

این پایان نامه توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری، حمایت مالی  
شده است

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



دانشگاه پیام نور

مرکز تفت

پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی (M.A)

گرایش: تربیتی

عنوان:

بررسی اثربخشی مهارت های فرزندپروری در پیشگیری از اعتیاد در  
خانواده های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه دو یزد

استاد راهنما:

دکتر ناصر محمدی احمد آبادی

استاد مشاور:

دکتر حیدر حسینی

نگارش:

فاطمه محمدی علی آباد

تیر ماه ۱۳۹۸

شماره: ۲۰۲/۲۰۲۰  
تاریخ: ۹۵/۴/۱۵



صور تجلسه دفاع از پایان نامه کارشناسی ارشد

خانم فاطمه محمدی علی آباد

دانشجوی رشته روان شناسی تربیتی

به شماره دانشجویی: ۹۶۳۷۵۸۳۸۷

تحت عنوان:

بررسی اثربخشی مهارت‌های فرزند پروری در پیشگیری از اعتیاد در خانواده های دانش آموزان پیش دانشگاهی  
ناحیه ۲ یزد

جلسه دفاع پایان نامه کارشناسی ارشد نامبرده با حضور هیات داوران در مورخ ۹۸/۴/۱۵ ساعت ۱۱ صبح در محل دانشگاه  
پیام نور مرکز تفت برگزار و پس از ارزیابی پایان نامه مذکور به شرح زیر ارزیابی گردید.

نمره دفاع بر مبنای ۱۸	نمره دستاورد پژوهشی *	نمره نهایی
۷۸	—	۱۸۱-
۴۸	—	حرفه
درجه ارزشیابی	صورتی	

هیات داوران	نام و نام خانوادگی	مرتبه دانشگاهی	محل خدمت	امضا
استاد راهنما	دکتر ناصر محمدی احمد آبادی	استاد	دست	
استاد مشاور	دکتر حیدر حسینی			
استاد داور	دکتر محمود کمالی زارچ			
نماینده تحصیلات تکمیلی	الهام مهر بویا			

نمره نامبرده بر اساس بخشنامه ها و دستورالعمل های مربوط به دستاوردهای پژوهشی مستخرج محاسبه و در تاریخ ۹۵/۴/۱۵... نهایی شده است.

نام و امضای کارشناس پژوهشی مرکز تفت

\* نمره نهایی دستاورد پژوهشی برابر دستورالعمل مربوط در مهلت مقرر پس از دفاع تعیین شده و توسط کارشناس پژوهشی محاسبه و نمره نهایی اعلام می گردد.

## تأییدیه هیئت داوران

### تعهد نامه اصالت رساله / پایان نامه

اینجانب: فاطمه محمدس علی آبادی دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته تخصصی در رشته روانشناسی تربیتی که در تاریخ: ۱۳۹۸/۴/۱۵ از پایان نامه خود تحت عنوان: بررسی اثربخشی مهارت های فرزندپروری در پیشگیری از اعتیاد در خانواده های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه دو یزد با کسب نمره: ۱۸ دفاع نموده ام، بدینوسیله متعهد می شوم.

(۱) این رساله / پایا نامه حاصل تحقیق و پروژه انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهش دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، مقاله و ...) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوط ذکر و درج کرده ام.

(۲) این رساله / پایان نامه قبلا برای دریافت هیچ مدرکی تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه ها و موسسات آموزش عالی ارائه نشده است.

(۳) چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده و هرگونه بهره برداری اعم از چاپ مقاله، کتاب، ثبت اختراع و... از این پایان نامه / رساله را داشته باشم، با ذکر نام استادان راهنما و مشاور و درج نام دانشگاه پیام نور اقدام خواهم کرد.

(۴) چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب حقوقی ناشی از آن را می پذیرم و همچنین دانشگاه پیام نور مجاز است با اینجانب مطابق ضوابط و مقررات رفتار کند و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضاء

## سایکوزاری

سپاس بی‌کران پروردگار یکتا را که هستی مان بخشید و به طریق علم و دانش را بنمونمان شد و به بهمنشینی رهروان علم و دانش مفتخرمان نمود و خوشه چینی از علم و معرفت را روزیمان ساخت.

باشکر و سپاس فراوان از استاد ارجمند دکتر محمدی که با ارشادهای به موقعشان نهایت محبت و بزرگواری را مبذول داشتند و از خداوند متعال سلامت و توفیق روز افزون را برایشان خواستارم.

و بهچنین از زحمات ستاد مبارزه با مواد مخدر، حامی این پایان نامه قدردانی می‌نمایم.

تقدیم به مهربان فرشتگانی که:

سخنات ناب باور بودن، لذت و غرور دانستن، جسارت خواستن، عظمت رسیدن و تمام تجربه های یکتا و زیبای زندگی، مدیون حضور سبز آنهاست.

تقدیم به خانواده عزیزم.

## چکیده

اعتیاد یک بیماری جسمی-روحي و روانی به شمار می آید که به دلیل ماهیت پیش رونده اش در همه ی ابعاد زندگی, سلامت فرد, خانواده, و جامعه رو به خطر می اندازد.

هدف این پژوهش بررسی تأثیر آموزش مهارت های فرزندپروری در پیشگیری از اعتیاد در خانواده های دختر پیش دانشگاهی ناحیه ۲ یزد می باشد. روش پژوهش شبه تجربی (آزمایشی) و از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می باشد. تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و به دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش تقسیم شدند. ابزار جمع آوری داده ها پرسشنامه ی عوامل موثر در گرایش به اعتیاد جوانان محمدی و همکاران بود و جهت تحلیل نمرات از نرم افزار spss استفاده گردید. که نتایج نشان داد, آموزش مهارت های فرزندپروری به طور کلی در پیشگیری از اعتیاد در خانواده های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی و عوامل بین فردی و محیطی و عوامل اجتماعی تأثیر دارد.

**کلید واژه ها:** اعتیاد, شیوه های فرزندپروری, خانواده, پیشگیری.



## فهرست مطالب

صفحه	عنوان
<b>فصل اول: کلیات تحقیق</b>	
۲	۱-۱- مقدمه .....
۳	۲-۱- بیان مسأله .....
۵	۳-۱- اهمیت و ضرورت تحقیق .....
۶	۴-۱- اهداف تحقیق .....
۶	۱-۴-۱- هدف کلی .....
۶	۲-۴-۱- اهداف جزئی .....
۶	۵-۱- فرضیه های تحقیق .....
۷	۶-۱- تعاریف نظری .....
۷	۱-۶-۱- اعتیاد .....
۷	۲-۶-۱- مهارت های فرزند پروری .....
۷	۳-۶-۱- پیش گیری از اعتیاد .....
۸	۷-۱- تعاریف عملیاتی .....
۸	۱-۷-۱- اعتیاد .....
۸	۲-۷-۱- مهارت های فرزند پروری .....
<b>فصل دوم: ادبیات تحقیق</b>	
۱۰	۱-۲- مقدمه .....
۱۰	۲-۲- تاریخچه اعتیاد .....
۱۲	۱-۲-۲- تاریخچه مواد مخدر در جهان .....
۱۳	۲-۲-۲- تاریخچه مواد مخدر و اعتیاد در ایران .....
۱۵	۳-۲- اعتیاد چیست؟ .....
۱۶	۴-۲- مراحل اعتیاد .....
۱۶	۱-۴-۲- مرحله آشنایی .....
۱۶	۲-۴-۲- مرحله شک و تردید .....
۱۶	۳-۴-۲- مرحله اعتیاد واقعی .....
۱۶	۵-۲- انواع مواد مخدر .....
۱۶	۱-۵-۲- موادسستی زا .....

- ۱۶..... ۲-۵-۲- مواد توهم زا
- ۱۷..... ۲-۵-۳- مواد توان افزا
- ۱۷..... ۲-۶- آرامبخش
- ۱۷..... ۲-۷- محرک
- ۱۷..... ۲-۸- توهم زا
- ۱۷..... ۲-۹- انواع مواد مخدر
- ۱۷..... ۲-۹-۱- حشیش
- ۱۸..... ۲-۹-۲- ماری جوانا
- ۱۸..... ۲-۹-۳- هروئین
- ۱۸..... ۲-۹-۴- مورفین
- ۱۸..... ۲-۹-۵- کوکائین
- ۱۸..... ۲-۹-۶- ال اس دی
- ۱۹..... ۲-۹-۷- اکستازی
- ۱۹..... ۲-۹-۸- کتامین
- ۱۹..... ۲-۹-۹- متادون
- ۱۹..... ۲-۹-۱۰- آمفتامین
- ۲۰..... ۲-۹-۱۱- قارچ
- ۲۰..... ۲-۹-۱۲- جی اچ بی
- ۲۰..... ۲-۱۰- مواد استنشاقی
- ۲۰..... ۲-۱۰-۱- حلالها
- ۲۰..... ۲-۱۱- استروئید
- ۲۰..... ۲-۱۲- مسکن
- ۲۰..... ۲-۱۲-۱- پی سی پی
- ۲۱..... ۲-۱۲-۲- اکسی کنتین
- ۲۱..... ۲-۱۲-۳- تریاک
- ۲۱..... ۲-۱۳- مواد روان گردان
- ۲۱..... ۲-۱۳-۱- (محرکها)
- ۲۱..... ۲-۱۳-۲- (سرکوبگرها):
- ۲۱..... ۲-۱۳-۳- (توهم زاها)

۲۱	.....(مخدرها)-۴-۱۳-۲
۲۲	.....انواع گیاهان روانگردان-۱۴-۲
۲۲	.....(خشخاش)-۱-۱۴-۲
۲۲	.....شاهدانه-۲-۱۴-۲
۲۲	.....COCA-۳-۱۴-۲
۲۲	.....اعتیادآورترین مواد جهان-۱۵-۲
۲۲	.....هروئین-۱-۱۵-۲
۲۲	.....الکل-۲-۱۵-۲
۲۳	.....کوکائین-۳-۱۵-۲
۲۳	.....باربیتورات-۴-۱۵-۲
۲۳	.....نیکوتین-۵-۱۵-۲
۲۳	.....داروهای ترک اعتیاد به مخدرها-۱۶-۲
۲۴	.....آثار سوء مواد مخدر-۱۷-۲
۲۴	.....اثرات مواد مخدر بر مغز-۱-۱۷-۲
۲۴	.....اثرات مواد مخدر بر رفتار-۲-۱۷-۲
۲۵	.....اثرات مواد مخدر بر بدن-۳-۱۷-۲
۲۵	.....نظریه های انحرافات اجتماعی (پیدایش اعتیاد)-۱۸-۲
۲۵	.....تبیین های روان شناختی-۱-۱۸-۲
۲۷	.....تبیین های جامعه شناختی-۳-۱۸-۲
۲۹	.....علل گرایش به اعتیاد-۱۹-۲
۲۹	.....علل فردی-۱-۱۹-۲
۲۹	.....مشکلات روانی-۱-۱-۱۹-۲
۳۰	.....کنجکاوی-۲-۱-۱۹-۲
۳۰	.....ضعف اراده-۳-۱-۱۹-۲
۳۰	.....رهایی از زندگی عادی-۴-۱-۱۹-۲
۳۱	.....شخصیت متزلزل-۵-۱-۱۹-۲
۳۱	.....علل خانوادگی-۲-۱۹-۲
۳۲	.....کمبود محبت در خانواده-۱-۲-۱۹-۲
۳۲	.....افراط در محبت-۲-۲-۱۹-۲

- ۳۳-۲-۱۹-۳- تبعیض بین فرزندان..... ۳۳
- ۳۳-۲-۱۹-۴- محدود کردن فرزندان..... ۳۳
- ۳۳-۲-۱۹-۵- اعتیاد یکی از اعضای خانواده..... ۳۳
- ۳۳-۲-۱۹-۶- رفاه اقتصادی خانواده..... ۳۳
- ۳۴-۲-۱۹-۷- بی سواد یا کم سواد والدین..... ۳۴
- ۳۴-۲-۱۹-۸- فقر خانواده..... ۳۴
- ۳۵-۲-۱۹-۹- ستیزه والدین..... ۳۵
- ۳۵-۲-۱۹-۳- علل اجتماعی..... ۳۵
- ۳۶-۲-۱۹-۱- دسترسی آسان به مواد مخدر..... ۳۶
- ۳۶-۲-۱۹-۲- بیکاری و اعتیاد..... ۳۶
- ۳۶-۲-۱۹-۳- نابرابری های اقتصادی و اجتماعی..... ۳۶
- ۳۷-۲-۱۹-۴- نقش محیط جغرافیایی و محل سکونت..... ۳۷
- ۳۷-۲-۱۹-۵- نقش دوستان ناباب..... ۳۷
- ۳۸-۲-۲۰- جنسیت و اعتیاد..... ۳۸
- ۳۸-۲-۲۰-۱- زنان، جنسیت، اعتیاد و سوء مصرف مواد در ایران..... ۳۸
- ۳۹-۲-۲۰-۲- اعتیاد و زنان، تفاوت های جنسیتی در مورد مصرف مواد و درمان آن..... ۳۹
- ۴۲-۲-۲۱- جایگاه فرزندپروری..... ۴۲
- ۴۲-۲-۲۲- تعریف فرزندپروری..... ۴۲
- ۴۳-۲-۲۳- سبک های فرزندپروری..... ۴۳
- ۴۳-۲-۲۴- شیوه های فرزند پروری..... ۴۳
- ۴۳-۲-۲۴-۱- شیوه فرزند پروری مستبدانه..... ۴۳
- ۴۴-۲-۲۴-۲- سبک فرزند پروری سهل گیرانه..... ۴۴
- ۴۴-۲-۲۴-۳- شیوه فرزند پروری مقتدرانه..... ۴۴
- ۴۵-۲-۲۴-۴- سبک فرزندپروری بی اعتنا..... ۴۵
- ۴۵-۲-۲۴-۵- رابطه فرزند پروری و اعتیاد..... ۴۵
- ۴۶-۲-۲۵- رابطه سبک های فرزندپروری و اعتیاد..... ۴۶
- ۴۷-۲-۲۶- تاریخچه ی پژوهش..... ۴۷
- ۴۷-۲-۲۶-۱- تحقیقات داخل کشور..... ۴۷
- ۴۹-۲-۲۶-۲- تحقیقات خارج کشور..... ۴۹

## فصل سوم: روش تحقیق

۵۳	۳-۱- مقدمه.....
۵۳	۳-۲- روش تحقیق.....
۵۳	۳-۳- معرفی متغیر ها.....
۵۳	۳-۴- جامعه پژوهش.....
۵۴	۳-۵- نمونه پژوهش.....
۵۴	۳-۶- روش نمونه گیری.....
۵۴	۳-۷- روش تجزیه و تحلیل.....
۵۴	۳-۸- ابزار جمع آوری.....
۵۵	۳-۹- شیوه نمره گذاری.....
۵۵	۳-۱۰- ویژگی های روان سنجی.....
۵۵	۳-۱۰-۱- روایی و پایایی.....
۵۶	۳-۱۱- روش گرد آوری اطلاعات (میدانی، کتابخانه ای و...).....
۵۷	۳-۱۲- اجرای پژوهش.....

## فصل چهارم: یافته های تحقیق

۵۹	۴-۱- مقدمه.....
۵۹	۴-۲- یافته های توصیفی پژوهش.....
۶۱	۴-۳- یافته های استنباطی.....
۶۱	۴-۳-۱- نتایج مربوط به فرضیه اصلی پژوهش.....
۶۳	۴-۳-۲- نتایج مربوط به فرضیه فرعی اول پژوهش.....
۶۵	۴-۳-۳- نتایج مربوط به فرضیه فرعی دوم پژوهش.....

## فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۶۱	۵-۱- مقدمه.....
۶۹	۵-۲- فرضیه اصلی.....
۷۰	۵-۳- فرضیه های فرعی.....
۷۳	۵-۴- نتیجه گیری.....
۷۵	۵-۵- نتایج کاربردی در امر مبارزه با مواد مخدر.....
۷۶	۵-۶- محدودیت های تحقیق.....
۷۶	۵-۷- پیشنهادات پژوهشی.....

۷۶	.....	۸-۵-پیشنهادات کاربردی
۷۷	.....	منابع و ماخذ
۸۲	.....	پیوست ها
۸۹	.....	چکیده انگلیسی

## فهرست جدول ها

صفحه	عنوان
۵۳.....	جدول ۳-۱: طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل
۵۵.....	جدول ۳-۲: زیرمولفه های پرسشنامه ی عوامل موثر بر اعتیاد جوانان و گویههای مربوط به آن
۵۶.....	جدول ۳-۳: پایایی مولفه های پرسشنامه های به تفکیک زیرمولفه ها
۵۷.....	جدول ۳-۴: پایایی مولفه های پرسشنامه های به تفکیک زیرمولفه ها
۵۹.....	جدول ۴-۱: میانگین و انحراف معیار نمرات عوامل بین فردی و محیطی پیشگیری از اعتیاد برای آزمودنی های دو گروه
۶۰.....	جدول ۴-۲: میانگین و انحراف معیار نمرات عوامل اجتماعی پیشگیری از اعتیاد برای آزمودنی های دو گروه
۶۱.....	جدول ۴-۳: نتایج همگنی واریانس - کوواریانس برای عوامل فردی و محیطی و اجتماعی از اعتیاد
۶۲.....	جدول ۴-۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه عوامل فردی و محیطی و اجتماعی پیشگیری از اعتیاد در آزمودنی های دو گروه
۶۲.....	جدول ۴-۵: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه آزمایش و کنترل
۶۳.....	جدول ۴-۶: نتایج همگنی واریانس - کوواریانس برای عوامل فردی و محیطی پیشگیری از اعتیاد
۶۴.....	جدول ۴-۷: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه عوامل خانواده، دوستان و مدرسه پیشگیری از اعتیاد در آزمودنی های دو گروه
۶۴.....	جدول ۴-۸: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه آزمایش و کنترل
۶۵.....	جدول ۴-۹: نتایج همگنی واریانس - کوواریانس برای عوامل اجتماعی پیشگیری از اعتیاد
۶۵.....	جدول ۴-۱۰: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه عوامل اجتماعی پیشگیری از اعتیاد در آزمودنی های دو گروه
۶۶.....	جدول ۴-۱۱: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه آزمایش و کنترل

# فصل اول

## کلیات تحقیق



## ۱-۱- مقدمه

اعتیاد به مواد مخدر، به عنوان نابسامانی اجتماعی، پدیده ای است که بدان «بلاهی هستی سوز» نام نهاده اند؛ زیرا ویرانگری های حاصل از آن زمینه ساز سقوط بسیاری از ارزش ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی می گردد و سلامت جامعه را به مخاطره می اندازد هر سال این بلاهی خانمان برانداز، قربانیان بی شماری را به آغوش سرد خاک می نشاند.

اعتیاد به مواد مخدر تقریباً پدیده نوظهوری است که از عمر آن شاید بیش از ۱۵۰ سال نمی گذرد. البته مصرف ماده مخدر و حتی خوگری و نیز استعمال نغنی بدن، تاریخی طولانی دارد. لیکن از قرن ۱۹ به بعد است که به سبب تأثیر فراوان بر جنبه های متفاوت زندگی اجتماعی انسان ها، توجه بسیاری را بخود جلب کرده است. تحقیقات تاریخی و مردم شناختی نشان داده است که استفاده از مواد مخدر در گذشته صرفاً به بزرگسالان محدود بود و نوجوانان و جوانان به آن روی نمی آوردند. مصرف مواد مخدر به طور پراکنده در مراسم اعتقادی و مذهبی منحصراً توسط گروه های خاصی در شرایط معینی صورت می گرفت. اما بعدها هنگامی که مرفین، هروئین، کوکائین و بازار آمد، مواردی از اعتیاد جوانان نیز مشاهده شد. در دهه ۱۹۶۰ تعداد معتادان به این پدیده آنقدر اندک بود که توجه اجتماعی را در مقایسه وسیع به خود جلب نمی کرد؛ اما در اوایل دهه ۱۹۷۰ استفاده از مواد مخدر ناگهان در میان جوانان و نوجوانان شایع شد و به صورت مسأله ای جهانی و ابعاد همه گیر آن بصورت یک موج از قاره ای به قاره دیگر گسترش یافت (اخوان، ۱۳۸۴).

تأثیر خانواده آنچنان بر رشد بارز است که پژوهشگران با وجود اختلاف نظر در زمینه های مختلف، در زمینه اهمیت سبک های فرزند پروری و تأثیر آن بر رشد نظر مشترک دارند. هسته مهمی از فرایندها و تعاملات ناشی از محیط خانواده، به باورها و ادراکات کودک از باورها و رفتارهای والدین با آنهاست، بر می گردد. با بررسی نحوه ادراک فرزندان از سبک های فرزند پروری می توان به شیوه های موثر در بروز رفتارهای اعتیادگونه پی برد. والدینی که در محبت به فرزندان خود افراط می کنند، تلاش می کنند تا همه نیازهای نوجوانانشان را بدون توجه به سن و انتظارات شان پاسخ دهند و برای آنها محدودیتی قایل نمی شوند و هیچ تلاشی برای شکل دهی اعمال و رفتار آنها انجام نمی دهند. برخی از آنها نرم خو و برخی بی تفاوت اند. و روش آنها پرهیز از مسئولیت با صدور اجازه برای انجام هر کاری به کودک و نوجوان می باشد. این کودکان در آینده ای نزدیک به نوجوانانی بی بندوبار، لا ابالی، سهل انگار، خودخواه و بی هدف تبدیل می شوند که احساس مسئولیت نمی کنند و قادر به زندگی اجتماعی نیستند و اغلب در زندگی با شکست مواجه می شوند و در صورت مواجهه با سختی های بهنجار دوره نوجوانی به صورت فردی ضعیف که فاقد مهارت های لازم برای مقابله با مسائل خود می باشد، عمل می کنند (محمدی ۱۳۹۸).

یکی از دغدغه های این پژوهش نیز بدنبال رابطه فرزند پروری با گرایش به مواد مخدر می باشد که با توجه به اهمیت دوران نوجوانی و همچنین تأثیرات نحوه تربیت والدین و چگونگی گرایش نوجوانان به مواد مخدر، تحقیق حاضر به بررسی رابطه فرزندپروری با گرایش به مصرف مواد مخدر پرداخته است.

## ۱-۲- بیان مسأله

یکی از مشکلات عمده ای که نسل جوان جامعه با آن رو به روست، خطر اعتیاد و گرایش به مصرف مواد مخدر است از آن جا که مصرف این گونه مواد انواع سیگارها، قرص ها، مخدرها و در بین جوانان و نوجوانان رو به افزایش است، وظیفه والدین، مربیان و سایر نهادهای اجتماعی برای آگاه ساختن قشر جوان از عواقب مصرف مواد مخدر به مراتب سنگین تر از قبل می شود.

طبق برآورد برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد، مصرف سالانه مواد مخدر در جهان به اندازه ای است که تا ۱/۴ درصد از جمعیت جهان را می تواند گرفتار سازد.

هر نوع اعتیاد به مواد مخدر و یا اعتیادهای رفتاری موجب اختلال در سلامت جسمی، روانی و روحانی فرد می شود که این اختلالات، شرایط مناسبی را برای بروز انواع بیماری های مزمن و خطرناک دیگر فراهم می کند. سوء مصرف مواد علاوه بر آسیبی که به مصرف کننده می رساند، اشخاص دیگری را که با وی در تماسند در معرض آسیب قرار می دهد و با افزایش تعداد قربانیان، کل جامعه را تحت تاثیر قرار می دهد. از آنجا که اعتیاد در بیشتر اوقات در بهترین شرایط سنی و ارزشمندترین دوران زندگی و عموماً به هنگام تشکیل خانواده به وجود می آید، بیشترین تاثیر منفی را بر زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی می گذارد. بنابراین بیماری اعتیاد هزینه ها و صدمات زیادی را به فرد و جامعه تحمیل می کند و تاثیر آن را می توان از دیدگاه های مختلف جسمی و روانی، خانوادگی و اجتماعی و سیاسی و اقتصادی مورد بررسی قرار داد.

از نظر بهداشتی پیشگیری عبارت از مداخله ای مثبت و اندیشمندانه برای مقابله با شرایط مضر است که در واقع باعث جلوگیری از بروز بیماری، کاهش پیامدهای شدیدتر بیماری و جلوگیری از بروز نقص عضو می شود. با این تعریف پیشگیری در سه سطح انجام می گیرد:

### پیشگیری اول

مانند شستن دستها قبل از بروز بیماری مهمترین سطح پیش گیری است و به معنی انجام مداخله قبل از ایجاد اختلال و ناتوانی است. برای حفظ سلامتی افراد سالم و جلوگیری از بروز بیماری اعتیاد اقداماتی انجام می گیرد تا علل و عوامل خطر کنترل گردد و افراد عادی را از تجربه مصرف مواد مخدر باز دارد و یا آن را به تاخیر اندازد. این اقدامات غالباً با آموزش اقشار آسیب پذیر آغاز می گردد به نحوی که رغبتی به استعمال مواد مخدر از خود نشان ندهند.

### پیشگیری دوم

مانند مراجعه بهنگام به مراکز درمانی به معنی انجام اقدامات پیش گیرانه روی افرادی است که پس از مصرف اولیه، هنوز معتاد نشده اند، اما در معرض خطر ابتلاء به اعتیاد قرار دارند. باید این افراد هر چه سریعتر شناسایی و درمان شوند و با انجام اقدامات موثر و قاطع، چه در سطح فردی و چه اجتماعی، از تکرار مصرف و سقوط در دام اعتیاد جلوگیری شود.

## پیشگیری سوم

نوعی توانبخشی و بازپروری است و با هدف کاستن ناتوانی ها و عوارض ناشی از بیماری صورت می گیرد. اقدام های مداخله ای در مراحل پیشرفته بیماری که در واقع شامل بکارگیری همه تدابیر موجود به منظور کاهش یا محدود کردن ناتوانی های حاصل از بیماری، به حداقل رساندن رنج و آسیب ناشی از بیماری و ارتقای قدرت تطابق بیمار صورت می گیرد و در واقع می تواند تا مرحله اعاده بهبودی نسبی پیش رود. مداخلات پیشگیری ثالثیه بر گروه هایی متمرکز است که به همراه مشکلات ناشی از مصرف مواد مخدر، مسائلی چون گریز از مدرسه یا خانه، بی خانمانی، خطر ابتلا به بیماری های مسری و ناعلاج و مسایلی چون جرم و جنایت را دارا می باشند. غالباً برنامه های کاهش آسیب در این سطح از پیش گیری قرار می گیرد.

در مجموع برخی از مهمترین برنامه های پیشگیری از اعتیاد عبارتند از: ارتقای آگاهی جامعه در مورد مواد مخدر، شناخت و مقابله با باورهای غلط و تغییر نگرش و تقویت رفتارهای محافظت کننده، افزایش مهارت های زندگی و ترویج سبک زندگی سالم، هدفمند بودن در زندگی و عمل به ارزشهای الهی، فردی و اجتماعی، ترویج فرهنگ سلامت، ایجاد تحرک و نشاط اجتماعی و تقویت فعالیت های جایگزین برای افراد در معرض خطر و تقویت و رشد مراکز علمی پژوهشی در زمینه مواد مخدر و اعتیاد (محمدی، ۱۳۹۶).

فرزند پروری به معنای تربیت یا پرورش فرزندان است به عبارت دیگر فرزند پروری، به مجموعه ای از اعمال و رفتارها گفته می شود که والدین اختصاصاً برای رشد، برقراری ارتباط، آموزش، ارضای نیازها، مراقبت و در مجموع تربیت فرزندان خود انجام می دهند. صرف نظر از میزان آشنایی والدین با مفهوم یا تعریف فرزندپروری، هریک از شیوه یا روش فرزندپروری استفاده می کنند (رحمت زاده، ۱۳۹۵).

پدران و مادران ناآگاه کوله بار تربیت به ارث برده از پیشینیان را بدون کوشش در جهت انطباق آن با شرایط امروز با محتوایی ناهمگون با عصر فرزندان شان بر آنها تحمیل می کنند و خوشحالند که فرزندی آرام و سربراه تربیت کرده اند، ولی در حقیقت جانشان را خسته می کنند و از این انسانها موجوداتی در مانده می سازند.

چه بسیار پدران و مادرانی که در راه بهبود جسم فرزند خود می کوشند ولی به آسانی روحش را به بند می کشند و استعداد های او را در وجودش می کشند. اینان جسم پیدای فرزندان شان را می بینند ولی روح ناپیدایش را نمی شناسند و قدمی نیز در راه شناخت آن بر نمی دارند. این است که بهشت خیالی آنان که در راه ساختنش تلاش می کنند به جهنمی سوزان بدل می شود. (حضرت، ۱۳۷۳)

طرز رفتار و نوع رابطه ی والدین با کودکان شان در تکوین خلق و خوی آنها نقش بزرگی دارد. اگر رابطه ی والدین با فرزندان شان دوستانه و محبت آمیز باشد، فرزندان این محبت را جذب و به دوستان و اطرافیان خود منتقل خواهند کرد، چرا که طعم دوستی را چشیده اند و در برقراری این گونه روابط تمرین کافی داشته اند و هر رفتار دوستانه را آموخته اند. (حضرت، ۱۳۷۳)

احساس مسئولیت در قبال خود و دیگران، احترام به تکالیف و شئون مذهبی، تقویت روحیه و شخصیت فرزندان برای رویارویی با جهان بیرون از چارچوب امن خانه و خانواده، توانایی مهار کردن امیال و غرائز جسمی،

احترام به حقوق دیگران، یافتن درکی درست از کلمه ی (آزادی) و حدود آن و ... نکات و مسائلی هستند که دل مشغولی هر پدر و مادر مسئولی را در فرآیند تربیت و آموزش فرزندان خود تشکیل می دهند. (لیکونا، ۱۹۷۵)<sup>۱</sup>

در دوره ی نوجوانی، نقش کامل خانواده به عنوان اولین نهاد شکل گیری شخصیت انکار ناپذیر است. بدون شک آگاهی والدین از ویژگی های نوجوانان و خواسته هایشان سبب خواهد شد تا والدین در برخورد با نوجوانان، شیوه های مناسب را اتخاذ کرده و تنش های احتمالی را کاهش دهند. خانواده هایی که شرایط مناسبی برای دوران طوفانی و بحرانی نوجوانی مهیا نمایند، فرزندانشان با ایمنی بیشتر این دوران را سپری کرده و مشکلات کمتری از فرزند نوجوان خود، مشاهده می نمایند. به طوری که فرزندانشان نسبت به سایر همسالان خود سریعتر به پختگی و کمال فکری - عاطفی و اجتماعی می رسند. برعکس خانواده های سخت گیر - خانواده های آسان گیر، خانواده های نا به سامان و خانواده های پرکار با دشواری های دوران نوجوانی مواجه گردیده و نائل شدن نوجوان به یک هویت کامل فکری - عاطفی و اجتماعی با تأخیر یا با بروز انحراف و گرایش به بزهکاری های اجتماعی همچون مواد مخدر - الکل - روانگردان ها و... همراه خواهد شد. (صرامی، ۱۳۹۰)

با توجه به تعاریف اساتید از اعتیاد و علل آن، سعی شده در این تحقیق به این نتیجه رسید که آیا آموزش مهارت های فرزندپروری در پیشگیری از اعتیاد تأثیر دارد؟

### ۱-۳- اهمیت و ضرورت تحقیق

در آغاز هزاره سوم در کنار بحران هایی چون تخریب محیط زیست، رشد بی رویه جمعیت، قاچاق انسان و مشروبات الکلی، چهارمین بحران، بحران مواد مخدر و ایدز است.

با توجه به اهمیت موضوع، امروزه جهانیان معتقدند که باید یک جنبش جهانی پیشگیری از اعتیاد راه اندازی شود، زیرا که این تهدید نه مربوط به یک کشور و نه مربوط به یک ملت یا قوم خاصی است بلکه چالش و مشکل جهانی و مربوط به تمامی کشورها، ملل و اقوام است.

به موازات پیشرفت جوامع و توسعه تکنولوژی این پدیده نیز به طور روزافزون پیچیده و تبعات آن افزایش یافته است. این تبعات وقتی متوجه قشر جوان جامعه باشد به طور طبیعی خسارات جبران ناپذیری به بار می آورد لذا توجه به این قشر فعال، پویا و خلاق جامعه از اهمیت ویژه ای برخوردار بوده و در کشور ما که هرم جمعیتی آن در سنین جوانی قرار دارد اهمیت مسئله چندین برابر است.

معضل اعتیاد و روند رو به رشد آن به خصوص در بین جوانان زنگ خطر را برای خانواده ها و جامعه به صدا در آورده است. (هاشمی، ۱۳۸۳)

تربیت خوب و سالم، حق مسلم فرزندان و مسئولیت فرزندپروری به عهده ی والدین است و براساس مطالعات انجام شده روش تربیت یا مراقبت والدین از فرزندان نقش مهمی در ارتقای سلامت و پیشگیری از بسیاری آسیب های اجتماعی از جمله اعتیاد دارد.

<sup>۱</sup> Likuna, 1975

والدین غافل معمولاً فرصت های تربیت فرزندان را از دست داده و حتی به تهدید تبدیل می کنند. طرد، ترس یا فقدان دلبستگی، ضعف در مهارت های هیجانی، شناختی و اجتماعی به رفتارهای ضد اجتماعی و قرار گرفتن در معرض انواع رفتارهای پر خطر از جمله اعتیاد از ویژگی های فرزندان خانواده های غافل محسوب می شود. (رحمت زاده، ۱۳۹۶)

به راستی مسئله ی اصلی و تضاد اصلی تربیت و مهارت های فرزند پروری در دوران ما چیست؟ هرچه این مسئله دقیق و روشن شناخته شود، توفیق در امر تربیت فرزندان بیشتر می شود و آنها به جای بلای جان شدن، نور چشم می شوند و در موقعیتی قرار می گیریم که مشکلات تربیتی را بهتر ببینیم و با درک درست به رفتار و برخورد درست با آنها برویم. (لیکونا، ۱۹۷۵)

## ۱-۴- اهداف تحقیق

### ۱-۴-۱- هدف کلی

تعیین میزان تأثیر مهارت های فرزندپروری در پیشگیری از اعتیاد در خانواده های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه ۲ یزد

### ۱-۴-۲- اهداف جزئی

تعیین میزان تأثیرگذاری آموزش مهارت های فرزندپروری در پیشگیری از عوامل بین فردی و محیطی اعتیاد و زیر مولفه های آن (عوامل مربوط به خانواده، دوستان، مدرسه) در خانواده های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه ۲ یزد

تعیین میزان تأثیرگذاری آموزش مهارت های فرزندپروری در پیشگیری از عوامل اجتماعی اعتیاد و زیر مولفه های آن (کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی و توسعه صنعتی و محرمیت های اقتصادی و اجتماعی، عدم دسترسی به سیستم های خدماتی، حمایتی و مشاوره ای و بازار مواد مخدر در ایران) در خانواده های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه ۲ یزد

## ۱-۵- فرضیه های تحقیق

آموزش مهارت های فرزندپروری در پیشگیری از عوامل بین فردی و محیطی اعتیاد و زیر مولفه های آن (عوامل مربوط به خانواده، دوستان، مدرسه) در خانواده های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تأثیر دارد.

