتخاب شده عبارت بودند از: محله گلشهر، نخل ناخدا، 22 بهمن و اسلام شهر، آزادگان و زیبا شهر، شهناز و حواشی آن، مناطق مرکزی شهر (شامل مناطق و محله هایی نظیر چهار باغ/بلوکی/خواجه عطاو...)، بلوار امام حسین، کمربندی. از جمله مشکلات این مصاحبه، در ارتباط با ایاب و ذهاب پرسشگران به محلات مختلف و گرمی هوا در مراحل انجام کار میدانی بود.

3-6- روش تحلیل داده ها

در این پژوهش به منظور تحلیل داده ها از روشهای آمار توصیفی مانند (میانگین، انحراف معیار، مد و...) و آمار استنباطی استفاده گردید. تجزیه و تحلیل اطلاعات گرد اوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS ورژن 16 انجام می شود و خروجی یافته ها در جداول توافقی و بر اساس آماره های کای اسکور، آنالیز واریانس (مقایسه میانگین ها)، ضرایب همبستگی و سایر آماره های مناسب در قسمت آمار استنباطی تنظیم گردید.

فصل چهارم

تجزیه و تحلیل داده ها

4-1- پیش‌گفتار

همانطور که در فصل سوم بیان گردید پژوهش حاضر از نوع پیمایشی -توصیفی است در این تحقیق که با استفاده از تکنیک پرس و جو انجام می شود افراد 15-20 ساله مذکر ساکن در شهر بندرعباس با بهره گیری از روشهای تصادفی مورد پرس و جو قرار می گیرند. سوالات و فرضیات ارایه شده در این پژوهش عبارتند از:

- با افزایش سن میزان آمادگی به اعتیاد افراد افزایش می یابد
- میزان آمادگی به اعتیاد در افراد با درجه تحصیلات متفاوت است
- میزان آمادگی به اعتیاد افراد در میان خانوادههای کم سواد بالاتر است
- میزان آمادگی به اعتیاد افراد در محلات مختلف متفاوت است
- میزان آمادگی به اعتیاد افراد در محلات آسیب خیز بالاتر است
- میزان آمادگی به اعتیاد افراد در مهاجرین بالاتر است
- میزان آمادگی به اعتیاد در میان بیکاران بیشتر است
- میزان آمادگی به اعتیاد افراد در میان خانوادههای پر جمعیت بیشتر است
- آمادگی اعتیاد(استعداد اعتیاد) جوانان و نوجوانان در محلات مختلف به چه میزانی است؟
- افراد مستعد اعتیاد در چگونه خانواده هایی زندگی می کنند؟
- آیا تفاوتی بین افراد مستعد اعتیاد از نظر متغیر های دموگرافیک (سن، سواد، تحصیلات و...) وجود دارد؟

- مهمترین عوامل خطر ساز گرایش به اعتیاد جوانان و نوجوانان زیر 20 سال بندرعباس کدامند؟
 - افراد مستعد اعتیاد در کدام محلات بندرعباس زندگی می کنند؟
- همان طور که پیش تر ذکر شد در راستای سوالات و فرضیات ارایه شده هم از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد...) و هم از آمار استنباطی (کای اسکور، مقایسه میانگین ها، تحلیل واریانس، ضرایب همبستگی و...) استفاده شد. نتایج نیز به صورت دو بخش می آید
- 1-** توصیف داده ها که این بخش شامل ارائه جدول و نمودار بر اساس میانگین و انحراف استاندارد... می باشد.

- 2-** تحلیل داده ها که برای این منظور از جداول توافقی و بر اساس آماره های مربوط به مقایسه میانگین ها، آنالیز واریانس و ضرایب همبستگی استفاده می شود.

4-2- ارائه داده های توصیفی

❖ ویژگی های عمومی پاسخگویان

پاسخگویان شرکت کننده در این پژوهش همگی از جوانان و نوجوانان ساکن در محلات منتخب در شهر بندرعباس بودند در زیر شاخص مربوط به سن و تحصیلات آنها آورده شده است.

جدول 4-1 شاخص های مربوط به سن و تحصیلات گروه های مورد مطالعه

شاخص ها	سن پاسخگویان	تحصیلات پاسخگویان
میانگین	17/7	10/6
انحراف معیار	1/6	1/77
ماکزیمم	20	14
مینیمم	15	4

همانطور که در جدول 4-1 آمده است میانگین سن پاسخگویان نزدیک به 18 سال و میانگین تحصیلات آنها بیش از 10 کلاس سواد است همانطور که در توضیح نمونه ها آمده بود گستره پاسخگویان بین 15 لغایت 20 سال بود. با توجه به جدول فوق کمترین تحصیلات 4 و بالاترین آن فوق دیپلم (14 سال) است. جداول توصیفی صفحه بعد توزیع فراوانی متغیرها را نشان میدهد.

جدول 4-2 جدول فراوانی سن گروه های مورد مطالعه

سن	فراوانی	درصد
15	20	10
16	34	17
17	36	18
18	39	19.5
19	35	17.5
20	36	18
کل	200	100

جدول 4-3 جدول فراوانی تحصیلات گروه های مورد مطالعه

میزان سواد به	فراوانی	درصد
---------------	---------	------

سال		
4	1	5
5	3	1.5
6	1	5
7	2	1
8	9	4.5
9	40	20
10	24	12
11	35	17
12	68	34
13	11	5.5
14	6	3
جمع	200	100

با توجه به جداول 2-4 و جدول 3-4 بالاترین درصد متعلق به 18 ساله ها است. 15 ساله ها کمترین تعداد پاسخگویان را تشکیل می دهند. در زمینه سواد نیز بالاترین درصد متعلق به دیپلمه ها می باشد. در زمینه متغیر سواد والدین نتایج توصیفی زیر حاصل آمد (مندرج در جدول زیر)

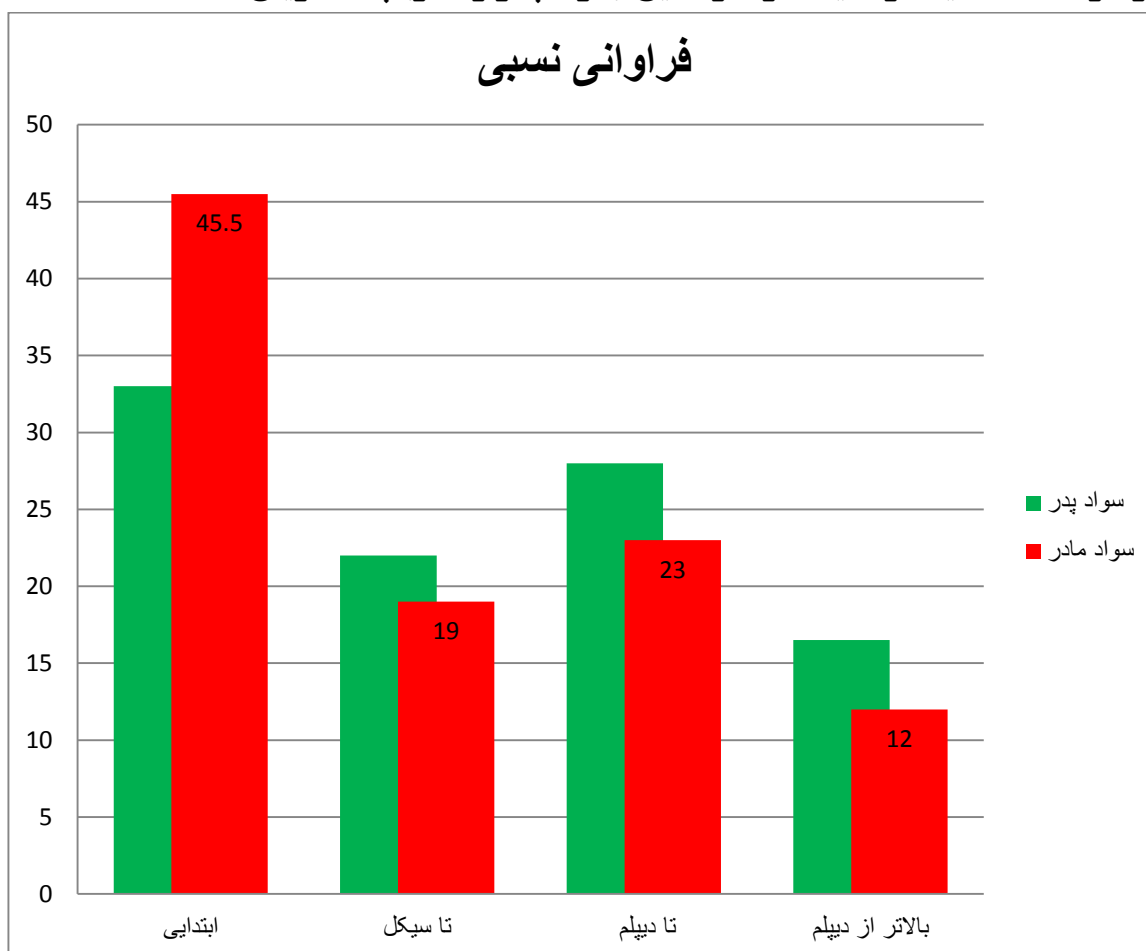
جدول 4-4 شاخص های مربوط به تحصیلات والدین (پدر و مادر) گروه های مورد مطالعه

شاخص ها	تحصیلات پدر پاسخگویان	تحصیلات مادر پاسخگویان
میانگین	8/8	7/6
انحراف معیار	4/6	4/9
ماکزیمم	18	18
مینیمم	1	1

این جدول بخوبی نشان می دهد که اگر چه تحصیلات لیسانس در میان پدر و مادر وجود دارد اما میانگین سواد پدر در حدود سیکل و این میانگین برای مادران پایین تر از سیکل گزارش شده است. جهت تبیین بهتر متغیر تحصیلات والدین به جهت راحتی و سهولت در مقایسه، این دو متغیر در نمودار نشان داده شده است. نتایج تصویری نمودار 1-4 مقایسه وضعیت پدران و مادران است که در همه طبقات پدران از

وضعیت مطلوبتر سواد بهره مند بوده اند. بطوریکه که بیش از 45 درصد زنان (که رقم قابل ملاحظه ای است دارای تحصیلات ابتدایی می باشند). اما تحصیلات ابتدایی برای مردان 32 درصد است .
متغیر بعدی وضعیت شغلی پاسخگویان بود که در جدول 4-5 آمده است با توجه به ارقام جدول میتوان دریافت که اکثر پاسخگویان محصل می باشند .

نمودار 1-4، مقایسه وضعیت سواد والدین (سواد پدر و مادر) پاسخگویان



جدول 4-5- جدول فراوانی نسبی وضعیت شغلی پاسخگویان

وضعیت پاسخگویان	تعداد	فراوانی نسبی
محصل	116	58

بیکار	29	14.5
سرباز	34	17
شاغل	21	10.5
جمع	200	100

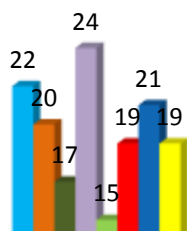
همانطور که در جدول 4-5 مشاهده می شود ده درصد پاسخگویان شاغل هستند. با بررسی دقیقتر نسبت به شغل آنها دریافتیم که اکثر آنها در مشاغل آزاد و کارگری مشغول بکار هستند. از دیگر متغیرهای پاسخگویان بومی و غیر بومی بودن آنها بود. جداول فراوانی نشان داد که بیش از 78 درصد پاسخگویان بومی استان بودند (78.5 درصد در برابر 21.5 درصد غیر بومی). همانطور که پیشتر گفته شد متغیر محلات در 8 طبقه دسته بندی شده اند بیشترین تعداد مربوط به محله آزادگان و کمترین متعلق به محله کمربندی بودند.

جدول 4-6 وضعیت پاسخگویان بر اساس بومی و غیر بومی محلات آنها

کل	غیر بومی	بومی	بومی و غیر بومی محلات
----	----------	------	--------------------------

25	3	22	گلشهر
24	4	20	نخل ناخدا
24	7	17	بیست ودوبهن
28	4	24	آزادگان
25	10	15	شهناز
25	6	19	محلات مرکزی شهر
26	5	21	بلوار امام حسین
23	4	19	کمربندی
200	43	157	جمع

نمودار 2-4 افراد بومی و غیر بومی در محلات مختلف



10

از ویژگی دیگر پاسخگویان نوع شغل والدین شان بود .

جدول 4-7- وضعیت پاسخگویان بر اساس شغل پدر

نوع شغل	فراوانی	فراوانی نسبی
کارمند	58	30.1

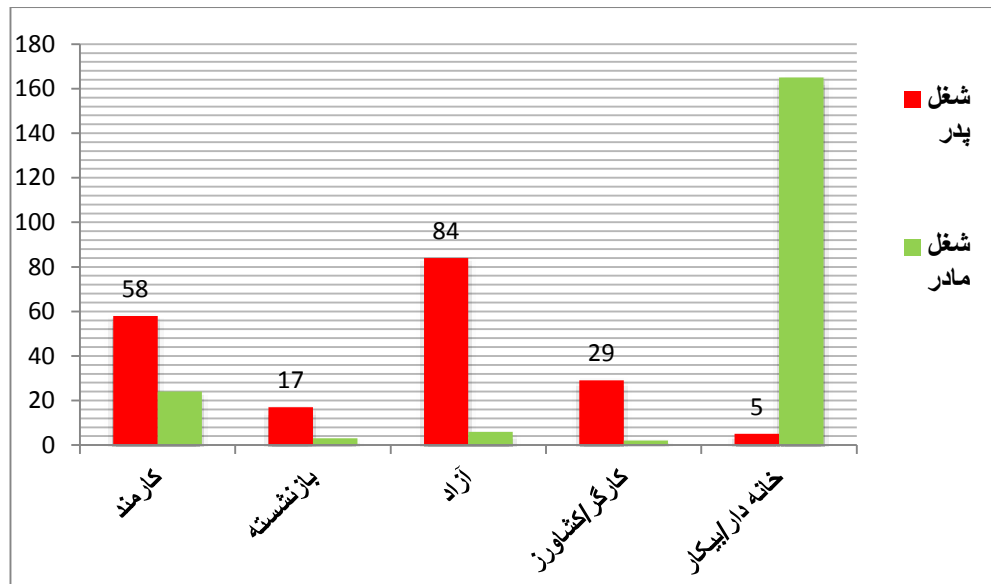
8.8	17	بازنشسته
43.5	84	آزاد
15	29	کارگر/کشاورز
2.6	5	بیکار

جمع به انضمام **7** مورد ارزش مفقوده **200** نفر

بر اساس جدول **4-7** بیشترین فراوانی متعلق به مشاغل آزاد است **43.5** درصد و پس از آن طبقه کارمندان بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بودند. تعداد اندکی از پدران بیکار بودند (**2.6** درصد).

