







## منشور اخلاق پژوهش

با استمداد از خداوند سبحان واعتقاد به این که عالم محضر خداست و همواره ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظر به اهمیت جایگاه دانشگاه در اعتلای فرهنگ و تمدن بشری ، ماعضاء هیأت علمی ، کارکنان و دانشجویان دانشگاه پیام نور متعهد می شویم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مد نظر قرار داده و از آن تخطی نکنیم :

- 1 - اصل حقیقت جویی : تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن ودوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت .
- 2 - اصل رعایت حقوق : التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهیدگان (انسان ، حیوان و نبات و محیط زیست) و سایر صاحبان حق .
- 3 - اصل مالکیت مادی و معنوی : تعهد به رعایت کامل حقوق مادی و معنوی دانشگاه و کلیه همکاران پژوهش.
- 4 - اصل منافع ملی : تعهد به رعایت مصالح ملی و درنظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش .
- 5 - اصل رعایت انصاف و امانت : تعهد به اجتناب از هرگونه جانبداری غیرعلمی و حفاظت ازاموال ، تجهیزات و منابع در اختیار.
- 6 - اصل راز داری : تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد ، سازمان ها و کشورهای دیگر .
- 7 - اصل احترام : تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب نقد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی .
- 8 - اصل ترویج : تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به همکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد .
- 9 - اصل برائت : التزام به برائت جویی از رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه های غیرعلمی می آلاینند .
- 10 اصل رعایت همبستگی مذاهب و قومیت ها.
- 11 اصل رعایت اصول انقلاب اسلامی.



دانشکده علوم انسانی

پایان نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد

در رشته روانشناسی گرایش عمومی

عنوان

# **بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی در تغییر نگرش نوجوانان وجوانان به سوء مصرف مواد**

استاد راهنما

غلامحسین جوانمرد

استاد مشاور

دکتر علی محمدزاده

پژوهشگر

عبدالله اسمعیل پور

تابستان 1396

### صور تجلسه دفاع از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد

جلسه دفاع از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد آقای عبداله اسمعیل پور دانشجوی رشته روانشناسی عمومی به شماره دانشجویی ۹۶۹۷۲۱۹۹۹ تحت عنوان « بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی در تقویت نگرش نوجوانان و جوانان به سو مصرف مواد » با حضور هیات داوران در روز پنج شنبه مورخ ۹۶/۶/۲ ساعت ۱۹ در محل آمفی تئاتر دانشگاه پیام نور مرکز یزد برگزار شد و هیات داوران پس از بررسی، پایان نامه مذکور را شایسته نمره به عدد ۱۸ به حروف هجده با درجه شایسته تشخیص داد.

نمره دفاع بر مبنای ۱۸	نمره دستاورد پژوهشی*	نمره نهایی
۱۸		۱۸
به عدد		
به حروف		
	درجه ارزشیابی	

ردیف	هیات داوران	نام و نام خانوادگی	مرتبه دانشگاهی	محل خدمت	اعضاء
۱	استاد راهنما	دکتر غلامحسین جوانمرد	دانشیار	مرکز بناب	
۲	استاد مشاور	دکتر علی محمدزاده	دانشیار	مرکز تبریز	
۳	استاد داور	دکتر مجید واحدی	استادیار	مرکز تبریز	
۴	نماینده تحصیلات تکمیلی	دکتر اکبر رضائی	دانشیار	مرکز تبریز	

نمره نامبرده براساس یخنامه‌ها و دستورالعمل‌های مربوط به دستاوردهای پژوهشی مندرج محاسبه و در تاریخ ..... الهایی شده است.

نام و اعضای کارشناس پژوهشی مرکز بناب

۱۱) نحوه دستورالعمل پژوهشی برقرار دستورالعمل مربوط در مهلت مقرر پس از دفاع تعیین شده و توسط کارشناس پژوهشی محاسبه و نحوه نهایی اعلام می گردد.