آموزش مهارت های فرزندپروری در پیشگیری از عوامل اجتماعی اعتیاد و زیر مولفه های آن (کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی و توسعه صنعتی و محرمیت های اقتصادی و اجتماعی، عدم دسترسی به سیستم های خدماتی، حمایتی و مشاوره ای و بازار مواد مخدر در ایران) در خانواده های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تأثیر دارد.

## ۱-۶- تعاریف نظری

### ۱-۶-۱- اعتیاد

الگوی غیر انطباقی مصرف یک ماده است که به ناراحتی قابل ملاحظه از نظر بالینی منجر شود و با سه (یا چند) علائم تحمل، ترک، مصرف ماده به مقادیر بیشتر، میل دایم یا تلاش ناموفق به ترک، کنار گذاشتن فعالیت‌های مهم اجتماعی و ادامه مصرف با وجود آگاهی به مشکلات جسمی و روان‌شناختی ناشی از مصرف ماده در طول ۱۲ ماه تعریف می‌گردد. (هالچین و ویتبورن، ۱۹۴۸؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۲)

اعتیاد وضعیتی است که در نتیجه‌ی مصرف پیاپی یک ماده‌ی طبیعی یا مصنوعی بوجود می‌آید به طوری که شخص از نظر جسمانی و روانی به آن ماده وابسته می‌شود و وابستگی جسمانی حالتی است که در آن بدن به ماده‌ای عادت میکند و آن را به کارکرد طبیعی بافت‌های بدن وارد می‌سازد و وابستگی روانی حالتی است که در آن فرد به سبب اثر خوشایندی که یک ماده‌ی وسواس عملی برای استفاده از آن بوجود می‌آورد احساس میکند بدون اینکه از نظر جسمانی لزوماً به آن وابسته باشد فرد اغلب برای ساختن بس مشکلات و احساس سرخوشی کردن شدیداً به آن ماده وابسته می‌شود و فعالیت‌های بسیاری را به منظور به دست آوردن و استفاده‌ی آن مواد انجام می‌دهد افراد بر اثر استفاده‌ی پیاپی از مواد به آن وابسته می‌شوند افرادی که به ماده‌ای معتاد می‌شوند نخست از نظر روانی به آن وابستگی پیدا می‌کنند سپس وقتی که بدنشان در مقابل آن ماده تحمل پیدا کرد از نظر جسمانی نیز به آن وابسته می‌شوند البته قدرت ایجاد وابستگی روانی از ماده‌ای به ماده‌ی دیگر فرقی می‌کند. (سارافینو، ۲۰۰۲)

### ۱-۶-۲- مهارت‌های فرزند پروری

فرزند پروری به معنای تربیت یا پرورش فرزندان است به عبارت دیگر، فرزند پروری به مجموعه‌ای اعمال و رفتارها گفته می‌شود که والدین اختصاصاً برای رشد، برقراری ارتباط، آموزش، ارضای نیازها، مراقبت و در مجموع تربیت فرزندان خود انجام می‌دهند. صرف نظر از میزان آشنایی والدین با مفهوم یا تعریف فرزند پروری، هر یک، از روش‌های فرزند پروری خاصی استفاده می‌کنند. (درویش، ۱۳۹۵)

### ۱-۶-۳- پیش‌گیری از اعتیاد

در فرهنگ معین، «پیش‌گیری (prevention) در لغت به معنای جلوگیری، دفع، منع سرایت مرض از پیش، تقدم به حفظ، صیانت، حفظ صحت، جلوگیری از مرض گرفتن» آمده است (معین، ص ۹۳۳). از نظر ریشه‌شناسی، کلمه پیش‌گیری دارای دو بعد است: ۱- به معنی «پیش‌دستی کردن، پیشی گرفتن و به جلوی چیزی رفتن» و ۲- به معنی «آگاه کردن، خبر چیزی را دادن و هشدار دادن» است. اما در جرم‌شناسی پیش‌گیرانه، پیش‌گیری در معنی نخست آن مورد استفاده قرار می‌گیرد، یعنی با استفاده از فنون مختلف از وقوع بزهکاری جلوگیری کردن است و هدف از آن، به جلوی جرم رفتن و پیشی گرفتن از بزهکاری است. از نظر علمی نیز، پیش‌گیری یک مفهوم منطقی

<sup>1</sup> Halgin & witborne, 1948

<sup>2</sup> Sarafino, 2002

- تجربی است که همزمان با تأملات عقلانی و مشاهدات تجربی ناشی می شود. «پیش گیری از جرم به مجموعه اقداماتی گفته می شود که برای جلوگیری از فعل و انفعال زیان آور محتمل برای فرد یا گروه و یا هر دو به عمل می آید. مثل پیش گیری از جرائم جوانان و پیش گیری از حوادث در جاده ها». (رجبی پور، ۱۳۸۲ ص ۱۵) پیشگیری از اعتیاد، یعنی بکارگیری اقداماتی که منجر به کاهش ابتلای افراد به اعتیاد می شود. پیشگیری شامل اقداماتی است که برای کاهش عواملی است که افراد را در معرض خطر قرار میدهد و افزایش عواملی است که افراد را از مصرف مواد حفظ می کند. (بنی طباء، ۱۳۸۸)

## ۱-۲- تعاریف عملیاتی

### ۱-۲-۱- اعتیاد

نمره ی اعتیاد توسط پرسشنامه عوامل موثر در گرایش به اعتیاد جوانان محمدی و همکاران (۱۳۹۳) که دارای ۷۸ عبارت است (که در این تحقیق از عبارت ۳۴ به بعد استفاده شده)، سنجیده شده است.

### ۱-۲-۲- مهارت های فرزندپروری

مهارت هایی در مورد فرزندپروری در ۸ جلسه ی یک ساعته به والدین آموزش داده شد.

**فصل دوم**  
**ادبیات تحقیق**



## ۲-۱- مقدمه

در این فصل ابتدا مبانی نظری اعتیاد و فرزند پروری مورد بررسی قرار خواهد گرفت و در ادامه به تحقیقات انجام شده در داخل و خارج از ایران در ارتباط با موضوع تحقیق اشاره خواهد شد.

## ۲-۲- تاریخچه اعتیاد

مساله مواد و مصرف آن تاریخچه ای طولانی دارد. مواد اعم از مواد مخدر و محرک مکرراً به عنوان شفابخش، مسکن، شادی آور و نیز مقدس مورد استفاده قرار گرفته است. از جمله می توان به اشعار کهن موجود اشاره کرد و از هوم در آیین زرتشت نام برد.

سابقه آشنایی بشر با خشخاش به حدود هفت هزار سال قبل بازمی گردد. وجود لوحه های گلی باستانی از تمدن های آن زمان موید این امر است. همچنین استفاده غذایی و دارویی از انواع مواد مخدر در چین و هند و کشورهای دیگر در چند هزار سال پیش نیز مورد تایید قرار گرفته است. (محمدی، ۱۳۹۱)

در ایران نیز حسن صباح مریدانی را برای از پا در آوردن دشمنان به کار گرفت. این امر با به دست آمدن نوشته هایی در تپه های الموت به اثبات رسید که این افراد با استفاده از اثرات مست کنندگی حشیش اعمال خارق العاده ای را انجام می داده اند. در ایران سوء مصرف مواد از سابقه ای طولانی برخوردار است. گیاهانی که افیون و حشیش از آنها به دست می آیند از گیاهان بومی این منطقه بوده و شاید بتوان گفت خواص خوراکی، دارویی و روان گردان آنها از چند هزار سال قبل توسط ساکنان فلات ایران شناخته شده بود.

طبق نوشته هرودوت خواص روان گردان حشیش برای اقوام آریایی شناخته شده بود و آنان از این ماده در عزاداری های خود استفاده می کردند. خواص تریاک توسط پزشکان اسلامی مانند محمد زکریای رازی و ابوعلی سینا توصیف شده است. (برفی، ۱۳۸۴)

اما شواهد مربوط به سوء مصرف آن در موارد غیر پزشکی بسیار نادر است. ابوریحان بیرونی اولین دانشمند اسلامی است که به خاصیت اعتیادآور افیون اشاره کرده و پدیده «تحمل» را تشریح کرده است.

در ایران تا قرن هجدهم و اوایل قرن نوزدهم کشت خشخاش و تولید تریاک به منظور مصرف داخلی بود اما از نیمه دوم قرن نوزدهم کشت تریاک به عنوان یک محصول ارزآور مورد توجه قرار گرفت. در اواخر قرن نوزدهم و اوایل قرن بیستم، ایران یکی از اعضای بسیار فعال تجارت جهانی تریاک محسوب و اقتصاد کشور به تولید و صدور تریاک وابسته شد. (باوی، ۱۳۸۸)

در سال ۱۹۲۰ میلادی اولین قانون رسمی ممنوعیت مصرف به نام «قانون تحدید تریاک» به تصویب رسید که طی آن در مدت ۸ سال مصرف شیره ممنوع و استعمال تریاک تنها به منظور مصرف طبی مجاز شناخته شد. دولت برای مصرف مواد مالیات در نظر گرفت و برای معتادان کارت سهمیه صادر کرد. اما این اقدام منجر به کاهش مصرف مواد نشد بلکه قاچاق آن را رواج داد.

در پی آن در سال ۱۳۰۱ قانون منع واردات مواد مخدر تصویب شد تا جایی که پس از تشکیل جامعه ملل، مساله تریاک مورد توجه جهانی قرار گرفت و ایران به عنوان یکی از تولیدکنندگان اصلی هدف برنامه کاهش تولید بود.

شش سال بعد یعنی سال ۱۳۰۷ قانون جدید «انحصار دولتی تریاک» از تصویب گذشت که بر این اساس دولت ایران باید به تدریج اراضی زیر کشت خشخاش را کاهش دهد. به دنبال گسترش ابعاد مساله اعتیاد و ناچیز بودن عایدات حاصل از صدور تریاک برای دولت «قانون منع کشت خشخاش و استعمال تریاک» در سال ۱۳۳۴ تصویب و به اجرا گذاشته شد.

با این اقدام قاچاق هروئین و مورفین به داخل کشور به صورت تجارت سودمندی درآمد و با تصویب قانون تشدید مجازات قاچاقچیان، زندان های کشور از قاچاقچیان و معتادان پر شد، اما بر تعداد معتادان و میزان قاچاق افزوده شد. به طوری که طی ۶ سال (۱۳۴۴ - ۱۳۳۸) میزان تریاک و هروئین مکشوفه تقریباً به سه برابر رسید.

با افزایش درآمد نفت در سال ۱۳۵۵ مساله درمان و بازپروری با استفاده از متادون مطرح شد. اما پس از پیروزی انقلاب مساله مواد به عنوان رفتاری ضدانقلابی و ترویج شده از سوی استعمارگران تلقی شده، مبارزه قهرآمیز با آن شروع و مساله درمان از دستور کار خارج شد. اردوگاه ها و مراکز بازپروری تحت نظارت کمیته انقلاب اسلامی تشکیل و معتادان به این مراکز هدایت شدند. (سعید، ۱۳۹۲)

البته ذکر این نکته ضروری است که با توجه به شرایط و تعداد افراد پذیرش شده، امکان انجام اقدامات علمی برای اصلاح و بازپروری معتادان حتی پس از تحویل به سازمان بهزیستی وجود نداشت. این در حالی بود که به رغم روند تشدید مجازات ها و مبارزه با عرضه، پر شدن زندان ها و انجام اعدام ها، نه تنها تعداد معتادان کاهش نیافت بلکه سیری صعودی به خود گرفت.

اولین مراکز فعالیت علمی در زمینه کاهش تقاضا (کاهش مصرف، پیشگیری، درمان و بازتوانی) در سال ۱۳۷۵ تشکیل شد، این مراکز به صورت سرپایی و با نظارت بهزیستی شکل گرفت. در سال ۷۹ مرکز اجتماع درمان مدار و برنامه های علمی آن به عنوان روش بازتوانی در مراکز بازپروری مورد استفاده قرار گرفت که نتایج اولیه آن مثبت بود.

مساله پیشگیری از سوءمصرف مواد، موضوعی بود که به سختی مورد توجه مسوولان و مردم قرار می گرفت، زیرا به دلیل گستردگی تعداد مخاطبان آن، نیاز به انجام اقدامات همگانی داشت و اقدامات هماهنگ مسوولان مختلف را طلب می کرد، علاوه براینکه انجام اقدامات درازمدت (که ذات فعالیت های پیشگیری است) برای مردم و مسوولان خوشایند نبود.

اما فعالیت های آگاه سازی و اجرای طرح های جامع پیشگیری با مخاطب افراد سالم به تدریج رشد یافت به نحوی که لزوم انجام اقدامات مختلف کاهش تقاضا به مرور توانست بر تفکر یک جانبه مقابله با عرضه به صورت قهرآمیز به افراد معتاد غلبه کند. (فیض الهی، ۱۳۹۰)

## گذر:

از جمعیت ۷۰ میلیون نفری ایران، دو میلیون نفر به طور حرفه ای مواد مخدر مصرف می کنند. آمارهای رسمی حکایت از آن دارد که تعداد مصرف کنندگان تفتنی مواد مخدر نیز حدود ۸۰۰ هزار نفر است. اما این تمام واقعیت نیست.

بیشتر به یک شوخی شبیه است در واقع در حالی که ما با کشوری مرز مشترک داریم که سالانه بیش از ۶ هزار تن مواد مخدر تولید می کند و بیشتر تولید خود را به ایران سرازیر می کند و نیروی انتظامی کشور هم معترف است که در خوشبینانه ترین حالت فقط قادر به کشف ۳۵ درصد از مواد مخدری است که وارد کشور می شود، گفته می شود که سالانه ۹۰ هزار نفر به جمع معتادان کشور اضافه می شود. آمار رسمی هیچ گاه به واقعیت نزدیک نیست حتی وجه مشترک هم ندارد. تعداد معتادان تفتنی توسط کدام نهاد برآورد شده است؟

چه زمانی تحقیق کردیم که چه تعداد از این جوانانی که به ظاهر سیگار لای انگشت دارند مشغول کشیدن گرس یا حشیش هستند؟ لحظه ای فکر کنیم. آیا آن فردی که «فعالاً» دو بار یا سه بار یا پنج بار در هفته مواد مخدر - از هر نوع - مصرف می کند آنقدر ساده لوح است که خود را معرفی کند؟ (قنبری، ۱۳۸۹)

او در چنین شرایطی حتی به فکر ترک هم نیست. چون اصلاً خود را معتاد نمی داند. در حالی که تمامی کارشناسان اعتیاد می گویند - و درست هم می گویند - که نهایت و پایان راه تمام معتادان تفتنی هم به اعتیاد حرفه ای ختم می شود و اتفاقاً مشکل اصلی با همین گروهی است که پایان راه را نمی بینند. خوشبینانه گمان می برند که می توانند سال های طولانی با همین وضعیت، ناخنکی به مواد مخدر بزنند و تفریحی، نشئگی را تجربه کنند، مجاب کردن این گروه چقدر توان فرساست. (فروع الدین و همکاران، ۱۳۸۳)

## ۲-۲-۱- تاریخچه مواد مخدر در جهان

مواد مخدر (اپیوئید ها) سابقه ای طولانی دارد. در طول تاریخ انسان از مواد مخدر زمانی به عنوان دارو جهت التیام درد ها استفاده می کرده است و زمانی هم برای ایجاد لذت و و یا فرار از ناراحتی ها و همچنین در جشنها و مراسم مذهبی و گاهی توسط جادوگران مورد استفاده قرار می گرفته است.

با بررسی آثار مکتوب و لوحه های گلی که از سومریان باقی مانده است چنین استنباط میشود که سومریان اولین کسانی بودند که تریاک را کشف کردند و علاوه بر اینکه از آن به عنوان یک داروی مسکن استفاده میکردند تدریجاً به عنوان یک مکیف و مخدر نیز مورد استفاده قرار گرفت و نام گیاه شادی بخش نیز بر آن نهادند. علاوه بر سومر اقوام آشور مصر یونان و رم نیز تریاک را میشناختند و از آن استفاده می کردند. (مدنی، ۱۳۹۰)

یونانیها تریاک را اُپیوم نامیده و اطباء بزرگی نظیر سقراط ترکیباتی از تریاک را برای بیماریهای مختلف جسمی و روانی تجویز میکردند. سابقه استفاده از مواد مخدر همانطوریکه اشاره شد بیشتر جنبه مصرف طبی داشت و فقط به دستور اطباء مصرف می شد. در آن زمان اعتیاد ابعاد وسیعی نداشت و بصورت مسایل اجتماعی و سیاسی بروز کرده و ابعاد سیاسی و بین المللی به خود گرفته است.

با شروع انقلاب صنعتی (اواخر قرن ۱۷ و اوایل قرن ۱۸) و بسط تجارت و ارتباط و از همه مهمتر نیاز صنایع نو پا انقلاب صنعتی به سرمایه روند جدیدی در مسایل مختلف جهانی آغاز شد. در این میان تریاک نیز نقش تازی ای پیدا کرد. این ماده در کنار سایر ترفندهای استعماری به عنوان وسیله برای جذب سرمایه کشورهای جهان سوم اضمحلال نیروهای انسانی و نابودی فرهنگ و اقتصاد ملی کشورها مورد مبادله کلان قرار گرفت. (فرخاک، ۱۳۸۱)

عملکرد کمپانی هند شرقی در کشورهای آسیایی بخصوص در چین یک نمونه عینی است. با ظهور انقلاب صنعتی در انگلستان این کشور به منظور سرمایه گذاری صنعتی خرید مواد اولیه و خام صنایع و ادویه جات موجود در کشورهای آسیایی شرقی نیاز شدید به سرمایه پیدا کرد اما به دلیل ضعف مالی بخصوص کمبود طلا و نقره کافی در این کشور توجهش را به دیگر کشورهای خصوصاً کشورهای متمرکز نموده و برای نیل به اهداف خود به ترفند های متعددی دست یازید. یکی از این شگردها توسل به تجارت تریاک در آسیای شرقی بود، این کمپانی با در دست گرفتن تجارت تریاک در آسیای شرقی بخصوص در کشور چین، طی سالیان دراز تجارت سود برد و بسیاری از مردم این کشور را به دام اعتیاد کشاند.

دولت چین که از شیوع تریاک و خروج سرمایه وحشت زده شده بود به مقابله با این کمپانی برخاست و تقاضای منع تجارت تریاک را از کمپانی مزبور نمود. اما این کمپانی به خواست دولت چین توجهی ننموده و بر عمل خود اصرار ورزید. (حسینی، ۱۳۸۹)

به همین دلیل دولت چین مجبور به مصادره تریاکهای این کمپانی شد که نیروهای نظامی بریتانیا به پشتیبانی از کمپانی هند شرقی وارد مبارزه شدند و طی دو جنگ به نام جنگهای تریاک شکست سختی بر نیروهای نظامی چین وارد نمودند و نهایتاً علاوه بر خسارت موفق شدند از چندین بندر چین برای حمل و نقل و توزیع تریاک استفاده نمایند. به این ترتیب کشور چین طی سالیان دراز در اسارت مواد مخدر و اعتیاد قرار گرفت.

اینگونه عملکرد استعماری در سطح جهانی برای گسترش مواد مخدر و نتایج مخرب حاصل از آن سبب شد تا درون کشورها قیامها و اقداماتی قانونی علیه مواد مخدر و سوء استعمال آن انجام شود. از طرفی به واسطه بین المللی و جهانی شدن این معضل اجتماعی زنگ خطر به صدا در آمده، انگیزه همکاری کشورهای جهانی را علیه مواد مخدر بر انگیخته و موجب برگزاری کنفرانس ها، عقد قراردادهای دوجانبه و چند جانبه و تشکیل کنفوانسیونهای جهانی گردید. (حسینی، ۱۳۸۹)

## ۲-۲-۲- تاریخچه مواد مخدر و اعتیاد در ایران

به شهادت تاریخ پایه گذاری و رواج دهنده مواد مخدر در ایران عوامل انگلستان بودند که در عصر صفویه شیوه کشت خشخاش و استفاده از تریاک را رواج دادند به نحوی که ابتدا به دربار صفویه راه یافته و بعد از آلوده کردن شاهان و شاهزادگان و درباریان صفوی و ... به درون مردم سرایت کرده است. به نحوی که گسترش تریاک به قدری وسیع و سریع بود که بعد از گذشت زمانی کوتاه تبدیل به اپیدمی شده و درون قهوهخانه ها به صورت رسمی به عنوان تفنن استعمال می گشت.

نکته قابل توجه اینکه در دروان صفویه مصرف تریاک به صورت خوردن حب و یا شربت‌های مخصوص به نام کوکنار (جوشانده خشخاش) معمول بوده و از کشیدن تریاک ذکر می‌نماید است.

طبق نقل سیاحان و مورخان شاه طهماسب صفوی و شاه عباس که تا اندازه ای به مضار این مواد پی برده بودند دستورات، قوانین و مجازات‌هایی را جهت منع مصرف مواد مخدر وضع کردند ولی در این امر موفقیت چندانی نیافتند. در زمان حکومت قاجار با حيله انگلیسها، بسیاری از مزارع کشت گندم و دیگر محصولات مفید زراعی به کشت خشخاش اختصاص داده شد و خرید و فروش مواد مخدر رواج یافت به نحویکه روز به روز در آمد شاهان و درباریان وقت از داد و ستد تریاک افزایش یافت و اساس خرید و فروش آن انحصار دولت درآمد. (مدنی، ۱۳۹۰)

از آنجا که صدور مواد مخدر از خاور دور به نقاط مختلف جهان نیز بایستی از ایران و ترکیه صورت می‌گرفت لذا در گسترش اعتیاد در مناطق نیز اهتمام وافر به عمل آمد. در این میان ناآگاهی و کمبود رشد فرهنگی جامعه نیز عامل موثری در جهت بهره برداری استعمارگران برای گسترش کشت خشخاش و اعتیاد به تریاک گردید بطوریکه پزشکان انگلیسی و حکیم باشی‌های - وابسته تریاک را بعنوان داروی موثر برای درمان بیماریهای مختلف همچون سردرد، دندان درد، گوش درد و... معرفی و تجویز میکردند وچندی نگذشت که مواد مخدر بصورت خانگی در هر خانه و کاشانه راه یافت.

گردانندگان این تجارت خانمانسوز به منظور کسب منافع افزونتر و آلودساختن بیشتر جامعه با تصویب قوانین مختلف به تشویق و ترغیب مردم و استعمال تریاک پرداختند و برای مصرف هر چه بیشتر آن جوایز تعیین کردند. طوریکه در دوازدهم ربیع الاول ۱۳۲۹ هجری قمری دولت وقت قانونی را جهت رشد و گسترش و تشویق کشت و فروش تریاک و مصرف آن تدوین کرد. ماده دوم این قانون، آشکارا را مردم به تریاک کشی دعوت میکرد و بیان می‌داشت:

((سوخته تریاک را دولت به قیمت مناسبی از دودکنندگان می‌خرد و برای هر مثقال سوخته سه عباسید حق الزحمه داده میشود.)). (مدنی، ۱۳۹۰)

به بهانه افزایش درآمد کشور، هر روز برشمار معتادان اضافه گردید و اداره انحصارات تشکیل شد و در سراسر ایران شعبانی دایر کرد و هر کجا که شعبه ای نداشت، پاسگاه انتظامی چنین وظیفه را عهده‌دار شدند. بدین ترتیب روز به روز مساله کشت خشخاش و اعتیاد مردم به تریاک، گسترش بیشتری یافت و در حکومت پهلوی به اوج خود رسید، بنحوی که خاندان آمریکایی شاه، خود رهبری قاچاق مواد مخدر و اشاعه آن را در سطح جامعه به عهده گرفتند.

به موجب شواهد و مدارک دفتر مبارزه با مواد مخدر سازمان ملل متحد (در اوائل دهه ۱۹۶۰)، خاندان پهلوی فعالیت‌های مربوط به قاچاق مواد مخدر را در ابعاد وسیع و همراه با سرمایه گذاری‌های چند صد میلیون دلاری و در پناه سرنیزه و خفتان رژیم انجام میدادند.

میلیاردها دلار تریاک از طریق افغانستان و ترکیه خریداری شد که قسمتی از آن بطور خام در بازار داخلی ایران به فروش رسید و قسمت دیگری در لابراتوارهای مخفی در تهران به هرویین تبدیل شده و علاوه بر عرصه در بازار داخلی، در خط توزیع شبکه بین المللی قرار گرفته و به اروپا و آمریکا نیز قاچاق می‌شد. در طول این

مدت، برای خاموش ساختن اعتراضات مردم، گاهی سختگیری‌ها و محدودیت‌های ظاهری و ممنوعیت‌هایی نیز اعمال می‌شد که در حقیقت نوعی تصفیه رقبای رژیم، در امر مواد مخدر به حساب می‌آمد. (حسینی، ۱۳۸۹)

در همین زمینه، تبلیغات مفصل و گسترده‌ای نیز از سوی رژیم و مستکبران جهانی در ارتباط با اقدامات بین‌المللی مبارزه با مواد مخدر صورت گرفت و کنگره‌های بین‌المللی، متعددی در مورد اعتیاد بر پا شد و متجاوزان از ۳۰ عهد‌نامه بین‌المللی مبنی بر محدودیت تولید، ساخت، کشت، تجارت و مصرف مواد طبی و شیمیایی و مواد مخدر منعقد گشت.

پس از پیروزی انقلاب اسلامی ایران، استعمارگران که دست خود را کوتاه می‌دیدند برای نابودی انقلاب یا کنترل آن، اشاعه بیشتر مواد مخدر را به عنران یکی از حرب‌های اساسی بکار گرفتند. تا اینکه باعث شد تا رهبر کبیر انقلاب اسلامی رحمت‌الله علیه در سخنان تاریخی خود این مسائل را بازگو کنند. ایشان فرمودند:

((شما این مساله را اتفاقی ندانید که من باب اتفاق یک دسته‌ای هروئین فروش شده‌اند و دسته دیگر هم مبتلا شده‌اند، این هم توطئه‌ای است که قدرت‌های بزرگ بوسیله آن به ما ضربه می‌زند)). (صادقی مقدم، ۱۳۹۷)

## ۲-۳- اعتیاد چیست؟

اعتیاد را به عادت کردن، خو گرفتن، و خود را وقف عادت‌های نکوهیده کردن معنا کرده‌اند؛ به عبارت دیگر تسلیم به ماده مخدر که از نظر جسمی و یا اجتماعی زیان‌آور شمرده می‌شود، 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 می‌شود و به حال شخص و اجتماع زیان‌آور است.» (صفا، ۱۳۸۴)

- اعتیاد یک «بیماری اجتماعی» است که عوارض جسمی و روانی دارد و تا زمانی که به علل گرایش «بیمار» توجه نشود، درمان جسمی و روانی فقط برای مدتی نتیجه بخش خواهد بود و فرد معتاد دوباره گرفتار «مواد اعتیاد آور» می‌گردد. اعتیاد به مواد مخدر یکی از مهمترین مشکلات اجتماعی، اقتصادی و بهداشتی است که عوارض ناشی از آن تهدیدی جدی برای جامعه بشری محسوب شده و موجب رکود اجتماعی در زمینه‌های مختلف می‌گردد.

همچنین ویرانگری‌های حاصل از آن زمینه‌ساز سقوط بسیاری از ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی شده و بدین ترتیب سلامت جامعه را بطور جدی به مخاطره می‌اندازد. پدیده شوم قاچاق مواد مخدر بیش از آنکه فعالیت سوداگرانه، تجاری و اقتصادی در عرصه مافیای اقتصاد بین‌المللی باشد، ابزاری کارآمد، مؤثر و راهبردی در گسترش نظام سلطه صاحبان قدرت جهان بر کشورهای توسعه نیافته است. تحلیلگران مسائل سیاسی و اجتماعی بر این باورند که در تهاجم و نفوذ فرهنگی، پدیده مواد مخدر مهمترین عامل به تباهی کشیدن و انحطاط اخلاقی جوامع به شمار می‌رود. متأسفانه گسترش دامنه مصرف مواد مخدر در جامعه امروزی به حدی است که حتی قشر متفکر و تحصیل کرده را نیز به سمت خود کشانده است.

اعتیاد بعنوان یک آسیب اجتماعی، هیچ گاه بطور کامل ریشه کن نخواهد شد، اما با تدبیر، اندیشه و تلاشی مخلصانه حداقل می توان آن را به کنترل در آورد. (دهش پور، ۱۳۹۴)

## ۲-۴-۲- مراحل اعتیاد

### ۲-۴-۱- مرحله آشنایی

این مرحله با تشویق دیگران، مخصوصاً دوستان ناباب، یا از روی غرور و کنجکاوی خود فرد شروع می شود.

### ۲-۴-۲- مرحله شک و تردید

در این مرحله فرد به مبارزه با امیال خود می پردازد.

### ۲-۴-۳- مرحله اعتیاد واقعی

در این مرحله علائم اعتیاد ظاهر گشته، فرد و زندگی وی را احاطه می کند. (دهش پور، ۱۳۹۴)

## ۲-۵- انواع مواد مخدر

۱- سستی زا ۲- توهم زا ۳- توان افزا

### ۲-۵-۱- مواد سستی زا

موادی هستند که مصرف آن بر روی سلسله اعصاب مصرف کننده اثر گذاشته و در نتیجه فعالیت فکری و بدنی او را سست نماید که شامل:

الف: طبیعی، مانند: استحصالات گیاه خشخاش، تریاک، شیره تریاک، مرفین

ب: مصنوعی، مانند: هروئین، متادون، نرمتادون، پاپاورین، پتیدین، انواع و اقسام قرص های مسکن و آرام

بخش

### ۲-۵-۲- مواد توهم زا

با مصرف این مواد فرد دچار اوهام حسی و بصری می شود. این مواد را هالوسینوزن می گویند که شامل:

الف: طبیعی، مانند: استحصالات گیاه شاهدانه، حشیش، بنگ، ماری جوانا، گراس، چرس؛ مسکالین، جو سیاه

آفت زده، برخی از قارچ های حاوی مواد توهم زا، دانه های نوعی نیلوفر وحشی

ب: مصنوعی، مانند: ال.اس.دی (L.S.D)، دی متیل تریپتامین (D.M.T)، دی اتیل تریپتامین (D.E.T)

## ۲-۵-۳- مواد توان افزا

مصرف آن بر روی سلسله اعصاب تأثیر گذاشته و در نتیجه فعالیت فکری و بدنی مصرف کننده بیشتر و باعث هیجان می شود. این مواد به دو دسته تقسیم می شوند که عبارتند از:

الف: طبیعی، مانند: برگ کوکا، کوکائین، کراک، برگ و ساقه برخی درختان مثل خات و کراتم و ناس

ب: مصنوعی، مانند: آمفتامین، متیل آمفتامین، ترکیبات آمفتامین ها

## ۲-۶- آرامبخش

مواد مخدري که واکنش های مغز را آهسته می کند<sup>۱</sup>.

اثرات: کم شدن سرعت تنفس و ضربان قلب - کم شدن فشار خون - خواب آور (هروئین، تریاک، مورفین)

## ۲-۷- محرک

مواد مخدري که به سیستم عصبی بدن سرعت می بخشد<sup>۲</sup>.

اثرات: بیشتر شدن سرعت تنفس و ضربان قلب، بیشتر شدن فشار خون، جلوگیری از خواب مثال (کوکائین - آمفتامین)

## ۲-۸- توهم زا

مواد مخدري که باعث حالت هایی مثل هذیان می شود<sup>۳</sup>.

اثرات: از دست دادن حافظه؛ لرزش؛ حالت استفراغ و عوض شدن اخلاق (فن سیکلیدین - ال اس دی - مسکالین)

## ۲-۹- انواع مواد مخدر

### ۲-۹-۱- حشیش

حشیش<sup>۴</sup> به صورت تکه های جامد، از رزین گیاه شاهدانه می باشد، قهوه ای یا مشکی است.

خطرات کوتاه مدت: احساس سردرگمی، اضطراب، هراس، بدگمانی، توانایی یادگیری کاهش می یابد، هماهنگی حرکات مختل می شود.

خطرات دراز مدت: پارانوئید، اسکیزوفرنی، جنون، روان پریشی، افسردگی و اضطراب، استعمال آن همراه با سیگار سبب آسیب جدی به ریه ها می گردد.

<sup>1</sup> depressant

<sup>2</sup> stimulant

<sup>3</sup> hallucinogen

<sup>4</sup> HASHISH



## ۲-۹-۲-ماری جوانا

ماری جوانا<sup>۱</sup> از گل گیاه شاهدانه (ماده) بدست می‌آید. این ماده یک عنصر فعال به نام THC دارد. خطرات: پارانوئید، سرگیجه، خشکی ملتحمه چشم، افزایش فشار خون.

## ۲-۹-۳-هروئین

هروئین<sup>۲</sup> از خشخاش بدست می‌آید، شکل تغییر یافته مورفین است. خطرات: این ماده مخدر می‌تواند موجب تهوع و استفراغ شود. بسیار اعتیادآور است، هیپاتیت، استعمال بیش از حد تنفس را متوقف کرده و سبب مرگ می‌شود. چون با موادی همچون گچ، آرد، تالک و غیره ترکیب می‌گردد استعمال تزریقی آن سبب ایجاد حساسیت در بدن و خارش شدید می‌شود. صدمه به قلب و عروق خونی، عفونت، هموروئید و سوء تغذیه، آسیب به کبد و کلیه.