نمودار **3-4** وضعیت شغل پدر و مادر (والدین) پاسخگویان را بخوبی نشان می دهد.

نمودار 3-4 فراوانی والدین پاسخگویان بر اساس شغل آنها



در زمینه شغل مادران اطلاعات زیر حاصل آمد:

- بیشترین تعداد مادران خانه دار بودند (82.5 درصد)
- کمترین فراوانی متعلق به مشاغل کارگری بود (یک درصد)
- دوازده درصد از مادران پاسخگویان کارمند بودند (24 نفر)

تعداد اعضای خانواده یا همان بعد خانوار از دیگر متغیر غیر اسمی در این بررسی بود. کمترین بعد خانوار دو نفر بود که ظاهراً فرد همراه با یکی از والدین (پدر یا مادر) زندگی می کند. میانگین وانحراف معیار مربوط به این متغیر در جدول 4-8 آمده است.

جدول 4-8 شاخص های مربوط به بعد خانوار گروه های مورد مطالعه

خانوار	بعد	شاخص ها
	پاسخگویان	میانگین
	5.1	انحراف معیار
	1.5	ماکزیمم
	10	مینیمم
	2	مد
	5	

بر اساس اطلاعات جدول میانگین بعد خانوار بیش از 5 نفر محاسبه شده است. عدد مد نیز 5 نفر گزارش شده است با 26 درصد؛ پس از آن بعد خانوار چهار نفره و شش نفره بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده بودند. بعد خانوار 10 نفره نیز توسط یکی از پاسخگویان گزارش شده است (5 درصد). دو متغیر نهایی که در بخش ویژگی های مربوط به پاسخگویان وجود داشت عبارتند از 1- وضعیت محل مورد سکونت و 2- محل تولد (شهر یا روستا) در مورد متغیر اول اطلاعات زیر وجود دارد:

- 157 نفر در خانه هایی زندگی می کردند که خانه پدری شان بود و جزو مایملک خانواده محسوب میشد (78.5 درصد)

- 38 نفر در وضعیت استیجاری بسر می بردند (19 درصد)

- و تنها 2.5 درصد در خانه هایی زندگی می کردند که متعلق به خودشان و یا استیجاری نبود (مثلا خانه های سازمانی و دولتی)

- این متغیر می تواند تا حدودی مبین وجود یکی از مولفه هایی باشد که وضعیت رفاهی نسبی خانواده را نشان دهد.

و آخرین متغیر از این دست، متغیری است در رابطه با محل تولد پاسخگویان. جدا اول فراوانی موجود نشان می دهد که

- اکثر پاسخگویان ما متولد شهر هستند (ریشه شهری دارند). 166 نفر با فراوانی نسبی 83 درصد).

- متولدین روستا با منشا روستایی 34 نفر بودند

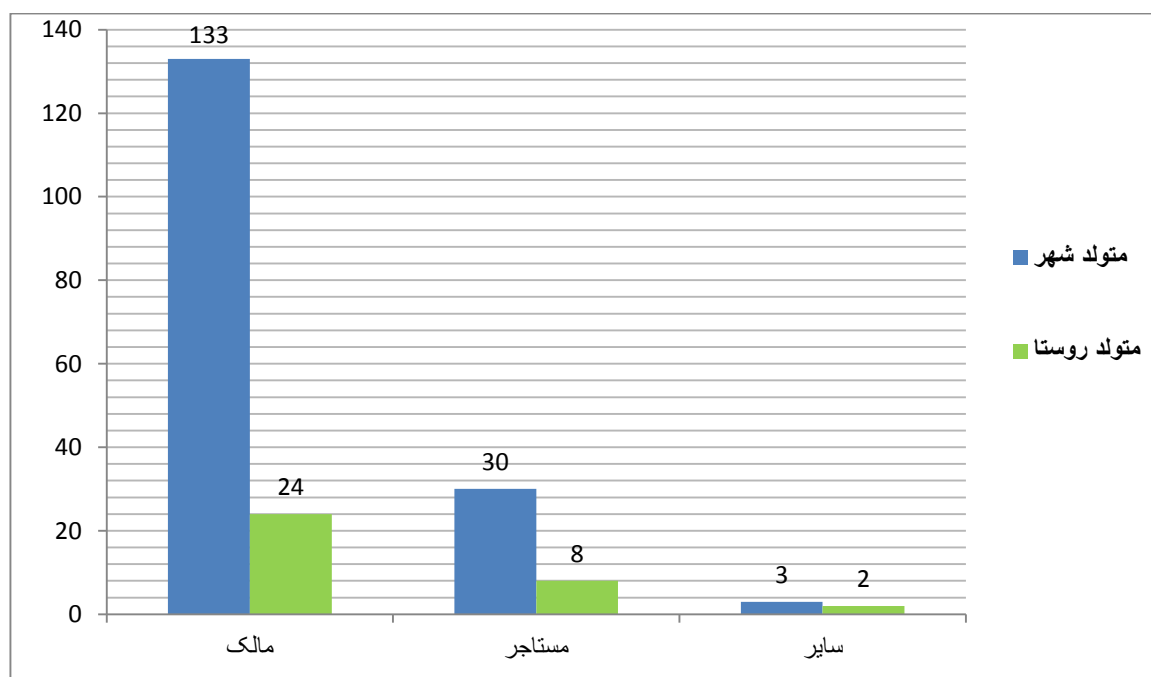
- یافته های این بخش بدین معناست که مهاجرین از روستا در میان پاسخگویان اندک هستند (17 درصد).

نتایج دو متغیر در جدول توافقی شماره 4-9 آمده است .

جدول 4-9- جدول فراوانی وضعیت پاسخگویان بر اساس محل تولد و وضعیت سکونت

جمع	محل تولد		محل تولد وضعیت سکونت
	روستا	شهر	
157	24	133	مالک
38	8	30	مستاجر
5	2	3	سایر
200	34	166	جمع

جهت تبیین بهتر متغیرها، وضعیت فراوانی آنها، در نمودار 4-4 آمده است :
نمودار 4-4- فراوانی وضعیت پاسخگویان بر اساس محل تولد و وضعیت سکونت



4-3- ارائه داده های کمی و استنباطی در پاسخ به سوالات و فرضیات تحقیق

در این بخش سعی می شود در رابطه با فرضیات ارائه شده در فصول قبل به آزمون آنها پرداخته و اطلاعات

حاصله را تبیین نماییم

1- (با افزایش سن میزان

افزایش می یابد)

همانطور که در فصول قبلی

اعتیاد یک متغیر غیر اسمی

تواند صفر و بالاترین آن

میانگین	نمره 147	آمادگی
انحراف معیار	42	
ماگزیم	298	
مینیم	60	

.اولین فرضیه :

آمادگی به اعتیاد افراد

آمده است نمره آمادگی

است که کمترین نمره می

388 محاسبه شود .

سایر شاخص های نمره آمادگی اعتیاد در جدول زیر آمده است :

جدول 4-10 شاخص های مربوط به نمرات آمادگی اعتیاد

با عنایت به اطلاعات جدول، ماگزیم نمره این متغیر 298 و مینیم آن 60 می باشد . جداول فراوانی در

صفحات قبل نشان داد که بیش از 80 درصد پاسخگویان نمرات بین 101 لغایت 140 کسب کرده

اند.

جهت آزمون فرضیه، نخست به رسم جدول توافقی بسنده می کنیم .

جدول 4-11 توزیع نمرات آمادگی بر حسب سن پاسخگویان

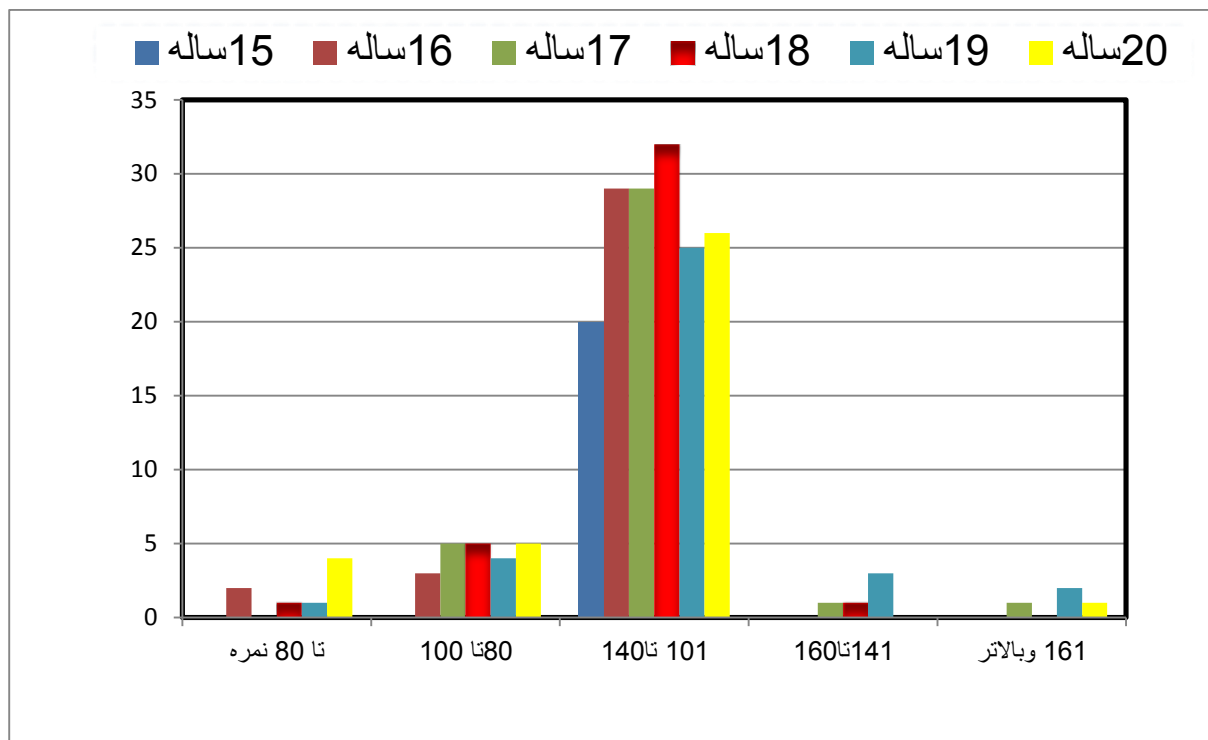
سن آمدگی اعتیاد	15	16	17	18	19	20	جمع
≤ 80	0	2	0	1	1	4	8
81-100	0	3	5	5	4	5	22
101-140	20	29	29	32	25	26	161
141-160	0	0	1	1	3	0	5
161 و بالاتر	0	0	1	0	2	1	4
جمع	20	34	36	39	35	36	200

جهت ترسیم جدول بالا، نخست لازم بود که نمرات آمادگی اعتیاد دسته بندی شوند. بر این اساس 5 طبقه تعریف شدند. یافته های جدول نشان می دهد که بیشترین نمرات همه سنین بین 101 لغایت 140 قرار دارند و تفاوتی بین سنین دیده نمی شود. کمترین نمرات در طبقه بالای 161 دیده می شود با 4 مورد فراوانی. اگر به طور قراردادی افراد را بر حسب نمراتشان در طبقات تعریف کنیم شاید بتوان گفت: طبقه با نمرات 80 و کمتر از آن؛ پاسخگویان با عوامل خطر ساز بسیار ضعیف، طبقه دوم تا 100 نمره؛ با عوامل خطر ضعیف؛ 101 تا 140 با عوامل خطر متوسط، 141 لغایت 160 با عوامل خطر ساز زیاد و 161 و بالاتر از آن پاسخگویان با عوامل خطر ساز بسیار زیاد قرار دارند.

بین این دو متغیر همبستگی آماری اسپیرمن و پیرسون نیز محاسبه شد که نتایج حاصله نشان از عدم وجود همبستگی معنادار مابین این دو متغیر می داد (06- و 07-).

همچنین رسم نمودار پراکنش ساده نیز حاکی از عدم رابطه معنادار بین این دو بود. لذا با قطع و یقین می توان اذعان کرد که این فرضیه رد می شود جهت فهم بهتر جدول، نمودار 5-4 ارائه شده است.

نمودار 4-5 فراوانی وضعیت پاسخگویان بر اساس نمره آمادگی اعتیاد و سن



این نمودار اگر چه از تجمع همه سنین در نمرات 101 تا 140 را که نشان از وجود عوامل خطر ساز مابین نوجوانان و جوانان می شود، خبر می دهد اما فرضیه نخست ما را تایید نمی کند .