بناب: عیدان امام علی، دانشگاه پیام نور مرکز بناب صندوق پستی: ۵۶۵۱۴/۱۵۸  
تلفن: ۳۷۷۴۰۰۰۰ فاکس: ۳۷۷۲۸۲۷۰ کد پستی: ۵۵۵۱۳-۹۵۶۷۵

## تأییدیه‌ی صحت و اصالت نتایج

### باسمه تعالی

اینجانب ...عبداله اسمعیل پورمینق..... به شماره دانشجویی ..... 949721999..... دانشجوی رشته .....روانشناسی عمومی.....مقطع تحصیلی.....کارشناسی ارشد..... تأیید می‌نمایم که کلیه‌ی نتایج این طرح تحقیقاتی حاصل کار اینجانب و همکاران و بدون هرگونه دخل و تصرف است و موارد نسخه‌برداری شده از آثار دیگران را با ذکر کامل مشخصات منبع ذکر کرده‌ام. در صورت اثبات خلاف مندرجات فوق، به تشخیص دانشگاه مطابق با ضوابط و مقررات حاکم (قانون حمایت از حقوق مؤلفان و قانون ترجمه و تکثیر کتب و نشریات و آثار صوتی، ضوابط و مقررات آموزشی، پژوهشی و انضباطی ...) با اینجانب رفتار خواهد شد و حق هرگونه اعتراض در خصوص احقاق حقوق مکتسب و تشخیص و تعیین تخلف و مجازات را از خویش سلب می‌نمایم. در ضمن، مسئولیت هرگونه پاسخگویی به اشخاص اعم از حقیقی و حقوقی و مراجع ذیصلاح (اعم از اداری و قضایی) به عهده‌ی اینجانب خواهد بود و دانشگاه هیچ‌گونه مسئولیتی در این خصوص نخواهد داشت.

عبداله اسمعیل پورمینق

## مجوز بهره‌برداری از پایان نامه /رساله

بهره‌برداری از این پایان نامه /رساله در چهارچوب مقررات کتابخانه و با توجه به محدودیتی که توسط استاد راهنما به شرح زیر تعیین می‌شود، بلامانع است:

☐ بهره‌برداری از این پایان نامه /رساله برای همگان بلامانع است.

☐ بهره‌برداری از این پایان نامه /رساله با اخذ مجوز از مجری، بلامانع است.

☐ بهره‌برداری از این پایان نامه /رساله تا تاریخ ..... ممنوع است.

نام استاد یا اساتید راهنما: دکتر غلامسین جوانمرد

تاریخ: ۱۳۹۶/۱/۱۰  
امضا:

## فرم تعهد نامه اصالت رساله /پایان نامه

اینجانب عبداله اسمعیل پورمینق دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد ناپیوسته رشته روانشناسی

گرایش عمومی که در تاریخ....1396/06/02. از پایان نامه خود با عنوان :

بررسی آموزش مهارت‌های زندگی در تغییر نگرش نوجوانان و جوانان به سوء مصرف مواد

با نمره .....18..... و درجه ... بسیار خوب..... دفاع نموده ام، بدین وسیله متعهد می شوم:

1. این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب، و مقاله) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده‌ام.
2. این پایان نامه قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه‌ها و موسسات عالی ارائه نشده است.
3. چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده یا هر گونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت اختراع و... از این پایان نامه را داشته باشم، با ذکر نام استادان راهنما و مشاور و درج نام دانشگاه پیام نور اقدام خواهم کرد.
4. چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و دانشگاه پیام نور مجاز است با اینجانب مطابق با ضوابط و مقررات رفتار کند و در صورت ابطال مدرک تحصیلی‌ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

نام و نام خانوادگی: اسمعیل پور

تاریخ و امضاء:



## سپاسگزاری:

سپاسگزار کسانی هستم که سراغاز تولد علمی من هستند. مخصوصاً پروفیسور منصور بیرامی بزرگ مردمهرسانی که الفبای روانشناسی را به من آموخت. و تحصیل در رشته روانشناسی را مدیون ایشان هستم. از زحمات و راهنماییهای دلسوزانه استاد بزرگوار جناب آقای دکتر غلامحسین جوانمرد و همچنین از راهنماییهای سایر اساتید محترم و همچنین از همکاریهای صمیمانه همه دوستانی که مرا در انجام این پایان نامه همراهی نمودند، سپاسگزاری می‌نمایم. از کارکنان و عوامل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر استان آذربایجان شرقی مخصوصاً جناب آقای حسین مرسلی که زحمات زیادی را متحمل شدند؛ صمیمانه تقدیر و تشکر می‌نمایم. بی‌شک همیاری و همفکری این بزرگواران که در مراحل مختلف، یار و یابوری مطمئن برای اینجانب بوده‌اند و سهم بسزایی در کسب موفقیت‌های بنده داشته‌اند، هیچ گاه از ذهن فراموش نمی‌شود. ضمن قدردانی از این عزیزان، موفقیت و سربلندی تمامی آنان را آرزو مندم.

**این پایان نامه توسط دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه  
بامواد مخدر ریاست جمهوری حمایت مالی شده است.**

## **تقدیم به:**

به پاس صبر و بردباریش در طول ایام زندگی و به پاس زحمات زیادی که در دوران تحصیل من  
متحمل شده اند؛ این مجموعه را به همسر عزیزم محبوبه کارکن ناصف تقدیم می کنم.

## فهرست

.....1	چکیده
.....2	فصل اول: کلیات تحقیق
.....3	1-1- مقدمه
.....4	1-2- بیان مسئله
.....6	1-3- اهمیت و ضرورت مطالعه
.....9	1-4- اهداف تحقیق
.....9	1-5- فرضیه های تحقیق
.....9	۱-۶- فرآیند اجرایی تحقیق
.....10	1-7- تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها
.....11	فصل دوم: پیشینه پژوهش
.....12	2-1- مقدمه
.....12	2-2- سوء مصرف مواد
.....12	2-2-1- سبب شناسی اعتیاد
.....19	2-2-2- انواع نظریه ها درباره اعتیاد
.....20	2-2-2-1- نظریه یادگیری اجتماعی - شناختی
.....21	2-2-2-2- نظریه های شناختی - عاطفی
.....22	2-2-2-3- نظریه های روان تحلیل گری
.....23	2-2-2-4- نظریه رفتارگرایان شناختی
.....23	2-2-2-5- نظریه کاهش تنش یا استرس
.....23	2-2-2-6- الگوهای تقویت مثبت
.....24	2-2-2-7- نظریه گروه همسالان
.....25	2-2-2-8- مدل استرس اجتماعی
.....26	2-2-2-9- نظریه شخصیت

.....26.....	3-2-2- نوجوانی و جوانی و خطر سوء مصرف
.....27.....	4-2-2- رویکردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد
.....33.....	3-2- نگرش
.....34.....	1-3-2- تعریف نگرش
.....35.....	2-3-2- اجزای نگرش
.....35.....	3-3-2- نگرش نسبت به مواد مخدر
.....36.....	4-3-2- تأثیر نگرشها، باورها و انتظارات در گرایش به مواد مخدر
.....36.....	5-3-2- الگوهای تغییر نگرش
.....36.....	1-5-3-2- الگوهای یادگیری تغییر نگرش
.....37.....	2-5-3-2- الگوهای شناختی تغییر نگرش
.....38.....	3-5-3-2- الگوی کارکردی
.....39.....	6-3-2- تغییر نگرش
.....40.....	4-2- مهارت های زندگی
.....40.....	1-4-2- تعریف مهارتهای زندگی
.....41.....	2-4-2- اهداف آموزش مهارتهای زندگی
.....42.....	3-4-2- برنامه آموزش مهارتهای زندگی
.....43.....	4-4-2- برنامه آموزش مهارتهای زندگی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد
.....44.....	5-4-2- اجزاء و ابعاد برنامه آموزش مهارتهای زندگی
.....44.....	6-2- پیشینه تجربی
.....44.....	1-6-2- پیشینه داخلی
.....45.....	2-6-2- پیشینه خارجی
.....46.....	7-2- جمع بندی فصل دوم
.....47.....	فصل سوم: روش شناسی تحقیق
.....48.....	1-3- مقدمه
.....48.....	2-3- نوع تحقیق