## ۲-۹-۴-مورفین

مورفین<sup>۳</sup> که از تریاک گرفته می‌شود و بدو صورت مایع و پودر مصرف می‌گردد، مصرف این مواد در بین جوانان زیاد است و ماده‌ای خواب‌آور و اثرات تریاک را دارد. داروی مورفین یک داروی ضد درد قوی اما مخدر است. آمپول مورفین در دردهای شدید مانند درد ناشی از سکته قلبی تزریق می‌شود.<sup>[۵]</sup>

## ۲-۹-۵-کوکائین

کوکائین<sup>۴</sup> گرد سفید رنگی که از برگ‌های خشک شده گیاه کوکا به‌دست می‌آید. خطرات: استنشاق آن از راه بینی سبب آسیب به پره میانی بینی شده و در آن ایجاد حفره می‌کند. آنقدر خطرناک است که با اولین مصرف می‌تواند سبب سکته قلبی شود. مشکلات تنفسی، آسیب به ریه، تشنج و مرگ ناگهانی. در دراز مدت نیز سبب پارانوئید، توهم، خشونت و کاهش وزن می‌گردد. به مغز و قلب نیز آسیب جدی می‌رساند. کوکائین یک ماده محرک اعتیادآور قوی است و مستقیماً بر مغز اثرگذارده. وابستگی روانی و جسمی به کوکائین حتی پس از یک بار مصرف به وجود می‌آید.

## ۲-۹-۶-ال اس دی

ال اس دی<sup>۵</sup> مخفف LYSERGIC-ACID-DIETHYLAMIDE است.

خطرات: افسردگی، روان‌پریشی، پرخاشگری، جنون، تشنج، مرگ، خودکشی از عواقب مصرف آن به‌شمار

می‌رود.

<sup>1</sup> MARIJUANA OR CANNABIS

<sup>2</sup> HEROIN

<sup>3</sup> MORPHINE

<sup>4</sup> COCAIN

<sup>5</sup> LSD

## ۲-۹-۷-اکستازی

اکستازی<sup>۱</sup> یکی از رایج‌ترین داروهای مورد استفاده در پارتهی‌ها و مهمانی‌های شبانه است.<sup>[۸]</sup> خطرات: گرم‌زدگی، افزایش شدید گرمای بدن که بسیار خطرناک است، فرد برای رفع تشنگی ممکن است آب فراوان بنوشد که این خود سبب رقیق شدن بیش از حد خون و از میان رفتن تعادل سدیم خون شده و سبب تورم اعضاء بدن همچون مغز و در نهایت مرگ فرد می‌شود، پس از یکی دو روز بعد فرد احساس افسردگی و خستگی می‌کند، سبب آسیب به کبد، کلیه و مغز می‌شود، توهم گویی، استفراغ، تشنج.

## ۲-۹-۸-کتامین

کتامین<sup>۲</sup> که به عنوان مخدر نام برده می‌شود، دارویی است که مصارف پزشکی دارد اما در عین حال مورد سوء مصرف نیز قرار می‌گیرد. خطرات: در کوتاه مدت سبب مشکلات بینایی، عدم تعادل و هماهنگی، توهمات وحشتناک و در دراز مدت سبب احساس گم‌گشتگی و جدایی از واقعیت می‌گردد.

## ۲-۹-۹-متادون

متادون<sup>۳</sup> یک دارو است که به دلیل خاصیت ضد درد و ضد سرفه ای که دارد، برای ترک اعتیاد به بسیاری از مواد مخدر مانند هروئین و مورفین به کار می‌رود. خطرات: سبب کما و مرگ می‌گردد.

## ۲-۹-۱۰-آمفتامین

و موجب فعال شدن بیماری که هیپاتیت ب دارد چه تاثیراتی دارد. آمفتامین<sup>۴</sup> یک داروی محرک اعصاب است که جزو کلاس فنتیلامین می‌باشد. از جمله آثار مصرف آمفتامین بی‌خوابی، افزایش تمرکز، کاهش خستگی و کاهش اشتها می‌باشد. آمفتامین‌ها نوعی از مواد مخدر تحریک‌کننده و محرک هستند و اثراتی شبیه به کوکائین دارند. خطرات: در کوتاه مدت سبب احساس اضطراب، افسردگی و خستگی می‌شود، افزایش ضربان قلب و تنفس، اختلال در دید، خشکی دهان، سرگیجه و خشونت، مرگ ناگهانی و سکته قلبی شده و در دراز مدت سبب توهم، وحشت‌زدگی، کاهش وزن، آسیب به مغز و حافظه، تشنج و مرگ می‌شود.

<sup>1</sup> ECSTASY

<sup>2</sup> KETAMIN

<sup>3</sup> METHADONE

<sup>4</sup> AMPHETAMINES

## ۲-۹-۱۱-قارچ

### قارچ<sup>۱</sup>

خطرات: درد شکم، اسهال، تهوع. قارچ مقدس یا همان قارچ سیلوسایبین روان گردان محسوب می شود.

## ۲-۹-۱۲-جی ای بی

جی ای بی<sup>۲</sup> مخفف GAMMA HYDROXYBUTYRATE است.

خطرات: تهوع، خواب آلودگی، احساس گم گشتگی، تشنج و مشکلات تنفسی.

## ۲-۱۰-مواد استنشاقی

### ۲-۱۰-۱-حلالها<sup>۳</sup>

خطرات: کوتاه مدت سبب تهوع، سرفه شدید، لکه اطراف دهان، خفگی و در دراز مدت سبب سر درد، خونریزی بینی، کاهش حس بویایی، کاهش اکسیژن به مغز و آسیب به مغز، آسیب به کلیه ها، کبد و سیستم عصبی و شش ها می شود.

## ۲-۱۱-استروئید

### استروئیدها<sup>۴</sup>

خطرات: افزایش فشار خون، کلسترول بالا، بیماری کلیه و کبد، صدمه به قلب، دیابت، یرقان، افسردگی، رفتارهای خشونت آمیز. در مردان: رشد سینه، تحلیل بیضه، کاهش اسپرم، ناباروری، آکنه، سکتته.

## ۲-۱۲-مسکن

سرکوبگرها و مسکنها (TRANQUILIZERS= DEPRESSANT)

خطرات: اعتیاد آور، کاهش انرژی، کاهش حافظه، افسردگی، بی خوابی و حملات هراسی و کاهش میل

جنسی.

## ۲-۱۲-۱-پی سی پی

پی سی پی (PCP)

اثرات: عدم تمرکز، اضطراب، افسردگی.

<sup>1</sup> MAGIC MUSHROOMS

<sup>2</sup> GHB

<sup>3</sup> INHALANTS

<sup>4</sup> STEROIDS

## ۲-۱۲-۲-۱-اکسی کنتین

اکسی کنتین<sup>۱</sup>

خطرات: مانند مسکن‌ها.

## ۲-۱۲-۳-تریاک

تریاک<sup>۲</sup> خصوصياتی شبیه هروئین دارد. تریاک از گیاهی به نام کوکنار یا خشخاش گرفته می‌شود. با مصرف تریاک ابتدا نوعی خوشحالی زودگذر به شخص دست می‌دهد. پس از آن مرحله منفی آغاز می‌شود که فرد را به مصرف مجدد تریاک وامی‌دارد. حرکات ارادی معتاد پس از مرحله اول کند می‌شود و شخص نسبت به امور بی‌تفاوت می‌شود. مصرف تریاک می‌تواند باعث مسمومیت حاد و مزمن شود.

## ۲-۱۳-۲-مواد روان‌گردان

مواد روان‌گردان به ۴ گروه اصلی تقسیم‌بندی می‌شوند:

### ۲-۱۳-۱-(محرک‌ها)<sup>۳</sup>

افزایش انرژی، هوشیاری ذهنی و فعالیت جسمانی، کاهش خستگی، سرکوب گرسنگی، افزایش ضربان قبل و فشار خون. مثال: کوکائین و کافئین.

### ۲-۱۳-۲-(سرکوبگرها)<sup>۴</sup>

کاهش انرژی، هوشیاری ذهنی، ضربان قلب، فعالیت جسمانی و سرعت تنفس، کاهش سرعت عکس‌العمل، خواب‌آور و القاء حالت رؤیا. مثال: الکل، مرفین و هروئین.

### ۲-۱۳-۳-(توهم زها)<sup>۵</sup>

تغییر و اختلال در خلق و خو، ادراک و حواس بینایی، شنوایی و احساسات، اختلال در درک زمان و مکان، در بعضی موارد همراه با ترس و وحشت، القاء حالت رؤیا. مثال: ماری جوآنا و ال اس دی.

### ۲-۱۳-۴-(مخدرها)<sup>۶</sup>

القاء بی‌حسی، کرختی، رخوت و خواب شدید.

---

<sup>1</sup> OXYCONTIN

<sup>2</sup> OPIUM

<sup>3</sup> STIMULANT

<sup>4</sup> DEPRESSANT

<sup>5</sup> HALLUCINOGENS

<sup>6</sup> NARCOTICS

## ۲-۱۴-۱-انواع گیاهان روانگردان

۲-۱۴-۱-۱-خشخاش<sup>۱</sup>

داروهای استخراجی: هروئین، مورفین، کدئین، تریاک...

## ۲-۱۴-۲-شاهدانه<sup>۲</sup>

داروهای استخراجی RAHYDROCANNABINOL که ماده‌ای مسکن، شل‌کننده عضلات، خواب‌آور و آنتی بیوتیک است.

## ۲-۱۴-۳-COCA

از آن کوکائین استخراج می‌شود که یک آلکالوئید بی‌حس‌کننده موضعی است.

## ۲-۱۵-۱-اعتیادآورترین مواد جهان

از دیدگاه پژوهشگران مختلف، پتانسیل اعتیادآور بودن یک ماده مخدر می‌تواند از جنبه‌های مختلف مانند میزان آسیبی که وارد می‌کند، ارزش خیابانی ماده مخدر، مقداری از ماده مخدر که سیستم‌دوپامین مغز را فعال می‌کند و... مورد قضاوت قرار بگیرد.

## ۲-۱۵-۱-۱-هروئین

هروئین ماده مخدری است که سطح دوپامین در سیستم پاداش مغز را در آزمایش‌های صورت گرفته روی حیوانات تا ۲۰۰ درصد افزایش می‌دهد. برخی از کارشناسان هروئین را اعتیادآورترین ماده مخدر جهان می‌دانند و جدا از این ویژگی آن را به عنوان ماده‌ای خطرناک نیز طبقه‌بندی می‌کنند زیرا دوزی که می‌تواند موجب مرگ فرد شود تنها پنج برابر بیشتر از دوزی است که نشنگی را موجب می‌شود. هروئین به عنوان دومین ماده مخدر مضر از نظر آسیب رده‌بندی شده است.

## ۲-۱۵-۲-الکل

اگرچه مصرف الکل در بسیاری از کشورهای جهان قانونی است اما یکی دیگر از اعتیادآورترین مواد در جهان شناخته می‌شود. الکل آثار بسیاری روی مغز می‌گذارد. آزمایش‌های صورت گرفته روی حیوانات از افزایش سطح دوپامین در سیستم پاداش مغز بین ۳۶ تا ۴۰ درصد حکایت دارند و هرچه میزان مصرف الکل افزایش یابد، سطح دوپامین نیز افزایش می‌یابد. برخی از کارشناسان الکل را مخرب‌ترین ماده مخدر می‌دانند که آسیب‌های ناشی از مصرف آن بر بدن انسان می‌تواند به مرگ نیز منجر شود.

<sup>1</sup> OPIUM POPPY

<sup>2</sup> CANNABIS SATIVA

## ۲-۱۵-۳- کوکائین

کوکائین به صورت مستقیم در میزان دوپامین مورد استفاده مغز برای انتقال پیام از یک نورون به نورون دیگر اختلال ایجاد می‌کند. در اصل، کوکائین نورون‌ها را از غیرفعال کردن سیگنال دوپامین بازمی‌دارد که به فعال‌سازی غیرطبیعی مسیرهای پاداش مغز منجر می‌شود. آزمایش‌های صورت گرفته روی حیوانات نشان داده‌اند کوکائین افزایش سطح دوپامین به میزان سه برابر بیشتر از سطح عادی را موجب می‌شود. کراک کوکائین کوکائین توسط کارشناسان به عنوان سومین ماده مخدر مخرب و پودر کوکائین که نشنگی خفیف را موجب می‌شود به عنوان پنجمین ماده مخدر مخرب رده‌بندی شده‌است. حدود ۲۱ درصد از افرادی که کوکائین را امتحان می‌کنند در زندگی خود به آن اعتیاد پیدا خواهند کرد. کوکائین همانند دیگر محرک‌های اعتیادآور مانند متامفتامین و آمفتامین می‌تواند مشکل آفرین باشد.

## ۲-۱۵-۴- باربیتورات

باربیتورات‌ها گروهی از مواد مخدر هستند که در ابتدا برای درمان اضطراب و به عنوان ماده خواب‌آور استفاده می‌شدند. این مواد در پیام‌رسانی شیمیایی مغز اختلال ایجاد می‌کنند و غیرفعال شدن بخش‌های مختلف مغز را موجب می‌شوند. در دوزهای پایین، باربیتورات‌ها موجب شادی و سرخوشی می‌شوند اما در دوزهای بالاتر می‌توانند مرگبار باشند زیرا موجب قطع تنفس می‌شوند. اعتیاد به باربیتورات در گذشته به واسطه تجویز پزشکان و در دسترس بودن رایج بود اما این شرایط به‌طور قابل توجهی کاهش یافته‌است زیرا مواد مخدر دیگر جایگزین آن شده‌اند.

## ۲-۱۵-۵- نیکوتین

نیکوتین ماده اصلی اعتیادآور موجود در تنباکو است. هنگامی که فردی سیگار می‌کشد نیکوتین به سرعت توسط ریه‌ها جذب شده و به مغز ارسال می‌شود. نیکوتین ماده مخدر اعتیادآور قدرتمندی محسوب می‌شود و عوارض ناشی از آن سالانه مرگ افراد بسیاری را در پی دارد. بنابر ارزیابی صورت گرفته توسط سازمان جهانی بهداشت، تنباکو تا سال ۲۰۳۰ موجب مرگ سالانه بیش از هشت میلیون نفر می‌شود. آزمایش‌های صورت گرفته روی حیوانات نشان داده‌اند نیکوتین افزایش سطح دوپامین در سیستم پاداش مغز به میزان حدود ۲۵ تا ۴۰ درصد را موجب می‌شود.

## ۲-۱۶- داروهای ترک اعتیاد به مخدرها

- بوپرنورفین (به عنوان ضد درد، مسکن قوی و جایگزین مواد مخدر و اعتیاد آور)
- شربت تریاک (یک ماده مخدر و مسکن درد و اعتیاد آور)
- متادون (داروی نگهدارنده برای مهار اعتیاد به هرئوئین و مواد مخدر و اعتیاد آور)
- حب جدوار (داروی ترک اعتیاد، مسکن قوی و ضد درد با اثرات تقویتی بدون ایجاد وابستگی و اعتیاد)
- نالوکسان (برای تشخیص و درمان مسمومیت‌ها با مواد مخدر یا کمای ناشی از آن مصرف می‌شود)

- نالتروکسان (به عنوان داروی کمکی برای درمان اعتیاد به کار می‌رود). (حسینی، ۱۳۸۹)

## ۲-۱۷- آثار سوء مواد مخدر

در شرایط معمولی وقتی بشر از انجام دادن کاری لذت ببرد و به عبارتی دیگر پاداش بگیرد، از مناطق پایینی مغز او موادی به اسم دوپامین و نوراپی نفرین ترشح می‌شود و بر روی قشر و سایر مراکز حیاتی آن اثر می‌کند و احساس لذت و پاداش به او دست می‌دهد و سعی در تکرار آن عمل دارد. یکی از آثار سوء مواد مخدر فعال شدن همین سیستم است. بنابراین کسانی که یک بار با این مواد آشنا می‌شوند چون سیستم پاداش در مغز آنها تقویت شده، تمایلی شدید به تکرار مصرف آن پیدا می‌کنند. از بین مواد مخدر هروئین به سهولت در چربی حل می‌شود. مغز انسان نیز مقدار زیادی چربی دارد و بنابراین در مقایسه با مرفین و مشتقات آن، هروئین پس از مصرف در زمان کوتاه تری روی مغز اثر می‌کند. کدئین نیز که از مشتقات تریاک است به آسانی در سیستم گوارش جذب شده و در بدن تبدیل به مرفین می‌شود. در یک مطالعه روشن شده است که در معتادان، یکی از آثار سوء مصرف مواد، کاهش جریان خون در بعضی از نواحی مغز است. (علی زاده، ۱۳۹۳)

## ۲-۱۷-۱- اثرات مواد مخدر بر مغز

مهم ترین محل تاثیر مواد مخدر بر مغز است. در مغز گیرنده هایی وجود دارد که این مواد بر آن ها اثر می‌کنند. این گیرنده‌ها به ۳ گروه تقسیم می‌شوند:

۱- اثر بر برگیرنده های گروه اول سبب تنظیم و کاهش احساس درد، کاهش فعالیت مرکز تنفس، یبوست و اعتیاد می‌شود

۲- اثر برگیرنده های گروه دوم سبب کاهش احساس درد و افزایش حجم ادرار می‌شود

۳- اثر مواد مخدر بر گیرنده های گروه سوم سبب کاهش احساس درد می‌شود. (ابراهیمی، ۱۳۸۹)

## ۲-۱۷-۲- اثرات مواد مخدر بر رفتار

۱- این مواد حالت خمودگی، ابر گرفتگی شعور ایجاد می‌کنند یعنی می‌توانند بیداری بیش از حد بشر را کاهش دهند. بنابراین آنهایی که کار فکری شدید، یکنواخت و خسته کننده می‌کنند با اولین آشنایی ها در معرض ابتلای به اعتیاد هستند، ابتدا ظاهرا آنها را آرام می‌کند اما پس از مدتی قدرت مبارزه، کار و ثمر بخشی را از آنها می‌گیرد.

۲- قسمت اعظم دردهای بشر روانزاد است، انواع کمر دردها، پشت درد، سردرد، دل دردهای مزمن، دردهای عضلانی و استخوانی، می‌تواند جنبه روانی داشته باشد. کسانی که با مراجعه به پزشکان مختلف و استفاده از روش های مرسوم فرهنگی، تسکینی برای درد خود نمی‌یابند، در مقابل مواد مخدر بسیار آسیب پذیر هستند.

۳- در مسیر اعتیاد، بتا آندورفین ها که مواد شبه مخدر درون زا هستند کاهش می‌یابد، زیرا با ورود مواد مخدر خارجی جای شبه مرفین های مفید و تولید شده در بدن شخص را می‌گیرد. بنابراین پس از ترک اعتیاد و در حین آن که مواد مخدر خارجی به بدن نمی‌رسد، مغز دیگر مواد شبه مرفین درون زا ترشح نمی‌کند، درد و

حالت روحی ناخوش و اضطراب و بی‌قراری در شخص زیاد است که البته پس از مدتی که از ترک بگذرد مجدداً مغز مواد لازم را ترشح خواهد کرد.

۴- با کاهش آندورفین‌ها در مغز شخص معتاد و بدن او، خاصیت دشمن‌کشی مونوسیت‌ها که از سلول‌های دفاعی بدن هستند کاهش می‌یابد. بنابراین شخص معتاد نسبت به افراد سالم به عفونت‌ها حساستر است و زودتر مبتلا می‌شود. (ابراهیمی، ۱۳۸۹)

### ۲-۱۷-۳- اثرات مواد مخدر بر بدن

۱- مواد مخدر آن دسته از سلول‌های دفاعی بدن را که مسئول از بین بردن مهاجمان به بدن هستند، کاهش می‌دهند و نیز با کاهش فعالیت آن‌ها، می‌توانند سبب رشد سلول‌های سرطانی شوند.

۲- تمامی داروهای مخدر و روانگردان، مغز و نواحی مختلف بدن را تحت تاثیر خود قرار می‌دهند و تعادل شیمیایی بدن را بر هم می‌زنند. (همشهری، ۱۳۹۳)

### ۲-۱۸- نظریه‌های انحرافات اجتماعی (پیدایش اعتیاد)

#### ۲-۱۸-۱- تبیین‌های روان‌شناختی

تبیین‌های روان‌شناختی بر تفاوت‌های فردی اشخاص در شیوه تفکر و احساس درباره رفتار خویش تأکید دارند؛ تفاوت‌هایی که می‌تواند به شکل تفاوت‌هایی 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 لذت‌جویی با شدت بیشتری مستعد ارتکاب رفتارهای کجروانه سازد.

یکی از تبیین‌های روان‌شناختی که بر نارسایی‌های شخصیتی تأکید دارد، تبیین فروید است. فروید ساختار شخصیت را شامل سه لایه «نهاد»، «من» و «من برتر» می‌داند. «نهاد» همان نفس اماره و سرچشمه نیروی نفسانی می‌باشد که هیچ‌گونه قید و بندی نمی‌شناسد. «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 ارزش‌های اخلاقی و وجدانی فرد است که به تدریج با آموزش و پرورش و تأثیر عوامل محیطی ایجاد می‌شود. فروید معتقد است که عرصه زندگی انسان صحنه کشاکش دو نیروی «نهاد» و «من برتر» می‌باشد. زمانی رفتار انحراف‌آمیز پیش می‌آید که «نهاد» در مبارزه با «من برتر» پیروز گردد.

ژان برژه معتادان را از نظر شخصیتی و روانی به معتادان با ساختار «روان نژند»، «روان پریش» و «افسرده» حال تقسیم می‌کند. اما به طور کلی، تقسیم‌بندی دیگری وجود دارد که بیشتر روان‌شناسان پای بند آن هستند و آن تقسیم شخصیت معتاد به «نوروتیک»، «پسیکوتیک» و «سازمان نیافته» است.



معتادان «نوروتیک» خودآزار و دیگرآزارند و دارای اختلال در روابط عاطفی و خانوادگی می باشند. از نظر روانی، این افراد با مصاحبه و رویارویی و نیز از طریق همدلی، اعتماد و اطمینان بخشیدن به آن ها باید تحت درمان قرار گیرند.

معتادان «پسیکوتیک»، واقعیت گریز هستند، روانکاوای این گروه و کنترل پرخاشگری در آن ها بهترین راه درمان این گروه محسوب می گردد. معتادانی که دارای رفتار «سازمان نیافته» هستند، قادر به برقراری ارتباط با واقعیت ها نیستند و ناکامی های خود را معلول محیط اجتماعی و خانوادگی دوران کودکی خود می دانند و بسیار خیالپرداز هستند. این گروه نیز از طریق روانکاوای فردی و گروهی تحت درمان قرار می گیرند.

می توان نتیجه گرفت که هرگاه رشد روانی فرد به موازات رشد جسمی او انجام نگیرد و شخصیت فرد تکامل نیابد، فرد در معرض و هجوم بیماری ها و اختلالات روانی قرار می گیرد و به فردی بی اراده، تلقین پذیر و بی عاطفه تبدیل می شود. در این هنگام در معرض خطر کجروی و انحراف واقع می شود، که اعتیاد به مواد مخدر یکی از این انحرافات می باشد. این گونه افراد به دلیل عدم تکوین شخصیت نمی توانند ارزش های اخلاقی را بپذیرند و به آسانی نمی توانند خود را با محیط سازش دهند. علاوه بر آن، دچار مشکلات احساسی و عاطفی می گردند. در نتیجه، زمینه مناسبی برای اعتیاد به مواد مخدر در چنین افرادی به وجود می آید. برای مثال، افراد عقب مانده ذهنی به دلیل اینکه خطر ناشی از اعتیاد را نمی دانند و شخصیت تلقین پذیری دارند، تحت تأثیر تلقین دیگران و با همنشینی افراد معتاد به طرف اعتیاد کشانده می شوند.

## ۲-۱۸-۲- تبیین های زیست شناختی

تبیین های زیست شناختی را می توان به دو حیطه تبیین های حاکی از اختلالات بدن و تبیین های ژنتیک تقسیم کرد. تبیین های زیست شناختی، عوامل جسمی و زیستی را عامل پیدایش کجروی می شمرند. به نظر آن ها مجرمان و تبهکاران دارای ساختمان زیستی خاص هستند و با دیگران به لحاظ زیستی متفاوت می باشند؛ یعنی بین نقص بدنی و گرایش به انحرافات اجتماعی رابطه نزدیکی وجود دارد. روان پزشکان نیز ابتلا به بیماری ها و اختلالات روانی را ناشی از ضایعات وارد بر مغز می دانند. بر این اساس، عواملی مانند: ارث، کروموزوم ها، ژن ها، ابتلا به بیماری ها، جنسیت، سن و نژاد به نوعی عامل رو آوردن فرد به اعتیاد معرفی می شود.

لامبروزو، پدر نظریه زیستی، معتقد است مجرمان، خصایص انسان های ابتدایی و وحشی را دارا می باشند. به عقیده وی، ویژگی های جسمی و ظاهری وجود دارد که مجرمان را از بقیه انسان ها جدا می کند.

دیدگاه جانی زادگان در این بخش قرار می گیرد. آنان معتقدند برخی افراد «جانی مادرزاد» می باشند و خواه ناخواه مرتکب انحرافات اجتماعی می شوند. آن ها دارای علائم بدنی می باشند که از دیگران متمایزند.

علائم مزبور 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 تفاوتی در مقابل درد؛

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

برخی از این متفکران بر نقش وراثت و کروموزوم‌ها تأکید دارند و معتقدند اغلب افراد تبه‌کار دارای تفاوتی در ژن‌ها می‌باشند. (افرادی که جنایتکار به دنیا می‌آیند الگوی کروموزوم  $xyy$  دارند.) برخی نیز معتقدند بین تیپ جسمی افراد و گرایش آن‌ها به جرم رابطه وجود دارد؛ مثلاً، در تیپ شناسی شلدون، افراد به سه دسته چاق، عضلانی و استخوانی تقسیم می‌شوند. وی معتقد است: افراد چاق مهربان، افراد عضلانی زورگو (و اغلب بین این افراد جرم بیشتر به چشم می‌خورد) و افراد استخوانی گوشه‌گیر و حساس می‌باشند. ۱۱ پژوهش درباره رابطه انحراف آمیز و الگوهای توزیع کروموزوم‌ها، هنوز هم انجام می‌گیرد.

### ۲-۱۸-۳- تبیین‌های جامعه‌شناختی

نظریه‌های جامعه‌شناختی، 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 می‌کنند که گروه‌ها یا قشرهایی را از اعضای آن، در معرض کجروی قرار می‌دهد. ۱۲ این دسته تبیین‌ها، شکل‌گیری رفتارهای کجروانه را عمدتاً به اموری مانند ساخت اجتماعی و شرایط و موقعیت‌های اجتماعی که فرد در آن‌ها قرار می‌گیرد نسبت می‌دهند. استدلال عمده در این دسته تبیین‌ها آن است که نهادهای اجتماعی و مناسبات کلی اجتماعی را باید به عنوان یک کل نگریست و بر همین اساس، کجروی را نیز در درون و در ربط و نسبت با آن باید مطالعه کرد. معمولاً این تبیین‌ها پاسخ به این پرسش را هدف خود قرار داده‌اند که: چه چیزی در محیط‌های اجتماعی وجود دارد که مردم را کجرو و بزهکار می‌سازد؟

۱. **نظریه مرتن:** از نظر بسیاری از جامعه‌شناسان انحراف نتیجه نارسایی‌های موجود در فرهنگ و ساختار اجتماعی یک جامعه است. هر جامعه‌ای نه تنها هدف‌های فرهنگی تجویز شده‌ای دارد، بلکه وسایل اجتماعاً پذیرفته شده‌ای را نیز برای دستیابی به این هدف‌ها در اختیار دارد. هرگاه این وسایل در دسترس فرد قرار نگیرد، احتمالاً آن شخص به رفتار انحراف آمیز دست می‌زند.

رویکرد نابسامانی اجتماعی به عنوان یکی از نظریه‌های جامعه‌شناختی انحراف اجتماعی و بعضاً اعتیاد می‌باشد. مهم‌ترین نظریه پرداز در این رویکرد مرتن، جامعه‌شناس آمریکایی، است.

رویکرد نابسامانی اجتماعی، منشأ کجروی را تنها به ساخت اجتماعی و فرهنگ (نه شخص کجرو و شکست‌های او) مربوط نمی‌سازد، بلکه این توجه را نیز به دست می‌دهد که چرا افراد برخی اعمال کجروانه، به ویژه جرایم مالی را مرتکب می‌شوند. این رویکرد، هم در مورد کجروی فردی و هم در مورد کجروی گروهی بحث می‌کند و به گونه‌ای بسیاری از رفتارهای کجروانه را در برمی‌گیرد. بی‌هنجاری که به حالت عدم هنجارمندی یا بی‌ریشگی اطلاق می‌شود، زمینه ایجاد کجروی و انحراف اجتماعی می‌باشد؛ زیرا حالت بی‌هنجاری 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:

۱. 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.

۲. 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.

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

۴. 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.

۵. 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 می باشد. اعتماد به نفس به عنوان عامل اساسی روان شناختی در کنترل شخصی شناخته شده است. عوامل کنترل اجتماعی شامل وابستگی و پای بندی به نهادهای بنیادین اجتماعی مانند: خانواده، دین، سیاست، و آموزش می باشد.

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 نابهنجار و از جمله اعتیاد می شود. (صفا، ۱۳۸۴)

## ۲-۱۹- علل گرایش به اعتیاد

علل گرایش به اعتیاد را می توان در سه قلمرو فردی، خانوادگی و اجتماعی مطرح کرد:

### ۲-۱۹-۱- علل فردی

بسیاری از روان شناسان علل رفتارهای انحرافی را بر حسب نقص شخصیت فرد کجرو توجیه می کنند و بر این باورند که برخی از گونه های شخصیت، بیشتر از گونه های دیگر، گرایش به تبهکاری و ارتکاب جرم دارند. علل فردی گرایش به اعتیاد بیشتر بر مبنای نظری دیدگاه های روان شناختی متکی می باشند. با دانستن عواملی که فرد را در معرض خطر اعتیاد قرار می دهند، می توان افراد در معرض خطر را شناسایی کرد و برای پیشگیری از ابتلای آنان به اعتیاد، برنامه ریزی های دقیق و مؤثر انجام داد.

### ۲-۱۹-۱-۱- مشکلات روانی

گروهی از افراد که بعضاً ضعیف النفس هستند، قدرت مقابله با مشکلات و ناکامی ها را ندارند و اعتیاد را راه نجات خود تلقی می کنند؛ برای رهایی از ناراحتی ها، فشارهای روانی، بی اعتمادی به خویشتن و رفع هیجانات درونی در جستجوی پناهگاهی امن، به مواد مخدر و یا مصرف داروهای روان گردان پناه می برند. این افراد فکر می کنند که با مصرف مواد از گرفتاری های زندگی رهایی می یابند و دنیا را به نحو دیگری مشاهده می کنند؛ زیرا حالت تخدیری دارو و مواد مخدر سبب می شود که تا مدتی فرد معتاد نسبت به مسائل، مشکلات و واقعیت های زندگی بی تفاوت باشد. همین فرار از زیر بار مشکلات فردی، عامل عمده برای کشش افراد به طرف مواد مخدر است. (موسی نژاد، ۱۳۸۱)

یک دسته از افرادی که بیشتر در معرض اعتیاد به مواد مخدر قرار می گیرند افراد افسرده هستند. به عقیده برژه افسردگان بیشترین و مهم ترین بخش معتادان را تشکیل می دهند. افراد افسرده ضعف روانی دارند و به نوعی احساس خلأ شخصیتی می کنند. آن ها به تصور خودشان، توان لذت بردن از دنیا را ندارند، همواره احساس ناتوانی و خستگی می کنند و خود را تهی از هرگونه توان و احساس مطلوب می دانند. به عقیده سیدنی کوهن، چنین افرادی ممکن است با مصرف مواد در جستجوی جادویی برآیند که به دردهایشان پایان بخشد و خلأهایی را که در خودشان احساس می کنند رفع و نقص شخصیشان را برطرف کنند.

## ۲-۱-۱۹-۲- کنجکاوی

عده ای با شرکت در مجالس دوستانه زمانی که می بینند دیگران از مواد مخدر استفاده می کنند حس کنجکاوی در آن ها تحریک شده، به مصرف مواد گرایش پیدا می کنند. این امر منجر به مهیا شدن زمینه اعتیاد در فرد می شود؛ زیرا ممکن است با اولین مرتبه استفاده در فرد احساس مثبتی ایجاد گردد و باعث تکرار این عمل شود. البته آن ها غافل از این هستند که این نوع لذت ها زودگذر و خانمانسوز می باشند. دسته ای از افراد نیز برای کنجکاوی و ارزیابی خودشان با تصور اینکه با یکبار مصرف معتاد نمی شوند، و گاهی حتی برای اینکه قدرت خودشان را به دیگران ابراز دارند به مصرف مواد مخدر تن می دهند. احتمال معتاد شدن این افراد نیز بسیار است. (ممتازی، ۱۳۸۲)

## ۲-۱-۱۹-۳- ضعف اراده

اراده عامل حرکت فرد می باشد. پس باید با منطق و شرع همسان باشد و با استفاده از تربیت و آموزش صحیح تقویت شود. فردی که با مشاهده یک عمل خلاف شرع و موازین اجتماعی با قاطعیت تمام در مقابل آن ایستادگی می نماید، از خود تزلزلی نشان نمی دهد و هدف خود را در زندگی به طور قطعی انتخاب می کند دارای اراده ای قوی می باشد. اما اگر فرد دچار اراده ضعیف بوده و برنامه خاصی برای زندگی خود نداشته باشد، اولاً، دچار نوعی سردرگمی و خستگی روحی می شود و ثانیاً، ممکن است در مقابل هر انحرافی پاسخ مثبت دهد. در این صورت، نه تنها شخص نمی تواند مانع انحراف دیگران شود، بلکه خود نیز دچار انحراف می گردد. این مسئله در اعتیاد فرد اهمیت بسزایی دارد.