در ارائه نتایج فرضیه ی :

2- میزان آمادگی به اعتیاد در افراد با درجه تحصیلات مختلف، متفاوت است " به بررسی های زیر پرداختیم:

جدول 4-12 توزیع نمرات آمادگی اعتیاد بر حسب سواد پاسخگویان

جمع	بالاتر از دیپلم	زیر دیپلم تا دیپلم	ابتدایی تا سیکل	سواد آمادگی اعتیاد
8	4	1	2	≤ 80
22	4	16	2	81-100
161	8	107	46	101-140
5	1	1	3	141-160
4	0	2	2	161 و بالاتر
200	17	127	56	جمع

اطلاعات جدول نشان می دهد که نمرات افراد زیر دیپلم تا دیپلم با دیگر گروهها متفاوتند. سه گروه (ANOVA) این یافته ها ما را نیازمند به آماره دیگری می نماید بر این اساس آنالیز واریانس تحصیلی را بر اساس میانگین تغییر نمره آمادگی اعتیاد آنها محاسبه میکنیم.

جدول 4-13، آنالیز واریانس میانگین تغییر نمرات آمادگی اعتیاد در سه گروه تحصیلی

Sig	F	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
/038	3/314	2	5740/43	11480/86	بین گروهها
		197	1732/02	341208/13	درون گروهها
		199		352688/99	کل

با توجه به جدول 4-13 تغییر نمره آمادگی اعتیاد معنادار است ($P < 0/038$): یعنی، پاسخگویان از نظر برخورداری از استعداد اعتیاد دارای تفاوت هایی بوده اند. در مجموع می توانیم بگوییم که تفاوت

معناداری بین گروههای تحصیلی در نمره آمادگی اعتیاد دیده می شود. جهت مقایسه گروههای تحصیلی، آزمون تعقیبی بن فرونی را انجام داده ایم نتایج جدول 4-13 اختلاف بین گروهها را بخوبی نشان می دهد

جدول 4-14 مقایسه چند گانه بن فرونی برای گروههای تحصیلی

مقایسه تحصیلی	گروههای	تفاوت میانگین	خطای معیار	Sig
1	2	10/82	6/67	/319
➤	3	28/61	11/52	/042
2	1	-10/82	6/67	/319
➤	3	17/78	10/74	/299
3	1	-28/61	11/52	/042
➤	2	-17/78	10/74	/299

❖ ابتدایی تا سیکل (1) سیکل تا دیپلم (2) بالاتر از دیپلم (3)

$P < /042$ جدول مذکور بدین معناست که تفاوت معناداری بین

(گروههای یک و سه یعنی افراد با تحصیلات ابتدایی تا سیکل و گروه بالاتر از دیپلم) دیده می شود. این سطح معناداری در مقایسه میانگین ها در سایر گروهها وجود ندارد. بنابراین این گروههای تحصیلی 1 و 3 به طور معناداری از گروه 2 (افراد سیکل تا دیپلم) تفاوت دارد.

• در بررسی فرضیه

3- میزان آمادگی اعتیاد افراد در میان خانوادههای کم سواد بالاتر است "قبل از همه آماره پیرسون برای تعیین ضریب همبستگی مابین سواد پدر و مادر و نمره آمادگی اعتیاد که هر دو متغیر کمی هستند، محاسبه گردید

نتایج این ضریب نشان داد که بین سواد مادر و آمادگی اعتیاد افراد رابطه معناداری وجود ندارد. اما رابطه ضعیف و معکوسی را ما بین سواد پدر و نمره آمادگی اعتیاد فرزند نشان داد (ضریب پیرسون برابر با $-/18$ - با سطح معناداری برابر با $0/011$). این همبستگی بسیار ضعیف و چندان قابل اعتنا نبود.

لذا جهت مقایسه میانگین ها با توجه به سواد پدر و مادر از آنالیز واریانس دوطرفه استفاده کردیم چرا که ناچار به ارزیابی توام سه متغیر (امادگی اعتیاد، سواد پدر و سواد مادر) می شویم .

جدول 4-15، آنالیز واریانس دو طرفه نمرات آمادگی اعتیاد، سواد پدر و سواد مادر (اثر متقابل)

Sig	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع
/427	1/02	1826/9	14	25576/6	مدل تصحیح شده
/000	601/9	1069436/9	1	1069436/9	عرض از مبدا
/594	/634	1128/01	3	3381/04	سواد پدر
/912	/177	314/91	3	944/73	سواد مادر
/653	/743	10565/8	8	10565/82	دو متغیر
-	-	1776/5	184	326878/7	خطا
-	-	-	199	4671483	کل
-	-	-	198	322455/4	کل تصحیح شده

جدول 4-15، آنالیز واریانس دوطرفه نمرات آمادگی اعتیاد، سواد پدر و سواد مادر (اثر متقابل) را نشان می دهد.

با توجه به اطلاعات جدول ملاحظه می نمایم که سطح معناداری آن ($Sig=.6$) در مورد وجود اثر متقابل برابر با $0/6$ است. بنابراین این نمی توان فرضیه صفر را رد کرد که بین دو متغیر اثر متقابلی وجود ندارد. یعنی عدم وجود اثر متقابل، به ما می گوید عاقلانه است که بپذیریم تفاوت متوسط نمره آمادگی اعتیاد در تمام سطح تحصیلی پدر و مادر یکسان است .

در بررسی فرضیه ی :

4- میزان آمادگی به اعتیاد افراد در محلات مختلف متفاوت است " نتایج زیر حاصل آمد:

نخست فراوانی پاسخگویان در محلات مختلف در جدول 4-16 ارائه شده است

جدول 4-16 جدول فراوانی و فراوانی نسبی پاسخگویان بر اساس محلات آنها

نام محلات	فراوانی	فراوانی نسبی
گلشهر	25	12/5
نخل ناخدا	24	12
بیست و دو بهمن	24	12
آزادگان	28	14
شهناز	25	12/5
محلات مرکزی شهر (سایر)	25	12/5
امام حسین	26	13
کمر بندی	23	11/5
مجموع	200	100

همانطور که بر اساس اطلاعات جدول مشاهده می شود بالاترین درصد ها متعلق به نمونه های ساکن در محلات آزادگان و پس از آن امام حسین می باشد (13 و 14 درصد) مابقی نیز بهم نزدیک هستند (بین 11/5 تا 12/5).

در همین رابطه آمار توصیفی ساکنین محلات بر اساس نمره آمادگی اعتیاد آنها در جدول 4-17 آمده است :

جدول 4-17 جدول آمار توصیفی نمرات آمادگی اعتیاد بر اساس محلات

نام محلات	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	مینیمم	ماکزیمم
گلشهر	25	136	41/6	8/3	88	247
نخل ناخدا	24	156	35/2	7/2	76	218
بیست و دو بهمن	24	153	41/7	8/5	89	298
آزادگان	28	148	45/4	8/5	61	241
شهناز	25	164	41/1	8/2	84	233
محلات مرکزی شهر (سایر)	25	143	37/2	7/4	92	206
امام حسین	26	123	45	8/8	60	253
کمربندی	23	153	38/9	8/1	74	224
مجموع	200	147	42	2/9	60	294

بر اساس جدول 4-17 میانگین نمرات آمادگی اعتیاد در برخی از محلات پایین تر از سایر محلات است از جمله امام حسین ، آزادگان و گلشهر. ونمرات در برخی از محلات نظیر شهناز، بیست دو بهمن ،نخل ناخدا و کمربندی بیش از سایر محلات گزارش شده . بررسی دقیقتر بر روی ماکزیمم نمره کسب شده در محلات نشان می دهد که چه به لحاظ بالاترین و چه به لحاظ پایین ترین نمره بیست و دو بهمن در صدر جدول قرار دارد . به منظور بررسی تفاوت میزان نمرات در گروههای مختلف (محلات) از تحلیل واریانس به شرح زیر استفاده شد .

جدول 4-18، آنالیز واریانس میانگین تغییر نمرات آمادگی اعتیاد در هشت محله

Sig	F	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مجموع مجدورات	منبع تغییرات
0/021	2/427	7	4096/1	9 28672	بین گروهها
		192	1687/5	32401 6	درون گروهها
		199		9 35268 8	کل

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می شود تفاوت معناداری بین میانگین نمرات آمادگی اعتیاد در محلات مختلف وجود دارد برای بررسی الگوی تفاوت از آزمونهای تعقیبی لوین و در نهایت بن فرونی استفاده شد. که نتایج آن نشان داد که بین میانگین نمرات آمادگی اعتیاد در محلات شهناز و امام حسین تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). به بیان دیگر جوانان و نوجوانان محله شهناز از نمرات بالاتری در آمادگی اعتیاد در مقایسه با محله امام حسین اخذ نموده است. بر این اساس فرضیه تفاوت نمره اعتیاد در محلات مختلف تایید گردید.

در همین رابطه فرضیه ی دیگری وجود داشت که نمره آمادگی اعتیاد در محلات پرخطر بیشتر از سایر محلات است می توان اذعان داشت در بررسی محلات محله شهناز؛ بیست و دو بهمن؛ کمربندی و نخل ناخدا از میانگین نمرات بالاتری برخوردار بودند اما آزمون تحلیل واریانس تنها تفاوت محله شهناز با امام حسین را معنی دار اعلام کرد.

- در بررسی فرضیه: "میزان آمادگی به اعتیاد افراد در مهاجرین بالاتر است" در وهله نخست به ترسیم جدول توافقی پرداختیم.

جدول 4-19، نمره آمادگی اعتیاد در میان بومیان و غیر بومیان

جمع	غیر بومی	بومی	بومی و غیر بومی آمادگی اعتیاد
8	4	4	≤ 80
22	3	19	81-100
161	33	128	101-140
5	2	3	141-160
4	1	3	161 و بالاتر
200	43	157	جمع

همانطور که در جدول توافقی فوق مشاهده می شود بیشترین فراوانی در نمرات ردیف سوم (140- 101) دیده می شود و بنظر می رسد تفاوتی بین بومیان و غیر بومیان در کسب نمره مذکور وجود نداشته باشد. آمار توصیفی متغیر مورد مطالعه به تفکیک دو گروه بومی و غیر بومی براساس نمره آمادگی اعتیاد در جدول بعد آمده است :

جدول 4-20 شاخص های مربوط به متغیر مورد مطالعه به تفکیک دو گروه بومی و غیر بومی

دو گروه متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار
بومی	157	147	40/55	3/23
غیر بومی	43	147	47/83	7/29

بر اساس جدول مذکور بنظر میرسد تفاوت چندانی بین دو گروه وجود نداشته باشد بطوریکه ارقام در هر دو گروه بهم نزدیکند .

جهت بررسی فرضیه مورد بحث می توان به مقایسه میانگین نمرات افراد بومی و غیر بومی پرداخت که در این زمینه از آماره **T** استفاده شد که نتایج آن در جدول بعدی آمده است .

جدول 4-21 آزمون **T** مستقل جهت مقایسه نمرات آمادگی اعتیاد در افراد بومی و غیر بومی

Sig	t	درجه آزادی	انحراف معیار	خطای معیار	فراوانی	شاخص	
						بومی	آمادگی اعتیاد
0/50	0/18	198	/1343	7/26	157	بومی	آمادگی اعتیاد
						غیر بومی	
			/1343	7/98	43	غیر بومی	

نتایج آزمون تی همچنین در پاسخ به این فرضیه که بین افراد بومی و غیر بومی (مهاجرین و غیر آن) در متغیر آمادگی اعتیاد تفاوت معنادار وجود دارد، جداول 4-21 و 4-20 بیانگر آنست که میانگین نمرات آمادگی اعتیاد تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند (147 در هر دو گروه). از سوی دیگر سطح معناداری آن نیز قابل اعتنا نمی باشد ($\text{sig} = .50$). بنابراین تفاوت معناداری بین نمره آمادگی اعتیاد در افراد بومی و غیر بومی وجود ندارد .

• در بررسی فرضیه "میزان آمادگی به اعتیاد در میان بیکاران بیشتر است" جهت مقایسه میانگین نمرات آمادگی اعتیاد در گروههای مختلف، به ارایه جداول توصیفی و سپس به تحلیل آنالیز واریانس پرداخته شد

همانطور که پیشتر گفتیم پاسخگویان در 4 دسته محصل، بیکار، سرباز و شاغل تعریف شده بودند جدول زیر آماره های توصیفی آنها را بیان می سازد .

جدول 4-22 جدول آمار توصیفی نمرات آمادگی اعتیاد بر اساس وضعیت شغلی

وضعیت شغلی	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	مینیمم	ماکزیمم
محصل	116	143	41/2	3/8	60	241
بیکار	29	166	42/3	7/8	68	253
سرباز	34	141	46/1	7/8	74	298
شاغل	21	152	33/8	7/3	88	207
مجموع	200	147	42	2/9	60	294

جدول مذکور نشان می دهد که میانگین نمرات بیکاران از بقیه طبقات تعریف شده بالاتر می باشد. همچنین سربازان و محصلین از کمترین میانگین ها برخوردارند. جهت مقایسه میانگین نمرات در چهار گروه فوق از آنالیز واریانس استفاده شد که نتایج حاصله در جدول زیر آمده است :

جدول 4-23، آنالیز واریانس میانگین تغییر نمرات آمادگی اعتیاد در وضعیت شغلی

Sig	F	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
0/042	2/78	3	4804/1	/5 14412	بین گروهها
		196	1725/9	/4 33827 6	درون گروهها
		199		/9 35268 8	کل

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می شود تفاوت معناداری بین میانگین نمرات آمادگی اعتیاد در گروههای مختلف وجود دارد ($p < 0/04$). برای بررسی الگوی تفاوت از آزمونهای تعقیبی توکی و بن فرونی استفاده شد. که نتایج آن نشان داد که بین میانگین نمرات آمادگی اعتیاد در محصلین و بیکاران تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/03$). به بیان دیگر جوانان و نوجوانان بیکار و البته ترک تحصیل کرده، از نمرات بالاتری در آمادگی اعتیاد در مقایسه با محصلین اخذ نموده است. بر این اساس فرضیه تفاوت نمره اعتیاد فقط در افراد بیکار و محصلین تایید گردید. جدول 4-24 نتایج آزمون تعقیبی توکی را نشان می دهد.