.....48	3-3- طرح تحقیق
.....49	4-3- معرفی جامعه آماری
.....49	5-3- طرح نمونه گیری
.....49	6-3- ملاک های ورود و خروج
.....49	7-3- ابزارهای گردآوری داده
.....52	8-3- روش اجرا
.....52	9-3- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
.....53	فصل چهارم: نتایج پژوهش
.....54	1-4- مقدمه
.....54	2-4- یافته‌های توصیفی و جمعیت شناختی
.....54	1-2-4- سن
.....55	2-2-4- سابقه اعتیاد در فامیل
.....56	3-2-4- پایه تحصیلی
.....57	3-4- یافته های توصیفی متغیر های تحقیق
.....57	1-3-4- آمار توصیفی متغیر ها
.....61	2-3-4- آزمون میانگین
.....62	4-4- آزمون فرضیه پژوهش
.....63	1-4-4- پیش فرض های تحلیل کوواریانس در بررسی متغیر های تحقیق
.....63	1-1-4-4- نرمال بودن
.....63	2-1-4-4- همسانی واریانس ها
.....64	3-1-4-4- بررسی خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته و مستقل
.....66	2-4-4- تحلیل کوواریانس
.....66	1-2-4-4- آموزش مهارت های زندگی در تغییر نگرش نوجوانان و جوانان به سوء مصرف مواد موثر است.
.....68	فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
.....69	1-5- مقدمه

.....69.....	5-2- خلاصه پژوهش
.....70.....	5-3- بحث در نتایج
.....72.....	5-4- نتیجه گیری کلی
.....72.....	5-5- محدودیت‌های تحقیق
.....73.....	5-6- پیشنهادات تحقیق
.....75.....	منابع
.....81.....	پیوست‌ها و ضمائم

## فهرست جداول

.....44	جدول 1-2: تقسیم بندی مهارت های زندگی
.....55	جدول (4-2): توزیع فراوانی سابقه اعتیاد در فامیل و دوستان پاسخ دهندگان
.....56	جدول (4-3): توزیع فراوانی پایه تحصیلی پاسخ دهندگان
.....57	جدول (4-4): نتایج نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی ها در گروه آزمایش و گواه برای کل افراد
.....58	جدول (4-5): نتایج نمرات پرسشنامه گرایش به مواد آزمودنی ها در گروه گواه به تفکیک نو جوان و جوان
.....59	جدول (4-6): نتایج نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی ها در گروه آزمایش پیش آزمون به تفکیک نو جوان و جوان
.....60	جدول (4-7): نتایج نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی ها در گروه آزمایش پس آزمون به تفکیک نو جوان و جوان
.....62	جدول (4-8): آزمون میانگین متغیرهای تحقیق
.....63	جدول (4-9): نتایج آزمون کومولوگروف – اسمیرونوف
.....64	جدول (4-10): نتایج آزمون لوین برای بررسی همسانی واریانس ها
.....66	جدول (4-11): نتایج آنالیز کوواریانس متغیر نگرش به مواد در گروه کنترل پس آزمون و گواه



## فهرست اشکال و نمودارها

- .....20..... شکل 2-1: رویکرد سیستمی به عوامل موثر در سوء مصرف مواد (عبدالله پور، 1390)
- .....22..... شکل 2-2: نظریه رفتار طرح ریزی شده (دشتی، 1392)
- .....37..... شکل 2-3: مراحل مختلف فرآیند تغییر نگرش بر طبق الگوی هاوُلند (دشتی، 1392)
- .....58..... نمودار(1-4): میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در گروه آزمایش پیگیری، آزمایش پس‌آزمون، آزمایش پیش‌آزمون و گواه
- .....59..... نمودار(2-4): میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در گروه گواه
- .....60..... نمودار(3-4): میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در آزمایش پیش‌آزمون به تفکیک نوجوان و جوان
- .....61..... نمودار(4-4): میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در گروه آزمایش پس‌آزمون به تفکیک نوجوان و جوان
- .....65..... نمودار شماره 4-5: نمودار پراکنش اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل

## چکیده

بر طبق آمارهای مرکز کنترل و پیشگیری بیماریها شیوع رفتارهایی که سلامتی را به خطر می اندازد در جامعه نوجوانان و جوانان رو به افزایش است. اعتیاد و سوء مصرف مواد از جمله این رفتارهای پرخطر محسوب می شوند. با وجود اثرات زیان بار فردی و اجتماعی متعدد این معضل اجتماعی، طبیعی است که این مساله یکی از اولویتهای پژوهش در حوزه بهداشت روانی جوامع در چارچوب شناخت، پیشگیری و درمان به موقع سوء مصرف مواد باشد. لذا در این پژوهش، به بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی در تغییر نگرش نوجوانان و جوانان به سوء مصرف مواد در شهر تبریز پرداخته شده است. هدف این مطالعه، بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی در تغییر نگرش نوجوانان و جوانان به سوء مصرف مواد می باشد. برای این منظور، 60 نفر از نوجوانان و جوانان 16-25 ساله مدرسه آموزش از راه دور شتاب تبریز، وابسته به ناحیه 4 آموزش و پرورش به عنوان نمونه آماری انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت آموزش های مهارت های زندگی سازمان بهداشت جهانی قرار گرفت. نیز، جهت سنجش نگرش به مواد مخدر، از پرسشنامه نگرش به مواد مخدر نظری بهره گرفته شد. سپس داده ها با استفاده از نرم افزار spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که آموزش مهارت های زندگی در تغییر نگرش نوجوانان و جوانان به سوء مصرف مواد موثر است. به طور خلاصه با توجه به نتایج بدست آمده آموزشی مهارت های زندگی برنامه پیشگیری موثری است که می تواند تغییر معناداری در عوامل خطر ساز مرتبط با مصرف مواد ایجاد نماید. این یافته ها به روشن شدن مکانیزم عمل برنامه آموزشی مهارت های زندگی کمک می کند، یافته های پژوهش حاضر تاییدی است بر سودمندی رویکردهای مبتنی بر نفوذ اجتماعی است که بر عوامل خطر ساز و حفاظت کننده روانی اجتماعی مرتبط با مصرف مواد تاکید می نماید.

**کلمات کلیدی:** مهارت های زندگی، تغییر نگرش، سوء مصرف مواد

## فصل اول: کلیات تحقیق

## 1-1- مقدمه

دوره نوجوانی و جوانی، دوره رشد مهمی است که با فرآیند شکل گیری هویت همراه است. قسمتی از این فرآیند رشد، خطر جویی است که به شکل رفتارهای جنسی ناسالم و مصرف الکل، سیگار و سایر مواد تظاهر می نماید. بررسیهای همه گیرشناسی حاکی از آن است که مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد در بین نوجوانان جوامع مختلف، در دهه های اخیر افزایش چشم گیری داشته است. بر طبق آمارهای مرکز کنترل و پیشگیری بیماریها شیوع رفتارهایی که سلامتی را به خطر می اندازد در جامعه نوجوانان و جوانان رو به افزایش است. مصرف سیگار، مصرف تنباکو، غذاهای پر چرب و مصرف کم فیبر، عدم فعالیت فیزیکی، مصرف الکل، رفتارهای پرخطر جنسی و سوء مصرف مواد از جمله رفتارهای پرخطر محسوب می شوند (دشتی، 1392). از نظر بهداشتی سالیانه به طور متوسط 5 میلیون نفر در جهان به خاطر مصرف مواد مخدر از بین می روند و حدود 42 میلیون نفر به واسطه سوء مصرف مواد مخدر به بیماری ایدز مبتلا می شوند. به این ترتیب اعتیاد و سوء مصرف مواد را باید یکی از بارزترین مشکلات زیستی - روانی - اجتماعی دانست که می تواند به راحتی بنیان زندگی فردی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی یک فرد و جامعه راست نموده و در معرض فروپاشی قرار دهد. با وجود اثرات زیان بار فردی و اجتماعی متعدد سوء مصرف مواد، طبیعی است که این مساله یکی از اولویتهای پژوهش در حوزه بهداشت روانی جوامع در چارچوب شناخت، پیشگیری و درمان به موقع سوء مصرف مواد باشد. این مساله در میان جمعیت نوجوان و جوان از اهمیت بیشتری برخوردار است، چرا که اولاً این قشر از جمعیت کشور در واقع سرمایه های اصلی جامعه در تولید علم و فناوری بوده و به لحاظ منابع انسانی از پایه های بنیادین پیشرفت ترقی و توانمندی هر جامعه ای محسوب می شوند؛ و ثانیاً دوران جوانی به دلیل ویژگیهای خاص جسمانی و روانی این دوره از پرخطرترین دوره های تمایل و ابتلا به سوء مصرف مواد محسوب می شود. بنابراین، طبیعی است که اعتیاد بیشترین خسارت را از ناحیه تباهی نیروهای جوان، فعال، کارآمد و عمدتاً تحصیل کرده بر جوامع وارد می سازد (بوتوین<sup>1</sup>، 2005).