## ۲-۱-۱۹-۴- رهایی از زندگی عادی

تقریباً انجام هر کاری بدون توجه به باورهای ذهنی و نیروهای درونی شخص انجام دهنده غیرممکن است. زمانی که یک تبدل به مفهوم دقیق کلمه در خاستگاه فلسفی ذهنی صورت می گیرد، باور روانی و انگیزه ای، که از آن گرایش به مواد مخدر تعبیر می کنیم، ایجاد می شود. فرد دایم مشکلات و موقعیت خود را ارزیابی و داوری می کند. این داوری نوعاً شخصی بوده و بر اساس دانش و فرهنگ تربیتی و فکری شخص داوری کننده صورت می پذیرد. حقیقت آن است که اعتیاد، همچنان که از نامش پیداست، اگرچه خود، صورت عادت دارد، اما برای شکستن یک عادت دیگر انجام می گیرد.

یکی از بارزترین علل گرایش به مصرف مواد مخدر در جوامع صنعتی پیشرفته شکستن عادت ناشی از حیات عادی فردی است که در بستر زمان، صورت تکرار ملال آور به خود می گیرد. بر اساس آمارهای که به دست آمده، قریب هشتصد هزار نفر از معتادان (از جمع دو میلیون نفر)، معتادان تفننی هستند که متأسفانه آمار سرآمدان علم و دانش در این طبقه زیاد می باشد.

یکی دیگر از علل مصرف مواد مخدر جنبه های درمانی آن است. حقیقت آن است که در بسیاری از موارد پرداختن و گرایش به مواد مخدر، در آغاز، جنبه مداوا داشته و سپس در بستر زمان به اعتیاد بدل گردیده است.

شیوع مواد مخدر در روستاها نوعاً با انگیزه درمانی صورت می پذیرد. در این بخش استفاده از مواد مخدر برای رسیدن به تعادل جسمی است. در برخی از روستاها برای تسکین درد کمر، درد دندان، درد گوش و مانند آن از تریاک استفاده می کنند. (خالقی، ۱۳۹۳)

## ۲-۱۹-۵- شخصیت منززل

آلپورت در تعریف خود از شخصیت می گوید: «شخصیت سازمانی است پویا از نظام های روانی - جسمانی در درون فرد که سبب سازگاری های بی همتا و بی نظیر او با محیط می شود.»

بین شخصیت و اعتیاد رابطه ای متقابل وجود دارد، به نحوی که فرد به علت وضع خاص شخصیتی و نیازها، شکست ها، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و ملایمات دیگر، به اعتیاد روی می آورد. از سوی دیگر، اعتیاد به نوبه خود منجر به از بین رفتن تعادل روانی و هیجانی شخص می شود. بدین سان، بین اعتیاد و شخصیت فرد دور باطلی ایجاد می شود که مبارزه با آن مستلزم تغییر شرایط بیرونی و درونی، یعنی ایجاد اراده و روحیه ای قوی و آسیب ناپذیر است. شناخت شخصیت و ویژگی های رفتاری معتادان به منظور مبارزه با اعتیاد و نیز پیشگیری و درمان آن، از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

برخی از اختلالات مربوط به شخصیت که منجر به شکل گیری و ایجاد زمینه انحرافات اجتماعی و گرایش فرد به اعتیاد می شود عبارتند از: شخصیت «پارانویایی» و «شخصیت ضد اجتماعی».

ویژگی های خاص شخصیت «پارانویایی» این است که این افراد اعمال دیگران را تحقیرآمیز یا تهدیدآمیز تفسیر می کنند؛ به دیگران اعتماد ندارند و روابط اجتماعی آن ها در اثر همین بی اعتمادی مختل شده است. این افراد خود بزرگ بین هستند و به دیگران ظلم و ستم می کنند.

ضعف «شخصیت ضداجتماعی» نوعی به هم ریختگی ارتباط میان انسان و جامعه است. این افراد نسبت به هنجارها و مقررات اجتماعی بی اعتنا و بی تفاوت هستند و سعی می کنند به هر نحو که شده به هوا و هوس خود پاسخ دهند. این افراد ارزش های اخلاقی را پایمال می کنند و به علت جستوجوی لذت و نیز ضعف اراده به آسانی گرفتار مواد مخدر و الکل می شوند. از نشانه ها و ویژگی های شخصیت ضد اجتماعی می توان به خودمحوری، فقدان احساس گناه و فریبندگی سطحی و ظاهری اشاره کرد. (قنبری، ۱۳۷۹)

## ۲-۱۹-۲- علل خانوادگی

خانواده اصلی ترین نقش را در تربیت فرزندان دارد. یک خانواده سالم خانواده ای است که همه امور و فعالیت های آن منطبق با موازین و معیارهای حاکم بر جامعه باشد. یافته های تحقیقات حاکی از آنند که ۴۴ درصد بزهکاران جامعه ما در خانواده های بی بند و بار زندگی می کرده اند. بی توجهی والدین به تربیت فرزندان عواقب وخیمی در آینده فرزندان به دنبال خواهد داشت.

نوع شغل پدر و مادر، وضعیت مسکن، کثرت یا قلت اولاد، همسایگان، ساکنان دیگر منزل، ویژگی های اخلاقی پدر و مادر، نحوه رفتار با کودکان، طلاق، وجود ناپدیری و نامادری، تعدد ازدواج، فرهنگ خاص حاکم بر

خانواده، میزان تحصیلات والدین، پدرسالاری یا مادرسالاری، وضع اقتصادی خانواده، از هم پاشیدگی و سردی خانواده، جدایی والدین و عدم پیوستگی اعضای خانواده، و سست بودن ارکان خانواده از عوامل مهمی می باشند که زمینه انحراف و کجروی را در فرد ایجاد می نمایند.

تحقیقات نشان می دهند که افراد معتاد بیش از افراد غیرمعتاد به خانواده های از هم پاشیده و بی ثبات تعلق دارند. یکی دیگر از زمینه های اعتیاد فرزندان اعتیاد پدر، مادر و یا اعضای خانواده می باشد. (سراج زاده، ۱۳۹۰)

امروزه نهاد خانواده در غرب از جایگاه اصلی خود دور شده است. به هم خوردن نظم خانوادگی، سست شدن پایه این نهاد اساسی، شانه خالی کردن جوانان از قبول مسئولیت ازدواج، منفور شدن مادری، کاهش علاقه پدر و مادر و به ویژه مادر به فرزندان، جانشین شدن هوس های سطحی به جای عشق، و افزایش طلاق، سبب گردیده اند که در این جوامع، نهاد خانواده کارکرد خود را در مورد کنترل آسیب های اجتماعی از دست بدهد.

اما در جامعه ما که یک جامعه اسلامی است و تعالیم اسلامی ارزش های خانوادگی را به بهترین وجه بیان کرده و مورد تأکید قرار داده است، نباید شاهد سست شدن پایه های خانواده باشیم. به طوری که بیش از چهار هزار دستورالعمل به صورت مستقیم درباره خانواده و ارزش های حاکم بر آن از طرف معصومان بیان شده است. در نتیجه پژوهشی که از ۸۰۰ کودک بزهکار به عمل آمده، معلوم شد که ۶۵ درصد مادرانشان طلاق گرفته یا در حال جدایی بوده اند. بررسی دیگر نشان می دهد که ۸۸ درصد کودکان مجرم دارای پدر و مادری بوده اند که از هم جدا زندگی کرده و بین آن ها اختلاف نظر و ستیزه وجود داشته است. (ستوده، ۱۳۸۰)

در ذیل به برخی عوامل زمینه ساز گرایش فرد به اعتیاد در خانواده اشاره می گردد:

#### ۲-۱۹-۲-۱- کمبود محبت در خانواده

بسیاری از صاحب نظران در مسئله بزهکاری، کمبود محبت و ضعف عاطفی را ریشه اصلی جرم و انحراف دانسته اند. تحقیقی از غرب درباره بزهکاران نشان داده است که ۹۱ درصد مجرمان در ارتباط با جرم به نحوی دچار مشکل عاطفی بوده اند.

فرد در خانواده زمانی که نیازهای عاطفی اش برآورده نشود، مجبور می شود دست نیاز به سوی دیگران دراز نماید. در این زمان است که شکارچیان از این موقعیت ها سوء استفاده می کنند و با ارتباط عاطفی دروغین افراد را به سوی انحراف می کشانند.

#### ۲-۱۹-۲-۲- افراط در محبت

زیاده روی در محبت نیز خود مانند کمبود محبت اثر منفی بر تربیت فرزندان دارد، به نحوی که فرزند همیشه متکی به پدر و مادر می باشد و هیچ گاه احساس استقلال و بزرگمنشی نخواهد کرد. زمانی که چنین فردی وارد جامعه شود و در این موقعیت از محبت های پدر و مادر به دور باشد، احساس کینه و عقده جویی می نماید و برای جبران این مسئله دست به هر خلافی خواهد زد.

## ۲-۱۹-۳- تبیض بین فرزندان

این مسئله نیز یکی دیگر از مواردی است که فرد در خانواده احساس حقارت و حسادت می نماید. توجه نکردن به این امر خود می تواند زمینه اعتیاد در اعضای خانواده را ایجاد نماید.

## ۲-۱۹-۴- محدود کردن فرزندان

همان گونه که آزادی بی حد و حصر منجر به گرایش فرد به انحرافات اجتماعی می شود، محدود بودن نیز می تواند عامل گرایش فرد به انحرافات اجتماعی باشد؛ زیرا از سویی، محدود بودن منجر به فعال شدن حس کنجکاوی فرد و از سوی دیگر، منجر به بروز مشکلات عاطفی می شود. کنترل بیش از حد فرزندان سبب می شود که فرد وابسته به کنترل خارجی (زور) باشد؛ یعنی تا زمانی که از طریق اعمال زور رفتارش تحت کنترل است دست به عمل منحرفانه نمی زند، اما به محض اینکه کنترل والدین ضعیف شود و یا والدین به دلیل اشتغالات فرصت کنترل را نداشته باشند، خود را رها می یابد و به رفتارهای انحراف آمیز روی می آورد؛ زیرا از کودکی حس کنترل درونی (وجدان) او خاموش بوده و همیشه به کنترل خارجی و احتمالاً زور وابسته بوده است.

## ۲-۱۹-۵- اعتیاد یکی از اعضای خانواده

افرادی که در خانواده های معتاد زندگی می کنند، ترس و قبح معتاد شدن برایشان از بین رفته است و عادی شدن مصرف مواد در خانواده موجب سهولت گرایش دیگر اعضا به مصرف مواد مخدر می شود. اگر پدر و مادر در خانواده معتاد باشند اعتیاد آن ها از یک سو، کنترل و تسلط آن ها بر فرزندان کاهش می دهد و از سوی دیگر، عامل انتقال این عادت به فرزندان می شود. البته گاهی اوقات برخی فرزندان به دلیل انزجار از رفتار پدر و مادر و عبرت گرفتن از آن ها، از این صفت دوری می جویند، اما چنین والدینی در گرایش به اعتیاد فرزندان نقش مؤثر دارند. نتایج تحقیقات نشان می دهند که بسیاری از معتادان در خانواده، افراد معتاد، از قبیل پدر، مادر، پدربزرگ و... داشته اند.

## ۲-۱۹-۶- رفاه اقتصادی خانواده

در خانواده هایی که رفاه و درآمد اقتصادی زیاد است، روابط انسانی بر اثر کثرت کار و یا سرگرمی ضعیف می گردد. ضعف روابط انسانی نیز به نوبه خود عامل مساعدی برای کشش فرد به مواد مخدر است. بهترین دلیل این مدعا افزایش روزانه درصد معتادان در جوامع صنعتی غرب است که با رشد صنعت، روابط انسانی ضعیف تر می گردد.

همچنین افرادی که درآمد بیش از حد دارند موقعیت و زمینه مساعدتری برای شرکت در کلوپ های شبانه و یا تفریحات متنوع در داخل یا خارج از کشور دارند و بدیهی است که این قبیل امکانات و تفریحات، زمینه را هم برای مصرف و هم برای فروش مواد مخدر بسیار مساعد می نماید.



«خداوند در قرآن کریم، رفاه طلبی و "اسراف" را به شدت مورد حمله و نکوهش قرار می دهد و آن را عامل مستقیم در ایجاد طغیان، فساد و ظلم و کژی ها معرفی می نماید. همچنین در متون دینی آمده است که رفاه طلبی و زندگی مرفهانه سبب طغیان در برابر خداوند، سیطره شهوات بر انسان، همراهی با ظالمان، فاسقان و کافران، لذت گرایی، غرق شدن در کامیابی ها و نیز اقدام به کجروی ها می شود. پیامبر اکرم (صلی الله علیه وآله) در فرازی می فرماید: من از ثروت بیش از حد، بیش از فقر برای شما هراسان هستم و آن را موجب هلاکت و سقوط می دانم، و نیز امام علی (علیه السلام) فزونی ثروت را مایه هلاکت، طغیان و فنا دانسته است.» (داوری، ۱۳۸۱)

## ۲-۱۹-۲-۷- بی سوادی یا کم سوادی والدین

تحصیلات پایین یا بی سوادی نقش مهمی در فرهنگ عمومی جامعه و همچنین در حریم خانواده و تربیت فرزندان دارد. بی سوادی و کم سوادی عامل بسیاری از مسائل، مشکلات، نارسایی های اجتماعی و انحرافات است. روشن است که پدر و مادر باسواد بسیار بهتر و با دید باز نسبت به دنیای پیرامون، مسائل و مشکلات خانواده را حل می کنند. والدین تحصیل کرده با روش های علمی و منطقی می توانند فرزندان را کنترل نمایند. آنان اغلب به دلیل آگاهی و شناخت مسائل و نیاز زندگی خود، شرایط مادی و معنوی و عاطفی مناسبی را برای فرزندان ایجاد می کنند. حال آنکه، بی سوادی والدین منجر به مسائلی از قبیل: روش های غیرمنطقی در تربیت فرزندان، پی نبردن به نیازهای روانی فرزندان، پذیرفتن تغییرات در نگرش های جوانان و تأکید بر روش ها و اعتقادات سنتی خود می شود که تمامی این مسائل موجب می گردند فرد نوعی احساس تنهایی و کمبود نماید و در نتیجه، در پی یافتن همدرد و همدل، به هر شخص و هر موادی روی آورد.

غالب تحقیقات نشان می دهند که بیشتر معتادان، والدینشان بی سواد و کم سوادند. «پدر ۶۴ درصد معتادان و مادر ۸۳ درصد آن ها بی سواد می باشند و علاوه بر آن، ۵۱ درصد معتادان خود بی سواد بوده اند و یا دارای تحصیلات قدیمی و ابتدایی هستند. همچنین ۴۰ درصد همسران ایشان نیز بی سواد بوده اند.»

## ۲-۱۹-۲-۸- فقر خانواده

فقر و انحرافات اجتماعی از جمله پدیده هایی هستند که به نظر بسیاری از صاحب نظران با هم مرتبط می باشند. آنان پدیده های مزبور را در دو طبقه خرد و کلان تبیین کرده اند. در سطح خرد، فقر را معلول ویژگی ها و استعداد های فردی شخص می دانند و عواملی همچون ضعف جسمانی و اختلالات روانی و بی استعدادی را از جمله مواردی می دانند که در رابطه با ایجاد فقر مؤثرند.

اما در سطح کلان، فقر و انحرافات هر یک معلول تلقی شده، در یک چرخه علی و معلولی قرار می گیرند. بر اساس این گونه تبیین ها، مشخص می شود که در سطح نهادها، سازمان ها، روابط اجتماعی و خصایص ساختاری جامعه مشکلی وجود دارد و سبب ایجاد یک معضل در جامعه شده است.

تحقیقات و پژوهش ها در عین حال که مؤید وجود رابطه مستقیم بین فقر و انحرافات نیست، اما وجود همبستگی میان آن دو را تأیید می نماید. بر این اساس، فقر به عنوان یکی از مسائل اجتماعی، در وقوع انحرافات

و افزایش میزان آن، به ویژه در زمینه جرایم زنان، اعتیاد و سرقت تأثیرگذار است. در رویکرد دینی نیز این همبستگی میان فقر و انحرافات اجتماعی مورد تأیید است؛ بر این اساس، فقر انگیزش روی آوری به کجروی را افزایش می دهد. همچنان که رفاه طلبی و ثروتمند بودن در گرایش فرد به سوی انحرافات اجتماعی، انگیزه ای بسیار قوی می باشد.

همان گونه که فقر می تواند فرد را به سوی قاچاق مواد مخدر و اعتیاد بکشاند، خود نیز یکی از عواقب اعتیاد می باشد؛ یعنی رابطه ای دوسویه بین فقر و اعتیاد وجود دارد، به گونه ای که هرگاه فرد فقیر به دلیل مشکلات مالی به اعتیاد روی آورد، اعتیاد باعث فقر هر چه بیشتر او می شود؛ زیرا از سویی، مصرف مواد مخدر نیازمند به صرف هزینه می باشد و از سوی دیگر، فرد معتاد ضعیف شده است و اراده کار کردن ندارد. آمارهای موجود تأییدکننده ارتباط بین اعتیاد و فقر می باشند. به عنوان نمونه، بر طبق آماری که در بین سال های ۱۳۷۱ - ۱۳۷۷ انجام گرفت، این نتیجه به دست آمد که بین تغییرات نسبت خانواده های زیر خط فقر نسبی و تعداد دستگیر شدگان مرتبط با مواد مخدر همبستگی بالایی وجود دارد.

#### ۲-۱۹-۲-۹- ستیزه والدین

خانواده، حریم امن و آرامش است. ستیزه و اختلاف در خانواده از علل مهم گرایش افراد به ناهنجاری ها و اعتیاد است. افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و از هم گسیخته زمینه های بیشتری در گرایش به انحراف و اعتیاد دارند. طبق یافته های تحقیقی ۴۴ درصد بزهکاران جامعه ما در خانواده های لاابالی زندگی می کنند. همچنین در پژوهش دیگری نشان داده شده است که ۸۲ درصد معتادان، ستیزه های خانوادگی را در فرار فرزندان و روی آوردن به اعتیاد مؤثر می دانند.

زمانی که محیط خانواده، محیط مناسبی برای زندگی نباشد، فرد سعی می کند بیشترین وقت خود را در خارج از خانه صرف نماید و این کار، ارتباط افراد را با شکارچیانی که به دنبال شکار می گردند مهیا می سازد. باید توجه داشت که هر قدر ستیزه های خانوادگی بیشتر باشد، احتمال کشش افراد به طرف مصرف مواد مخدر و دیگر انحرافات اجتماعی بیشتر است. (داوری، ۱۳۹۱)

#### ۲-۱۹-۳- علل اجتماعی

از آن رو که انسان طبعاً موجودی اجتماعی می باشد و برای زندگی کردن نیاز به حضور در اجتماع دارد، با یکسری علل اجتماعی روبه رو می گردد که برخی از آن ها در گرایش فرد به اعتیاد مؤثرند. برخی از علل اجتماعی که در گرایش به سوی اعتیاد زمینه ساز و مؤثر می باشند عبارتند از:

## ۲-۱۹-۳-۱- دسترسی آسان به مواد مخدر

در دسترس بودن مواد مخدر علتی می باشد که به همراه علل دیگر زمینه گرایش فرد را به اعتیاد ایجاد می نماید، به گونه ای که اگر در فرد زمینه کجروی وجود داشته باشد و مواد مخدر به آسانی در دسترس او قرار گیرد، از مصرف و توزیع آن دریغ نمی نماید.

دسترسی به مواد مخدر به عوامل گوناگونی بستگی دارد؛ از جمله: وضعیت جغرافیایی کشور، استان و محله جغرافیایی، نقش قوانین، نحوه اجرا و قاطعیت قوانین، و برنامه ریزی های مسئولان برای مهار مواد مخدر.

## ۲-۱۹-۳-۲- بیکاری و اعتیاد

عامل بیکاری به طور غیرمستقیم به گرایش فرد به سوی اعتیاد می انجامد. بیکاری از سویی، به فقر شخص و از سوی دیگر، سبب ایجاد بیماری های روانی، افسردگی، ضعف اعتماد بنفس، و از بین رفتن امیدواری می شود که در نهایت، به اعتیاد شخص منجر می گردد. فرد به دلیل بیکاری و نداشتن درآمد آبرومند به خرید و فروش مواد مخدر روی می آورد و برای خود شغلی کاذب ایجاد می نماید. یکی از نتایج اشتغال، فقدان فرصت برای ارتکاب جرم است. بیکاری منجر به افزایش اوقات فراغت فرد می شود و چنانچه برای اوقات فراغت افراد برنامه ریزی های منطقی و مناسبی اتخاذ نشده باشد زمینه گرایش به اعتیاد برای آنان مهیا می شود، چرا که در این فرصت فرد با منحرفان و معتادان آشنا می گردد و به آن ها می پیوندد.

پس می توان نتیجه گرفت که بیکاری یک عامل زمینه ای می باشد که می تواند در کنار عوامل دیگر، مانند فقر، موجب روی آوری فرد به سوی اعتیاد گردد.

## ۲-۱۹-۳-۳- نابرابری های اقتصادی و اجتماعی

نابرابری های اقتصادی، اجتماعی جنبه های وسیعی دارد، که نابرابری ها در توزیع منابع مادی، نابرابری در قدرت، نابرابری در حیثیت، نابرابری های جنسی و نژادی را شامل می شود.

عامل نابرابری به طور مستقیم منجر به اعتیاد فرد نمی گردد، اما می تواند زمینه ساز فقر و مشکلات عاطفی گردد. از این رو، به طور غیرمستقیم عاملی در گرایش افراد به اعتیاد مواد مخدر محسوب می شود.

اختلاف طبقاتی در هر جامعه، به بی ایمانی بیشترین افراد آن جامعه نسبت به شرایط اقتصادی موجود منتهی می شود. همین بی ایمانی نسبت به شناخت اجتماعی در گرایش به اعتیاد تأثیر بسزایی دارد.

مطالعات اجتماعی نشان می دهند در کشورهایی که توزیع ثروت به صورت عادلانه صورت نمی گیرد، هر روز فقرا فقیرتر و اغنیا ثروتمندتر می شوند، فاصله طبقاتی فزونی می یابد و به علت عدم آموزش های اجتماعی و ضعف فرهنگی و فقدان احساس همبستگی ناشی از مادی گرایی و فردگرایی - که از ویژگی های جوامع در حال توسعه است - افراد قادر به هدایت درست ستیز علیه این بی عدالتی اجتماعی نیستند. در نتیجه، ارزش های اجتماعی فاقد اعتماد می شوند، نظارت اجتماعی سست می گردد و بزهکاری و تبهکاری عمومیت پیدا می کنند.

(ستوده، ۱۳۸۰)

## ۲-۱۹-۳-۴- نقش محیط جغرافیایی و محل سکونت

نقش محیط جغرافیایی شهر، از جمله شهرهای مرزی که امکان انتقال مواد مخدر به راحتی صورت می‌گیرد، و نیز محل سکونت در گرایش افراد به اعتیاد نقش بسزایی دارد.

در مورد محل سکونت، این مسئله اهمیت دارد که غالب افراد معتاد در مناطق حاشیه ای و مناطق قدیمی که دارای کوچه های پر پیچ و خم و خانه های مخروبه می باشد، زندگی می کنند. واقعیت این است که محیط های آلوده می توانند زمینه مساعد شکوفایی استعداد های موجود در افراد برای ارتکاب به جرم و اعتیاد را ایجاد نمایند. در این گونه مناطق که اغلب مناطق فقیرنشین می باشند، امکانات رفاهی و مراکزی مانند سینما، پارک و امکانات رفاهی کمتر وجود دارند و جوانان برای گذران اوقات فراغت خود به اجبار به طرف اعتیاد کشانده می شوند. از سوی دیگر، غالباً این گونه مکان ها از طرف نیروی انتظامی کمتر نظارت می شوند. همچنین اغلب روستاییان و مهاجران خارجی در محله های قدیمی، شلوغ و مخروبه ها که از مراکز شهرها به دور هستند اسکان می یابند و به دلیل آنکه این افراد، اغلب شغلی ندارند و در بین مردم شناخته شده نیستند، خیلی راحت و بهتر می توانند به توزیع مواد مخدر و در نهایت، مصرف آن روی آورند. (سعید، ۱۳۹۲)

## ۲-۱۹-۳-۵- نقش دوستان ناباب

عضویت در گروه همسالان برای نخستین بار کودکان را در فرایندی قرار می دهد که بیشترین میزان جامعه پذیری به صورتی ناخودآگاه و بدون هرگونه طرح سنجیده ای در آن انجام می پذیرد. گروه همسالان برخلاف خانواده و مدرسه، کاملاً حول محور منافع و علایق اعضا قرار دارد. اعضای این گروه می توانند به جست و جوی روابط و موضوع هایی بپردازند که در خانواده و مدرسه با تحریم مواجه است. تقریباً در ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می دهد.

ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعدکننده قوی برای ابتلای نوجوانان و جوانان به اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان سعی می کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. نظریه همنشینی افتراقی مؤید این دلیل می باشد. در این نظریه، کجروی و انحراف اجتماعی ناشی از آن است که فرد رفتار نابهنجاری را در خلال فرایند جامعه پذیری و یادگیری فراگرفته و آن را از طریق همانندسازی یا درونی کردن ارزش ها، در درون خود جایگزین کرده است و به صورت رفتار بروز می دهد. در این تحلیل، خانواده، دوستان و گروه همسالان بیشترین نقش را برعهده دارند.

گروه همسالان، بخصوص در شروع مصرف سیگار، بسیار مؤثرتر است. بعضی از دوستی ها صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می گیرد. (ممتاز، ۱۳۸۱)

در پایان می توان به عواملی چند در گرایش به اعتیاد اشاره کرد که به دلیل ضیق مجال توضیح آن ها امکان پذیر نمی باشد:

- نقش توسعه صنعتی و مهاجرت و حاشیه نشینی

- نقش ضعف اجرای قوانین و مقررات

- نقش بی سوادی و عدم آگاهی فرد
- نقش زندان و عدم تأثیر آن
- نقش وسایل ارتباط جمعی

## ۲-۲۰- جنسیت و اعتیاد

### ۲-۲۰-۱- زنان، جنسیت، اعتیاد و سوء مصرف مواد در ایران

دکتر سعید مدنی، عضو گروه پژوهشی رفاه اجتماعی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، با اشاره به تفاوت‌های جنسیتی پدیده اعتیاد، گفت: اعتیاد به لحاظ جنسیتی از یک الگو پیروی نمی‌کند؛ به همین دلیل، رویکرد جنسیتی در بررسی این مسأله اهمیت دارد. اگرچه شروع و شیوع اعتیاد عموماً در مردان بیشتر از زنان است، ولی در برخی کشورها این شکاف در حال کاهش است. آمریکا در سال ۲۰۰۰، میزان اعتیاد را در مردان ۷ درصد و در زنان ۵ درصد معرفی کرده است. در تایلند، ۷ درصد مردان و ۱ درصد زنان معتاد هستند. در ایتالیا نیز ۴۲ درصد معتادین، زن هستند.

وی ادامه داد: اعتیاد در زنان و مردان، از جهت الگو نیز تفاوت‌های زیادی دارد؛ مثلاً احتمال مصرف مواد در میان زنان کمتر از مردان است. از جهت خدمات و مداخلات پس از اعتیاد نیز زنان سخت‌تر به درمان پاسخ می‌دهند که این امر به مسائل فیزیولوژیکی مرتبط است. به همین دلیل، هزینه درمان اعتیاد زنان خیلی بیشتر از هزینه درمان مردان است. از سوی دیگر، مردانی که اعتیاد خود را ترک می‌کنند، به شدت مورد حمایت همسران خود قرار می‌گیرند ولی در مورد زنان این‌گونه نیست.

مدنی سپس به تفاوت‌های جنسیتی در علت‌شناسی اعتیاد اشاره کرد و گفت: به طور مشخص، شروع اعتیاد در زنان به دلیل تأثیرپذیری از روابط با افراد دوست و آشنا است. مصرف مواد مخدر، معمولاً از طریق یکی از نزدیکان توصیه شده که این عامل در زنان جدی‌تر از مردان است. در حدود نیمی از زنان معتاد، شوهرانی معتاد دارند. به دلیل اینکه زنان بیشتر از مردان در معرض خشونت قرار می‌گیرند، بیشتر به سمت مواد می‌روند. زنان از جهت اختلالات روانی، الگوی غالب را دارند. اختلالات روانی در زنان، حدود دو برابر مردان است. شیوع اختلالات روانی نیز در زنان حدود ۲۴ درصد است و در مقابل، ۱۱ تا ۱۲ درصد مردان دچار اختلالات روانی هستند.

سخنران این نشست در بخش دیگری از سخنان خود، به سابقه تاریخی اعتیاد زنان در ایران اشاره کرد و گفت: زنان در گذشته، مصرف‌کننده مواد مخدر، به ویژه تریاک بودند و معمولاً تریاک را به عنوان دارو استفاده می‌کردند. دکتر آریان‌پور، در گزارشی تأکید می‌کند که در دبیرستان‌های تهران، دخترانی مشاهده شده‌اند که سیگار حشیش‌دار مصرف می‌کنند. این امر بیان‌گر این است که الگویی که در آن، مواد مخدر نقش درمانی داشت، تغییر کرده است. تا اواخر دوره پهلوی، مسأله اعتیاد زنان، مسأله‌ای جدی نبوده است. اعتیاد در آن زمان وجود داشت ولی سهم زنان ناچیز بود. در آن زمان، سهم زنان در جرایم نیز پایین بود و مهم‌ترین جرم آن‌ها اعمال منافی عفت بوده است. بر اساس آمار، هرچه سهم زنان از جرایم بیشتر می‌شود، سهم آن‌ها از مواد مخدر نیز افزایش می‌یابد. بر

اساس در مطالعه‌ای که در سال ۱۳۸۰ انجام شد، زنان ۱۶ درصد جرائم را به خود اختصاص داده‌اند که این در اوایل انقلاب حدود ۳ یا ۴ درصد بود.

وی در ادامه با ارائه آمارهای مختلف در مورد اعتیاد زنان، بحث خود را پی‌گرفت و گفت: مطالعه‌ای در سال ۷۹، تصویری از وضعیت اعتیاد در ایران ارائه داده است که در آن، ۶/۶ درصد زنان مصرف‌کننده مواد هستند. البته این آمار در تهران، ۱۳/۳ و در کرمان ۱۲ درصد بود و بیشتر معتادان به جنبه دارویی مواد مخدر توجه داشتند. در سال‌های اخیر با مطرح شدن مواد صنعتی، سهم زنان نیز در مصرف مواد بیشتر شد. سازمان زندان‌ها در سال ۱۳۸۳، گزارش کرد که ۴۲ درصد زنان زندانی معتاد هستند. مشکلی که در مورد زنان زندانی وجود داشت، این بود که مصرف به صورت تزریقی صورت می‌گرفت و آنها از سرنگ‌های مشترک استفاده می‌کردند. در شیراز، در سال ۱۳۸۴، از یک نمونه آماری، آمار زنان معتاد ۱۸ درصد بود. در سال ۱۳۸۱ در تهران، ۶/۶ درصد سهم زنان در اعتیاد گزارش شده است که ۴۱ درصد آنها متأهل بودند و ۱۰۰ درصد هم توسط بستگان تشویق به کشیدن مواد شده بودند. ستاد مواد مخدر، گزارش می‌کند که بین ۴ تا ۶ درصد معتادین، زن هستند که ۵۴ درصد متأهل‌اند اما به دلایل مختلف این سهم می‌تواند خیلی بیشتر از آمارهای ارائه شده باشد و علت اصلی این است که زنان تمایل ندارند اعلام کنند که مصرف‌کننده مواد مخدر هستند.

سعید مدنی سپس افزود: در مطالعه‌ای که در باب مراکز ارائه خدمات اعتیاد در تهران انجام شده، ۸/۵ درصد مراجعه‌کنندگان، زن بوده‌اند. دامنه سنی این افراد بین ۱۴ تا ۶۴ سال و میانگین سنی، ۳۰ سال بوده، ۵۶ درصد از این افراد متأهل، ۳۰ درصد مجرد و ۱۴ درصد مطلقه بوده‌اند. از نظر نوع مصرف نیز مصرف‌کنندگان تریاک ۴۵ درصد، هروئین ۱۱ درصد و بقیه افراد، مصرف‌کنندگان مواد مخدر دیگر بودند. بر اساس مطالعات، زنان کمتر تمایل دارند که از روش تزریق استفاده کنند و عموماً مواد مخدر را از طریق استنشاق و خوردن مصرف می‌کنند. مدنی تأکید کرد: ارتباط بین تن‌فروشی و اعتیاد، مسأله‌ای اساسی در اعتیاد زنان است و مصرف مواد مخدر بین زنان تن‌فروش پدیده شایعی است. پایین‌ترین میزان گزارش شده در سال ۱۳۷۲، بیان‌گر این است که ۱۲ درصد زنان تن‌فروش، مواد مخدر مصرف می‌کنند. زنان تن‌فروش در مواردی به خاطر آثار سوء روحی و روانی تن‌فروشی، به مواد روی می‌آورند و در مواردی نیز مصرف مواد مخدر، نقطه شروعی برای تن‌فروشی آنهاست.

دکتر سعید مدنی در پایان سخنانش به موانع درمان اعتیاد زنان اشاره کرد و گفت: موانع زیادی برای ارائه خدمات به معتادین زن و مرد وجود دارد. یکی از مهم‌ترین موانع برای زنان، عوامل اقتصادی-اجتماعی است. مانع دیگر این است که به دلیل ساختار روابط خانوادگی، زنان کمتر تمایل دارند وارد چرخه درمان شوند و از این خدمات استفاده کنند؛ این امر هم به دلیل انگ‌هایی که به آنها می‌زنند و هم به دلیل حفظ آبروی فرزندان خانواده.