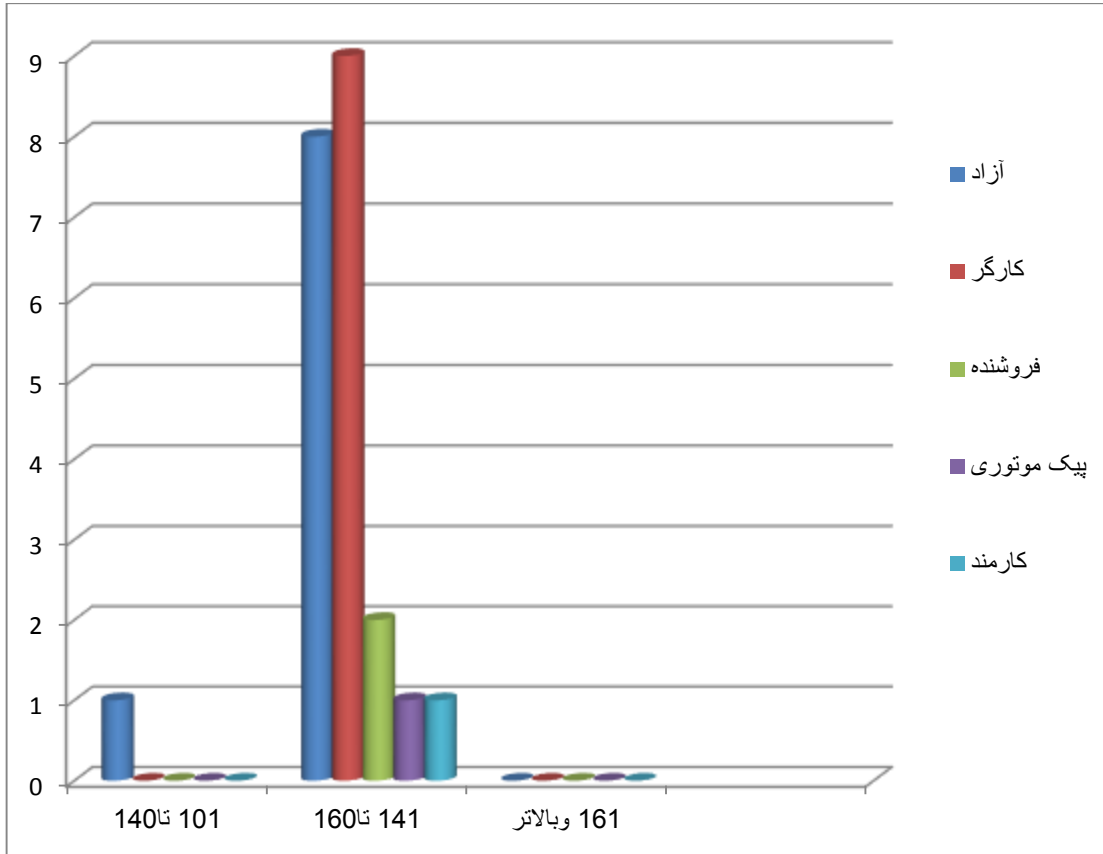
جدول 4-24 مقایسه چند گانه آزمون توکی برای گروههای وضعیت شغلی

Sig	خطای معیار	تفاوت میانگین	مقایسه گروههای شغلی	
/03	8/62	-23/29	2	1
/99	8/10	1/62	3	➤
/75	9/85	-9/73	4	➤
/03	8/62	23/29	1	2
/08	10/50	24/91	3	➤
/66	11/90	13/55	4	➤
/99	8/10	-1/62	1	3
/08	10/50	-24/91	2	➤
/75	11/53	-11/35	4	➤
/75	9/85	9/73	1	4
/66	11/90	-13/55	2	➤
/75	11/53	11/35	3	➤

#محصل (1) بیکار (2) سرباز (3) شاغل (4)

همانطور که پیشتر گفته شد نتایج جدول مذکور نیز تفاوت نمره آمادگی اعتیاد بیکاران در مقایسه با محصلین را تایید می کند. اینکه ایا نمرات آمادگی اعتیاد در مشاغل مختلف با هم فرق می کنند ضرورت مقایسه نمرات آمادگی اعتیاد در مشاغل مختلف را مطرح می کند. همانطور که در جداول فراوانی ها آمده بود **11** درصد پاسخگویان شاغل بودند. اطلاعات مربوطه در نمودار **4-6** آمده است :

نمودار 4-6 نمرات آمادگی اعتیاد پاسخگویان بر اساس شغل آنها (فقط افراد شاغل)



همانطور که در نمودار آمده است بالاترین نمرات متعلق به کارگران و سپس به دارندگان مشاغل آزاد تعلق دارد. و همانطور که در نمودار مشاهده می شود نمرات اکثر آنها بین **141** لغایت **160** قرار دارد.

- در بررسی فرضیه "میزان آمادگی به اعتیاد در میان خانوادگی پر جمعیت بیشتر است"، در مرحله نخست به رسم جدول توافقی از این دو متغیر پرداختیم. جهت این کار و به منظور احتراز از خانه های خالی، متغیر بعد خانوار را در سه دسته طبقه بندی کردیم زیر چهار نفر، پنج تا هفت نفر و هشت نفر و بیشتر. نمره آمادگی اعتیاد را هم در پنج طبقه که قبلا شرح داده بودیم لحاظ کرده و جدول ذیل ترسیم شد:

جدول 4-25 توزیع نمرات آمادگی اعتیاد پاسخگویان بر حسب بعد خانوار

جمع	بالاتر-8	5-7	2-4	بعد خانوار به نفر
				آمادگی اعتیاد
8	1	4	3	≤ 80
22	2	11	9	81-100
161	10	94	57	101-140
5	1	3	1	141-160
4	2	2	0	161 و بالاتر
200	16	114	70	جمع

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می شود بیشترین فراوانی متعلق به پاسخگویانی است با بعد خانوار بیش از پنج نفر. از سوی دیگر همانطور که مبرهن است مد نمرات در گروه 101 الی 140 دیده می شود که در نگاه نخست بنظر می رسد جهت یافتن رابطه ی بین تعداد افراد خانوار و نمرات آمادگی اعتیاد جدول توصیفی آن ارائه ، تا با مقایسه میانگین ها پرداخته شود

جدول 4-26 جدول آمار توصیفی نمرات آمادگی اعتیاد بر اساس بعد خانوار

بعد خانوار	فراوانی	میانگین	انحراف معیار	خطای معیار	مینیمم	ماکزیمم
2-4	70	144	39/2	4/6	60	233
5-7	114	148	42/1	3/9	61	298
بالا تر-8	16	147	54/6	13/6	77	247
مجموع	200	147	42	2/9	60	294

همانطور که در جدول مشاهده می شود میانگین نمرات در خانواده‌های با ابعاد مختلف، تفاوت چندانی با هم ندارند. لذا استفاده از تحلیل واریانس ضرورتی ندارد. نتایج همبستگی بین دو متغیر فاصله ای نیز معنادار نبود؛ اینکه آیا با افزایش بعد خانوار، نمرات آمادگی اعتیاد افزایش می یابد؟ ($p < 0/07$). در مجموع به صراحت می توان گفت که فرضیه ما تایید نمی شود.

پس از ارزیابی فرضیات، نوبت به سوالات پژوهش می رسد از آنجاییکه اکثر سوالات مطرح شده در رابطه با فرضیات پژوهش بودند لذا تقریباً تمامی آنها مورد بررسی قرار گرفتند. از سوی دیگر با محاسبه و ترسیم ماتریس همبستگی بین متغیرهای در سطوح سنجش مختلف، به تبیین بیشتر سوالات پژوهشی پرداخت. این سوالات حول مباحث زیر دور می زنند:

- افراد مستعد اعتیاد در چگونه خانواده هایی زندگی می کنند؟
- آیا تفاوتی بین افراد مستعد اعتیاد از نظر متغیرهای دموگرافیک (سن، سواد و...) وجود دارد؟
- مهمترین عوامل خطر ساز در جوانان و نوجوانان زیر 20 سال بندرعباس کدامند؟

جدول 4-27. ماتریس همبستگی آمادگی اعتیاد، سن، تحصیلات فرد و والدین و بعد خانوار

متغیرها	1	2	3	4	5	6
آمادگی اعتیاد	1					
سن فرد	-.20	1				
سواد	-.37*	**.54	1			
سواد پدر	-.38**	-.09	**.39	1		
سواد مادر	-.09	*.37	**.38	**.81	1	
بعد خانوار	.08	*.31	-.24	-.27	-.44**	1

* با سطح معنا داری کمتر از **01/**

* با سطح معنا داری کمتر از **05/**

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می شود رابطه بین برخی متغیرهای وجود دارد که اهم آن عبارتند از:

- بین آمادگی اعتیاد و سواد افراد: بدین معنا که با افزایش سواد در فرد از نمره آمادگی اعتیاد وی کاسته می شود.
- بین آمادگی اعتیاد و سواد پدر فرد: یعنی که با افزایش سواد پدر فرد از نمره آمادگی اعتیاد فرد کاسته می شود.
- بین سواد پسر و سواد پدر همبستگی مستقیمی دیده می شود.
- بین سواد پسر و سواد مادر نیز همبستگی مستقیمی دیده می شود.
- بین سواد مادر و بعد خانوار همبستگی معکوسی وجود دارد.

نتایج حاصل از رگرسیون چند متغیره در رابطه با متغیرهایی مورد نظر (نمره آمادگی اعتیاد، سواد و سن پاسخگو، سواد پدر، سواد مادر و بعد خانوار) نیز موارد فوق را تایید کردند.

در رابطه با سایر متغیرهای در سطح سنجش اسمی و رتبه ای نیز با متغیر نمره آمادگی اعتیاد، جدول ماتریس همبستگی دیگری رسم شد که نتایج قابل اعتنایی حاصل نشد.

فصل پنجم

بحث و نتیجه گیری

5-1- مقدمه

در این فصل مطالبی که در فصول گذشته مطرح شده است به اختصار بیان می شود. نتایجی که در راستای اهداف پژوهش و با تجزیه و تحلیل داده ها فراهم آمده، تفسیر می شود. در نهایت در راستای نتایج به دست آمده پیشنهادهای پژوهشی برای پژوهش های بعدی به منظور رفع ابهامات و پیشنهادهای کاربردی ارائه می شود.

5-2- خلاصه تحقیق

هدف از این پژوهش بررسی میزان آمادگی اعتیاد در جوانان و نوجوانان مذکر زیر بیست سال محلات شهر بندرعباس می باشد.

این تحقیق از نوع پیمایشی - توصیفی است که با استفاده از تکنیک پرس و جو انجام می شود جامعه آماری شامل کلیه پسران نوجوان و جوان 20-15 ساله ساکن در کلیه محلات شهر بندرعباس می باشند. حجم نمونه شامل 200 نفر از افرادی است از بین 8 محله با روش نمونه گیری تصادفی انتخاب شده اند.

در این پژوهش از روش پیمایشی با بهره جستن از پرسشنامه (آمادگی اعتیاد)، که با توجه به عوامل خطر ساز و محافظت کننده ساخت و هنجاریابی شده، استفاده شده است. پرسشنامه ها با توجه با روش پرس و جو در محلات مختلف توسط دانشجویان رشته های علوم انسانی که از قبل آموزش دیده بودند طی سه هفته تکمیل شدند.

برای تجزیه و تحلیل داده ها هم از آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و هم از آمار استنباطی (تحلیل واریانس، آزمون t مستقل و ضرایب همبستگی) استفاده شد. که نتایج آن در ذیل می آید:

5-3- تحلیل و نتیجه گیری

- 1) با افزایش سن میزان آمادگی به اعتیاد افراد افزایش می یابد.
- 2) میزان آمادگی به اعتیاد در افراد با درجه تحصیلات متفاوت است.
- 3) میزان آمادگی به اعتیاد افراد در میان خانواده های کم سواد بالاتر است.

4) میزان آمادگی به اعتیاد افراد در محلات مختلف متفاوت است .

5) میزان آمادگی به اعتیاد افراد در محلات آسیب خیز بالاتر است.

6) میزان آمادگی به اعتیاد افراد در مهاجرین بالاتر است.

7) میزان آمادگی به اعتیاد در میان بیکاران بیشتر است .

8) میزان آمادگی به اعتیاد افراد در میان خانواده‌های پر جمعیت بیشتر است.

- آمادگی اعتیاد(استعداد اعتیاد) جوانان و نوجوانان در محلات مختلف به چه میزانی است ؟
- افراد مستعد اعتیاد در چگونه خانواده هایی زندگی می کنند ؟
- آیا تفاوتی بین افراد مستعد اعتیاد از نظر متغیر های دموگرافیک (سن،سواد،تحصیلات و...) وجود دارد؟

• مهمترین عوامل خطر ساز گرایش به اعتیاد جوانان و نوجوانان زیر 20 سال بندرعباس کدامند؟

• افراد مستعد اعتیاد در کدام محلات بندرعباس زندگی می کنند؟

برای پاسخ گویی به فرضیه اول پس از تعیین شاخص میانگین وانحراف معیار وترسیم جدول توافقی ،بین متغیر آمادگی اعتیاد و سن پاسخگویان ضریب همبستگی پیرسون محاسبه شد .نتایج حاکی از نبود همبستگی بین این دو متغیر بود (مقدار ضریب برابر با $0/06-$). بنابراین فرضیه نخست ما رد شد.