مطالعات نشان می دهند که مداخله های درمانی مناسب می تواند به میزان بسیار بالایی رفتارهای پرخطر از جمله اعتیاد، خودکشی و فرار نوجوانان را قبل و پس از اقدام کاهش دهد. برای تدوین مداخلات درمانی مناسب، بررسی های زیادی در مورد شناخت ویژگی های شخصیتی و شناختی این گونه افراد و نیز عامل های خطر ساز محیطی انجام شده است. در بیشتر این مطالعات مشخص شده است که این افراد

---

<sup>1</sup> Botvin

خصوصیات شناختی دارند که می تواند عامل خطر ساز مهمی برای آنان باشد. از جمله این ویژگیها می توان از نداشتن مهارت جرأت ورزی، عدم مهارت های حل مساله، نا امیدی، سبک اسنادی منفی، نظر منفی نسبت به خود و محیط، عدم ارتباط صحیح با دیگران را نام برد. اسکات و کلام<sup>۱</sup> (1987) بر این باورند که این ویژگی ها، باعث می شود که فردی که نظر منفی نسبت به خود دارد، نتواند راه حل های جانشینی مناسب برای حل مشکلات خود بیابد زیرا با دیگران ارتباط ندارد، از راهنمایی های آنان بهره نمی گیرد، مشکل را غیر قابل حل میداند، هیچ روزنه امیدی برای آینده نمی بیند و در نهایت به این نتیجه می رسد که خودکشی، فرار و اعتیاد مناسب ترین راه حل برای این مشکلات است. مطالعات گوناگون پیشنهاد کرده اند که درمان شناختی - رفتاری با تمرکز بر آموزش مهارت های مورد نیاز می تواند برای نوجوانان مفید باشد (عبدالله پور، 1390).

خوشبختانه در دو دهه گذشته پیشرفت های معناداری در ایجاد برنامه های موثر برای پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان رخ داده است. رویکردهای پیشگیرانه روی عوامل خطر ساز و محافظت کننده مرتبط با شروع مصرف مواد تمرکز می کنند و در این زمینه به نوجوانان آموزش هایی می دهند. برنامه آموزش مهارت های زندگی برای جلوگیری از سوء مصرف مواد در نوجوانان برنامه پیشگیری اولیه موثری است که روی عوامل خطر ساز و محافظت کننده مرتبط با مصرف مواد تمرکز دارد و به خوبی مهارت های اجتماعی و شایستگی شخصی را افزایش می دهد (بوتوین و گرین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲). کارایی این برنامه به خوبی در تحقیقات خارجی مشخص شده است (بوتوین، 2005).

## 1-2- بیان مسئله

یکی از معضلات مهم جوامع بشری که از دیرباز وجود داشته است و امروز نیز ابعاد خطرناک تری یافته مشکل اعتیاد می باشد و این امر با پیدایش مواد افیونی جدید، روش های توزیع، مصرف و عوارض مهم تری چون ایدز به امر پیچیده ای تبدیل شده است، متأسفانه این مشکل در کشور ما به خصوص با توجه به موقعیت جغرافیایی خاصی خود از ابعاد مهم تری برخوردار است. تعداد معتادان، کاهش تدریجی سن اعتیاد، رواج روز افزون اعتیاد تزریقی همه نشانگر حساسیت مساله در کشور ماست (بخشی پور رود سری، 1393).