## ۲-۲۰-۲- اعتیاد و زنان، تفاوت‌های جنسیتی در مورد مصرف مواد و درمان آن

دکتر جعفر سخاوت به بررسی کتابی با عنوان "اعتیاد و زنان، تفاوت‌های جنسیتی در مورد مصرف مواد و درمان آن" پرداخت. وی با اشاره به این امر که مطالب بیان شده در این کتاب، مطالعاتی است که در آمریکا روی زنان معتاد انجام شده است، گفت: در صحبت نخست کتاب، بیشتر به مسأله تفاوت آسیب‌پذیری عاطفی دختران

و زنانی که به سمت اعتیاد رفته‌اند، اشاره شده است. در این کتاب بیان شده که مسائل عاطفی، عاملی تعیین کننده در مصرف مواد مخدر بین زنان نوجوان هستند. دختران نوجوان نسبت به پسران آسیب پذیرند و تمایل بیشتری برای مصرف مواد مخدر دارند و برای فرار از مشکلات عاطفی، به سمت مواد کشیده می‌شوند. وقتی زنان سوء مصرف را آغاز می‌کنند، اثرات منفی آن را زودتر از مردان می‌بینند و با مشکلات بیشتری نسبت به مردان روبه‌رو می‌شوند.

سخت‌افزار ادامه داد: به طور کلی، زنان گرایش دارند تا از طریق روابط نزدیک و صمیمانه با مواد و الکل آشنا شوند. برای خانم‌ها پیوند گروهی اهمیت بالایی دارد و همین امر کمک می‌کند تا در هنگام مشکلات عاطفی راحت‌تر جذب مواد مخدر شوند. شبکه خویشاوندی هم می‌تواند دختران و زنان را تربیت کند، هم می‌تواند آنها را به سوی رفتارهای نادرست و مشکلات روان‌شناختی، مثل افسردگی و ...، ترغیب کند.

وی همچنین با اشاره به رابطه خشونت با اعتیاد، گفت: مطالعات نشان می‌دهند که تقریباً تمامی زنان معتاد، درگیر خشونت و تاثیرهای سوء جنسی، فیزیکی و کلامی بوده‌اند. زنان نسبت به خشونت در خانواده آسیب‌پذیرترند. کسانی که قربانی خشونت فیزیکی و جنسی به طور هم‌زمان و مکرر شده‌اند، بیشتر در معرض خطر مصرف مواد مخدر قرار می‌گیرند و این امر در مورد افرادی که از مشکلات روانی رنج می‌برند هم دیده می‌شود.

سخت‌افزار افزود: مطالعه دیگری که در آمریکا درباره درمان افراد مصرف کننده مواد مخدر انجام شده است، نشان داده که بیش از ۴۰ درصد زنان معتاد دارای تاریخچه و سابقه سوء استفاده جنسی بوده و بیش از نیمی از آنها مصرف مواد را قبل از ۱۸ سالگی آغاز کرده‌اند. خشونت خانگی، به مسأله قدرت و کنترل در مسائل اجتماعی مربوط است که وارد رابطه قدرت در داخل خانواده می‌شود و نتیجه آن، اعمال خشونت، روی گروه‌هایی است که قدرت کمتری دارند.

وی تأکید کرد: هنگامی که افسردگی با مصرف مواد و الکل ترکیب می‌شود، تمایل به خودکشی را در پی دارد. افسردگی به خودانگاره و عزت نفس فرد ارتباط دارد. زنان نسبت به مردان مصرف کننده، از عزت نفس پایین‌تری برخوردارند. زنان معتاد اغلب، حوادث خشونت‌باری را از لحاظ روانی تجربه کرده‌اند. آن‌ها سوء استفاده جنسی، افسردگی و اضطراب را در کودکی تجربه کرده‌اند. اثر چنین حوادثی بر زنان و دختران بیشتر است. زنان دارای اختلال روانی، پس از سانحه، از مواد مخدر استفاده کرده‌اند و پس از آن، از عدم همبستگی و عذاب وجدان و ... رنج برده‌اند و این مسائل زمینه مصرف مواد مخدر را فراهم کرده است.

دکتر سخت‌افزار در ادامه، به بخش دیگری از کتاب که به پیامدهای اعتیاد اشاره دارد، پرداخت و گفت: زنان معتاد در ارتباط با کل جمعیت معتادان، مشکلات بیشتری دارند. زنان معتاد، از بی‌نظمی در دوره قاعدگی، تکثیر و تولید مداوم تخمک، توقف زود هنگام قاعدگی و قاعدگی بدون تخمک، سوء تغذیه، بیماری‌های جنسی و فشار خون بالا رنج می‌برند. در این کتاب، در مورد پیامدهای دیگر اعتیاد نیز به استعمال دخانیات اشاره شده است. سیگار کشیدن همراه با مواد، اولین عامل سرطان ریه است. همچنین مصرف تنباکو، خطر بیماری‌های قلبی را افزایش می‌دهد.

وی در مورد موانع درمان زنان معتاد نیز گفت: یکی از موانع درمان زنان معتاد، این است که مردان نسبت به زنان از امکانات و خدمات بهتری برخوردارند. موانع اجتماعی نیز در برابر زنان معتاد وجود دارد. در کتاب، دو رویکرد در مورد نگاه جامعه به اعتیاد بیان شده است. رویکرد اول اعتیاد را یک موضوع اخلاقی می‌داند و رویکرد دوم، اعتیاد را بیماری می‌بیند. رویکرد اول، معتاد را محکوم کرده و به زنان معتاد، منفی‌تر از مردان نگاه می‌کند. این مسأله مانع حمایت خانواده و مانع حمایت کارفرما و ... در مورد درمان زنان معتاد می‌شود. به همین دلیل، زنان معتاد برای درمان، نسبت به مردان، از حمایت کمتری از خانواده و دوستان خود برخوردار می‌شوند. یکی دیگر از موانع ترک اعتیاد نیز مسأله روانی و فقدان آگاهی از سختی و دشواری از ترک اعتیاد است.

دکتر سخاوت افزود: نکته اساسی، تفاوت وضعیت زنان و مردان است. در نظریات شکل‌گیری هویتی، مردان عمدتاً به مسأله استقلال در دوره رشد اکتفا می‌کنند ولی برای زنان به ارتباط، همدلی و همفکری اشاره می‌شود. این ارتباط بحث تحول هویتی در زنان است؛ یعنی هویت زنان، حاصل روابط صمیمانه و نزدیکی است که با دیگران دارند. از سوی دیگر، به نسبت میزانی که کنترل بر یک فرد اعمال می‌شود و همچنین به میزانی که کنترل می‌کند، او می‌تواند اعمال کند، امکان رخ دادن کج‌روی و انحراف وجود دارد. نظریه رابرت اِگینو قاعده‌ای را تصویر می‌کند با عنوان "قاعده انصاف در روابط اجتماعی". در این قاعده، باید بین هزینه‌های سرمایه‌گذاری شده و آنچه که عاید فرد می‌شود، تناسبی معقول و عادلانه برقرار باشد. وقتی افراد در رابطه نابرابر و ناعادلانه قرار می‌گیرند، به رفتارهای غیرمعقول دست می‌زنند تا خشم و نفرت خود را تخلیه کنند.

وی در پایان گفت: زنان معتاد با مشکلات بسیاری روبه‌رو هستند که به طور کلی شامل مشکلات روانی، اجتماعی، زیستی، محیطی و آموزشی می‌شود. این زنان مشکلاتی روانی مثل افسردگی، پایین بودن عزت نفس، نداشتن حامی و ... نیز دارند. از نظر اجتماعی هم هنوز اجتماع درک و زمینه لازم برای ارائه خدمات به زنان معتاد را ندارد و هنوز جامعه به زنان معتاد به عنوان افراد نابهنجار نگاه می‌کند. زنان معتاد از خدمات آموزشی و مهارت‌های لازم برخوردار نیستند. آنها عموماً از لحاظ اقتصادی مشکلات زیادی دارند و گاهی برای خرید مواد مصرفی خود، دست به تن‌فروشی می‌زنند محیط زیستی آنها اغلب محیطی نابهنجار و ناآرام است و این خود زمینه لازم را برای به وجود آمدن مشکلات متعدد دیگر فراهم می‌کند.

تربیت خوب و سالم حق فرزندان است. و مسولیت فرزند پروری به عهده والدین می‌باشد، مطالعات متعدد نشان داده اند که روش تربیت با مراقبت والدین از فرزندان نقش مهمی در ارتقای سلامت و پیشگیری از بسیاری آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد دارد.

والدین موظف هستند تا از میان روش‌های تربیتی مختلف، بهترین شیوه پرورش فرزندان را انتخاب کرده و در تربیت آنان بکار ببندند. (خالقی، ۱۳۹۵)



## ۲-۲۱- جایگاه فرزندپروری

خانواده یکی از اساس شکل گیری شخصیت کودک و اولین بذر تکوین رشد فردی و پایه اساسی بنا شخصیت آدمی است زیرا کودک در بیشتر حالات خود مقلد پدر و مادر در خوی و رفتار آنهاست. تردیدی نیست که خانواده اثری عمیق و پایدار در پی ریزی رفتار فردی کودک و بر انگیزتن روح زندگی و آرامش درونی او دارد. کودک در خانواده زبان می آموزد، برخی از روش های اخلاقی را کسب میکند و به خصلت های گوناگون متصف میشود. خانواده سهم بسزایی در بنای تمدن انسانی و بر پا داشتن روابط همکاری بین مردم را دارد هنر آموختن اصول اجتماع و قواعد ادب و اخلاق به انسانها به عهده خانواده است به اعتقاد ما اگرچه همه ی کودکان دنیا دارای والدین هستند اما میتوان گفت که تنها تعداد محدودی از والدین صلاحیت تربیت کردن و مربی بودن را دارا میباشند. همچنین اگر چه همه ی والدین دنیا خواهان خیر و سعادت فرزندان خود هستند و با صداقت و زحمت زیاد و نیز بر حسن شرایط زیستی، اجتماعی و اقتصادی خود، تا سر حد امکان میکوشند تا نیازهای مادی و معنوی کودکان خود را به بهترین صورت تامین نمایند، ولی متأسفانه این امر، اغلب بعلت کمبود و عدم آگاهی های درست از روش های تربیتی نتیجه معکوس میدهد. والدینی هستند که اظهار میدارند، با وجود اینکه آنها از کوچکترین خواسته های کودکانشان فروگذاری ننموده اند، اما فرزندانشان در کارهای خود، آنچنانکه باید و شاید موفق نمیشوند، جسارت کافی برای انجام امور را ندارند و اغلب اولیای مدرسه از آنها شکایت دارند.

البته قضاوت در مورد اینکه چه عامل و عواملی عدم موفقیت چنین کودکی را سبب شده است، تا حدی مشکل و مستلزم تفکر بیشتری است، اما چیزی که به وضوح روشن است، حمایتها و توجه افراطی والدین میباشد که این خود از جمله عواملی است که کودک را متکی و وابسته بار می آورد. اشکال اصلی والدین این کودکان این است که آنها فرصتی به کودک نداده اند تا به تواناییها و استعدادهای خود پی ببرد. گفتنی است والدین خوب آنهایی نیستند که تمامی امیال و خواسته های کودکان خود را جامه عمل بپوشانند. در مقابل کسانی که هیچ نوجهی به خواسته ها و علایق کودکان نداشته باشند و صرفا علایق و نظرات خود را بر کرسی بنشانند نیز والدین خوب تلقی نمیشوند.

در مجموع شاید بتوان گفت که اصطلاح ((والدین خوب)) یک مفهوم ارزشی و محتمل است که از فرهنگی به فرهنگ دیگر متفاوت باشد. اما روی هم رفته والدینی خوب هستند که سعی در شناخت نیازهای جسمانی، عاطفی، اجتماعی، عقلانی و اقتصادی فرزندانشان داشته باشند و با در نظر گرفتن شرایط و نیز عواقب و جوانب به رفع نیازهای آنها بپردازند و با مراجعه به متخصصین امر در زمینه های مربوط به تربیت کودکان، بهترین روشها را برای تربیت فرزندانشان برگزینند و در پرورش شخصیت آنان تلاش نمایند. (اسفندیاری، ۱۳۹۲)

## ۲-۲۲- تعریف فرزندپروری

فرزندپروری به معنای ساده به فرایند تربیت فرزند اطلاق می شود و زمانی که اشخاص بچه دار می شوند در این فرایند قرار می گیرند. اما فرزند پروری و تربیت کودک به این سادگی نیست و اگر بخواهیم تعریف دقیق تری

از آن ارائه دهیم، می‌توانیم بگوییم که این فرایند شامل استفاده از دانش و مهارت مناسب و برنامه ریزی برای پیشرفت فیزیکی، عاطفی و اجتماعی و همچنین مراقبت صحیح از فرزندان می‌باشد.

## ۲-۲۳- سبک های فرزندپروری

برای انتخاب سبک فرزند پروری مقتدرانه یا هر روش دیگری، ارزیابی شما درباره این که خودتان از کدام دسته والدین هستید، اهمیت زیادی دارد. پس پیش از هر چیز با خودتان فکر کنید، ببینید خود شما روش فرزند پروری خود را چگونه توصیف می‌کنید؟ آیا یک پدر یا مادر سختگیر و کنترل‌کننده هستید، همیشه سعی کردید مهربان و مسئولیت‌پذیر باشید یا از آن دسته والدینی هستید که به قول معروف فرزند خود را لوس می‌کند و به ندرت تنبیه را در دستور کار خود قرار می‌دهید؟ یکی از این روش های فرزند پروری، فرزند پروری مقتدرانه است. برخی روانشناسان کودک معتقدند که این سبک فرزند پروری نسبت به بقیه شیوه ها ایده آل تر است. شاید اسم سبک فرزند پروری مقتدرانه کمی ترسناک و خشن به نظر بیاید و شما را از انتخاب این روش منصرف کند. در این صورت شاید شما این شیوه را با شیوه فرزند پروری مستبدانه اشتباه گرفته باشید. اما واقعا فرزند پروری مقتدرانه چگونه است و چگونه می‌توان در زندگی و برای تربیت کودک خود اجرا کنید.

## ۲-۲۴- شیوه های فرزند پروری

در دهه ۱۹۶۰، روانشناسی به نام «دایانا بامیرمند» مقاله نوآورانه‌ای براساس تحقیقات خود نوشت و در آن سه سبک فرزند پروری که مشاهده کرده بود را با جزئیات و به صورتی دقیق توصیف کرد. او در این تحقیق پی برده بود که به صورت کلی در تمام شیوه های فرزند پروری، سه نوع والدین مستبد، سهل‌گیر و مقتدر وجود دارند. حال بیابید با هم بررسی کنیم که در تحقیقات خانم بامیرمند هر سبک فرزندپروری چگونه توصیف شده است.

### ۲-۲۴-۱- شیوه فرزند پروری مستبدانه

والدینی که برای تربیت کودک خود در این دسته فرزند پروری قرار می‌گیرند، همیشه خواستار اطاعت مطلق فرزندان خود، بدون هیچ اما و اگر هستند. والدینی که به روش فرزند پروری مستبدانه عمل می‌کنند، اعتقادی ندارند که آن‌ها باید قوانینی را که تعیین می‌کنند، ابتدا توضیح دهند. کودک باید بداند که چرا چنین قانونی وضع شده و پیروی یا عدم پیروی از این قانون چه پیامدهایی برای او خواهد داشت.

در واقع والدین مستبد انتظار دارند که فرزندان بدون پرسیدن هیچ سوالی، فقط اطاعت کنند. این نوع والدین خواست خود را بر فرزندان اعمال می‌کنند و بدون کمی ملایمت یا حمایت، آن‌ها را مورد تنبیه مقرر می‌دهند. فرزندان والدین مستبد، اغلب اعتماد به نفس پایین، افسردگی و ترس از موقعیت‌های جدید را از خود نشان می‌دهند. سعی کنید هرگز یک پدر یا مادر مستبد نباشید، تاثیری که این سبک فرزند پروری روی آینده فرزند شما می‌گذارد، بسیار مخرب است.

## ۲-۲۴-۲- سبک فرزند پروری سهل گیرانه

والدینی که درسته فرزند پروری سهل گیرانه قرار می گیرند، فرزندشان را تنبیه نمی کنند یا قوانینی را به آنها تحمیل نمی کنند. آنها نمی خواهند هیچ برخوردی با کودک خود داشته باشند، چون معتقدند بچه‌ها باید خودشان را کنترل کنند. این نوع والدین، صمیمی و احساسی به فرزندانشان پاسخ می دهند که خوب است اما آنها تمایلی به تعیین مرز ندارند. همین امر موجب شده تا والدینی که از این سبک فرزند پروری استفاده می کنند، کنترلی روی رفتار بچه‌هایشان نداشته باشند. هر عقل سلیمی می داند که این اصلاً اتفاق خوشایندی نیست. آنها همیشه خواسته‌های بچه‌ها را بدون هیچ چون و چرا می پذیرند و بد رفتاری آنها که منجر به پیامدهای منفی برایشان می شود، نادیده می گیرند.

تحقیقات نشان داده کودکانی که زیر نظر والدین سهل گیر بزرگ می شوند، بدون فکر عمل می کنند، قوانین و محدودیت‌ها را نادیده می گیرند و زمانی که بزرگ تر می شوند تمایل زیادی به خشونت و مصرف مواد مخدر دارند. فرزندان والدین سهل گیر بیشتر از بقیه در معرض خطر افسردگی و اضطراب هستند (این منطقی است، چون زمانی که کودکان محدودیتی ندارند و احساس می کنند بر والدین خود کنترل دارند، این اتفاق می تواند برای آنها ترسناک و استرس‌زا باشد. دقیقاً به همین دلیل است که بچه‌ها به مرزبندی و پیروی از قوانین نیاز دارند).

## ۲-۲۴-۳- شیوه فرزند پروری مقتدرانه

یکی از بهترین شیوه های فرزند پروری که بسیاری از روانشناسان روی آن تاکید دارند، شیوه فرزند پروری مقتدرانه است. در این روش، والدین نه خیلی صمیمی و نه خیلی سرد هستند. آنها شبیه والدین مستبد رفتار می کنند (والدین قوانین و محدودیت‌هایی تعیین و آنها را اجرا می کنند و اگر بچه‌ها به آنها عمل نکنند، عواقب آن را به کودک گوشزد می کنند). اما والدین مقتدر از نظر احساسی پاسخگو و صمیمی هستند و با فرزندان خود ارتباط برقرار می کنند. این نوع والدین به بچه‌ها احترام می گذارند و به حرف‌هایشان گوش می دهند (و انتظار دارند که بچه‌ها هم همین کار را انجام دهند).

در شیوه فرزند پروری مقتدرانه، والدین کودک را تشویق می کنند که به صورت مستقل فکر کند، اما هرگز تسلیم بچه‌ها نمی شوند و انتظار دارند که کودک هم با آنها همکاری کرده و همیشه رفتار خوبی از خود نشان دهد. وقتی بچه‌ها کار اشتباهی انجام می دهند، والدین مقتدر با هدف هدایت و آموزش به آنها تنبیه‌شان خواهند کرد و آنچه را که از بچه‌ها انتظار دارند براساس موقعیت و نیازهای فردی کودک تغییر می دهند. از میان تمام شیوه های فرزند پروری تعیین شده، این روش فرزند پروری نشان داده که بهترین نتیجه را برای فرزندان به همراه خواهد داشت. فرزنددی که به روش مقتدرانه تربیت شده، سلامت احساسی بهتر، مهارت‌های اجتماعی بالاتر و انعطاف پذیری بیشتری دارد و در عین حال دلبستگی بیشتری هم به والدین خود پیدا می کند.

## ۲-۲۴-۴- سبک فرزندپروری بی اعتنا

تا به اینجا به سه مورد از شیوه های فرزند پروری اشاره کردیم که در تحقیقات خانم بامیرمند به آنها اشاره شده بود. اما شیوه فرزند پروری چهارمی هم وجود دارد که توسط محققان النور مک کویی و جان مارتین شناسایی شده و به فرزند پروری بی اعتنا معروف است. در این سبک، والدین ارتباط کمی با فرزندشان دارند، در زندگی آنها دخالتی نمی کنند، صمیمیت و پاسخگویی کمی نسبت به نیازهای عاطفی کودکان دارند و توجه کافی یا مناسبی در مورد تنبیه یا نظارت بر بچه ها ندارند.

فرزندپروری بی اعتنا بدترین عواقب را برای کودک به همراه دارد. کودکانی که از میان تمام شیوه های فرزند پروری با این سبک بزرگ می شوند، از نظر احساسی بیشتر انزوا طلب هستند، اضطراب دارند و ممکن است در معرض رفتارهای غلط، خطرناک و همچنین مصرف مواد مخدر قرار بگیرند.

## ۲-۲۴-۵- رابطه فرزند پروری و اعتیاد

به اعتقاد روانشناسان، صرف نظر از انواع رفتارهایی که والدین برای تربیت فرزندان خود به کار می برند، در مجموع فرزندپروری براساس دو رکن محبت و انضباط استوار است، محبت به معنای وجود و ابراز برخی ویژگی های خوب در ارتباط بین والد و فرزند جهت پاسخگویی به نیازهای آنان مانند صمیمیت، علاقه، پذیرش، توجه و گرمی است. محبت زمینه مساعد برای تربیت فرزندان را فراهم می کند در مقابل در خانواده های عاری از محبت به نیازهای اساسی فرزندان توجه نشده و احتمال لغزش در دام رفتارهای پرخطر بیشتر است. انضباط یا عمل نیز به مجموعه ای از انتظارات، مسئولیت ها، محدودیت ها و وظایف مشخص گفته می شود که توسط خانواده در نظر گرفته می شود انضباط و عمل متعادل، تربیت را قانونمند می کند. در مقابل فرزندان خانواده هایی که قوانین سخت در تربیت فرزندان وضع کرده یا برایشان اهمیتی ندارد، معمولاً دچار مشکلات متعدد می شوند در حالی که هم محبت و هم انضباط در پرورش درست فرزندان اهمیت دارند، اما افراط و تفریط در هر یک از آن می تواند مشکل ساز شود.

اطاعت بدون چون و چرا به عنوان یک ارزش خانوادگی مهم، عدم توجه به علایق، نیازها و سلیقه های فرزندان در برنامه ریزی ها، داشتن انتظارات زیادی از فرزند بدون گفتن دلایل آن از جمله سایر ویژگی های والدین مستبد است.

باید گفت که خانواده مستبد پیامدهایی دارد و فرزند خانواده های مستبد با مجموعه ای از مشکلات روانی اجتماعی مواجه هستند که عمده آنها از عوامل خطر و زمینه ساز اعتیاد فرزندان محسوب می شوند و مشکلات رفتاری، عزت نفس پایین، مهارت های اجتماعی ضعیف، گوشه گیری و انزوا، ضعف در هدف گزینی، ضعف در تصمیم گیری، اضطراب بالا، فقدان کنجکاوی، وابستگی به والدین، واکنش ضعیف در برابر ناکامی ها و تسلیم در دختران و خصومت در پسران از مهمترین این پیامدها محسوب می شود.

فرزندان خانواده های سهل گیر واقعا در خانواده حکومت می کنند. معمولاً تمام اعضای خانواده در حال ارایه خدمات و سرویس به آنها هستند. در این نوع فرزندپروری انتظار و توقع از فرزندان کم، اما توجه و محبت زیاد

است و نبود قواعد و قوانین خانوادگی برای فرزندان نبود هر گونه انتظار، توقع، مسؤولیت و در نتیجه آزاد، بی مسؤولیت و بی برنامه بودن این فرزندان از سایر خصوصیات والدین سهل گیر است.

بر اساس این تحقیق، تربیت به معنای سخت گیری بر فرزندان نیست. در واقع سهل گیری هم می تواند به اندازه سخت گیری برای فرزندان مشکلات ایجاد کند ایجاد مزاحمت برای دیگران، ضعف در درک پیامدهای رفتار خود، کاهش موفقیت های تحصیلی، وجود مشکلات رفتاری به ویژه پرخاشگری بالا و مستعد بودن برای سوء مصرف مواد اعتیادآور برخی از ویژگی های فرزندان خانواده های سهل گیر است.

خانواده غافل نیز به نوبه خود پیامدهایی دارد و فرزندان این خانواده ها نه تنها آزادی بی حد و حصری دارند بلکه نه محبتی دریافت می کنند و نه کسی از آنها انتظار و توقعی دارد.

والدین غافل معمولاً فرصت های تربیت فرزندان را از دست داده و حتی به تهدید تبدیل می کنند. طرد، ضعف یا فقدان دلبستگی ایمن، ضعف در مهارت های هیجانی، شناختی و اجتماعی، پرخاشگری، عدم پیروی و اطاعت از استانداردها، نافرمانی، رفتارهای ضد اجتماعی، پیوستن به گروه ها و باندهای ضد اجتماعی و قرار گرفتن در معرض انواع رفتارهای پرخطر از جمله اعتیاد برخی از ویژگی های فرزندان خانواده های غافل محسوب می شود.

بر اساس این گزارش، این در حالیست که بهترین روش فرزندپروری، روش قاطعانه است در این روش، والدین هم از فرزندان خود انتظاراتی دارند و هم نسبت به آنها توجه و محبت کافی نشان می دهند و انتظارات آنها منطقی و متناسب با سن فرزندانشان است، انتظاراتشان را با فرزندانشان در میان می گذارند و در این زمینه با آنها گفت و گو می کنند و دلیل و منطقی روشنی برای قواعد خانوادگی مطرح می کنند.

شادی، استقلال، مهارت های قوی اجتماعی، توانایی استدلال قوی در مورد اعمال و رفتارها، توانایی سنجیدن رفتارهای خود، روحیه مقابله با مشکلات، پیشرفت تحصیلی بالا، قدرت قضاوت خوب، فهم و درک بالا از ارزش ها، اخلاقیات و اهداف زندگی، ارزش زیاد قائل شدن برای همکاری و مسؤولیت اجتماعی و توانایی بالا برای مقابله با انواع آسیب های اجتماعی به ویژه اعتیاد برخی از ویژگی های فرزندان این خانواده است.

والدین قاطع در روش تربیتی خود، علاوه بر ارابه محبت کافی، تلاش می کنند تا فرزندانشان را با استدلال و منطقی حاکم بر قواعد و قوانین خانوادگی آشنا کنند. همین ویژگی باعث رشد توانایی تحلیل اطلاعات در فرزندان شده و در نتیجه آنها می توانند پیامدهای رفتار خود را به درستی متوجه شوند. از این روی، احتمال گرایش فرزندان خانواده های قاطع به رفتارهای پرخطر از جمله مصرف مواد اعتیادآور در مقایسه با سایر خانواده ها کاهش می یابد. (رحمت زاده، ۱۳۹۶)

## ۲-۲۵- رابطه سبک های فرزندپروری و اعتیاد

رفتارهای والدین شامل نظارت کم، نظم غیر مؤثر و الگوی ارتباطی خانوادگی نامناسب، عامل مهمی در شروع و ادامه ی مشکلات مصرف مواد در میان جوانان است. (لیدی و داکلف، ۱۹۹۵)<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> Lidy & Daklf, 1995

تحقیقات امل کامپ و هرس<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) نشان داد که بین شیوه های فرزندپروری و روابط درون خانواده با ابتلاء به اعتیاد رابطه وجود دارد، آن ها به این نتیجه رسیدند که طردشدگی و فقدان رابطه ی گرم و عاطفی در بین خانواده های معتادین بسیار بالاست.

در تحقیقی که هواسی (۱۳۸۰) انجام داد این نتیجه به دست آمد که والدین نوجوانان معتاد، بیشتر از سبک والدینی استبدادی و طرد کنندگی استفاده می کنند.

هم چنین تحقیق اندرسون و ایزمان<sup>۲</sup> (۲۰۰۳) نشان داد که تربیت والدین بر روی میزان رفتار های ناسازگارانه مانند ابتلاء به اعتیاد تأثیر دارد.

سبک های فرزند پروری از طریق تأثیر بر عزت نفس، استقلال، خود کنترلی و راههای مقابله با تنیدگی کودکان و نوجوانان (کوپکو، ۲۰۰۷؛ وارگو، ۲۰۰۷)<sup>۳</sup> بر دیگر رفتارهای آنها اثر می گذارد. پژوهش ها نشان داده است که سبک های فرزند پروری، عملکرد تحصیلی و رفتارهای ناسازگار فرزندان (بنت، ۲۰۰۸؛ ترنر، چندلر و هفر، ۲۰۰۹)<sup>۴</sup> اعتیاد به مواد مخدر و الکل (ساجمن و لوتار، ۲۰۰۰)<sup>۵</sup> مهارت های اجتماعی (ترنر، چندلر و هفر، ۲۰۰۹) و سلامت روان (داوایری، ۲۰۰۴)<sup>۶</sup> آنها را تحت تأثیر قرار می دهد.

از نظر اکویلینو (۲۰۰۱)<sup>۷</sup> و گالامبوس (۲۰۰۳)<sup>۸</sup> نوجوانانی که والدین خود را آزادمنش میدانند، سازگاری بهتری را تجربه می کنند. رضایی<sup>۱۱</sup> (۲۰۰۷) نشان داده است که بین سبک فرزندپروری مقتدر و بلوغ اجتماعی دانش آموزان در تمام پایه ها رابطه ی معنادار وجود دارد. از نظر هواسی<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۷) روش فرزندپروری مستبد باخانواده های دارای نوجوان معتاد رابطه ی مثبت دارد. موریس<sup>۱۳</sup> (۲۰۰۲) و هاردی، یاور و جاریک<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۹) نشان داده اند که بین خانواده های سهل گیر با اعتیاد فرزندان رابطه ی مثبت وجود دارد.

## ۲-۲۶-تاریخچه ی پژوهش

### ۲-۲۶-۱-تحقیقات داخل کشور

نیازی، محسن؛ محمد کارکنان؛ میلاد نوروزی و احسان شریفی، ۱۳۹۵، بررسی ارتباط روابط خانوادگی نا مناسب و گرایش به اعتیاد و بزهکاری در جوانان: در این مطالعه، رابطه ی بین روابط خانوادگی نامناسب و ارتباط با خرده فرهنگ بزهکاری با میزان گرایش به مواد مخدر مورد بررسی قرار گرفته است. اطلاعات تحقیق با استفاده

<sup>1</sup> Kamp & Hares,1988

<sup>2</sup> Anderson & Ezman,2003

<sup>3</sup> Koupko,2007

<sup>4</sup> Wargo,2007

<sup>5</sup> Bent,2008

<sup>6</sup> Terner & Chendler et al,2009

<sup>7</sup> Suchman & Loutar,2000

<sup>8</sup> Dawayri,2004

<sup>9</sup> Ekvilino,2001

<sup>10</sup> Galambus,2003

<sup>11</sup> Rezaei,2007

<sup>12</sup> Havasi,2007

<sup>13</sup> Mouris,2002

<sup>14</sup> Hardi & Yaver et al,2009

از تکنیک پرسش نامه توام با مصاحبه جمع آوری گردیده است. جامعه آماری تحقیق شامل معتادین به مواد مخدر در شهرستان کاشان در سال ۱۳۹۵ می باشد که با استفاده از فرمول نمونه گیری کوکران تعداد ۲۴۵ نفر به عنوان نمونه تحقیق به روش تصادفی ساده انتخاب و مورد بررسی قرار گرفته اند.

عطایی، پری؛ مرجان زرنندی؛ میلاد نوروزی و احسان شریفی، ۱۳۹۵، بررسی رابطه بین سبک زندگی مدرن و گرایش به مصرف مواد: پژوهش حاضر به بررسی رابطه بین سبک زندگی مدرن و گرایش به مصرف مواد مخدر در بین شهر وندان شهر اصفهان پرداخته است. روش تحقیق پیمایش بوده و چهار چوب نظری با توجه به دیدگاههای نظریه پردازانی چون اسمیت، وبلن، بوردیو، گیدنز و دیگران تنظیم شده است. نتایج حاصل از آزمون فرضیات نشان می دهد: بین سبک زندگی و ابعاد تمایل به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد. بدین معنا که سبک زندگی همبستگی مثبت معنا داری با ابعاد محیطی و اجتماعی تمایل به اعتیاد دارد. بین عامل های سبک زندگی و تمایل به اعتیاد رابطه وجود دارد؛ نحوه گذراندن اوقات فراغت همبستگی منفی معنا داری با تمایل به اعتیاد دارد همچنین گرایشات مصرف همبستگی مثبت معناداری با تمایل به اعتیاد دارد بطوریکه با افزایش گرایشات مصرف تمایل به اعتیاد افزایش می یابد. مصرف فرهنگی نیز با تمایل به اعتیاد رابطه ای منفی نشان می دهد بطوریکه هرچه مصرف فرهنگی افزایش یابد میزان تمایل به اعتیاد کاهش می یابد و بالعکس

نوریان نجف آبادی، محمد و نرجس جهانگیر، ۱۳۹۵، بررسی رابطه بین نشاط اجتماعی و سلامت روان در پیشگیری از گرایش جوانان به اعتیاد مواد مخدر: اعتیاد جوانان یکی از معضلات جدیدی است که در چند دهه اخیر گریبانگیر اکثر شهرهای کوچک و بزرگ در جهان معاصر است. هدف از تحقیق حاضر بررسی رابطه بین نشاط اجتماعی و سلامت روان در پیشگیری از گرایش جوانان به اعتیاد مواد مخدر صورت گرفته است.

زرنندی، مرجان؛ پری عطایی؛ میلاد نوروزی و احسان شریفی، ۱۳۹۵، تبیین رابطه ی رضایت از زندگی و گرایش به اعتیاد در جوانان: هدف از این پژوهش تبیین رابطه ی رضایت از زندگی و گرایش به اعتیاد در جوانان می باشد. این پژوهش با استفاده از روش تحقیق پیمایشی، تعداد ۴۰۰ نفر از جوانان شهر اصفهان را روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی انتخاب کرده و پاسخگویان پرسشنامه ی رضایت از زندگی دینر و گرایش به اعتیاد را پاسخ دادند. نتایج نشان داد که بین متغیر رضایت از زندگی با گرایش به میزان اعتیاد به مواد مخدر رابطه معنادار و معکوسی وجود دارد  $P < 0/05$ .

آقایی، عنایت اله، ۱۳۹۵، آسیب شناسی گرایش جوانان به مواد مخدر با رویکرد فرهنگی، همایش ملی پیشگیری از اعتیاد: بنخاطر آسیب پذیر بودن قشر جوان و روند فزاینده گرایش جوانان به مواد مخدر، اقدامات مبارزه با اعتیاد از کارایی لازم برخوردار نبوده است. لذا پیشگیری مقدم بر مبارزه و درمان است.