نکته قابل توجه در رابطه با یافته‌ی فوق این است که هیچگونه تفاوت آشکاری بین سنین موجود در رده سنی **15-20** سال وجود ندارد اگر چه بر اساس یافته‌های ستوده و دیگران مبنی بر این که سن افراد، آسیب پذیری خاصی را برای گرایش به اعتیاد فراهم می‌سازد (ستوده، **1387**) اما در دوران نوجوانی و جوانی تفاوت آشکاری بین سن **15-16** سالگی و **18-19** سالگی تایید نشده است.

از طرفی برخی از بررسی‌ها در کشور نیز نشان داده که هر چه سن افراد اضافه می‌شود زمینه‌های اعتیاد، کاهش می‌یابد. به تعبیر روشن تر حدود **16** درصد از معتادان کشور کمتر از **19** سال سن دارند و **28** درصد آنها در سنین **20-24** سالگی به اعتیاد روی می‌آورند و از این سن (**25** سالگی) به بعد درصد گرایش افراد به اعتیاد کاهش می‌یابد.

بنابر این اگر چه فرضیه‌ی نخست رد شد اما خود تاییدی بود بر یافته‌های قبلی. صرف نظر از مباحث موجود در زمینه مبنای علمی این اظهارنظرها، واقعیت این است که سن بزهکاری و اعتیاد در کل جهان کاهش یافته است. علت عمده این پدیده را گرایش به صنعتی شدن جوامع و کم‌کاری نهاد خانواده در نظارت و تربیت فرزندان اعلام می‌کنند و در کنار این امر گسترش برخی تفکرات به ظاهر لیبرالیستی و افراط در اعطای خودمختاری به نوجوانان را نیز باید مدنظر قرار داد. با توجه به کاهش سن شروع به بزهکاری، پذیرش کاهش سن اعتیاد نیز کاملاً منطقی به نظر می‌رسد. در بررسی در باره مهم‌ترین علل و عوامل کاهش سن بزهکاری در رابطه با اعتیاد می‌توان بسیاری از عوامل مخاطره آمیز فردی و اجتماعی را در نظر گرفت نظیر معاشرت با همسالان مسئله دار و نظارت ضعیف خانواده‌ها بر گذران اوقات فراغت نوجوانان (محمدنسل، **1390**).

اگر چه در پاره‌ای از موارد از سوی محققین اعلام شده که سن اعتیاد و جرم در حال نزدیک شدن به سن کودکی است (سبحانی، **1389**). و از سوی دیگر سن کودکی را بر اساس تعاریف سازمانهای جهانی زیر **18** سالگی بدانیم می‌توان این ادعا را تایید کرد تفاوت و تمایزی در سنین مختلف کودکی به لحاظ عوامل خطر ساز نمی‌توان قایل شد. اگر چه برخی نهادهای رسمی کشور ادعای دیگری را عنوان می‌کنند: سن اعتیاد در ایران **13** سال اعلام شد (سازمان ملی جوانان، **1387**).

برای پاسخ گویی به فرضیه دوم:

پس از رسم جدول توافقی آنالیز واریانس محاسبه شد با توجه به جدول **4-13** تغییر نمره آمادگی اعتیاد معنادار است ($P < 0/038$): یعنی، پاسخگویان با تحصیلات مختلف از نظر برخورداری از استعداد

اعتیاد دارای تفاوت هایی می باشند. جدول نتایج آزمون تعقیبی تفاوت معناداری بین گروههای یک و سه یعنی افراد با تحصیلات ابتدایی تا سیکل و گروه بالاتر از دیپلم ($P < /042$) نشان داد. این سطح معناداری در مقایسه میانگین ها در سایر گروهها وجود نداشت. بنابراین فرضیه ما تایید شد. بنا بر این تحصیلات تا حد زیادی می تواند به عنوان عوامل محافظت کننده عمل کند این یافته ها موارد مشابه قبلی را بخوبی تایید می کند.

کسب علم و افزایش معلومات موجب ارتقای آگاهی و نگرش انسانها می شود و از سوی دیگر افزایش مدارج تحصیلی، نوجوانان و جوانان را در مقابل آسیب های اجتماعی تا حدود زیادی بیمه خواهد کرد زیرا طبق آمار میزان سواد و تحصیلات با میزان ابتلا به مواد مخدر نسبت عکس دارد (البته این به آن معناست که افراد تحصیل کرده در خطر اعتیاد به مواد مخدر قرار ندارند). به تعبیری دیگر دانش آموزی که مشغول به تحصیل است، اوقات بیکاری کمتری برای تلف کردن و یا خوشگذرانی با دوستان دارد و اغلب اوقات در فکر برنامه ریزی برای ادامه تحصیل تا مقطع دانشگاه می باشد. همچنین معلومات بیشتر موجب افزایش درک و فهم افراد و شناخت بیشتر بد و خوب و در نتیجه کاهش ریسک لغزش و آلودگی به مواد مخدر خواهد شد (مظاهری، 1388).

با شروع سال تحصیلی گذشته اعلام شد بیش از ۱۲ میلیون و ۳۰۰ هزار دانش آموز ایرانی سال تحصیلی ۱۳۹۰-۱۳۹۱ را آغاز کردند؛ در حالی که با توجه به گزارش های رسمی از جمعیت ۱۹ میلیون و ۴۳۵ هزار نفری در سنین ۷ تا ۱۹ سال که باید آموزش خود را در مدارس ادامه می دادند، بیش از ۷ میلیون و ۱۳۵ هزار نفر به دلایل مختلف قادر به ادامه تحصیل نبودند و در حقیقت بیش از ۳۷ درصد دانش آموزان ایرانی مجبور به ترک تحصیل شده اند. طی سال های گذشته یا در حقیقت در یک دهه گذشته با وجود ثبات نرخ رشد جمعیت در حد ۵/۱ درصد، کاهش جمعیت دانش آموزی کشور از ۱۸ میلیون نفر به ۱۲ میلیون نفر، نشان دهنده اضافه شدن حدود ۶ میلیون دانش آموز به جرگه ترک تحصیل کرده ها است (مرکز آمار ایران، 1391).

این اخبار بسیار نگران کننده و دردناک است چرا که بر این اساس از هر سه دانش آموز ایرانی؛ یک دانش آموز ترک تحصیل می کند و قادر به ادامه تحصیل نیست. زیرا او فکر می کند در آینده تضمین شغلی چندانی نخواهند داشت و قادر نخواهند بود شغلی متناسب با تحصیلات خود بیابد. در بررسی علت ترک تحصیل های صورت گرفته، علاوه بر فقر مالی که به اشتغال کودکان یا نوجوانان منجر میشود، فقر انگیزشی نیز نقش مهمی ایفا می کند به طوری که میزان بالای بیکاران تحصیل کرده سبب می شود

دانش‌آموزان و خانواده‌هایشان به ادامه تحصیل و رفتن به مقاطع بالاتر به شکل یک امر غیرضروری نگاه کنند و کسب درآمد از سنین پایین را بر گرفتن مدرک و پیوستن به جمعیت بیکاران ترجیح دهند. این شاید نوعی عقب‌گرد به چند دهه گذشته باشد، زمانی که والدین به جای تشویق نوجوانان به ادامه تحصیل کسب و کار را ترجیح می‌دادند.

این درحالی است که طبق برنامه پنج‌ساله تا سال ۱۳۹۳ باید بیسوادی در گروه سنی زیر ۵۰ سال در مناطق مختلف کشور ریشه کن شود اما هر ساله شاهد افزایش شمار زیاد کودکانی هستیم که از تحصیل بازمی‌مانند.

به گزارش رسانه‌های رسمی کشور نظیرسایت سیاست روز جمعیت دانش‌آموزی کشور از ۱۸ میلیون نفر در دهه ۶۰ در پی سیاست‌های کنترل جمعیت به ۱۴ میلیون و ۵۰۰ هزار نفر در سال‌های اخیر رسیده است. فقدان ثبت نام و اعزام یک میلیون دانش‌آموز به مدرسه از سوی خانواده‌ها در فاصله یک سال گذشته این شائبه را دامن زد که یک میلیون دانش‌آموز اقدام به ترک تحصیل کرده‌اند و ترجیح می‌دهند تا دوران کودکی و نوجوانی خود را در محیطی غیر از مدرسه سپری کنند. اگرچه مسئولان وزارت آموزش و پرورش از علت این میزان کاهش اظهار بی‌اطلاعی می‌کنند، اما پیداست که سر در گمی استراتژی آموزش و پرورش در کنترل و رفع ناهنجاریهای به وجود آمده در میان دانش‌آموزان و استرس‌ها و فشارهای ناشی از تحصیل، علت اصلی ترک تحصیل‌ها است.

از جمله ناهنجاریهای شکل گرفته در میان دانش‌آموزان که دغدغه‌های زیادی را برای خانواده‌ها به وجود آورده است، رشد مصرف مواد مخدر در مدارس کشور است. آخرین آمار رسمی منتشره از سوی آموزش و پرورش متعلق به سال ۸۶ است که از وجود ۳۵ هزار معتاد در بین دانش‌آموزان حکایت دارد. در طی این سالها پلیس بارها و بارها هشدار داده است که به دلیل شیوع مواد مخدر صنعتی و روش‌های جدید خرده‌فروشان مواد مخدر در بازار یابی و کشیدن نوجوانان و افراد کم‌سن و سال به دام اعتیاد، آمار دانش‌آموزان معتاد به یقین با رشدی تصاعدی مواجه بوده است.

در مجموع راهکارهایی برای پیشگیری از ترک تحصیل دانش‌آموزان و در نتیجه برطرف کردن یکی از **عوامل گرایش نوجوانان به مواد مخدر از سوی کارشناسان مطرح و پیشنهادشده است که اهم آنها عبارتند از:**

● پیگیری علت ترک تحصیل دانش‌آموزان توسط مسوولان مدرسه و سعی در برطرف نمودن زمینه‌های آن به کمک والدین و یا معتمدین محلی

● برقراری جلسات مشورتی بین والدین و اولیای مدارس در مورد دانش‌آموزانی که غیبت‌های مکرر دارند و یا توجهی به درس نمی‌کنند و یا رفتارهای مشکوک دارند.

● درمان علایمی از قبیل اضطراب، افسردگی و افزایش تحریک‌پذیری در دانش‌آموزان و کاهش نگرانی والدین در مورد مصرف داروهای روانی توسط فرزندان و یا عوارض دارویی.

● پاکسازی محیط‌های داخل و خارج از مدرسه خصوصاً راهنمایی و دبیرستان و کنترل نامحسوس آمد و شد دانش‌آموزان توسط والدین و اولیای مدرسه.

● پیگیری علایم مصرف سیگار و یا سایر داروهای روانگردان و مواد مخدر در رفتارهای دانش‌آموزان.

● شناخت کامل دوستان فرزندان خود و کنترل نامحسوس روابط ایشان با یکدیگر و همچنین بررسی محتویات البسه و کیف فرزندان در غیاب ایشان.

● استفاده از معلمان خصوصی و یا بهره‌گیری از فرزندان بزرگ‌تر و یا افراد فامیل برای برطرف کردن اشکالات درسی فرزندان.

● کمک به خانواده‌هایی که بضاعت مالی خوبی ندارند و از فرزندان برای مقابله با هزینه‌های زندگی خود استفاده می‌نمایند (مظاهری، 1388).

بنظر می‌رسد با رعایت موارد پیشنهادی تا حدی بتوان عوامل مخاطره‌آمیز را کم کرد و تمایلات نوجوانان را در گرایش به مصرف کنترل نمود.

برای پاسخ‌گویی به فرضیه سوم:

ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که بین سواد مادر و آمادگی اعتیاد افراد رابطه معناداری وجود ندارد. اما رابطه ضعیف و معکوسی را ما بین سواد پدر و نمره آمادگی اعتیاد فرزند نشان داد (ضریب پیرسون برابر با **18** - / با سطح معناداری برابر با **0/011**). این همبستگی بسیار ضعیف و چندان قابل اعتنا نبود.

لذا جهت مقایسه میانگین ها با توجه به سواد پدر و مادر از آنالیز واریانس دوطرفه استفاده کردیم چرا که ناچار به ارزیابی توام سه متغیر (امادگی، اعتیاد، سواد پدر و سواد مادر) شدیم. با توجه به اطلاعات جدول 4-15 ملاحظه می شود که سطح معناداری آن ($Sig=.6$) در مورد وجود اثر متقابل برابر با 0/6 است. بنابراین این نمی توان فرضیه صفر را رد کرد که بین دو متغیر اثر متقابلی وجود ندارد. یعنی عدم وجود اثر متقابل، به ما می گوید عاقلانه است که بپذیریم تفاوت متوسط نمره آمادگی اعتیاد در تمام سطح تحصیلی پدر و مادر یکسان است.

دشوارترین دوران حیات انسان از جهت تربیتی دوره نوجوانی است این دوره که حدود سنی (12-18) سال را در بر می گیرد، منطبق با دوره راهنمایی و دبیرستان است. بیشترین مشکلات تربیتی در این دوره پیش می آید و اغلب در همین دوره است که فرزندان یا از دست می روند و یا در مسیر سعادت گام می نهانند. در این دوره مرحله انتقال از دوران کودکی به دوران نوجوانی و بزرگسالی است. نوجوان به دنبال هویت جدیدی است که با کمک والدین و اولیاء مدرسه باید هر چه سریعتر هویت سالمی بیابد و بتواند به سؤال من کیستم و یا چیستم پاسخ دهد. نوجوانانی که به شغل و حرفه بخصوصی علاقه ندارند طبعاً به درس خواندن هم علاقه نشان نمی دهند، زندگی خود را پوچ و بی معنا می پندارند و دچار ابهام نقش می شوند. (اریکسون، 1975).

از طرف دیگر در این دوره نوجوان را از نظر فکری قدرت و توانایی بیشتری می یابد و می تواند در مورد بسیاری از مسائل زندگی بیندیشد و تصمیم بگیرد تصمیمی که میتواند موجب پیشرفت نوجوان گردد و یا آنکه او را به سوی انحطاط پیش ببرد.

تاکنون تحقیقات زیادی در خصوص رابطه سواد والدین و پیشرفت های تحصیلی و شغلی فرزندان، افت تحصیلی دانش آموزان، ابتلای کودکان به آسیب های اجتماعی و... انجام شده است که نتایج آنها، از ضریب همبستگی غیر قابل انکاری خبر می دهد.

بی سوادی والدین یکی از پارامترهایی است که می تواند در افت تحصیلی دانش آموزان مؤثر باشد، زیرا عدم توانایی والدین جهت کمک به فرزندان در امر تحصیل و نبود پشتیبان در جهت راهنمایی فرزندان، می تواند سبب سر در گمی دانش آموز و ایجاد اضطراب در او گردد (بیابانگرد، 1368).

نتایج پژوهش نشان داده است که فرزندان خانواده هایی که والدین آنها با سواد هستند (با تحصیلات دیپلم و بالاتر) از برنامه صحیحی جهت گذراندن اوقات فراغت خود برخوردارند در صورتی که والدین کم

سواد که با سطح اقتصادی پایین تری زندگی می کنند از این توانایی برخوردار نیستند (شکاری، 1386).

تحقیقاتی که در خصوص ترک تحصیل در استانهای سیستان و بلوچستان، کرج، همدان، اصفهان و تهران انجام شده همگی موید این نکات بودند که

- بین سطح تحصیلات والدین و ترک تحصیل فرزندان آن ها رابطه ی معکوس وجود دارد.

- بین تحصیلات والدین و معدل نمره های درسی دانش آموزان رابطه مستقیم و معنی داری وجود دارد.

- نسبت دانش آموزان مردود شده در بین دانش آموزانی که مادریا پدر بی سواد دارند بسیار بالا بوده و این امر، زیانهای اقتصادی و مالی فراوانی برای خانواده و جامعه بیار می آورد.

بنابر این سواد والدین در پیشرفت و پس رفت تحصیلی دانش آموزان حائز اهمیت است. اکبری (1356)؛ محمودی نسب (1364)؛ طباطبائی یزدی (1364)؛ شعبانی (1364)؛ محبی (1377).

تحصیلات والدین، سرآغاز و زیربنای پیشرفت جریان زندگی خانواده و جامعه است. اهمیت تحصیلات، صاحب نظران تعلیم و تربیت را به تلاش برای کشف مهم ترین عوامل مؤثر در پیشرفت و یا افت وضعیت رفتاری و درسی، وادار نموده است. با توجه به نتایج حاصله از پژوهش حاضر و پاسخ های دانش آموزان می توان گفت:

تحصیلات والدین در برقراری عدالت و دوری از تبعیض و اختلاف ناعادلانه و ناروا بین کودکان و ایجاد نزدیکی و صمیمیت واقعی و تعامل و گرمی روابط بین اعضا خانواده، بسیار مؤثر و سازنده و سرنوشت ساز است.

به طور کلی، نقش تحصیلات والدین، در تربیت فرزندان و جلوگیری از بروز ناهنجاری ها و بزه کاری ها، رعایت نظم و انضباط در خانه و مدرسه و جامعه، رشد شخصیت و اعتماد به نفس و عزت نفس و دوری از لغزش ها، داشتن هدف در زندگی، توانایی در برقراری روابط محبت آمیز و برخورد خوب و مؤدبانه با دوستان و همکلاسی ها و معلمان، پرورش احساس مسئولیت در برابر خانواده و جامعه، رعایت بهداشت فردی و نظافت عمومی، نگهداری و حفظ منابع طبیعی و اموال عمومی و ... بسیار حساس و مهم است. والدین می توانند، بدین وسیله، سرمشق و الگو و نمونه ی شایسته ای برای فرزندان خود باشند (کرمانی مقیم، 1387).

با تمامی این تفاسیل، فرضیه سوم تحقیق رد شد در این رابطه شاید بتوان گفت آنچه به عنوان عوامل خطر ساز در آمادگی اعتیاد نوجوان اهمیت دارد چیزهایی فراتر از تحصیلات والدین است...! برای پاسخ گویی به فرضیه چهارم و پنجم:

الف - مناطق مهاجر نشین قسمتهای شمال شرقی و شمال غربی که ساکنان آنها اکثرا از بومیان شهرستان اهر و ارسباران می باشند و بیشتر آنها خانواده های تهی دست و فقیر اجتماعی به شمار می روند

ب - مناطق مهاجر نشین قسمتهای جنوبی شهر که در اطراف قبرستان بقائیه و قبرستان امامیه سکونت دارند و اکثر آنها از بومیان شهرستانهای مراغه ، عجب شیر و بناب تشکیل شده و بیشتر آنها نیز از خانواده های فقیر و بی نوا هستند (مساواتی آذر، 1380).

تحقیقات متخصصان مرکز جرم شناسی پاریس نشان می دهد که ۲۳ درصد جوانان مجرم در مناطقی زندگی کرده اند که دارای جمعیت زیاد بوده و ۲۲ درصد آنها در محله هایی زندگی کرده اند که علاوه بر کثرت جمعیت مشکل مسکن نیز وجود داشته است (مرکز جرم شناسی و کرسون پاریس، 1976).

قطعا در وقوع جرم محیط اعم از محیط اجتماعی و محیط زندگی تاثیرات بسزایی دارد . و این امر به اثبات رسیده است. در حال حاضر جرم شناسان ، جامعه شناسان و حقوقدانان آن را مورد پذیرش قرار داده با استفاده از شاخص های توصیفی در خصوص محلات مختلف (جدول 4-17) دریافتیم که میانگین نمرات آمادگی اعتیاد در برخی از محلات از جمله امام حسین، آزادگان و گلشهر پایین تر از سایر محلات و نمرات در برخی از محلات (شهناز، بیست دو بهمن ، نخل ناخدا و کمر بندی) بالاست. بررسی دقیقتر بر روی ماکزیمم نمره کسب شده در محلات نشان می دهد که چه به لحاظ بالاترین و چه به لحاظ پایین ترین نمره بیست و دو بهمن در صدر جدول قرار دارد . به منظور بررسی تفاوت میزان نمرات در گروههای مختلف (محلات) از تحلیل واریانس استفاده شد .

تفاوت معناداری بین میانگین نمرات آمادگی اعتیاد در محلات مختلف وجود دارد برای بررسی الگوی تفاوت از آزمونهای تعقیبی لوین و در نهایت بن فرونی استفاده شد . که نتایج آن نشان داد که بین میانگین نمرات آمادگی اعتیاد در محلات شهناز و امام حسین تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). به بیان دیگر جوانان و نوجوانان محله شهناز از نمرات بالاتری در آمادگی اعتیاد در مقایسه با محله امام حسین اخذ نموده است. بر این اساس فرضیه تفاوت نمره اعتیاد در محلات مختلف تایید گردید.

تحقیقی که در مناطق حاشیه نشین شهر تبریز نیز صورت گرفته است نشان می دهد که میزان آلودگی به مواد مخدر در دو منطقه از مناطق شهری شکل غیر طبیعی داشته که عبارتند از :

اند و نظریات و نتیجه تحقیقاتی که انجام شده و به برخی از آنها اشاره شد مبین تاثیر گذاری محیط در وقوع جرایم می باشد.

والدین با انتخاب محل جغرافیایی مسکن خویش ، مستقیما اطرافیان اجتماعی کانون خانواده خود را در جامعه انتخاب می نمایند و موقعیت کانون خانواده به نوبه خود و در حد وسیعی به برخورد نوجوان و جوان با انواع الگوها و سرمشقههای رفتار دامن زده و از این رهگذر اثرات خوب یا بدی حسب مورد در

شکل گیری شخصیت فرد بجا می گذارد. اگر کانون خانواده در منطقه ای قرار گرفته که هر روز شاهد وقوع جرایم مختلفی باشد احتمال برخورد اعضای خانواده با نمونه های متعددی از بزهکاری بیشتر است، نسبت به منطقه ای که این اعمال مجرمانه در آن بندرت اتفاق می افتد. نتیجه اینکه برخورد و مواجهه با اعمال مجرمانه تاثیر مستقیم در افزایش اعمال مجرمانه دارد.

از سوی دیگر به دلیل حساسیت موضوع باید اذعان داشت که توزیع مواد مخدر در این مناطق به راحتی امکان پذیر است و آن هم ناشی از احساس امنیتی است که توزیع کنندگان این مواد در آن مناطق دارند. و بلحاظ فقر علمی و آگاهی ساکنین این مناطق و بیکاری وسیع، جهت رهایی یافتن مقطعی از برخی فشارهای روحی و غیره میل به استعمال مواد مخدر در این مناطق بیشتر می باشد. برخی از جوانان بیکار و حتی نوجوانان، شغل و حرفه خود را خرید و فروش مواد مخدر قرار داده اند و یا مکان و وسایل استفاده از آن را در اختیار متقاضیان قرار می دهند و از این راه به کسب سود ناآل می آیند. مثال بارز چنین

بافت شهری بندرعباس تا حدود زیادی متأثر از پدیده مهاجر نشینی است. برخی از محلاتی که در این پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفته اند جزو مناطق حاشیه ای بودند از جمله کمربندی. از دیگر محلات شاخص، در این تحقیق محله شهناز است که علاوه بر آسیب خیز بودن، این محله، از دیگر مصادیق خطر ساز نظیر فقر، حاشیه نشینی؛ وجود پاتوقهای خانگی و خیابانی مواد مخدر نیز بهره مند است. نتایج تحقیق

- جمعیت سیال و موقت
- نبود فرصت در گیر شدن نوجوانان در مسایل اجتماعی
- محدودیت های فرهنگی نظیر نبود فرهنگسراها و...
- دسترسی آسان به مواد مخدر
- نبود قوانین و سیاست های مشخص در محله (عاملی و دیگران، ۱۳۸۳).

بنظر می رسد محله شهناز تمام ویژگی های یک محله پر خطر را داراست از این رو حتی در مقایسه با سایر محلاتی که تحت همین عنوان معروف شده اند، نیازمند طراحی برنامه های پیشگیرانه منحصر د فردی جهت نوجوانان و جوانان محله است. اصولی که در طراحی برنامه های پیشگیرانه باید در نظر داشت بی کم و کاست بایستی در خصوص محله شهناز لحاظ شود.

اصول برنامه های پیشگیرانه

اصل پنجم: برنامه های پیشگیری از اعتیاد باید پیوندهای خانوادگی را تقویت کرده و آموزش فرزند پروری را شامل شود. خانواده ها به دنبال شرکت در این برنامه ها باید بتوانند سیاستهای ضد مواد را در خانواده تقویت کنند. به بحث پیرامون مواد پردازند و دانش مرتبط با مواد را نیز کسب کنند.

اصل ششم: برنامه های پیشگیری از اعتیاد باید با مداخلاتی در سطوح پیش دبستانی طراحی شود و عوامل خطرزا برای آغاز سوء مصرف مانند رفتارهای پرخاشگرانه، مهارت های ضعیف اجتماعی و افت تحصیلی را در نظر بگیرند.

اصل هفتم: برنامه های پیشگیری از اعتیاد باید با مداخلاتی در سطوح دبستانی طراحی شوند و توانمندی آموزشی عاطفی را در دانش آموزان بهبود بخشند. همچنین عوامل خطرزای مصرف مواد مانند پرخاشگری زود هنگام، ترک تحصیل و افت تحصیلی را هدف قرار دهند. آموزش ها باید برای این مهارتها متمرکز باشند:

ارتباط / مهارت های حل مسئله / حمایت های تحصیلی بویژه مهارت خواندن / آگاهی عاطفی

اصل هشتم: برنامه های پیشگیری از اعتیاد باید با مداخلاتی در سطوح راهنمایی و متوسطه و بر حسب سن طراحی شوند و توانمندی تحصیلی و اجتماعی را در آنان بهبود بخشند. آموزش ها باید بر این مهارت ها

اصل نهم: برنامه های پیشگیری از اعتیاد باید جمعیت عمومی را در نقاط پر خطر هدف قرار دهند. (بطور مثال زمان ورود به مقطع دبستان) با این برنامه های برچسب زنی بر افراد کم می شود و ارتباط آنان با مدرسه و جامعه بیشتر می شود.

اصل دهم: برنامه های پیشگیری از اعتیاد باید به صورت دو یا چند برنامه موثر اجرا شوند (به طور مثال برنامه های مبتنی بر مدارس و خانواده) در این صورت احتمال موفقیت این برنامه ها در مقایسه با برنامه های تک محوری افزایش چشمگیری خواهند یافت.

اصل یازدهم: برنامه های پیشگیری از اعتیاد باید از مسیرهای مختلف مخاطبان را هدف قرار دهند؛ بطور مثال اگر دانش آموزان در مدارس، فرهنگسراها، تشکل ها، اماکن مذهبی و رسانه های ملی مخاطب قرار گیرند، پیام پیشگیرانه تاثیر بسیاری خواهد داشت.