خوشبخت، شمس الملوک؛ مسعود ستاری؛ بهناز سمیعی و زهرا قندهاری مطلق، ۱۳۹۵، خانواده مهمترین محیط برای پیشگیری اولیه از اعتیاد به مواد مخدر: خانواده به عنوان نخستین جایگاه شکل گیری و جهت دهی به شخصیت فرد است اما به دلیل فقر آموزشی که دارند نقش اصلی را در گرایش نوجوانان و جوانان به مواد مخدر جدید ایفا می کنند.

به پژوه (۱۳۹۱) اصول برقراری رابطه ی انسانی با کودک و نوجوان: در این کتاب ابتدا بخشی درباره ی خانواده شناسی، اهمیت و ضرورت آموزش و مشاوره ی خانواده در شکل گیری خانواده ی سالم بیان شده و در ادامه پرسشنامه ی خود ارزیابی اصول برقراری رابطه ی انسانی با فرزندان ارائه شده است.

صرامی (۱۳۹۰) آموزش سبک های فرزندپروری، مهارت های زندگی، پیشگیری اولیه از اعتیاد ویژه والدین: در این کتاب سعی شده تا والدین ضمن آگاهی از سبک های فرزندپروری، با روش های مهارت های زندگی و پیشگیری اولیه از اعتیاد آشنا شده و نقش خود را به عنوان پدر، مادر یا سرپرست فرزندان خود فعالانه ایفا نمایند. پدram (۱۳۹۰) خانواده و تربیت فرزند: در این کتاب پس از توضیح مختصر در مورد انواع خانواده و روابط پیچیده حاکم بر آنها به انواعی از مشکلات ریز و درشت در روابط درون خانوادگی پرداخته است، نگرانی های شایع پدران و مادران در مورد فرزندان و شیوه ی تربیت آنان را به خوبی مطرح کرده و در همین حال با مثال های پر شمار مشهود و ملموس، راه کارهای علمی و عملی برای آنان ارائه نموده است.

صادقی رودسری (۱۳۸۷) باید ها و نبایدها در تربیت کودکان و نوجوانان: این اثر سعی دارد به سوالات پدران و مادران پاسخ دهد و شیوه های ارتباطی در شبکه ی خانواده را ترسیم نماید پیغمبری (۱۳۸۵) والدین آگاه، فرزندان دلخواه: در این کتاب چارچوب هایی که برای تربیت صحیح موثر است بیان شده تا خانواده ها با به کارگیری آن بتوانند اثرات جامعه و محیط بیرونی را در تربیت فرزند خود کمرنگ نموده و آسیب های احتمالی را حذف نمایند.

عطاری کرمانی (۱۳۸۳) این گونه فرزندتان را تربیت کنید: در این کتاب سعی شده خلاصه و چکیده ای از بهترین روش ها را در اختیار والدین و مربیان قرار داده و با زبانی ساده و روان به تجزیه و تحلیل آنها پرداخته شده.

## ۲-۲۶-۲-تحقیقات خارج کشور

هلنا کاترینا<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) در پژوهشی تجربه والدین استبدادی را برای فرزندان مدرسه خود اجرا می کند، این مطالعه نشان می دهد که متخصصان پرستاری اطلاعات کافی برای والدین در رابطه با سبک های والدین فراهم می کنند که می تواند رشد و توسعه مطلوب کودکان را تسهیل کند. همچنین مطالعات آینده مربوط به عوامل فرهنگی مرتبط با والدین اقتدارگرا برای درک بهتر این سبک والدین در زمینه فرهنگی پیشنهاد شده است.

یورانگ لیو<sup>۲</sup> (۲۰۱۸) به بررسی رابطه والدین و افسردگی کودکان در کودکان و نوجوانان چینی پرداخت. بر اساس ارزیابی کیفی روش شناختی و تئوری استفاده از چندین محدودیت در مطالعات بررسی شده، مانند عدم وجود مطالعات آینده نگر، استفاده از اطلاعات فردی و اقدامات پرسشنامه؛ استفاده ناکافی از چارچوب نظری؛ و مفهوم سازی و عملی ساختن ساختارهای والدین نامشخص است. این بررسی هایی برای کارگران اجتماعی

<sup>۱</sup> Helena Katrina, 2018

<sup>۲</sup> Youranglive, 2018



و متخصصان بهداشت عمومی را ارائه می دهد تا با در نظر گرفتن ابعاد مختلف والدین در مداخلات مبتنی بر خانواده طراحی شده برای کاهش افسردگی در کودکان و نوجوانان چینی را در نظر بگیرند.

ماری شارلوت<sup>۱</sup> (۲۰۱۸) توانایی های ذهن خوانی در بیماران وابسته به مواد مخدر، نتایج این پژوهش پیش بینی می کنند که بیماران وابسته به مواد مخدر ممکن است شناخت اجتماعی آسیب دیده ای داشته باشند که منجر به کاستی هایی حتی در تعاملات معمول نیز می شود که خود عامل خطری برای اعتیاد است. این یافته ها بر اهمیت گسترش تعاملات برای تقویت توانایی شناخت اجتماعی در طول توانبخشی بیماران وابسته به مواد مخدر تأکید دارد.

مارکوس کاکین<sup>۲</sup> (۲۰۱۸) رفتارهای اعتیادآور و پریشانی روانی در میان نوجوانان و بزرگسالان در حال ظهور: یک نقش میانجی در شناسایی گروه همسالان، این یافته ها از تحقیقات گذشته پشتیبانی می کند و توضیح مدل میانجیگری را در مورد اینکه روابط اجتماعی ضعیف را به عواقب منفی رفاه در رفتارهای مختلف اعتیاد افزایش داده اضافه می کند، فراهم می کند و در نتیجه اهمیت گسترش شناخت ما از نتایج گروه های اجتماعی را در میان افراد جوان افزایش می دهد.

ماریا کوپر و همکاران<sup>۳</sup> (۲۰۱۷) یک مطالعه طولی در مورد درک ریسک و شروع سیگاری در بین دانش آموزان کالج: تعامل با وضعیت سیگار کشیدن برای برنامه های پیشگیرانه که با توجه به آسیب های احتمالی سیگاری های الکترونیکی برای دانشجویان غیر کالج سیگاری است، تاثیر می گذارد.

گابریل کاسلی<sup>۴</sup> (۲۰۱۵) فراسناخت در رفتارهای اعتیاد آور، این مقاله مدل S-REF و کاربرد آن در رفتارهای اعتیاد آور را با استفاده از فرمول فراسناختی سه گانه توصیف می کند. بحث: شواهد موجود از مولفه های شکل گیری فراسناختی سه گانه بررسی شده و پیامدهای بالینی برای استفاده از درمان فراسناختی در رفتارهای اعتیاد آور توصیف شده اند.

ناکایاما<sup>۵</sup> (۲۰۱۱) سبک های فرزند پروری و نظارت والدین با فناوری اطلاعات و ارتباطات: مطالعه دانش آموزان ژاپنی پیش دبیرستان و والدین آن ها، در این تحقیق از ۲۸۶ جفت دانش آموز ژاپنی پیش دبیرستانی و والدین آن ها به منظور بررسی ارتباط بین سبک فرزند پروری و تصمیم به استفاده از سیستم های نظارتی به همراه فناوری اطلاعات برتر مثل دستگاه های GPS و کارت های IC، جمع آوری شدند نتایج نشان داد که اکثر شرکت کنندگان هیچ تجربه ای از سیستم های نظارتی ندارند اما بیش از نصف والدین تا حدی تمایل به استفاده از آن دارند. نوعی ارتباط بین تمایل به استفاده از سیستم های نظارتی و دو نوع سبک فرزند پروری (پاسخ دهی و کنترل) گزارش شده از والدین و فرزندان بررسی شده، وجود دارد.

<sup>1</sup> Mary Sharloute

<sup>2</sup> Markus Kaknin, 2018

<sup>3</sup> Marya Kuper et al, 2017

<sup>4</sup> Gabriel Kasli, 2015

<sup>5</sup> Nakayama, 2011

بادینسکی<sup>۱</sup> (۲۰۰۱) مواد مخدر، نگاه اجمالی، ترجمه علی کریمی: این کتاب سعی دارد درک درستی از سیاست سوء مصرف مواد مخدر به خواننده بدهد و برای دستیابی به این هدف تاریخچه، زیست شناسی، روان شناسی و جامعه شناسی مواد مخدر، انواع برنامه های درمانی و پیشگیری، تجارت، قوانین و مبارزه با مواد مخدر مورد بررسی قرار می گیرد.

---

<sup>۱</sup> Badinsky,2001

**فصل سوم**  
**روش تحقیق**

### ۳-۱- مقدمه

در این فصل به روش شناسی تحقیق پرداخته می شود که در آن جامعه ی آماری، روش تعیین حجم نمونه، روش های نمونه گیری، روش اجرا، ابزار های گردآوری اطلاعات، تجزیه و تحلیل آماری و ... مورد بررسی قرار می گیرد.

### ۳-۲- روش تحقیق

روش تحقیق این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون بوده است. این طرح دو گروه نا همسان را مقایسه می کند. یک گروه دوبار مورد اندازه گیری قرار می گیرد، یکبار قبل از عمل آزمایشی و یکبار بعد از عمل آزمایشی. گروه دیگر نیز در دو زمان مشابه اندازه گیری می شوند اما هیچ گونه مداخله ای را دریافت نمی کنند. به این دلیل که این طرح تلاش می کند تا تهدیدهای روایی درونی را محدود کند، به عنوان طرح شبه آزمایشی طبقه بندی می شود. (گراوتر، فورزانو<sup>۱</sup>، ترجمه رضایی، ۱۳۹۵)

در واقع در این روش پژوهش آزمودنی ها به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و گواه تقسیم می شوند که می توانیم در جدول زیر اینگونه نمایش دهیم.

جدول ۳-۱: طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه آزمایش و کنترل

گروه ها	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون
آزمایش	+	+	+
کنترل	+	-	+

همان گونه که از نمودار طرح پیدا است در هر گروه آزمایش و کنترل، پیش آزمون و پس آزمون اجرا می گردد و تنها گروه آزمایش است که در معرض اثر متغیر مستقل مورد نظر قرار می گیرد و گروه کنترل از نفوذ این امر مصون می ماند.

### ۳-۳- معرفی متغیر ها

در پژوهش حاضر متغیر مستقل آموزش های مهارت های فرزندپروری بوده و متغیر وابسته پیشگیری از اعتیاد است.

### ۳-۴- جامعه پژوهش

جامعه مجموعه ی بزرگی از افراد مورد علاقه پژوهشگر است. اگرچه کل افراد جامعه معمولاً در یک پژوهش شرکت نمی کنند ولی نتایج به کل جامعه تعمیم داده می شود. (گراوتر، فورزانو، ترجمه رضایی، ۱۳۹۵)

<sup>۱</sup> Grawter & Fourzano

جامعه در این پژوهش شامل کلیه والدین دانش آموزان دختر مقطع پیش دانشگاهی ناحیه دو یزد می باشند.

### ۳-۵- نمونه پژوهش

مجموعه ای از افراد انتخاب شده از جامعه است و معمولاً هدف این است که نماینده ی واقعی جامعه در مطالعه ی پژوهشی باشد. (گراوتر، فورزانو، ترجمه رضایی، ۱۳۹۵)

در این پژوهش جهت تعیین حجم نمونه بر اساس نوع مطالعه ۳۰ نفر از والدین دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه دو انتخاب گردید که به دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

### ۳-۶- روش نمونه گیری

در پژوهش حاضر از روش نمونه گیری تصادفی استفاده گردید. به این صورت که از کل مدارس پیش دانشگاهی دخترانه ناحیه دو شهرستان یزد سه مدرسه انتخاب و از بین آنها ۳۰ نفر از والدین به صورت تصادفی انتخاب و به صورت دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل در نظر گرفته شد. گروه کنترل هیچ آموزشی به آن ها داده نشد و گروه آزمایش با طراحی برنامه ها در معرض متغیر مستقل (آموزش های فرزند پروری) قرار گرفتند.

### ۳-۷- روش تجزیه و تحلیل

در پژوهش حاضر به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل کواریانس و همچنین برای بررسی پایایی از ضریب آلفای کرونباخ و نرم افزار spss استفاده شده است.

### ۳-۸- ابزار جمع آوری

ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارت است از پرسشنامه عوامل مؤثر در گرایش به اعتیاد جوانان است این مقیاس توسط پژوهشگر دکتر محمدی و همکاران سال ۱۳۹۲ با توجه به پژوهش های صورت گرفته در زمینه ی علل گرایش به سوء مصرف مواد مخدر ساخته شد. عوامل سازنده ی مقیاس با دو دسته یافته های مرتبط با تحلیل های تجربی و رویکردهای نظری مطابقت می کنند. این مقیاس دارای ۳ مولفه؛ شامل عوامل فردی، عوامل بین فردی و محیطی و عوامل اجتماعی مؤثر در گرایش به اعتیاد می باشد. مولفه ی عوامل فردی دارای ۷ زیرمولفه (نگرش مثبت به مواد مخدر؛ مشکلات شخصیتی و روانی مثل افسردگی، پرخاشگری، اضطراب؛ عدم تحمل شکست و ناکامی؛ کنجکاوی و نداشتن اعتقادات مذهبی) می باشد. مولفه ی عوامل بین فردی و محیطی دارای ۳ زیرمولفه (عوامل مربوط به خانواده؛ عوامل مربوط به دوستان و عوامل مربوط به مدرسه) می باشد. مولفه ی عوامل اجتماعی دارای ۴ زیرمولفه (کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی و تفریحی؛ توسعه ی صنعتی و محرومیت های اقتصادی و اجتماعی؛ کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی و تفریحی و بازار مواد مخدر در ایران) می باشد. به طور کلی، این مقیاس دارای ۷۸ گویه یا آیت می باشد و آزمودنی ها پاسخ خود را به هر گویه بر روی یک پیوستار (۱= اصلاً، ۲= خیلی کم، ۳=

کم، ۴= زیاد، ۵= خیلی زیاد) رتبه‌بندی نمودند. سؤالات مربوط به هر زیرمولفه در پرسش‌نامه‌ی عوامل موثر در گرایش به اعتیاد جوانان به شرح جدول (۲-۳) می‌باشد.

جدول ۲-۳: زیرمولفه‌های پرسشنامه‌ی عوامل موثر بر اعتیاد جوانان و گویه‌های مربوط به آن

مؤلفه‌ها	زیر مؤلفه‌ها	گویه‌ها	شماره‌ی گویه‌ها
عوامل فردی	نگرش مثبت به مواد مخدر	۶	۱،۲،۳،۴،۵،۶
	افسردگی	۵	۷،۸،۹،۱۰،۱۱
	پرخاشگری	۴	۱۲،۱۳،۱۴،۱۵
	اضطراب	۴	۱۶،۱۷،۱۸،۱۹
	عدم تحمل شکست و ناکامی	۵	۲۰،۲۱،۲۲،۲۳،۲۴
	کنجکاوی	۴	۲۵،۲۶،۲۷،۲۸
	سست شدن اعتقادات مذهبی	۵	۲۹،۳۰،۳۱،۳۲،۳۳
عوامل بین فردی و محیطی	عوامل مربوط به خانواده	۸	۳۴،۳۵،۳۶،۳۷،۳۸،۳۹،۴۰،۴۱
	عوامل مربوط به دوستان	۵	۴۲،۴۳،۴۴،۴۵،۴۶
	عوامل مربوط به مدرسه	۵	۴۷،۴۸،۴۹،۵۰،۵۱
عوامل اجتماعی	کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی و تفریحی	۵	۵۲،۵۳،۵۴،۵۵،۵۶
	توسعه صنعتی و محرومیت‌های اقتصادی و اجتماعی	۸	۵۷،۵۸،۵۹،۶۰،۶۱،۶۲،۶۳،۶۴
	عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای	۹	۶۵،۶۶،۶۷،۶۸،۶۹،۷۰،۷۱،۷۲،۷۳
	بازار مواد مخدر در ایران	۵	۷۴،۷۵،۷۶،۷۷،۷۸

در این پژوهش عوامل فردی مد نظر نمی باشد و فقط از عوامل بین فردی و محیطی و مؤلفه‌های مربوط به آن استفاده شده است.

### ۳-۹- شیوه نمره گذاری

در این پژوهش از ۴۴ گویه ی این پژوهش استفاده شده است که آزمودنی‌ها پاسخ خود را به هر گویه بر روی یک پیوستار (۱= اصلاً، ۲= خیلی کم، ۳= کم، ۴= زیاد، ۵= خیلی زیاد) رتبه‌بندی نمودند.

### ۳-۱۰- ویژگی‌های روان سنجی

#### ۳-۱۰-۱- روایی و پایایی

در این پرسشنامه در تهیه و ساخت مقیاس سعی گردید که سؤالات قابل درک باشند و پاسخ دهندگان به خوبی بتوانند به آن‌ها پاسخ دهند. همچنین روایی صوری و محتوایی مقیاس نهایی توسط متخصصان روانشناسی و جامعه‌شناسی مورد تایید قرار گرفت. در ادامه به منظور بررسی روایی سازه‌ی مقیاس علل گرایش به سوء مصرف

مواد مخدر از مدل تحلیل عامل تاییدی مرتبه‌ی دوم استفاده شد. تحلیل داده‌ها همبستگی بالایی را بین متغیرهای پنهان پژوهش نشان دادند. همچنین بار عاملی یا وزن رگرسیونی گویه‌های این مقیاس تقریباً همگی بالای ۰/۵۰ به دست آمده است.

در این پژوهش به منظور بررسی اعتبار یا پایایی مقیاس بررسی علل گرایش به سوء مصرف مواد مخدر از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب آلفای به دست آمده برای کل مقیاس، ۰/۹۴ می‌باشد، همچنین ضریب پایایی مولفه‌ها از ۰/۸۳ تا ۰/۹۲ در نوسان بود، که ضریب پایایی مناسبی است، زیرا ضرایب اعتبار ۰/۷۰ و یا بیشتر معمولاً برای مقاصد پژوهشی کفایت می‌کند (پاشاشریفی، ۱۳۸۰). پایایی هر یک از مولفه‌ها به همراه زیر مولفه‌های پرسشنامه‌ها در جدول (۲-۳) ارائه گردید.

**جدول ۳-۳: پایایی مولفه‌های پرسشنامه‌های به تفکیک زیر مولفه‌ها**

مولفه‌ها	ضریب آلفا	زیر مولفه‌ها	ضریب آلفا
عوامل فردی	۰/۸۸	نگرش مثبت به مواد مخدر	۰/۷۵
		افسردگی	۰/۹۴
		پرخاشگری	۰/۹۰
		اضطراب	۰/۹۲
		عدم تحمل شکست و ناکامی	۰/۶۶
		کنجکاوی	۰/۸۸
عوامل بین فردی و محیطی	۰/۸۳	خانواده	۰/۸۷
		دوستان	۰/۹۵
		مدرسه	۰/۹۱
عوامل اجتماعی	۰/۹۲	کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی و تفریحی	۰/۸۲
		توسعه صنعتی و محرومیت‌های اقتصادی و اجتماعی	۰/۸۹
		عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای	۰/۹۰
		بازار مواد مخدر در ایران	۰/۸۳

### ۳-۱۱- روش گرد آوری اطلاعات (میدانی، کتابخانه ای و...)

با استفاده از متون، کتب و جستجو در سایت‌های مختلف معتبر علمی اطلاعات مورد نظر فیش برداری و جمع آوری گردید سپس با هماهنگی دانشگاه، آموزش و پرورش کل استان، آموزش و پرورش ناحیه دو، حجم نمونه به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم و قبل از شروع آموزش، پرسشنامه‌ی پیشگیری از اعتیاد بین دو گروه تکمیل و سپس آموزش در گروه آزمایش انجام گردید و مجدداً طبق روش انجام کار، بین دو گروه پرسشنامه‌ها توزیع، تکمیل و جمع آوری گردید.

### ۳-۱۲- اجرای پژوهش

بعد از انتخاب گروه ها، یک گروه به عنوان کنترل در نظر گرفته شد. در ابتدا قبل از آموزش هر دو گروه بصورت پیش آزمون پرسشنامه پیشگیری از اعتیاد را تکمیل و سپس گروه آزمایش با تشکیل جلسات تحت تأثیر آموزش های مهارت های فرزندپروری به مدت ۸ جلسه ۱ ساعته قرار گرفتند و به گروه کنترل آموزشی ارائه نگردید. ۲ هفته بعد از اتمام جلسات آموزشی مجدداً از هر دو گروه آزمایش و کنترل همان نوع پرسشنامه بصورت پس آزمون اجرا شد و سپس تأثیر آموزش مهارت های فرزندپروری در پیشگیری از اعتیاد آنها مورد بررسی قرار گرفت. و در نهایت داده ها تجزیه و تحلیل و نتایج پژوهش حاصل گردید.

جدول ۳-۴: پایایی مولفه های پرسشنامه های به تفکیک زیرمولفه ها

جلسه	موضوع	اهداف جلسه	نتیجه
اول	معارفه و بیان اهداف آموزش، پیش آزمون	- معارفه متقابل و آشنایی با والدین - ایجاد رابطه ی حسنه و مبتنی بر همکاری - اجرای پیش آزمون	- تقسیم والدین به دو گروه گواه و آزمایش - آشنا شدن با والدین
دوم	آموزش مهارت های خودآگاهی	- شناخت از خود - ترک ویژگی های منفی و تقویت ویژگی های مثبت	آشنا شدن با من کنونی و سعی در ایجاد من برتر
سوم	آموزش اولیه در مورد انواع سبک های فرزندپروری	- شناخت اولیه با سبک های فرزندپروری	آشنا شدن با انواع شیوه های فرزند پروری
چهارم	آموزش سبک مقتدرانه	شناخت شیوه ی فرزند پروری اقتدارطلبانه	آشنا شدن با شیوه های فرزندپروری
پنجم	آموزش سبک سهل انگارانه	شناخت شیوه ی فرزند پروری سهل گیرانه	آشنا شدن با شیوه های فرزندپروری
ششم	آموزش سبک مستبدانه	شناخت شیوه ی فرزند پروری مستبدانه	آشنا شدن با شیوه های فرزندپروری
هفتم	آموزش سبک بی اعتنا	شناخت شیوه ی فرزند پروری بی اعتنا	آشنا شدن با شیوه های فرزندپروری
هشتم	آموزش مرتبط با فرزندان اولی، وسطی، آخری و تک فرزند	شناخت ویژگی های فرزندان بر اساس ترتیب تولد	آشنا شدن با ویژگی های خاص هر فرزند با توجه به جایگاه، سن و ...



## **فصل چهارم**

### **یافته های تحقیق**

#### ۴-۱- مقدمه

در این فصل ابتدا به تحلیل توصیفی داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) می‌پردازیم. در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای فرضیه‌های اصلی و فرعی پژوهش ارائه می‌گردد. لازم به یادآوری است از نرم افزار SPSS- 18 برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

#### ۴-۲- یافته‌های توصیفی پژوهش

در این قسمت شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) نمرات آزمودنی‌ها به تفکیک گروه آزمایش و کنترل در مولفه‌های پیشگیری از اعتیاد یعنی عوامل بین فردی و زیر مولفه‌های آن (عوامل مربوط به خانواده، دوستان و مدرسه) و عوامل اجتماعی و زیر مولفه‌های آن (کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی و تفریحی، توسعه صنعتی و محرومیت‌های اقتصادی و اجتماعی، عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای و بازار مواد مخدر در ایران) ارائه شده است.

جدول ۴-۱: میانگین و انحراف معیار نمرات عوامل بین فردی و محیطی پیشگیری از اعتیاد برای آزمودنی‌های دو

#### گروه

گروه کنترل (n=۱۵)		گروه آزمایش (n=۱۵)		گروه متغیر مرحله	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۷/۴۱	۲۸/۵۳	۵/۸۶	۳۱/۲۱	پیش آزمون	عوامل مربوط به خانواده
۷/۹۱	۲۸/۲۰	۶/۳۹	۱۶/۳۳	پس آزمون	
۳/۸۵	۱۸/۰۱	۳/۵۸	۱۹/۴۰	پیش آزمون	عوامل مربوط به دوستان
۴/۰۴	۱۸/۲۰	۳/۹۱	۱۱/۲۰	پس آزمون	
۴/۰۶	۱۵/۴۰	۴/۳۸	۱۸/۲۶	پیش آزمون	عوامل مربوط به مدرسه
۴/۱۸	۱۵/۹۳	۳/۷۷	۹/۵۳	پس آزمون	
۱۲/۸۸	۶۱/۹۳	۱۲/۰۶	۶۸/۶۶	پیش آزمون	نمره کل عوامل بین فردی و محیطی
۱۴/۴۷	۶۲/۳۳	۱۲/۵۰	۳۷/۰۶	پس آزمون	

جدول ۴-۱ شاخص‌های آمار توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در عوامل بین فردی و محیطی پیشگیری از اعتیاد را در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک برای هر دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول مذکور، برای گروه آزمایش، میانگین و انحراف معیار نمرات کل عوامل بین فردی و محیطی پیشگیری از اعتیاد در پیش آزمون به ترتیب ۶۸/۶۶ و ۱۲/۰۶؛ و در پس آزمون به ترتیب ۳۷/۰۶ و ۱۲/۵۰ می‌باشد. برای گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمرات کل عوامل بین فردی و محیطی پیشگیری از اعتیاد در پیش آزمون به ترتیب ۶۱/۹۳ و ۱۲/۸۸؛ و در پس آزمون به ترتیب ۶۲/۳۳ و ۱۴/۴۷ می‌باشد. در عوامل مربوط به خانواده برای گروه آزمایش، میانگین و انحراف معیار نمره در پیش آزمون به ترتیب ۳۱/۲۱ و ۵/۸۶؛ و در پس آزمون به ترتیب ۱۶/۳۳ و ۶/۳۹ می‌باشد. برای گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمرات عوامل مربوط به خانواده در پیش

آزمون به ترتیب ۲۸/۵۳ و ۷/۴۱؛ و در پس آزمون به ترتیب ۲۸/۲۰ و ۷/۹۱ می باشد. در عوامل مربوط به دوستان برای گروه آزمایش، میانگین و انحراف معیار در پیش آزمون به ترتیب ۱۹/۴۰ و ۳/۵۸؛ و در پس آزمون ۱۱/۲۰ و ۳/۹۱ می باشد. برای گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به دوستان در پیش آزمون به ترتیب ۱۸/۰۱ و ۳/۸۵؛ و در پس آزمون به ترتیب ۱۸/۲۰ و ۴/۰۴ می باشد. در نهایت در عوامل مربوط به مدرسه برای گروه آزمایش، میانگین و انحراف معیار در پیش آزمون به ترتیب ۱۸/۲۶ و ۴/۳۸؛ و در پس آزمون به ترتیب ۹/۵۳ و ۳/۷۷ می باشد. برای گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمرات عوامل مربوط به مدرسه در پیش آزمون به ترتیب ۱۵/۴۰ و ۴/۰۶؛ و در پس آزمون به ترتیب ۱۵/۹۳ و ۴/۱۸ می باشد.

جدول ۴-۲: میانگین و انحراف معیار نمرات عوامل اجتماعی پیشگیری از اعتیاد برای آزمودنی‌های دو گروه

گروه کنترل (n=۱۵)		گروه آزمایش (n=۱۵)		گروه	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	پیش آزمون	متغیر مرحله
۲/۴۷	۱۷/۵۳	۳/۶۲	۱۵/۸۶	پیش آزمون	کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی و تفریحی
۲/۲۷	۱۷/۸۰	۳/۲۸	۱۳/۳۳	پس آزمون	توسعه صنعتی و محرومیت‌های اقتصادی و اجتماعی
۴/۱۲	۲۸/۸۶	۵/۴۹	۲۹/۸۰	پیش آزمون	عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای
۴/۲۳	۲۸/۶۶	۸/۰۷	۲۰/۱۳	پس آزمون	بازار مواد مخدر در ایران
۴/۸۷	۳۲/۲۰	۷/۲۶	۳۱/۵۳	پیش آزمون	نمره کل عوامل اجتماعی
۴/۴۵	۳۳/۶۶	۶/۷۸	۲۶/۲۰	پس آزمون	
۳/۷۲	۲۰/۸۰	۳/۸۸	۱۹/۳۳	پیش آزمون	
۵/۳۷	۲۰/۱۳	۶/۳۰	۱۴/۴۶	پس آزمون	
۱۰/۴۹	۱۰۰/۴۰	۱۳/۳۳	۹۵/۵۳	پیش آزمون	
۱۰/۸۰	۱۰۱/۲۷	۱۸/۳۵	۷۴/۱۳	پس آزمون	

جدول ۴-۱ شاخص‌های آمار توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در عوامل اجتماعی پیشگیری از اعتیاد را در پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک برای هر دو گروه آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. براساس نتایج مندرج در جدول مذکور، برای گروه آزمایش، میانگین و انحراف معیار نمرات کل عوامل اجتماعی پیشگیری از اعتیاد در پیش آزمون به ترتیب ۹۵/۵۳ و ۱۳/۳۳؛ و در پس آزمون به ترتیب ۷۴/۱۳ و ۱۸/۳۵ می باشد. برای گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمرات کل عوامل اجتماعی پیشگیری از اعتیاد در پیش آزمون به ترتیب ۱۰۰/۴۰ و ۱۰/۴۹؛ و در پس آزمون به ترتیب ۱۰۱/۲۷ و ۱۰/۸۰ می باشد. در عوامل مربوط به کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی و تفریحی برای گروه آزمایش، میانگین و انحراف معیار نمره در پیش آزمون به ترتیب ۱۵/۸۶ و ۳/۶۲؛ و در پس آزمون به ترتیب ۱۳/۳۳ و ۳/۲۸ می باشد. برای گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمرات کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی و تفریحی در پیش آزمون به ترتیب ۱۷/۵۳ و ۲/۴۷؛ و در پس آزمون به ترتیب ۱۷/۸۰ و ۲/۲۷ می باشد. در عوامل مربوط به توسعه صنعتی و محرومیت‌های اقتصادی و اجتماعی برای گروه آزمایش، میانگین و انحراف معیار در پیش آزمون به ترتیب ۲۹/۸۰ و ۵/۴۹؛ و در پس آزمون ۲۰/۱۳ و ۸/۰۷ می باشد. برای گروه کنترل نیز

میانگین و انحراف معیار نمرات عوامل مربوط به توسعه صنعتی و محرومیت‌های اقتصادی و اجتماعی در پیش آزمون به ترتیب ۲۸/۸۶ و ۴/۱۲؛ و در پس آزمون به ترتیب ۲۸/۶۶ و ۴/۲۳ می باشد. در عوامل مربوط به عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای برای گروه آزمایش، میانگین و انحراف معیار در پیش آزمون به ترتیب ۳۱/۵۳ و ۷/۲۶؛ و در پس آزمون ۲۶/۲۰ و ۶/۷۸ می باشد. برای گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمرات عوامل مربوط به عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای در پیش آزمون به ترتیب ۳۲/۲۰ و ۴/۸۷؛ و در پس آزمون به ترتیب ۳۳/۶۶ و ۴/۴۵ می باشد و در نهایت در عوامل مربوط به بازار مواد مخدر در ایران برای گروه آزمایش، میانگین و انحراف معیار در پیش آزمون به ترتیب ۱۹/۳۳ و ۳/۸۸؛ و در پس آزمون به ترتیب ۱۴/۴۶ و ۶/۳۰ می باشد. برای گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمرات عوامل مربوط به بازار مواد مخدر در ایران در پیش آزمون به ترتیب ۲۰/۸۰ و ۳/۷۲؛ و در پس آزمون به ترتیب ۲۰/۱۳ و ۵/۳۷ می باشد.

#### ۴-۳- یافته‌های استنباطی

به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

#### ۴-۳-۱- نتایج مربوط به فرضیه اصلی پژوهش

فرضیه اصلی پژوهش بیان می‌کرد که آموزش مهارت‌های فرزندپروری در پیشگیری از اعتیاد در خانواده‌های دانش‌آموزان دختر پیش‌دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تاثیر دارد. به منظور آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. در این تحلیل، گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات پیشگیری از اعتیاد (نمرات کل عوامل فردی و محیطی و عوامل اجتماعی) در پیش آزمون به عنوان متغیر کنترل و نمرات پیشگیری از اعتیاد (نمرات کل عوامل فردی و محیطی و عوامل اجتماعی) در پس آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند. نتایج این تحلیل در جدول ۴-۴ و ۴-۵ ارائه شده است. اما قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که در هیچکدام از متغیرهای پژوهش این آزمون معنادار نشده است که این به معنای رعایت پیش فرض نرمال بودن داده‌ها می باشد ( $p > 0/05$ ). همچنین برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس- کوواریانس از آزمون ام باکس<sup>۱</sup> استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۴-۳ ارائه شده است.

جدول ۴-۳- نتایج همگنی واریانس- کوواریانس برای عوامل فردی و محیطی و اجتماعی پیشگیری از اعتیاد

مقدار معنی داری	F	Df <sub>2</sub>	Df <sub>1</sub>	M Box's
۰/۱۲	۱/۹۱	۱/۴۱	۳	۶/۲۱

<sup>۱</sup> Box's M

نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس - کوواریانس از لحاظ آماری معنادار نبود ( $p > 0/05$ ) و این به معنای برقراری مفروضه همگنی ماتریس های کوواریانس می باشد. همچنین برای بررسی پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون، بررسی تعامل کووریت ها (پیش آزمون ها) با متغیر مستقل (گروه) نشان داد که این رابطه معنادار نیست و پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون در داخل گروه ها رعایت شده است ( $F = 1/21, p > 0/05$ ). با توجه به رعایت پیش فرض ها، از آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی معناداری اثرهای چند متغیری استفاده شد.