اصل دوازدهم: برنامه های پیشگیری از اعتیاد که مبتنی بر نیاز جوامع کوچکتر و بر اساس نیازهای منطقه ای و محلی طراحی می شوند باید عناصر اصلی برنامه ها را داشته باشند. از جمله:

1- ساختار (چگونگی ساخت و سازماندهی برنامه ها)

2 - محتوا (اطلاعات، مهارت ها و راهکارهای اجرای طرح)

3 - اجرا (نحوه اجرا و ارزشیابی برنامه)

اصل سیزدهم: برنامه های پیشگیری از اعتیاد باید بلند مدت و دائمی باشند. اثر بخشی برنامه های مدارس در صورتیکه در مقاطع بعدی تکرار نشوند کاهش می یابند.

اصل چهاردهم: برنامه های پیشگیری از اعتیاد باید مبتنی بر آموزش معلمان باشند تا آنها بتوانند با روش های مانند: تشویق، تقویت و پرورش رفتارهای مثبت / انگیزه مندی سازی / پیوند با مدرسه به ارتقای سلامت روان افراد کمک نمایند

اصل پانزدهم: برنامه های پیشگیری از اعتیاد در صورتی موثر خواهد بود که با روش های تعاملی انجام شود، مانند: بحث با گروه همسال ، ایفای نقش، تمرین های فردی در مورد مهارت های امتناع و...

اصل شانزدهم: هزینه نمودن در برنامه های پیشگیری از اعتیاد اثربخش هستند. بطوری که با 1 دلار هزینه در پیشگیری از 10 دلار هزینه کردن در درمان جلوگیری خواهد شد.

در این راستا در تدوین برنامه پیشگیرانه چند نکته باید از خاطر نرود:

- استفاده از مشارکت اجتماعی
- انتخاب اهداف کوچک و سهل الوصول
- تمرکز روی عوامل آسیب پذیر شناخته شده
- بکارگیری برنامه های متناسب با دوره رشد روانی گروه هدف
- به کارگیری توأم برنامه های مرتبط با چند عامل آسیب پذیری (ستاد هماهنگی مبارزه با مواد مخدر کشور، 1382).

برای پاسخ گویی به فرضیه ششم:

آمار توصیفی متغیر مورد مطالعه به تفکیک دو گروه بومی و غیر بومی براساس نمره آمادگی اعتیاد در جداول مربوطه نشان داد که تفاوتی بین نمره بومیان و مهاجرین وجود ندارد. جهت بررسی دقیقتر از آماره تی استفاده شد. نتایج آزمون تی، در پاسخ به این فرضیه که بین افراد بومی و غیر بومی (مهاجرین و غیر آن) در متغیر آمادگی اعتیاد تفاوت معنادار وجود دارد در جداول 4-21 و 4-20 بیانگر آنست که میانگین نمرات آمادگی اعتیاد تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند (147 در هر دو گروه). از سوی دیگر سطح معناداری آن نیز قابل اعتنا نمی باشد بنابراین تفاوت معناداری بین نمره آمادگی اعتیاد در افراد بومی و غیر بومی وجود ندارد ($\text{sig} = .50$). در حقیقت فرضیه ششم ما رد شد. تحقیقات پیشین مویده وجود مشکلات و نابسامانی مختلفی در میان مهاجران است. با رشد سریع و کنترل نشده شهر نشینی که جلوتر از برنامه ریزیهای شهری حرکت می کند شهرها توان جذب جمعیت مازاد خود را که از روستاها، شهرها و مناطق محروم مهاجرت کرده و به آنجا روی آورده اند را ندارد و این جمعیت در حاشیه کلان شهرها که زمین ارزانتر است و کنترلی بر ساخت و سازها صورت نمی گیرد بصورت غیر رسمی اسکان می دهند (خادمی 1380 به نقل از یوسف آبادی 89).

از عوامل گرایش به اعتیاد، فقر، بیکاری، فقدان برنامه صحیح جهت پر کردن اوقات فراغت، نابرابریهای اقتصادی و اجتماعی و در دسترس بودن مواد مخدر را می توان نام برد معمولاً در برخی مناطق شهری بیش از سایر مناطق که عموماً مناطق حاشیه نشین نیز هستند، بسیاری از عوامل خطر ساز قابل رؤیت

است و بدان جهت اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان این مناطق و همچنین خرید و فروش مواد افیونی روز به روز افزایش می‌یابد (دفتر پیشگیری از جرم قوه قضاییه استان مازندران به نقل از مسعودی فر 87). شاید یکی از دلایل رد شدن فرضیه تحقیق عدم توجه به سالهای سکونت مهاجرین باشد که بنظر می‌رسد که از سرعت آهنگ مهاجرت و اسکان در مناطق سطح پایین شهری کاسته شده و این مهاجرین عمدتاً در جامعه جدید پذیرفته شده‌اند. از سوی دیگر عوامل خطر ساز که نمرات آمادگی اعتیاد را تعیین می‌کند آنچنان در جامعه گسترده شده که کلیه افراد جامعه (خواه مهاجر و یا غیر مهاجر) را درگیر ساخته است.

برای پاسخ گویی به فرضیه هفتم:

از آمار توصیفی و تحلیل واریانس استفاده شد جدول 4-22 نشان می‌دهد که میانگین نمرات بیکاران از بقیه طبقات تعریف شده بالاتر می‌باشد. همچنین سربازان و محصلین از کمترین میانگین‌ها برخوردارند. جهت مقایسه میانگین نمرات در چهار گروه فوق از آنالیز واریانس استفاده شد که نتایج تحلیلی نشان داد که تفاوت معناداری بین میانگین نمرات آمادگی اعتیاد در گروههای مختلف وجود دارد ($p < 0/04$). نتیجه بررسی الگوی تفاوت از طریق آزمونهای تعقیبی توکی و بن فرونی نشان داد که بین میانگین نمرات آمادگی اعتیاد در محصلین و بیکاران تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/03$). به بیان دیگر جوانان و نوجوانان بیکار و البته ترک تحصیل کرده، از نمرات بالاتری در آمادگی اعتیاد در مقایسه با محصلین، اخذ نموده است.

بر این اساس فرضیه تفاوت نمره اعتیاد فقط در افراد بیکار و محصلین تایید شد. این یافته‌ها نتایج سایر پژوهش‌های قبلی را تایید می‌کند.

مسأله بیکاری و اشتغال به عنوان یکی از عمده‌ترین مسائل اجتماعی اقتصادی، گریبانگیر کشورهای در حال توسعه می‌باشد. بیکاری منشأ بسیاری از پیامدهای ناگوار اجتماعی و مسبب اصلی از هم گیسختگی‌های تعامل‌های مورد لزوم جامعه است. خصوصاً این که نرخ بیکاری در میان جوانان و به ویژه در گروه‌های سنی 24-15 ساله از سایر گروه‌های سنی بیشتر است. براساس تحقیقات روانشناختی، عامل اصلی 70 درصد ناهنجاری‌های جامعه، بیکاری است (کامرانی، 1391).

بر اساس تحقیقات موسسه شهروند عمده‌ترین عامل اعتیاد جوانان به مواد مخدر بیکاری و فقر دانسته شده است. در این تحقیق که طی مصاحبه با یکصد و پنجاه نفر صورت گرفته است، این واقعیت بدست آمده

که فقر و بیکاری در بین جوانان رو به افزایش است و جوانان برای رهایی از رنج ناشی از بیکاری به اعتیاد پناه می‌برند.

در این تحقیق تعریفی از بیکاری ارائه گردیده و چهار نوع بیکاری از هم تفکیک شده است: بیکاری آشکار، بیکاری پنهان، بیکاری اختیاری و بیکاری غیر اختیاری.

- بیکاری آشکار به بیکاری گفته می‌شود که جویای کار پس از تلاش زیاد جهت رسیدن به کار ناکام می‌ماند و ازین راه هیچ درآمدی بدست نمی‌آورد.

- بیکاری پنهان نوعی از بیکاری است که فرد در ظاهر شغلی دارد ولی درآمد آن نه در توسعه اقتصادی کشور کمک می‌کند و نه هزینه زندگی وی را تامین می‌نماید.

- بیکاری اختیاری، نوعی دیگری بیکاری است که فرد بر اثر تنبلی و فرهنگ مصرفی سر کار نمی‌روند.

- و بیکاری غیر اختیاری، نوع از بیکاری است که شرایط اقتصادی، اجتماعی و یا هم معلولیت، بیکاری را بر فرد تحمیل می‌کند (موسسه شهروند، 1993 به نقل از امینی، 1391).

ایران از نظر نرخ بیکاری در ردیف هجدهم در میان 105 کشور جهان قرار دارد (صندوق بین‌المللی پول، 2013). این موضوع تاییدی است بر سخنان مسئولان دولت که وضعیت بیکاری، مخصوصاً بیکاری جوانان در کشور را در مرحله بحرانی توصیف کرده بودند، ایران با نرخ بیکاری ۱۳٫۱ درصدی در رتبه ۱۸ جهان قرار گرفته و اگرچه وضعیت بیکاری در ایران بدتر شده اما نرخ بیکاری ۱۰ کشور اروپایی همچنان بیشتر از ایران است. صندوق بین‌المللی پول در این گزارش پیش‌بینی کرده نرخ بیکاری ایران که در سال 2012 بالغ بر 12.2 درصد بوده است در پایان سال جاری میلادی به 13.1 درصد افزایش پیدا کند. بر اساس این گزارش، در سال جاری تنها 17 کشور نرخ بیکاری بالاتری از ایران خواهند داشت. ایران در رده‌بندی امسال صندوق بین‌المللی پول نسبت به سال گذشته صعودی 6 پله‌ای داشته است. در سال گذشته ایران از نظر نرخ بیکاری در سال 2012 رتبه 24 را در میان کشورهای جهان به دست آورده بود. همانطور که آمارها و اظهارنظر مسئولان نشان داده رشد اقتصادی در طول یکی دو سال گذشته منفی شده و تولید داخلی هم در وضعیت رکود تورمی قرار داشته است. در چنین وضعیتی آنچنان دور از انتظار نبود که نرخ بیکاری رشد بیشتری پیدا کند و آنطور که وزیر کار گفته به مرحله بحرانی برسد. علی‌ریبیعی وزیر تعاون، کار و رفاه اجتماعی نرخ بیکاری جوانان را 26 درصد یعنی تقریباً دو

برابر نرخ بیکاری کل کشور اعلام کرد. همچنین او نرخ بیکاری تحصیلکرده و دانش آموختگان دانشگاهی را بیش از 40 درصد اعلام کرد که این موضوع نشان داد که نیروهای دانشگاهی و صاحب فن و سواد در کشور از نظر اشتغال وضعیت نامطلوبی دارند. میزان بالای بیکاران تحصیلکرده سبب میشود دانش آموزان و خانواده‌هایشان به ادامه تحصیل و رفتن به مقاطع بالاتر به شکل یک امر غیر ضروری نگاه کنند و کسب درآمد از سنین پایین را به گرفتن مدرک و پیوستن به جمعیت بیکاران ترجیح دهند. این رفتار زنگ خطری است که باید از آن پیشگیری شود. در زمینه راههای پیشگیری از ترک تحصیل دانش آموزان در صفحات قبل راهکارهایی ارائه شده است.

برای پاسخگویی به فرضیه هشتم :

پس از ترسیم جدول توافقی بین دو متغیر تحت بررسی و به منظور احتراز از ایجاد خانه های خالی در جدول، متغیر بعد خانوار را در سه دسته طبقه بندی کردیم: زیر چهار نفر، پنج تا هفت نفر و طبقه سوم، هشت نفر و بیشتر. نمره آمادگی اعتیاد را هم در پنج طبقه که قبلا شرح داده بودیم لحاظ شد. نتایج توصیفی در جدول 4-26 مشاهده می شود که میانگین نمرات در خانوادههای با ابعاد مختلف، تفاوت چندانی با هم ندارند. لذا استفاده از تحلیل واریانس ضرورتی ندارد. نتایج همبستگی بین دو متغیر فاصله ای نیز معنادار نبود: اینکه آیا با افزایش بعد خانوار، نمرات آمادگی اعتیاد افزایش می یابد؟ ($p < 0/07$). در مجموع به صراحت می توان گفت که فرضیه ما تایید نمی شود.

پیشتر از این، تحقیقات زیادی، وجود رابطه میان خانوادههای شلوغ و بروز انواع آسیب های اجتماعی را تایید نموده اند. بر اساس تحقیقات سلینا¹، احتمال مصرف مخدر های قوی بین افرادی رواج دارد که در خانوادههایی با تراکم بالا زندگی می کنند (به نقل از فتوره چی، 1382).

1-Celia c.Lo

یکی از اشکال آسیب زای خانواده، تعداد زیاد فرزندان است در خانواده ی پرجمعیت، فرصت و توانایی رسیدگی به فرزندان از نظر مالی، عاطفی و تربیتی وجود ندارد. پدر با وجود تلاش فراوان از عهده ی مخارج خانواده به درستی بر نمی آید و مادر نیز با آن که پیوسته به کار مشغول است، سامان دادن به کارهای منزل برایش دشوار است به ویژه اگر در بیرون از خانه هم به کار اشتغال داشته باشد و در نتیجه هر دو خسته و فرسوده از زندگی دشواری که برای خود و فرزندان شان ساخته اند، تحمل و شکیبایی لازم را در برابر خواسته های به جا و نابه جای فرزندان نشان نمی دهند. تنش، اضطراب و ناآرامی از ویژگی های

چنین خانواده هایی است. فرزندان این خانواده ها اغلب به علت خلاء عاطفی و نبود آرامش در کانون خانواده، به محیط بیرون از آن و افراد دیگر گرایش می یابند و باتوجه به آسیب زایی جامعه و آسیب پذیری خود، به مشکلات عاطفی - روانی - اجتماعی گوناگون دچار می شوند؛ مشکلاتی مانند افت درسی، پرخاشگری، ترک تحصیل، بزهکاری و اعتیاد.

در شکل گیری اعتیاد عوامل درونی و بیرونی نقش مهمی را ایفا می کنند. خانواده نخستین اجتماعی است که فرد با آن ارتباط دارد و در شکل گیری شخصیت فرد تاثیر بسزایی دارد از میان عوامل تاثیر گذار در دل خانواده می توان به کثرت اولاد - بالا بودن بعد خانواده - اشاره کرد (سپرده، 1358).

به نظر میرسد آمادگی اعتیاد بیشتر از آنکه متاثر از ویژگی های ساختاری خانواده باشد متاثر از عوامل بیرونی است. بنابراین فرضیه ما در این بررسی رد گردیده است.

برای پاسخگویی به سوالات مطرح شده در این پژوهش به محاسبه و رسم ماتریس همبستگی برای متغیرها در سطوح مختلف اکتفا کردیم.

همانگونه که در جدول 4-27 مشاهده می شود رابطه بین برخی متغیرهای وجود دارد که اهم آن عبارتند از:

- بین آمادگی اعتیاد و سواد افراد: بدین معنا که با افزایش سواد در فرد از نمره آمادگی اعتیاد وی کاسته می شود.
- بین آمادگی اعتیاد و سواد پدر فرد: یعنی که با افزایش سواد پدر فرد از نمره آمادگی اعتیاد فرد کاسته می شود.
- بین سواد پسر و سواد پدر همبستگی مستقیمی دیده می شود.
- بین سواد پسر و سواد مادر نیز همبستگی مستقیمی دیده می شود.
- بین سواد مادر و بعد خانوار همبستگی معکوسی وجود دارد.

نتایج حاصل از رگرسیون چند متغیره در رابطه با متغیرهایی مورد نظر (نمره آمادگی اعتیاد، سواد و سن پاسخگو، سواد پدر، سواد مادر و بعد خانوار) نیز موارد فوق را تایید کردند.

در مجموع می توان یکبار دیگر بر اهمیت سواد و تحصیلات بر ابعاد مختلف زندگی احاد جامعه تاکید کرد. از سوی دیگر ارتقای دانش و آگاهی های فرد و خانواده بسیار ضروری است. برای شناخت درست و عملی شیوه های صحیح زندگی، نیاز به آموزش مستمر و مداوم است. بخشی از این آموزش ها که در جهت جلب نظر مردم و برای ایجاد رفتار مطلوب صورت می گیرد در راستای سلامت مردم و پیشگیری از بروز مشکلات اجتماعی صورت می گیرد. در همه ی نقاط جهان، همه ی گروه های اجتماعی نیازمند آموزش سلامت و آگاه سازی هستند. این نیاز با تغییر شرایط زندگی اهمیت بیشتری می یابد و یک فرایند پایان ناپذیر را تشکیل می دهد. سازمان بهداشت جهانی تاکید دارد که بی سوادی بهداشتی، همگانی بوده و ابعاد بسیار وسیع و بیش از انتظاری دارد (سازمان بهداشت جهانی، 1998).

آموزش سلامت¹، فرایندی برای آموختن رفتارهایی به گروهها یا افرادی است که جهت حفظ، ارتقا و بهبود سلامت موثر است. آموزش سلامت و آگاه سازی نه فقط طرز زندگی سودمند فردی را می آموزد بلکه اصول سلامت اجتماعی را نیز به مردم آموزش می دهد و در نتیجه همکاری و مشارکت بهتری بین مردم و نهادهای اجتماعی و بهداشتی بوجود می آورد (کولب²، 2002).

بنابراین با توجه به مطالب فوق و نتایج پژوهش حاضر انجام تحقیقات مشابه و وسیع تر و کامل تر در این زمینه و متعاقب آن افزایش آگاهی های نوجوانان و جوانان از طریق تدوین برنامه های پیشگیرانه در حوزه بهداشت روانی-اجتماعی، می تواند اثرات مثبت و مفیدی را در کاهش مشکلات جامعه به همراه داشته باشد.

5-4- پیشنهاد های پژوهشی و کاربردی

1- پیشنهاد می گردد در پژوهش های بعدی عوامل خطر ساز در سطوح مختلف جدا از هم بر پاسخگویان سنجیده شود.

2- پیشنهاد می گردد تأثیر عوامل خطر ساز (دوستان و همالان فرد) در تحقیقی کاملاً جدا مورد بررسی قرار گیرد.

3- با توجه به نقش و اهمیت مهارت های زندگی در سلامتی افراد، خانواده ها و جامعه پیشنهاد می شود آموزش مهارت های زندگی به صورت یک برنامه پیشگیرانه گسترده در سطح محلات اجرا گردد.

1-Health education 2-Kolb

4- بروشورها و سی دی های آموزشی و اطلاع رسانی از مهارت های زندگی، فرزند پروری و.. در سطح وسیع تهیه و در اختیار عموم گذاشته شود.

5- عوامل خطر آفرین محلات از طریق مشارکت های مردم محلات شناسایی و برای محو آنها اهتمام نمایند.

6- بسیج محلات و مساجد نقش بسیار پررنگی در این زمینه می توانند بازی نمایند از مشارکت حداکثری آنها بایستی بهره برد.

7- آموزش و پرورش به مدارس محلات پرخطر توجه بیشتری بنماید و طرحهای پیشگیری از ترک تحصیل و کمک به مشکلات اقتصادی دانش آموزان کم درآمد بایستی در سرلوحه کارها قرار گیرد. استفاده از مساعدت خیرین در این زمینه می تواند مفید باشد.

✓ نکته آخر : از آنجاییکه این پژوهش فقط بر دویست نمونه پاسخگو ساکن در برخی محلات بندرعباس انجام شده است لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد.

منابع و ماخذ (فارسی و لاتین)

- احترامی م. 1389، پیشگیری از اعتیاد در محله ها، مجموعه مقالات منتخب کنگره استانی: 193 - 188.

- احترامی م. 1389، عوامل خطر و محافظ در محله ها، سرفصل و محتوای آموزشی پیشگیری اولیه از اعتیاد، ستاد مبارزه با مواد مخدر و معاونت دانشجویی و فرهنگی مرکز مشاوره دانشگاه تهران .
- احترامی م. 1382، اجتماع کوچک به عنوان یک سیستم پویا، دفتر پیشگیری و امور اعتیاد بهزیستی کشور.

- اختیاری ح ، بهزادی الف و دیگران . **1381**، راهنمای شناخت و درمان اعتیاد ، چاپ اول ، انتشارات ارجمند.
- امیر پور م. **1376**، بررسی علل گرایش به اعتیاد نوجوانان و جوانان استان خراسان پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد واحد تهران.
- امینی ک . **1381**، روانشناسی سو مصرف مواد افیونی ، نشر عابد.
- آقا بخشی ح . **1378**، اعتیاد آسیب شناسی خانواده ، چاپ اول ، انتشارات سازمان بهزیستی کشور ، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- آزاد ح. **1377**، آسیب شناسی روانی ، انتشارات بعثت، چاپ اول.
- امینی م . **1993** ، گزارشات اعتیاد و بیکاری موسسه شهروند ، سایت خبری افغانستان
- برزهره ژ . **1375** ، اعتیاد و شخصیت ، ترجمه توفان گرگانی ، سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی
- پاشا میثمی ع ، فرامرزی ف، هلاکویی ک. **1385**، معتادان در خصوص اعتیاد و مشکلات جامعه چگونه می اندیشند، مجله دانشگاه علوم پزشکی تهران ، دوره **64** شماره **5: 34-43**
- پیشگیری از وقوع جرم . **1382**، اعتیاد یا مرگ تدریجی ، دفتر امور اجتماعی و پیشگیری از وقوع جرم قوه قضائیه استان مازندران .
- جزایری ع، رفیعی ح، نظری م. **1381**، نگرش دانش آموزان شهر تهران در باره اعتیاد، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی ، سال **2**، شماره **7**.
- ریموند گسن . **1377**، جرم شناسی نظری ، ترجمه مهدی کی نیا ، انتشارات مجد .
- زنجانی ت. **1386**، پایگاه اینترنتی انجمن درمانگران ایران.
- سازمان بهداشت جهانی. **1377**. برنامه آموزش مهارتهای زندگی. ربابه نوری قاسم آبادی و پروانه محمدخانی، تهران، واحد بهداشت روان و پیشگیری از سوء مصرف مواد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی.
- سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور. **1384**. سالنامه آماری کشور. تهران، دفتر انتشارات و اطلاعات کشور.
- سپرده پ . **1357**، نقش خانواده در اعتیاد جوانان (پسر)، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران
- سخاوت ج. **1374**، جامعه شناسی انحرافات اجتماعی ، انتشارات دانشگاه پیام نور .
- ستوده ه. **1373**، مقدمه ای بر آسیب شناسی اجتماعی ، موسسه انتشارات آوای نور.

- سلیمی ع و داوری م. **1380**، جامعه شناسی کجروی، پژوهشکده حوزه و دانشگاه.
- سرمد ز، بازرگان ع و دیگران. **1380**، روش های تحقیق در علوم رفتاری، چاپ پنجم، موسسه انتشار آگاه.
- شعاع کاظمی، م. **1384**، بررسی تاثیر درمان چند وجهی بر مصرف کنندگان هروئین، فصلنامه اعتیاد پژوهی ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- صرامی ح. **1388**، مجموعه مقالات همایش هجوم خاموش، جهاد دانشگاهی لرستان.
- طارمیان ف. **1378**، مهارتهای زندگی، تعریف و مبانی نظری. مجله ژرفای تربیت، سال اول. شماره 4: **61-78**.
- طارمیان ف. **1378**، راهنمای پیشگیری از سو مصرف مواد مخدر در دانش آموزان، معاونت پرورشی وزارت آموزش و پرورش.
- عاملی ف، حمیدی م و دیگران (ترجمه **1383**)، نگاهی نو به مبانی پیشگیری از اعتیاد، معاونت پیشگیری استان هرمزگان.
- فتوره چی م. **1382**، رابطه نظریه تعارض اجتماعی مصرف کوکائین و مواد مخدر، فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال دوم، شماره 5.
- فرجاد م و دیگران. **1377**، اعتیاد چاپ دوم، انتشارات بدر.
- کاپلان ه و سادوک ب. **1382**، خلاصه روانپزشکی، ترجمه نصرت الله پور افکاری، چاپ دوم، انتشارات آزاده.
- کوئن ب. **1378**، درآمدی بر جامعه شناسی، ترجمه محسن ثلاثی، نشر توتیا.
- کی نیا م. **1376**، مبانی جرم شناسی، جلد اول، انتشارات دانشگاه تهران.
- گزارش نهایی مواد مخدر. **2000**، انتشارات UNDCP سازمان ملل متحد، برنامه کنترل جهانی مواد مخدر
- لیاقت غ. **1383**، نقش مدرسه، والدین و محیط اجتماعی در پیشگیری از اعتیاد نوجوانان، نشریه علوم تربیتی، شماره **79: 105-120**.
- محمد خانی ش، جزایری ع و دیگران. **1387**، اثر آموزش مهارتهای زندگی بر عوامل خطر ساز، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره **29**.
- محمد خانی ش. **1389**، پیشگیری از اعتیاد در محیط های دانش آموزی، مجموعه مقالات منتخب کنگره استانی: **182-187**

- میر سلیمانی ل و دیگران. **1388**، مقایسه رفتار جنسی در سو مصرف کنندگان مواد مخدر فصلنامه اعتیاد پژوهی .
- ممتاز ف. **1381**، انحرافات اجتماعی (نظریه ها و دیدگاهها)، نشر سامی .
- مدنی س. **1381**، خانواده و اعتیاد، مجموعه مقالات دومین همایش ملی آسیب شناسی اجتماعی در ایران، نشر آگاه.
- موسی نژاد ع. **1381**، نگاهی به عوامل موثر بر گرایش نسل جوان به مواد مخدر، مجموعه مقالات دومین همایش ملی آسیب شناسی اجتماعی در ایران، نشر آگاه.
- مساواتی آذر م. **1374**، آسیب شناسی اجتماعی ایران «جامعه شناسی انحرافات» ، انتشارات نوبل
- نارنجی ها ه، رفیعی ح ، باغستانی الف و دیگران. **1386**، ارزیابی سریع وضعیت سو مصرف و وابستگی به مواد در ایران، موسسه داریوش .
- نجفی ابرند آبادی ع، **1380**، دانشنامه جرم شناسی ، انتشارات دانشگاه شهید بهشتی.

-Botwin, G.J. and Kantor, L.W. 2000. Preventing alcohol and tobacco use through life skills training, Journal of Alcohol Research & Health, 24 (4): 238-250.

-Botwin, G.J, K.W. Griffen and M. Willims. 2001. Drug Abuse Prevention among minority Adolescent : posttest and one year follow up of A school Based Prevention intervention.

-Hawking , j .Lishnerd. 1985 .Childhood Predictors and The Prevention of adolescent substance abuse in C. Jones & R. Battjes , Etiology of drug abuse: Implication for Prevention. Washington D C :National institute on Drug abuse.

-Kolb , Steve .2002. Designing and producing media Based training focall press.

-Madge, N & Harvey ,J.G .1999. Suicide among the young the size of the problem. Gournal of Adolescence.

-United Nations. 2009 :Guide to implementing family skills training programmes for drug abuse.

-Van der vorst and others .2007, Alcohol-Specific rule personality and adolescents alcohol use :A longitudinal person-environment study :Addiction ,vol .102 no 7 pp.1064-1075.