جدول ۴-۴: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه عوامل فردی و محیطی و اجتماعی پیشگیری از اعتیاد در آزمودنی های دو گروه

نام آزمون	مقدار ارزش	df فرضیه	df خطا	مقدار F	مقدار معناداری	اندازه اثر
لامبدای ویلکز	۰/۳۴	۲	۲۵	۲۳/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵

نتایج آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴-۴ نشان می دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(2,25)} = 23/55 = 0/34$  لامبدای ویلکز،  $p < 0/001$ ).

جدول ۴-۵: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه آزمایش و کنترل

اندازه اثر	معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	شاخص آماری
						متغیر ←
۰/۶۵	۰/۰۰۱	۴۸/۴۹	۵۴۶۵/۶۰	۱	۵۴۶۵/۶۰	عوامل بین فردی و محیطی پیشگیری از اعتیاد
۰/۴۶	۰/۰۰۱	۲۲/۱۳	۳۱۱۲/۵۵	۱	۳۱۱۲/۵۵	عوامل اجتماعی پیشگیری از اعتیاد

جدول ۴-۵ نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. چنانچه در جدول ۴-۵ مشاهده می گردد، بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر دو مولفه عوامل بین فردی و محیطی پیشگیری از اعتیاد ( $F = 48/49, P = 0/002$ )؛ و عوامل اجتماعی پیشگیری از اعتیاد ( $F = 22/13, P = 0/001$ ) تفاوت معنی داری از نظر آماری وجود دارد. با توجه به نتایج این جدول فرضیه اصلی پژوهش تایید می گردد و آموزش مهارت های فرزندپروری در پیشگیری از اعتیاد در خانواده های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تاثیر دارد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۴-۱ و ۴-۲ که نشان دهنده میانگین های کمتر گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل در هر دو مولفه عوامل بین فردی و محیطی پیشگیری از اعتیاد و عوامل اجتماعی پیشگیری از اعتیاد است، و نمره کمتر در این مولفه ها که به معنای پیشگیری بیشتر از اعتیاد است، می توان نتیجه گرفت تفاوت معنی دار در پیشگیری از اعتیاد در بین گروه آزمایش و کنترل به نفع گروه

آزمایش است و افرادی که در گروه آزمایش قرار داشتند و آموزش‌ها و مهارت‌های فرزندپروری دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل که همچنین آموزشی دریافت نکرده بودند پیشگیری از اعتیاد بهتری داشتند؛ بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تایید میشود و آموزش مهارت‌های فرزندپروری در پیشگیری از اعتیاد در خانواده‌های دانش‌آموزان دختر پیش‌دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تاثیر دارد.

#### ۴-۳-۲- نتایج مربوط به فرضیه فرعی اول پژوهش

فرضیه فرعی اول پژوهش بیان می‌کند که آموزش مهارت‌های فرزند پروری در پیشگیری از عوامل بین فردی و محیطی اعتیاد (عوامل مربوط به خانواده، دوستان، مدرسه) خانواده‌های دانش‌آموزان دختر پیش‌دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تاثیر دارد. به منظور آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. در این تحلیل، گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات عوامل بین فردی و محیطی اعتیاد (عوامل مربوط به خانواده، دوستان، مدرسه) در پیش‌آزمون به عنوان متغیر کنترل و نمرات عوامل بین فردی و محیطی اعتیاد (عوامل مربوط به خانواده، دوستان، مدرسه) در پس‌آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند. نتایج این تحلیل در جدول ۴-۷ و ۴-۸ ارائه شده است. اما قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش (عوامل مربوط به خانواده، دوستان و مدرسه) داده‌ها با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که در هیچ‌کدام از متغیرهای پژوهش این آزمون معنادار نشده است که این به معنای رعایت پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها می‌باشد ( $p > 0/05$ ). همچنین برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس-کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۴-۶ ارائه شده است.

جدول ۴-۶: نتایج همگنی واریانس-کوواریانس برای عوامل فردی و محیطی پیشگیری از اعتیاد

مقدار معنی داری	F	Df <sub>2</sub>	Df <sub>1</sub>	M Box's
۰/۳۴	۱/۱۲	۵/۶۸	۶	۷/۶۲

نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس-کوواریانس از لحاظ آماری معنادار نبود ( $p > 0/05$ ) و این به معنای برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس می‌باشد. همچنین برای بررسی پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون، بررسی تعامل کووریت‌ها (پیش‌آزمون‌ها) با متغیر مستقل (گروه) نشان داد که این رابطه معنادار نیست و پیش‌فرض همگنی شیب‌های رگرسیون در داخل گروه‌ها رعایت شده است ( $F = 4/16, p > 0/05$ ). با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها، از آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی معناداری اثرهای چند متغیری استفاده شد.

جدول ۴-۷: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه عوامل خانواده، دوستان و مدرسه پیشگیری از اعتیاد در آزمودنی‌های دو گروه

نام آزمون	مقدار ارزش	df فرضیه	df خطا	مقدار F	مقدار معناداری	اندازه اثر
لامبدای ویکلز	۰/۲۹	۳	۲۳	۱۸/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۷۰

نتایج آزمون لامبدای ویکلز در جدول ۴-۷ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(۳,۲۳)} = ۱۸/۵۰$ ،  $p < ۰/۰۰۱$ ).

جدول ۴-۸: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص آماری متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی داری	اندازه اثر
عوامل مربوط به خانواده	۱۳۲۵/۰۸	۱	۱۳۲۵/۰۸	۴۶/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴
عوامل مربوط به دوستان	۴۱۰/۵۴	۱	۴۱۰/۵۴	۳۳/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷
عوامل مربوط به مدرسه	۴۵۹/۲۵	۱	۴۵۹/۲۵	۵۰/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷

که همچنین آموزشی دریافت نکرده بودند عوامل خانواده، دوستان و مدرسه پیشگیری از اعتیاد بهتری داشتند؛ بنابراین فرضیه فرعی اول پژوهش تایید میشود و آموزش مهارت‌های فرزند پروری در پیشگیری از عوامل بین فردی و محیطی اعتیاد (عوامل مربوط به خانواده، دوستان، مدرسه) خانواده‌های دانش‌آموزان دختر پیش جدول ۴-۸ نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. چنانچه در این جدول مشاهده می‌گردد، بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر سه مولفه عوامل مربوط به خانواده ( $F=۴۶/۲۲$ ،  $P=۰/۰۰۱$ )؛ عوامل مربوط به دوستان ( $F=۳۳/۷۶$ ،  $P=۰/۰۰۱$ )؛ و عوامل مربوط به مدرسه ( $F=۵۰/۸۱$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ) تفاوت معنی داری از نظر آماری وجود دارد. با توجه به نتایج این جدول فرضیه فرعی اول پژوهش تایید می‌گردد و آموزش مهارت‌های فرزند پروری در پیشگیری از عوامل بین فردی و محیطی اعتیاد (عوامل مربوط به خانواده، دوستان، مدرسه) خانواده‌های دانش‌آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تاثیر دارد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۴-۱ که نشان دهنده میانگین‌های کمتر گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل در هر سه عامل مربوط به خانواده، دوستان و مدرسه است و نمره کمتر در این مولفه‌ها به معنای پیشگیری بیشتر از اعتیاد است، می‌توان نتیجه گرفت تفاوت معنی دار در پیشگیری از اعتیاد در بین گروه آزمایش و کنترل به نفع گروه آزمایش است و افرادی که در گروه آزمایش قرار داشتند و مهارت‌های فرزندپروری دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تاثیر دارد.

#### ۴-۳-۳- نتایج مربوط به فرضیه فرعی دوم پژوهش

فرضیه فرعی دوم پژوهش بیان می‌کند که آموزش مهارت های فرزند پروری در پیشگیری از عوامل اجتماعی اعتیاد و زیر مولفه های آن (کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی؛ توسعه صنعتی و محرمیت های اقتصادی و اجتماعی، عدم دسترسی به سیستم های خدماتی، حمایتی و مشاوره ای و بازار مواد مخدر در ایران) در خانواده های دانش آموزان پیش دانشگاهی دختر ناحیه ۲ شهر یزد تاثیر دارد. به منظور آزمون این فرضیه از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. در این تحلیل، گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات عوامل اجتماعی اعتیاد) در پیش آزمون به عنوان متغیر کنترل و نمرات عوامل اجتماعی اعتیاد در پس آزمون به عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند. نتایج این تحلیل در جدول ۴-۱۰ و ۴-۱۱ ارائه شده است. اما قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، پیش فرض نرمال بودن متغیرهای پژوهش (کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی؛ توسعه صنعتی و محرمیت های اقتصادی و اجتماعی، عدم دسترسی به سیستم های خدماتی، حمایتی و مشاوره ای و بازار مواد مخدر در ایران) داده ها با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این آزمون نشان داد که در هیچکدام از این مولفه ها این آزمون معنادار نشده است که این به معنای رعایت پیش فرض نرمال بودن داده ها می باشد ( $p > 0/05$ ). همچنین برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس- کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد، که نتایج آن در جدول ۴-۹ ارائه شده است.

جدول ۴-۹: نتایج همگنی واریانس- کوواریانس برای عوامل اجتماعی پیشگیری از اعتیاد

مقدار معنی داری	F	Df <sub>2</sub>	Df <sub>1</sub>	M Box's
۰/۴۴	۰/۹۹	۳/۷۴	۱۰	۱۱/۸۱

نتایج آزمون باکس جهت بررسی پیش فرض همگنی واریانس- کوواریانس از لحاظ آماری معنادار نبود ( $p > 0/05$ ) و این به معنای برقراری مفروضه همگنی ماتریس های کوواریانس می باشد. همچنین برای بررسی پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون، بررسی تعامل کووریت ها (پیش آزمون ها) با متغیر مستقل (گروه) نشان داد که این رابطه معنادار نیست و پیش فرض همگنی شیب های رگرسیون در داخل گروه ها رعایت شده است ( $F = 0/98, p > 0/05$ ). با توجه به رعایت پیش فرض ها، از آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی معناداری اثرهای چند متغیری استفاده شد.

جدول ۴-۱۰: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت مقایسه عوامل اجتماعی پیشگیری از اعتیاد در آزمودنی های

#### دو گروه

نام آزمون	مقدار ارزش	df فرضیه	df خطا	مقدار F	مقدار معناداری	اندازه اثر
لامبدای ویلکز	۰/۴۳	۴	۲۱	۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶



نتایج آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴-۱۰ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(۴,۲۱)} = ۰/۴۳$ )=۰ لامبدای ویلکز،  $p < ۰/۰۰۱$ ،  $F_{(۴,۲۱)} = ۶/۷۲$ .

جدول ۴-۱۱: نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه آزمایش و کنترل

شاخص آماری	مجموع	درجه	میانگین	F	معنی	اندازه
متغیر	مجدورات	آزادی	مجدورات		داری	اثر
کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی	۸۹/۶۵	۱	۸۹/۶۵	۱۳/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶
توسعه صنعتی و محرمیت‌های اقتصادی و اجتماعی	۴۸۶/۷۰	۱	۴۸۶/۷۰	۱۹/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۴۴
عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای	۲۷۵/۳۷	۱	۲۷۵/۳۷	۱۲/۶۵	۰/۰۰۲	۰/۳۴
بازار مخدر در ایران	۱۹۴/۲۸	۱	۱۹۴/۲۸	۶/۳۳	۰/۰۱	۰/۲۰

جدول ۴-۱۱ نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. چنانچه در این جدول مشاهده می‌گردد، بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر چهار مولفه کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی ( $F=۱۳/۷۲$ ،  $P=۰/۰۰۱$ )؛ توسعه صنعتی و محرمیت‌های اقتصادی و اجتماعی ( $F=۱۹/۴۳$ )، عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای ( $F=۱۲/۶۵$ ،  $P=۰/۰۰۲$ )؛ و بازار مواد مخدر در ایران ( $F=۶/۳۳$ ،  $P=۰/۰۱$ ) تفاوت معنی داری از نظر آماری وجود دارد. با توجه به نتایج این جدول فرضیه فرعی دوم پژوهش تایید می‌گردد و آموزش مهارت‌های فرزند پروری در پیشگیری از عوامل اجتماعی اعتیاد (کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی؛ توسعه صنعتی و محرمیت‌های اقتصادی و اجتماعی، عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای و بازار مواد مخدر در ایران) خانواده‌های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تاثیر دارد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۴-۲ که نشان دهنده میانگین‌های کمتر گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل در هر چهار مولفه (کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی؛ توسعه صنعتی و محرمیت‌های اقتصادی و اجتماعی، عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای و بازار مواد مخدر در ایران) است و نمره کمتر در این مولفه‌ها به معنای پیشگیری بیشتر از اعتیاد است، می‌توان نتیجه گرفت تفاوت معنی دار در پیشگیری از اعتیاد در بین گروه آزمایش و کنترل به نفع گروه آزمایش است و افرادی که در گروه آزمایش قرار داشتند و مهارت‌های فرزندپروری دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل که همچنین آموزشی دریافت نکرده بودند عوامل اجتماعی پیشگیری از اعتیاد بهتری داشتند؛ بنابراین فرضیه فرعی دوم پژوهش تایید میشود و آموزش مهارت‌های فرزند پروری در پیشگیری از عوامل اجتماعی اعتیاد و زیر مولفه‌های آن (کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی؛ توسعه صنعتی و محرمیت‌های اقتصادی و اجتماعی، عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای و بازار مواد مخدر در ایران) در خانواده‌های دانش آموزان پیش دانشگاهی دختر ناحیه ۲ شهر یزد تاثیر دارد.

**فصل پنجم**  
**بحث و نتیجه گیری**

همانطور که میدانیم ارزش هر تحقیق به نتایجی است که از آن به دست می‌آید. در این فصل بر آن هستیم که با نتایج به دست آمده از فصل چهارم و نتایج تحقیقات گذشته به بحث و بررسی فرضیه و تأیید یا عدم تأیید آن پردازیم.

بررسی‌ها نشان می‌دهد که جوانان در معرض بیشترین خطر برای گرایش به سوء مصرف مواد مخدر هستند. (جانستون و... ۲۰۰۶)<sup>۱</sup>

یکی از راهکارهای مهم برای جلوگیری از ابتلاء جوانان به سوء مصرف مواد مخدر، اقدامات پیشگیری کننده از جمله آموزش (مهارت‌های فرزندپروری) به خانواده‌ها است.

از این رو پژوهشگر در این تحقیق به بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های فرزندپروری بر پیشگیری از اعتیاد در خانواده‌های دانش‌آموزان دختر پیش‌دانشگاهی پرداخته است و برای دستیابی به این هدف از بین جامعه‌ی آماری خانواده‌های دانش‌آموزان دختر پیش‌دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تعداد ۳۰ نفر را از طریق نمونه‌گیری تصادفی انتخاب کرد. در راستای جمع‌آوری اطلاعات، از ابزار سنجش علل گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در جوانان دکتر محمدی و همکاران که برای سنجش عوامل گرایش به اعتیاد جوانان است، استفاده شده است. این مقیاس دارای ۳ مولفه؛ شامل عوامل فردی (در این تحقیق از این مؤلفه استفاده نشده است)، عوامل بین فردی و محیطی و عوامل اجتماعی موثر در گرایش به اعتیاد می‌باشد. مولفه‌ی عوامل بین فردی و محیطی دارای ۳ زیرمولفه (عوامل مربوط به خانواده؛ عوامل مربوط به دوستان و عوامل مربوط به مدرسه) می‌باشد. مولفه‌ی عوامل اجتماعی دارای ۴ زیرمولفه (کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی و تفریحی؛ توسعه‌ی صنعتی و محرومیت‌های اقتصادی و اجتماعی؛ کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی و تفریحی و بازار مواد مخدر در ایران) می‌باشد. به طور کلی، این مقیاس دارای ۷۸ گویه یا آیتم می‌باشد و آزمودنی‌ها پاسخ خود را به هر گویه بر روی یک پيوستار (۱= اصلاً، ۲= خیلی کم، ۳= کم، ۴= زیاد، ۵= خیلی زیاد) رتبه‌بندی نمودند.

این پژوهش در حیطه‌ی تحقیقات کاربردی و شبه‌آزمایشی قرار گرفته و دارای ۲ بعد پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. این طرح دو گروه ناهمسان را مقایسه می‌کند. یک گروه دوبار مورد اندازه‌گیری قرار می‌گیرد، یک بار قبل از عمل آزمایشی و یک بار بعد از عمل آزمایشی. گروه دیگر نیز در دو زمان مشابه اندازه‌گیری می‌شوند اما هیچگونه مداخله‌ای را دریافت نمی‌کنند. یعنی گروه آزمایش تحت آموزش مهارت‌های فرزندپروری قرار گرفته و طی جلسات تعیین شده به آموزش‌ها پیشگیرانه اقدام گشته پس از اعمال این برنامه‌ها مجدداً مقیاس علل گرایش به سوء مصرف مواد در جوانان به صورت پس‌آزمون اجرا گشته و اطلاعات لازم جمع‌آوری شد. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده ابتدا از طریق روش آمار توصیفی شامل جدول توزیع فراوانی، فراوانی درصدی، محاسبه میانگین، انحراف استاندارد، انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آلفای کرونباخ و کورانیانس استفاده شده است. و نتایج از آن حاصل و در نهایت به تفسیر و تبیین فرضیه‌ها پرداخته شد.

<sup>۱</sup> Janston et al.

## ۵-۲- فرضیه اصلی

آموزش مهارت های فرزندپروری در پیشگیری از اعتیاد در خانواده های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تأثیر دارد.

با توجه به نتایج حاصله از فصل چهارم، آموزش مهارت های فرزندپروری بر پیشگیری از اعتیاد کل مؤثر بوده است. به دلیل اینکه مقدار معنا داری برای این آزمون کمتر از ۰/۰۵ است به این معناست فرض برابری اختلاف میانگین تفاضل نمرات پس آزمون و پیش آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل رد می شود. در نتیجه می توان گفت آموزش مهارت های فرزندپروری بر پیشگیری از اعتیاد تأثیرگذار بوده است و میزان پیشگیری از اعتیاد را بطور قابل ملاحظه ای افزایش داده است. در رابطه با همسویی این تحقیق می توان به تحقیق مامی، شهباز و همکاران (۱۳۹۵) اشاره کرد که به بررسی رابطه بین سبک های فرزندپروری با گرایش به اعتیاد نوجوانان پرداخته است.

همچنین میتوان به تحقیق بیرامی و همکاران (۱۳۹۳) اشاره کرد که به بررسی تطبیق شیوه های فرزندپروری و الگوهای ارتباطی خانواده در افراد معتاد و عادی پرداخته است.

همچنین می توان به تحقیقات مرادی و همکاران (۱۳۹۰)، سراج زاده و فیضی (۱۳۹۱)، مهدی مشکی و اصلی نژاد (۱۳۹۲)، جواد خالقی (۱۳۹۳) اشاره کرد.

مسئله اعتیاد به مواد مخدر از جمله خطرات و تهدیدهای سلامت اجتماعی و روانی بشر امروز در بین جوانان و نوجوانان است؛ مسئله ای که پیامدهای منفی بسیاری دارد. با نیم نگاهی به پیامدها و عوارض اعتیاد به مواد مخدر نشان داده می شود که پیامدهای اعتیاد جامعه، فرد و خانواده را از نظر اقتصادی، اجتماعی، روانی و جسمی در برمی گیرد.

خانواده ها می توانند با تامین نیازهای اساسی، ایجاد فضای امن خانوادگی، راهنمایی، قانون گذاری مناسب و نظارت بر زندگی فرزندان شان آنان را از بسیاری رفتارهای مشکل ساز و پر خطر از جمله مصرف مواد و بزهکاری دور نگه دارند. تحقیقات نشان داده است که اگر پیشگیری از طریق خانواده باعث به تعویق افتادن اولین مصرف سیگار یا هر ماده دیگری باشد یا به عبارت دیگر خانواده ها فرزندان شان را بدون تجربه مواد به ۱۸ سالگی برسانند، شانس ایجاد مشکلات جدی سوء مصرف مواد و اعتیاد در سالهای بعدی زندگی کاهش می یابد.

کسب مهارت های فرزندپروری می تواند در پیشگیری از مصرف مواد در فرزندان یک خانواده مؤثر باشد. از طریق این مهارتها رابطه بین فرزندان و والدین تقویت می شود، آنها اوقات بهتری را با هم خواهند داشت و می توانند مسائل را به نحو مناسب تری حل کنند. پژوهش هایی وجود دارد که نشان داده است که اگر این آموزشهای تقویت کننده خانواده به شکل مناسب انجام گیرد به مراتب بیشتر از برنامه هایی که تنها برای آموزش نوجوانان است مؤثر خواهد بود. همچنین ثابت شده است که تأثیر برنامه های آموزش مهارت های فرزندپروری و تقویت خانواده بر خلاف آموزش مهارت های زندگی و پیشگیری اجتماع محور در طول زمان تضعیف نمی شود و بر افراد بیشتری از گروه آموزش گیرنده مؤثر است. مطالعات دراز مدت اثربخشی نشان داده است که مداخله های پیشگیرانه از راه مهارت های فرزندپروری و تقویت خانواده بسیار مقرون به صرفه بوده و بعنوان مثال هر یک دلار هزینه برای

این برنامه در آمریکا حداقل به نه دلار کاهش هزینه های ناشی از مصرف مواد انجمیده است. فضای مناسب ارتباط با والدین به کودکان و نوجوانان کمک می کند که بتوانند بحران های مختلف مسیر زندگی شان را بهتر تحمل کنند و آن را به شکل مناسب اداره کنند. پدر و مادر هایی که در حین حمایت از فرزندانشان به آنها کمک می کنند تا مستقل باشند، رعایت مقررات از سوی فرزندانشان را تشویق می کنند و در عین حال ثبات و عدالت را در این مقررات مد نظر دارند فرزندان مقاوم تری می پروراند.

### ۵-۳- فرضیه های فرعی

۱- آموزش مهارت های فرزندپروری در پیشگیری از عوامل بین فردی و محیطی اعتیاد و زیر مولفه های آن (عوامل مربوط به خانواده، دوستان، مدرسه) در خانواده های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تأثیر دارد.

نتایج آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴-۷ نشان می دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=0/29$  لامبدای ویکلز،  $0/001$ ،  $p < 0/50$  ( $F_{(3,23)}=18$ )).

که همچنین آموزشی دریافت نکرده بودند عوامل خانواده، دوستان و مدرسه پیشگیری از اعتیاد بهتری داشتند؛ بنابراین فرضیه فرعی اول پژوهش تایید میشود و آموزش مهارت های فرزند پروری در پیشگیری از عوامل بین فردی و محیطی اعتیاد (عوامل مربوط به خانواده، دوستان، مدرسه) خانواده های دانش آموزان دختر پیش جدول ۴-۸ نتایج تحلیل کواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. چنانچه در این جدول مشاهده می گردد، بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر سه مولفه عوامل مربوط به خانواده ( $F=46/22$ ،  $P=0/001$ )؛ عوامل مربوط به دوستان ( $F=33/76$ ،  $P=0/001$ )؛ و عوامل مربوط به مدرسه ( $F=50/81$ ،  $P=0/001$ ) تفاوت معنی داری از نظر آماری وجود دارد. با توجه به نتایج این جدول فرضیه فرعی اول پژوهش تایید می گردد و آموزش مهارت های فرزند پروری در پیشگیری از عوامل بین فردی و محیطی اعتیاد (عوامل مربوط به خانواده، دوستان، مدرسه) خانواده های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تأثیر دارد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۴-۱ که نشان دهنده میانگین های کمتر گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل در هر سه عامل مربوط به خانواده، دوستان و مدرسه است و نمره کمتر در این مولفه ها به معنای پیشگیری بیشتر از اعتیاد است، می توان نتیجه گرفت تفاوت معنی دار در پیشگیری از اعتیاد در بین گروه آزمایش و کنترل به نفع گروه آزمایش است و افرادی که در گروه آزمایش قرار داشتند و مهارت های فرزندپروری دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تأثیر دارد.

عوامل خانوادگی و والدین نقشی بنیادی در تمام دوران کودکی و نوجوانی دارند، حال آنکه دوستان وهمسالان غالباً در دوره کوتاهی پیش از شروع مصرف مواد تأثیرگذار بوده اند. به عبارت دیگر اگر چه هم سالان نقش منفی مهمی در سوق دادن نوجوان به سوی مصرف مواد دارند، خانواده نقش مثبت محوری در جلوگیری از درگیری نوجوان با رفتارهای مشکل ساز از جمله مصرف مواد دارد. همچنین باید در نظر داشت که والدین در

انتخاب دوستان کودکان و نوجوانان هم موثرند. زمانی که نوجوانان رابطه خوبی با والدین خود دارند بیشتر احتمال دارد دوستانی را انتخاب کنند که آنان نیز تاثیر مطلوبی بر او بگذارند. تمرین مقاومت در برابر فشار همسالان بسیار مهم است. به کودکانمان نه گفتن را بیاموزیم. کودکان می توانند یاد بگیرند تا در مقابل پیشنهاد دیگران مقاومت کرده و از پذیرش تقاضایشان امتناع نمایند. گسترش و رواج بیش از حد مواد در جامعه موجب کم رنگی وقاحت موضوع شده است. و این خیال را در ذهن می پروراند که چون اکثر افراد مواد مصرف میکنند ایرادی ندارد که ما هم مصرف کنیم و بهنجار است. واقعیت این است که نوجوانان نسبت به مصرف مواد و سیگار توسط همسالانشان برآورد درستی ندارند و تعداد آنها را بیشتر تخمین میزنند. بنا به نظر خود نوجوانان، هنگامی که از سنین کودکی وارد نوجوانی میشوند از دوستان و همسالانشان بیشتر یاد میگیرند تا خانواده اما یافته های پژوهشی نشان میدهند همان نوجوان ترجیح می دهد راجع به موضوعات مهم از والدینشان اطلاعات کسب کنند. آمار درستی از مصرف در جامعه در اختیار آنها بگذاریم تا گمان نکنند همه مصرف میکنند.. شناخت دوستان فرزندان، مارا در تماس نزدیکتری با زندگی روزمره او قرار میدهد در این صورت بهتر می توانیم مشکلات فرزند را تشخیص دهیم و او را راهنمایی کنیم. می توانیم فرزندان را از موقعیت های پر خطر و رفتارهای مخاطره آمیز دور نگه داریم.

تقریباً در ۲۰ درصد مواد، اولین مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ میدهد. ارتباط و دوستی با همسالان متبلا به سو مصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان به اعتیاد است. مصرفکنندگان مواد، برای گرفتن تائید دوستان، سعی میکنند آنان را وادار به همراهی با خودنمایند. گروه همسالان به خصوص، در شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار مؤثر هستند. بعضی از دوستیها، صرفاً حول محور مصرف مواد شکل میگیرد. نوجوانان نیازمند تعلق به گروه هستند و اغلب پیوستن به گروههایی که مواد مصرف میکنند، بسیار آسان است. هر چه پیوند فرد با خانواده، مدرسه و اجتماعات سالم کمتر باشد، احتمال پیوند او با این قبیل گروه ها بیشتر می شود. از آنجاکه مدرسه بعد از خانواده، مهمترین نهاد آموزشی و تربیتی است، میتواند از محیطهای زمینساز مصرف مواد در نوجوانان باشد. بیتوجهی به مصرف مواد و عدم وجود محدودیت یا فقدان مقررات منع مصرف در مدرسه، استرسهای شدید تحصیلی و محیطی، فقدان حمایت معلمان و مسئولان و طرد شدن از طرف آنان از عوامل مؤثر اعتیاد است.

۲- آموزش مهارت های فرزندپروری در پیشگیری از عوامل اجتماعی اعتیاد و زیر مولفه های آن (کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی و توسعه صنعتی و محرمیت های اقتصادی و اجتماعی، عدم دسترسی به سیستم های خدماتی، حمایتی و مشاوره ای و بازار مواد مخدر در ایران) در خانواده های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تأثیر دارد.

نتایج آزمون لامبدای ویلکز در جدول ۴-۱۰ نشان می دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی که از ترکیب خطی متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ( $F_{(4,21)} = 10.43$  /  $p < 0.001$ ).

نتایج تحلیل کوواریانس اثرات بین گروهی برای دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. چنانچه در این جدول مشاهده می گردد، بین دو گروه آزمایش و کنترل در هر چهار مولفه کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی،

تفریحی ( $F=13/72$ ,  $P=0/001$ )؛ توسعه صنعتی و محرمیت‌های اقتصادی و اجتماعی ( $F=19/43$ ,  $P=0/001$ )؛ عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای ( $F=12/65$ ,  $P=0/01$ )؛ و بازار مواد مخدر در ایران ( $F=6/33$ ,  $P=0/01$ ) تفاوت معنی داری از نظر آماری وجود دارد. با توجه به نتایج این جدول فرضیه فرعی دوم پژوهش تایید می‌گردد و آموزش مهارت‌های فرزند پروری در پیشگیری از عوامل اجتماعی اعتیاد (کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی تفریحی؛ توسعه صنعتی و محرمیت‌های اقتصادی و اجتماعی، عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای و بازار مواد مخدر در ایران) خانواده‌های دانش آموزان دختر پیش دانشگاهی ناحیه ۲ یزد تاثیر دارد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۴-۲ که نشان دهنده میانگین‌های کمتر گروه آزمایش در مرحله پس آزمون در مقایسه با گروه کنترل در هر چهار مولفه (کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی؛ توسعه صنعتی و محرمیت‌های اقتصادی و اجتماعی، عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای و بازار مواد مخدر در ایران) است و نمره کمتر در این مولفه‌ها به معنای پیشگیری بیشتر از اعتیاد است، می‌توان نتیجه گرفت تفاوت معنی دار در پیشگیری از اعتیاد در بین گروه آزمایش و کنترل به نفع گروه آزمایش است و افرادی که در گروه آزمایش قرار داشتند و مهارت‌های فرزندپروری دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل که همچنین آموزشی دریافت نکرده بودند عوامل اجتماعی پیشگیری از اعتیاد بهتری داشتند؛ بنابراین فرضیه فرعی دوم پژوهش تایید میشود و آموزش مهارت‌های فرزند پروری در پیشگیری از عوامل اجتماعی اعتیاد و زیر مولفه‌های آن (کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی؛ توسعه صنعتی و محرمیت‌های اقتصادی و اجتماعی، عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای و بازار مواد مخدر در ایران) در خانواده‌های دانش آموزان پیش دانشگاهی دختر ناحیه ۲ شهر یزد تاثیر دارد. کارهایی مانند رفتن به کتابخانه و کتابفروشی، پیاده روی، رفتن به کوه یا پارک، جستجو در اینترنت به منظور شناخت علائق یکدیگر، و حتی رفتن به بستنی فروشی و رستوران می‌تواند برنامه مشترک خانواده یا ویا فرزند (ان) با یکی از والدین باشد. اگر فرزندمان در یک زمینه ورزشی یا هنری یا فرهنگی مشغول فعالیت است تا آنجا که برایمان مقدور است در بازی و تمریناتش شرکت کرده و مانند یک تماشاچی خوب او را تشویق کنیم از تلاشهایش تعریف کنیم و موفقیت در این خصوص را به فعالیتش نسبت دهیم. در این مورد مهم است که خواست و سلیقه او را در انتخاب فعالیت‌ها در نظر بگیریم. چیزی که مهم است اینکه ما با فرزندمان در حال تعامل هستیم. بعد از گذشت مدت زمانی از اجرای این برنامه‌ها ممکن است از این که اینگونه فعالیت‌ها چقدر برای فرزندمان مهم بوده است تعجب کنیم.

شخصی که در معرض اعتیاد است، باید شب و روز خود را با برنامه‌های صحیح و سرگرمی‌های مناسب پُر کند. این سرگرمی‌ها ممکن است ورزش و پیاده روی در هوای آزاد، مطالعه کتاب‌های سودمند و مفید، پرورش گل در منزل و به طور کلی، کشاورزی، کارهای دستی، جمع‌آوری اشعار، تهیه مجموعه عکس و تمبر و مانند اینها، شرکت در انجمن‌های گوناگون و کنفرانس‌های علمی یا اخلاقی باشد، زیرا بی‌کاری و خالی ماندن اوقات از برنامه، بلائی عظیمی است که زمینه را برای وسوسه‌های بازگشت به اعتیاد فراهم می‌کند.

جوانان باید برای تمام شبانه روز خود برنامه ریزی کنند، به طوری که یک ساعت وقت بیکاری و بدون برنامه نداشته باشند؛ البته مقصود این نیست که پیوسته درس بخوانند یا کار کنند، بلکه باید تفریح و ورزش هم

داشته باشند و وقت خالی و بدون برنامه نداشته باشند. آنان باید بدانند، بزرگ ترین بدبختی برای جوان، این است که وقت های خالی از برنامه داشته باشند.

بسیار دیده شده که افراد معتاد به سیگار، در روزهای تعطیلی چند برابر روزهایی که مشغول کار هستند، سیگار می کشند. این تفاوت فاحش، اثر همان اشتغال فکر و اعصاب و بدن به کارهای مثبت و انصراف از کارهای بیهوده یا زیان آور در ایام غیرتعطیلی است.

با توجه به مطالب پیش گفته، افرادی که گرفتار اعتیادند، اگر برنامه مشغول کننده ای برای تمام وقت خود نداشته باشند، به آسانی نمی توانند این عادت را از خود دور کنند. تهیه چنین برنامه ای، از مؤثرترین عوامل تداوم ترک اعتیاد است و به طور مطمئن با آن، قسمت مهمی از مشکلات درمان اعتیاد را پشت سر خواهند گذاشت.

✓ بازار مواد

میزان مصرف مواد، باقیمت آن نسبت معکوس دارد. هر چه قیمت مواد کاهش یابد، تعداد افرادی که بتوانند آن را تهیه کنند، افزایش مییابد. همچنین دسترسی آسان به مواد بر تعداد مصرف کنندگان میافزاید.

✓ کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی و تفریحی

کمبود امکانات برای پاسخ به نیازهای طبیعی روانی و اجتماعی نوجوانان و جوانان از قبیل کنجکاوی، تنوع طلبی، هیجان، ماجراجویی، مورد تائید 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 غیرسالم میشود.

✓ عدم دسترسی به دستگاههای خدماتی، حمایتی، مشاورهای و درمانی

در زندگی افراد، موقعیتهای 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 این موقع بتواند فرد را از نظر روانی، مالی، شغلی، بهداشتی و اجتماعی حمایت نماید، فرد را تنها و بی پناه و بدون وجود سطح مقاومت اجتماعی رها میکند.

✓ توسعه صنعتی جامعه، مهاجرت، کمبود فرصتهای شغلی و محرومیت اقتصادی - اجتماعی

توسعه صنعتی، جوامع را به سمت شهری شدن و مهاجرت افراد 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 به تنهایی، انزوا و ناامیدی فرد میانجامد. کم سواد، فقدان مهارتهای شغلی، عدم دسترسی به مشاغل مناسب و به دنبال آن محدودیت در تأمین نیازهای حیاتی و اساسی زندگی و تلاش برای بقا، فرد را به مشاغل کاذب یا خریدوفروش مواد میکشانند. در این مواقع فرد برای انطباق بازندگی سخت روزمره و شیوه جدید زندگی به استفاده از شیوه های مصنوعی مانند مصرف مواد کشیده میشود.

## ۵-۴- نتیجه گیری

اعتیاد به مواد مخدر یکی از مهمترین آسیبهای اجتماعی است و از مصادیق عمده ی انحرافات محسوب میشود. انحرافی که میتواند پایه و اساس بسیاری از آسیبها و معضلات اجتماعی در سطح جامعه باشد. درواقع



شیوع اعتیاد به مواد مخدر در مورد افراد جامعه تباهی، آشفتگی و فروپاشی بنیادهای آن جامعه خواهد شد. اگر بتوان با اقدامات و برنامه هایی از گرایش مردم و به خصوص جوانان به مصرف مواد کاست، قدم بزرگی در جهت کاهش تقاضا و سلامت جامعه برداشته شده است. باوجوداینکه برنامه های زیادی تحت این عنوان در کشورها اجرا شده است، اما در بسیاری از موارد کاهشی در بروز سوء مصرف مواد رخ نداده است. به همین خاطر بحثهای زیادی در مورد هزینه، کارایی و حتی خطرات برنامه های پیشگیرانه وجود دارد. خصوصاً این پرسش مطرح میگردد که چرا علیرغم به کارگیری برنامه های پیشگیرانه، مصرف مواد در نوجوانان امروزی در حال افزایش است. محدودیتی که به چشم میآید، شاید تعداد کم مطالعات مداخله‌ای یا برنامه های پیشگیری منسجم است بر همین اساس نیاز به انجام مطالعاتی ازاین دست را در آینده روشن میسازد. علاوه بر این توجه به این نکته لازم است که این عوامل محافظ و خطر در برابر سو مصرف مواد در دوران کودکی و نوجوانی متفاوت است، به طوریکه عوامل خطر و محافظ در سنین کودکی بیشتر در درون خانواده است اما در نوجوانی بیشتر به محیط بیرون و تأثیر همسالان برمیگردد. مهمترین عوامل محافظ در پیشگیری از اعتیاد در خانواده وجود پیوند قوی کودک با والدین، حمایت والدین از نیازهای مالی و هیجانی و اجتماعی کودکان، وجود ارزشهای محکم و الگوی صحیح رفتاری در خانواده و داشتن انضباط پایدار و مقررات واضح در محیط خانواده میباشد. از طرفی برعکس این حالات میتواند عامل خطر مهمی برای گرایش نوجوان باشد، مثلاً خانواده آشفته، نداشتن نظارت در سرپرستی، دادن آزادی بیش از حد به کودک و نوجوان و والدین معتاد در خانواده از فاکتورهای مهم خطر گرایش به مصرف مواد هستند. بدیهی است که پیشگیری در سطح اولیه در مهمترین مرکز رشد کودک یعنی خانواده تا حدود زیادی امکانپذیر است. عوامل اجتماعی و عوامل خطر بیرون از خانواده در صورت همراه شدن با عوامل درون خانواده شخص را مستعد سو مصرف مواد خواهد کرد. ازجمله این عوامل میتواند در دسترس بودن محیط زندگی، کمبود امکانات حمایتی و مشاورهای و درمانی، انتخاب گروه همسال نامناسب و ... میباشد. همچنین برخی خصوصیات فردی در نوجوان مانند شکست تحصیلی، نداشتن مهارتهای مقابله ای قوی، پذیرفتن مصرف مواد به عنوان هنجار، پرخاشگری و قانون شکنی در مدرسه، میتواند از عوامل خطر بیرون از خانواده باشد. با توجه به توضیحات فوق، آگاهسازی و آموزش والدین در جهت داشتن الگوی رفتاری سالم در خانواده، به دست آوردن اطلاعات لازم درباره انواع مواد مخدر و محرکها، افزایش مهارتهای ارتباطی جهت تحکیم پیوندهای خانوادگی مخصوصاً ارتباط با همسر و روابط صمیمی با فرزندان، بالا بردن اعتماد به نفس کودک و نوجوان، اجتناب از تحقیر و دادن مسئولیت متناسب با توانایی آنان و ایجاد سیستم ارزشی قوی در خانواده گام مؤثری در پیشگیری از گرایش نوجوان به مصرف مواد میباشد. همچنین آموزش مقاومت در برابر گروه همسال به نوجوان و دادن اطلاعات لازم درباره مضرات مصرف مواد در این راستا مؤثر خواهد بود. در این دوره سنی توجه به مسائل ظاهری، سلامت فردی و ارزشهای معنوی و اجتماعی اهمیت خاصی دارد که از آن میتوان برای عدم گرایش به مصرف مواد استفاده کرد. همچنین آموزش مدیریت استرس برای انطباق با شرایط خاص دوره نوجوانی برای پیشگیری از خوددرمانی به پیشنهاد همسالان و بروز اعتیاد کمک کننده خواهد بود.

## ۵-۵- نتایج کاربردی در امر مبارزه با مواد مخدر

- بررسی راهکارهای مداخله در خانواده های دارای مصرف کننده مواد، در کاهش گرایش به مصرف مواد در نوجوانان
- تشکیل کارگروهی متشکل از متخصصان حوزه اعتیاد از جمله روانشناسان و روانپزشکان، ومسئولین دولتی از جمله ریاست آموزش و پرورش و همچنین ستاد مبارزه با مواد، در راستای انجام مداخلات آموزشی، پیشگیرانه و درمانی و حمایت جامع و مداوم از دانش آموزان در معرض سوء مصرف مواد.
- تشکیل کارگروهی متشکل از روانشناسان و متخصصان حوزه اعتیاد، جهت نظارت و ارزیابی مستمر و دقیق بر عملکرد مشاوران مدارس در راستای پیشگیری و حمایت از دانش آموزان در معرض خطر
- برگزاری کارگاه های آموزش مداخله در رفتارهای اعتیادی دانش آموزان برای مشاورین مدارس.
- برگزاری کارگاه های آموزش مهارتهای فرزند پروری در راستای بهبود روابط بین فردی در خانواده ها.
- دولت با پاکسازی و از بین بردن پاتوق های مجرمانه در جامعه خصوصاً محلات آلوده به معضل مواد مخدر و خانواده با کنترل و نظارت بر دوستان و همسالان فرزندان خود و بالا بردن سطح آگاهی آنان در خصوص رفتارهای غیر قانونی و جرائم، به خصوص قاچاق مواد مخدر و عواقب ناشی از آن در پیشگیری از ارتکاب به جرم قاچاق مواد مخدر می توانند تاثیر گذار باشند.
- سازمان ها و نهاد -های فرهنگی (آموزش و پرورش، وزارت ارشاد، دانشگاه، صدا و سیما و ...) می توانند با اطلاع رسانی و آموزش همگانی در خصوص عواقب و مجازات ارتکاب به جرائم خصوصاً قاچاقچیان مواد مخدر موثر باشند.
- اتخاذ و ترویج رویکرد فرهنگی اجتماعی در مقابله با پدیده اعتیاد به مواد مخدر و ایجاد تغییرات و اصلاحات ساختاری در ابعاد اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی برای کنترل عوامل کلان اعتیاد در جامعه جهت کاهش تقاضای مواد مخدر و برهم زدن بازار مواد مخدر و پیشگیری از قاچاق مواد مخدر.
- با توجه به اهمیت موضوع آموزش، از ابتدای دوران تحصیل و بالاتر در خصوص آسیب های اجتماعی خصوصاً اعتیاد و قاچاق مواد مخدر و راهکارهای پیشگیری از آنها به نوجوانان و جوانان آموزشهای لازم و مرتبط در درس و برنامه آموزشی این قشر و آگاهسازی معلمان از طریق کارگاههای آموزشی برای ایجاد رابطه عاطفی بادانش آموزان و القای قدرت تصم یمگی ری، ایجاد روحیه، عزت نفس و... در دانش آموزان و دانشجویان.
- غنی سازی اوقات فراغت جوانان و گسترش امکانات رفاهی، -آموزشی و تفریحی برای جوانان.
- با در نظر گرفتن روند رو به افزایش اعتیاد و عود اعتیاد در جامعه و خسارت ها و هزینه های جانی و مالی ناشی از آن، پیشنهاد می شود برنامه های تخصصی پیشگیری از ابتلا، در محتوای آموزشی مدارس و نیز رسانه های گروهی افزوده شده و به منظور روشنگری و افزایش اطلاعات خانواده ها و دانش آموزان مؤلفه های روانشناختی بیشتر مورد توجه قرار گیرند.

## ۵-۶- محدودیت های تحقیق

- ۱- در اجرای متغیر مستقل (آموزش مهارت های فرزندپروری) محدودیت مالی و زمانی وجود داشت.
- ۲- والدین همکاری های لازم را در اجرای طرح مذکور مبذول نمی داشتند.
- ۳- پرسشنامه مناسب در زمینه عوامل موثر در گرایش به اعتیاد یافت نمی شد.

## ۵-۷- پیشنهادات پژوهشی

- ۱- پیشنهاد می گردد در تحقیقات آتی متغیرهای بیشتری را مانند میزان هوش، طبقه ی اجتماعی و... در نظر گرفته شود.
- ۲- توصیه می گردد تأثیر مهارت های فرزند پروری در رابطه با بهبود روابط خانوادگی نیز سنجیده شود.
- ۳- توضیه می شود اثربخشی متغیرهای مستقل دیگری مانند (سطح سواد والدین، سطح طبقه اقتصادی و اجتماعی والدین) بر روی متغیر وابسته (پیشگیری از اعتیاد) نیز بررسی گردد.

## ۵-۸- پیشنهادات کاربردی

- ۱- از آنجایی که فقدان مهارت های فرزند پروری در خانواده ها موجب افزایش گرایش جوانان و نوجوانان به اعتیاد شده است توصیه می گردد جلسات فرزند پروری به صورت منظم و مدون در مدارس برای والدین برگزار شود.
- ۲- با توجه به پژوهش به عمل آمده شناخت دوستان فرزندان توسط والدین در گرایش به اعتیاد موثر است در نتیجه داشتن برنامه های دوره‌می برای والدین و فرزندان برای آشنایی بیشتر خانواده های دانش آموزان باهم و شناخت دوستان فرزندان خود لازم است.
- ۳- پیشنهاد می گردد از نتایج این پژوهش در کلینیک های ترک اعتیاد و مراکز مشاوره استفاده گردد
- ۴- به دلیل هزینه های زیاد مراکز مشاوره و نیاز امروز جوانان برا صحبت کردن، داشتن مشاور در مدارس برا برقراری ارتباط خوب با دانش آموزان و والدین آنها ضروری است.

## منابع و ماخذ

## منابع

### فارسی

۱. احدی، حسن، جمهری، فرهاد. (۱۳۸۶) روان‌شناسی رشد. چاپ ششم، انتشارات پردیس.
۲. احمدی، مهدی (۱۳۸۹). تاثیر مداخله آموزشی نظریه محور در پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در نوجوان، فصلنامه پایش، سال دهم.
۳. آقابخشی، حبیب. (۱۳۷۹). اعتیاد و آسیب شناسی خانواده، تهران: انتشارات دانش آفرین.
۴. باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملفت، حسین؛ نقی پور، فاطمه (۱۳۹۰). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده اعتیاد در شهر اهواز. فصلنامه جامعه شناسی کاربردی، ۴ (۱۱)، صص ۳۳۳-۳۱۲.
۵. باوی، ساسان؛ (۱۳۸۸) اعتیاد (انواع مواد، سبب شناسی، پیشگیری، درمان)/ ساسان باوی. اهواز: دانشگاه آزاد اسلامی.
۶. برفی، محمد (۱۳۸۴). از میکده تا ماتمکده اعتیاد، تهران: انتشارات محراب فکر، چاپ دوم.
۷. برک، لورا روان شناسی رشد (از لقاح تا کودکی) ترجمه یحیی سید محمدی - جلد اول. ناشر: ارسباران. ۱۳۹۱، ویرایش چهارم. چاپ بیست و یکم
۸. بیکهارت، کارل (۱۳۸۰) کلیه‌های پیشگیری و مقابله با اعتیاد در نوجوانان و جوانان؛ مترجم مسعود هومان. تهران: صابرین، کتابهای رانه، ۱۳۸۰.
۹. چیریلو، استفان. (۱۳۷۹) اعتیاد به مواد مخدر درآینه روابط خانوادگی؛ ترجمه و تدوین سعید پیرمردای. اصفهان، نشرهمام، ۱۳۷۹.
۱۰. حقدادی، غلامحسین؛ جهانگیری، علی؛ غلامی، همایون (۱۳۹۲). ارتباط اختلاف خانوادگی و طلاق با اعتیاد به اینترنت در بجنورد. خلاصه مقالات اولین سمینار طلاق اصفهان، صص ۳-۱.
۱۱. داوری، محمد. (۱۳۸۱). پیشگیری و کنترل اعتیاد با نگرش اسلامی، قم، نقش کلک، ص ۴۸ - ۵۰.
۱۲. داوری، محمد، سلیمی، علی. (۱۳۸۰). جامعه شناسی کجروی. قم، پژوهشکده حوزه و دانشگاه. ص ۴۰۶.
۱۳. دفتر هماهنگی و نظارت بر امور درمان و بازتوانی. آشنایی با مواد صناعی اعتیادآور. انتشارات دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر: تهران، ۱۳۸۷.
۱۴. رحیمی موقر آفرین، سهیمی ایزدیان الهه، راد گودرزی رضا، محمدی محمد رضا. (۱۳۸۲). نگرش وابستگی به مواد افیونی و خانواده های آنان در مورد تاثیر اعتیاد بر صدمات ناشی از زلزله بم تازه های علوم شناختی.
۱۵. رضایی، سوسن. (۱۳۸۲). ساخت شخصیت معتادان. مجله حیات سبز، ش سوم، ص ۳۶ - ۳۷.
۱۶. زنجانی، تهیمینه (۱۳۸۶). «اعتیاد در نوجوانان». پایگاه اینترنتی انجمن درمانگران ایران.
۱۷. زینالی، علی (۱۳۸۹). روسازی پرسشنامه استعداد اعتیاد برای نوجوانان ایران. مجله روانشناسی بالینی، دوره ۱، شماره ۱، صص ۳۱-۱۳.

۱۸. ژان برژه. (۱۳۸۷). اعتیاد به شخصیت، تهران، آموزش انقلاب اسلامی. ص ۲۱ - ۳۹.
۱۹. ستاری بهزاد، اعظم احد، محمدی محمد علی. (۱۳۸۱). بررسی میزان گرایش به اعتیاد در سنین بالای ده سال استان اردبیل. فاه اجتماعی، پائیز ۸۲.
۲۰. ستوده، هدایت الله (۱۳۸۰). آسیب شناسی اجتماعی. تهران، آوای نور، چاپ هفدهم.
۲۱. سعدی، حسن (۱۳۸۰) آموزش شیوه‌های عملی پیشگیری اولیه از اعتیاد به مواد مخدر. تهران: ۱۳۸۰
۲۲. سعید، محمد (۱۳۹۲). بررسی تأثیر عوامل اقتصادی و اجتماعی بر اعتیاد معتادان مرکز بازپروری کرمان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شیراز، دانشکده علوم اجتماعی
۲۳. سیفی گندمانی، محمد یاسین؛ صفاری تیا، یاسین؛ کلاتری میبیدی، سارا. (۱۳۹۲). سنخ شناسی فرزندانپروری خانواده و تأثیر آن بر گرایش به مواد مخدر در نوجوانان پسر. فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال هفتم، شماتره ۲۵.
۲۴. شاکرمی، عبدالحسن (۱۳۸۶) درمان اعتیاد به مواد مخدر طبیعی و صنعتی، تهران: انتشارات زبان، چاپ اول.
۲۵. صدیق سروستانی رحمت الله. (۱۳۸۲)، بررسی عوامل خطر ساز در آلودگی نوجوانان و جوانان ایرانی به سوء مصرف مواد، پایان نامه علوم جتماعی.
۲۶. طهرانی، عاتکه. (۱۳۸۲). پیشگیری اولیه از اعتیاد مبتنی بر خانواده. ۲۹۰-۲۶۵: (۸)؛ اجتماعی، تابستان
۲۷. فرجاد، محمدحسین. (۱۳۸۵). عوامل روانی - اجتماعی مؤثر در ایجاد اعتیاد، اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد، تهران، امیرکبیر، ص ۱۴۳.
۲۸. فروع الدین، عدل اکبر، صدر السادات سید جلال الدین، بیگلریان، اکبر، جوادی یگانه محمد رضا. (۱۳۸۳). تأثیر همنشینی و معاشرت با گروه هنجار شکن و گرایش جوانان به اعتیاد رفاه اجتماعی، زمستان
۲۹. فیض الهی، علی (۱۳۹۰). عوامل اجتماعی مرتبط با اعتیاد در بین جوانان استان ایلام. نشریه رفاه اجتماعی، دوره ۳، شماره ۴۳، صص ۳۲۱-۳۳۳.
۳۰. قربانی، علیرضا، محمدی آریا، علیرضا، کوچکی، عاشور محمد. (۱۳۸۵). بررسی وضعیت سبک های هویت یابی و رابطه آن با سلامت عمومی و پایگاه اقتصادی، اجتماعی. دو فصلنامه مطالعات تربیتی و روان شناسی، شماره ۱۴. ص ۱۵۳.
۳۱. قنبری، محمدرضا. (۱۳۸۹). مطالعات مردم شناسانه در گرایش به مصرف مواد مخدر، همایش بین المللی علمی، کاربردی جنبه های مختلف سیاست جنایی در قبال مواد مخدر، تهران، ص ۱۸۴.
۳۲. کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین. ترجمه حسن رفیعی، فرزین رضاعی، چاپ اول، تهران: نشر ارجمند، سال ۱۳۸۹.
۳۳. کیمینجانی، مهرناز؛ ماهر، فرهاد. (۱۳۸۶). مقایسه شیوه های فرزندانپروری والدین نوجوانان با اختلال سلوک و نوجوانان عادی، دانش و پژوهش در روانشناسی، ۳۳، ۶۳-۹۴

۳۴. گلپور، محسن؛ آتش‌پور، حمید؛ آقایی، اصغر. (۱۳۸۲). روانشناسی اعتیاد سبب شناسی و درمان؛ ویراستار محسن گلپور. - اصفهان.
۳۵. گودرزی محمد علی، زرتقاش مریم، زرتقاش مینا. (۱۳۸۳). برداشت افراد سوء مصرف کننده مواد از الگوهای انضباطی والدین. اندیشه و رفتار. ویژه نامه اعتیاد ۲۴۱-۲۴۹.
۳۶. لاله، محمود (۱۳۷۹). اعتیاد، بیماری فردی، فاجعه اجتماعی، موسسه فرهنگی انتشارات تیمورزاده.
۳۷. مدنی، سعید. خانواده و اعتیاد. (۱۳۸۱). مجموعه مقالات دومین همایش ملی آسیب های اجتماعی در ایران، تهران، آگاه. ص ۱۷۹.
۳۸. معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور (۱۳۸۸). خلاصه گزارش ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در خراسان، صص ۲-۳.
۳۹. معین، محمد. (۱۳۸۰). فرهنگ فارسی.
۴۰. ممتازی، سعید. (۱۳۸۴). خانواده و اعتیاد - انتشارات مهدیس، چاپ سوم.
۴۱. موسوی اشرف السادات. (۱۳۸۲). بررسی کیفی / کمی عملکرد خانواده معتادان جوان. مطالعات زنان. (۳): ۵۹-۸۸.
۴۲. موسی نژاد، علی. (۱۳۸۱). نگاهی به عوامل مؤثر بر گرایش نسل جوان به مواد مخدر، مجموعه مقالات دومین همایش ملی آسیب های اجتماعی در ایران، تهران، آگاه. ص. ۲۱۸.
۴۳. میرعلی، هادی (۱۳۸۴). علل و عوامل گرایش به اعتیاد در نوجوانان و جوانان، تهران: انتشارات امید مهر، چاپ اول.
۴۴. میری آشتیانی، الهام (۱۳۸۵). جامعه شناسی اعتیاد، تهران: نشر دید آور، چاپ اول.
۴۵. میری آشتیانی، الهام (۱۳۸۳). مقدمه ای بر آسیب شناسی اجتماعی در ایران. تهران: انتشارات فرهنگ گفتمان. ممتازی، سعید: خانواده و اعتیاد - انتشارات مهدیس، چاپ سوم ۱۳۸۴
۴۶. میثمی علی پاشا، فرامرزی بیژن، هلاکوئی نائینی، کورش. (۱۳۸۵). معتادان در خصوص اعتیاد چگونه می اندیشند؟! جمله دانشکده پزشکی، ۶۴، (۵): ۳۴-۴۳.
۴۷. هاوکینز، کاتالانوومیلر. (۱۹۹۹). عوامل خطرو عوامل حفاظت کننده در پیشگیری از سوء مصرف مواد؛ مترجم ماهیارماه جویی. (۱۳۷۹). تهران: سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزشی، انتشارات مدرسه.
۴۸. هواسی، ناهید (۱۳۸۰). بررسی و مقایسه شیوه های فرزند پروری خانواده های دارای نوجوانان معتاد و غیر معتاد. تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء (س).
۴۹. یار محمدی مسعود، جزایری علیرضا، رفیعی امیر حسین، جوبکار، بهرام پور، شهباز عباس. (۱۳۸۴). بررسی متغیرهای خانوادگی و فردی در افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد

## English

50. Davis, Tania, ph.d, Kelly m. carpenter (2002). women in addictions treatment: comparing va and community samples. Journal of substance abuse treatment, p 41-48..

51. Emmelkamp PM, Heeres H. "Drug addiction and parental rearing style: a Controlled Study", *Int J Addict.* 1988 Feb, 23(2):207-16.
52. Grange, Gilles and Christophe Vayssière, Anne Borgne (2005). Description of tobacco addiction in pregnant women. *European journal of obstetrics gynecology.* p 146- 151.
53. Haight, Wendy and Janet D. Carter-Black, Kathryn Sheridan, Mother's experience of methamphetamine addiction: A case – based analysis of rural, Midwestern women, *Journal Children and Youth Services Review*, p.71-77.
54. Horten Sid Amara (2008). Spiritually, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. *Evaluation and Program Planning*, p.113-123..
55. Jerdzejcák M, Blaszczyk J. "Attitudes of soldiers taking drugstore Military service. Training and discipline." *Mil Med.* Aug, 2005.5-691:(8)170:
56. Karol, L., Kumpfer, A. (2004). Parenting skills and family support programs for drug-abusing mothers, *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 12,134-142.
57. Pinnheiro RT, Pinnheiro KA/Magalhães PV, Horta, BL, Dasilva RA, Sousa PL, Fleming M, "Cocaine addiction and family dysfunction: a case control study in southern Brazil: Substance misuse" 2006.16-307:(3)41:
58. Therese, G., Jenet, H. J. Christopher, G. (2011). Maternal substance abuse and disrupted parenting: Distinguishing mothers who keep their children from those who do not. *Original Research Article. Children and Youth Services Review*, 33(11), 2176- 2185



## پیوست ها

## پرسشنامه عوامل موثر بر گرایش اعتیاد جوانان

### دوست گرامی

با سلام و احترام خواهشمند است جهت ارزیابی دقیق نتایج طرح، صادقانه به سوالات زیر پاسخ دهید هنگام پاسخ دادن به اولین فکری که به ذهن شما می آید اکتفا کنید. اطلاعات این پرسشنامه محرمانه می ماند، برای اطمینان بیشتر از محرمانه بودن، لطفاً نام و نام خانوادگی خود را ننویسید. امید است این تحقیق بتواند در شناخت ویژگی های جوانان مفید باشد.

باتشکر از همکاری شما

- ۱- جنسیت مرد زن
- ۲- وضعیت تاهل مجرد متاهل
- ۳- سن شروع مصرف مواد
- ۴- میزان تحصیلات در زمان شروع اعتیاد  
بیسواد  ابتدائی  سیکل  دیپلم  فوق دیپلم  لیسانس و بالاتر
- ۵- نوع مواد مخدر مورد استفاده  
تریاک  حشیش  هروئین  شیشه  کراک  ال اس دی  اکستازی  الکل  شیره  کوکائین
- ۶- قبل از اعتیاد، سیگار می کشیدید؟  
بلی  خیر
- ۷- آیا قبلاً هم اقدام به ترک مواد کرده اید؟  
بلی  خیر
- ۸- چه کسانی را در اعتیاد خود مسئول می دانید؟  
خودم  خانواده  همسر  دوستان  جامعه
- ۹- سطح تحصیلات والدین  
بیسواد  ابتدائی  سیکل  دیپلم  فوق دیپلم  لیسانس و بالاتر
- ۱۰- انگیزه ترک اعتیاد  
خانواده و دوستان  در دسترس نبودن مواد  ترس از قانون  اشتغال یا ترس از دست دادن شغل  خودم
- ۱۱- علت گرایش اولیه به اعتیاد  
تفنن و سرگرمی  تسکین بیماری جسمی  فرار از مشکلات و فشارهای روانی  کنجکاری   
تعارف دوستان  جهل و ناآگاهی  دسترسی آسان به مواد
- ۱۲- آیا سابقه اعتیاد در خانواده وجود داشته است؟  
بلی  خیر

عوامل زیر تا چه میزان در گرایش شما به مصرف مواد مخدر موثر بود؟

- ۱- کسب لذت و سرخوشی  
خیلی زیاد  زیاد  کم  خیلی کم  اصلاً
- ۲- کسب انرژی و افزایش توان جسمی برای کارکردن  
خیلی زیاد  زیاد  کم  خیلی کم  اصلاً

			۳- فراموشی و رهایی از مشکلات زندگی
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۴- تسکین دردها و ناراحتی‌های روحی و عصبی
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۵- افزایش و تقویت تحرک پذیری جنسی و پیشگیری از انزال زودرس
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۶- اطلاعات غلط و باورهای نادرست درباره مواد مخدر
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۷- احساس تنهایی کردن
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۸- بی‌علاقگی نسبت به همه چیز
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۹- ناامید شدن نسبت به آینده
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۱۰- احساس ناراحتی و غمگینی
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۱۱- احساس بی‌ارزشی کردن
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۱۲- دلخور و عصبی شدن (زود از کوره در رفتن)
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۱۳- میل شدید به شکستن اشیاء و خرد کردن آنها
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۱۴- میل شدید به آزار رساندن و زدن دیگران
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۱۵- بحث و درگیری با مردم
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۱۶- داشتن دلهره و لرزش اندام
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۱۷- احساس ترس داشتن
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۱۸- ناراحتی و بی‌قراری
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۱۹- فشارهای روحی و روانی
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۲۰- شکست عاطفی یا شکست در ازدواج
اصلاً	خیلی کم	کم	خیلی زیاد زیاد
			۲۱- شکست‌های تحصیلی (مردود شدن در طول تحصیل)

اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۲۲- فوت والدین و نزدیکان
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۲۳- شکست در فعالیت های مالی، شغلی و اقتصادی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۲۴- طلاق والدین
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۲۵- ارضاء حس کنجکاوی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۲۶- سر درآوردن از چیزهای ناشناخته
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۲۷- دانستن تاثیر مواد مخدر بر روی بدن
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۲۸- کسب تجربه درباره مواد مخدر
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۲۹- سست شدن اعتقادات دینی و باورهای مذهبی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۳۰- هوس رانی و لذت طلبی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۳۱- آگاه نبودن از حرام بودن مصرف مواد مخدر
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۳۲- بی هدف بودن در زندگی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۳۳- عدم پایبندی به انجام فرایض دینی (نماز و روزه) و شرکت در مراسم مذهبی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۳۴- بی سواد و ناآگاهی والدین
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۳۵- والدین معتاد یا وجود افراد معتاد در خانواده
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۳۶- اختلافات خانوادگی و کمبود محبت در روابط عاطفی خانواده
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۳۷- کم توجهی والدین به نیازها و خواسته های صحیح و منطقی شما
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۳۸- عدم کنترل و نظارت صحیح والدین و استفاده از شیوه های نامناسب تربیتی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۳۹- سخت گیری بی مورد و سرزنش بی حد از طرف والدین
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	

اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۴۰- طلاق و جدائی والدین
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۴۱- ثروت و رفاه اقتصادی خانواده
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۴۲- فشار دوستان و عدم توانایی نه گفتن به دوستان
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۴۳- هم‌رنگ شدن با دوستان
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۴۴- نیاز به عضویت در گروه دوستان
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۴۵- مصرف تفنی در پارتی‌ها و مهمانی‌های دوستانه
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۴۶- معاشرت و هم‌نشینی با دوستان ناباب
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۴۷- شیوه‌های نامناسب آموزشی در مدارس
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۴۸- بی‌توجهی به نیازهای دانش‌آموزان، مانند فقدان مشاور و مربیان آگاه به مسایل نوجوانان و جوانان در مدرسه
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۴۹- طرد شدن از طرف معلمان و دانش‌آموزان
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۵۰- اخراج از مدرسه
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۵۱- وجود دانش‌آموزان معتاد در مدرسه
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۵۲- کمبود مراکز فرهنگی (کتابخانه، فرهنگسرا، سینما و...) و برنامه‌های فرهنگی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۵۳- نداشتن ابزار و مکان مناسب برای گذراندن اوقات فراغت
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۵۴- عدم دسترسی به امکانات و تسهیلات ورزشی و تفریحی مناسب
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۵۵- عدم برنامه‌ریزی صحیح جهت غنی‌سازی اوقات فراغت
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۵۶- کمبود یا نبود امکانات تفریحی، ورزشی، سرگرمی‌های مفید و جذاب در کنار محله‌های مسکونی و مراکز آموزشی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۵۷- مهاجرت از روستاها به شهرها و تغییر محیط زندگی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۵۸- بیکاری

اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۵۹- مشکلات مالی و فقر اقتصادی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۶۰- فقدان مهارت کافی برای جذب شدن در بازار کار
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۶۱- کمبود فرصت‌های شغلی و محرومیت اقتصادی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۶۲- نابرابری‌های اجتماعی و اقتصادی و شکاف‌های طبقاتی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۶۳- نبود امکانات رفاهی و بهداشتی در محل زندگی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۶۴- زندگی در محلات آلوده
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۶۵- نبود مراکز مشاوره و تشخیص اختلالات شخصیتی و روانی افراد
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۶۶- کمبود فیلم‌ها و برنامه‌های آموزشی به منظور ارتقاء سطح آگاهی افراد از عوارض جسمی، روانی و اجتماعی مواد مخدر.
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۶۷- عدم رسیدگی جدی به مشکلات روحی و روانی جوانان
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۶۸- عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی به منظور حمایت روانی مالی، شغلی، بهداشتی و اجتماعی
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۶۹- عدم اطلاع رسانی جامع و کامل در زمینه عوارض جسمی، روحی و اجتماعی اعتیاد
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۷۰- کمبود مراکز مشاوره و ضعف فرهنگ مشاوره
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۷۱- عدم آگاهی از عوارض جسمی، روحی و اجتماعی مواد مخدر
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۷۲- برخورد ناصحیح با گروه‌های آسیب پذیر و در معرض خطر اعتیاد
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۷۳- بالا بودن هزینه استفاده از مراکز فرهنگی و مشاوره‌ای
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۷۴- ارزان بودن مواد مخدر
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۷۵- فراوانی مواد مخدر
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	۷۶- سهولت دسترسی به مواد مخدر
اصلاً	خیلی کم	کم	زیاد	خیلی زیاد	

۷۷- تجارت و سود آوری مواد مخدر

اصلاً                      خیلی کم                      کم                      زیاد                      خیلی زیاد

۷۸- بدست آوردن مواد از طریق خرید و فروش مواد مخدر

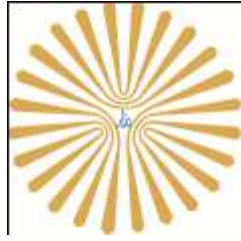
اصلاً                      خیلی کم                      کم                      زیاد                      خیلی زیاد

**Abstract**

Addiction is a mental-physical illness that endangers the health of the individual, the family, and society because of its progressive nature in all aspects of life. The purpose of this study was to investigate the effect of parenting skills training on addiction prevention in pre-university girl families in district 2 of Yazd. The research method is quasi-experimental (pre-test and post-test) with control group. Thirty people selected by random sampling and were divided into two groups of 15, control and experiment. Data gathering tool was a questionnaire of factors affecting youth addiction tendency, Mohammadi et al. SPSS software used to analyze the scores. The results showed that parenting skills training, in general, has an impact on the prevention of addiction, on the families of preschool girl students, and on interpersonal and environmental factors, and social factors.

**Keywords:** Addiction, Family, Parenting practices, Prevention.





**Payame Noor University**  
**Department of Psychology**

**Thesis Submitted in Partial Fulfillment**  
**of the requirement for the Degree of M.A**  
**In Psychology**  
**Tendency: educational**

**Title:**

**The Effectiveness of Parenting Skills on Prevention**  
**of Addiction in Families of Pre-university Girl**  
**Students in the District of Yazd**

**Supervisor:**

**Dr. Nasir Mohammadi Ahmadabadi**

**Advisor:**

**Dr. Haidar Hosseini**

**By:**

**Fatima Mohammadi Aliabadi**

**July 2019**