---

<sup>1</sup> Scott & calam

<sup>2</sup> Botvin & Griffin

وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان و جوانان یکی از بزرگترین نگرانی های جوامع امروز است. اعتیاد به مواد مخدر تهدیدی جدی برای ساختارهای فرهنگی، بهداشتی، اجتماعی و اقتصادی بوده، اساس تعادل، رشد و توسعه جوامع را بر هم زده و منابع بسیار انسانی، اقتصادی و اجتماعی را به هدر داده است. بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت روزانه در جهان، حدود 185 میلیون نفر از داروهای غیر مجاز استفاده می کنند که 13/2 میلیون نفر آنها دچار اعتیاد تزریقی هستند. 25 میلیون نفر نیز دچار وابستگی دارویی می شوند و عامل مرگ 12/6 درصد افراد در جهان مصرف الکل و داروهای غیر مجاز می باشد. در 65 درصد موارد عامل مرگ زودرس در سنین قبل از 65 سالگی مصرف الکل و داروهای غیرمجاز می باشد (مورتی و همکاران<sup>1</sup>، 2011).

با توجه به این موارد، در نوجوانان احتمال بروز رفتارهای پر خطر زیادی وجود دارد که علل این رفتارها ممکن است واکنش های مقابله با ترس، ترس از بی کفایتی، نیاز به اثبات خود و یا فشار همسالان باشد. بنابراین نوجوانان نیروی فعال و پویای جامعه هستند و نمی توان این جمعیت را نادیده گرفت و باید نگرش ها و ویژگیها و مشکلات و نیازهای آنها را شناخت و روش های ارتباط صحیح با آنها را فرا گرفت (سیگل و ولش<sup>2</sup>، 2014).

سوء مصرف مواد مخدر در تمام ابعاد و زمینه ها چنان پیچیده و بغرنج است که بیشتر اذهان بشری را به خود معطوف داشته است. بی شک در این عرصه، نوجوانان و جوانان بیشترین گروهی هستند که با این مشکل دست به گریبانند (عصمت پناه و خاکشور، 1388). مصرف مواد عمدتاً در دوره نوجوانی آغاز می شود و این آغاز در بستری از تغییرات بی شمار جسمی و روانشناختی روی می دهد. این تغییرات و دیگر آثار سوء مصرف مواد مخدر، مسئولان و کارشناسان را بر آن داشته که به منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد به ارائه راه حل هایی بپردازند. علی رغم تلاش های گسترده ای که صورت گرفته است، مبارزه با این معضل، چندان موثر واقع نشده است و شیوع سوء مصرف مواد در دانش آموزان راهنمایی تا دبیرستان به طور فزاینده ای بیش از سال های گذشته بوده است (یار محمدیان، 1392).

یکی از مهمترین استراتژی ها در پیشگیری از اعتیاد، تغییر نگرش های مثبت و تثبیت نگرش های منفی نسبت به مصرف مواد مخدر است، نگرش یعنی، باورهای فرد در مورد نتیجه و عاقبت هر کار و ارزشی که فرد برای این نتیجه قائل است. نگرش ها دلایلی منطقی بروز رفتارهای هر فرد خاصی می باشد؛ عوامل بسیاری بر نگرش افراد تاثیر می گذارند، یکی از این عوامل دانش و اطلاعات فرد در حوزه های

---

<sup>1</sup> Moretti et al.

<sup>2</sup> Siegel & Welsh

مختلف می باشد؛ لذا طبق مطالعات صورت گرفته، مشخص شده است که: افرادی که نسبت به مواد مخدر، نگرش ها و باورهای مثبت دارند احتمال مصرف و اعتیادشان بیشتر از کسانی است که نگرش های منفی یا خنثی دارند. بر همین اساس تغییر نگرش ها از خنثی به منفی آسان تر از تغییر نگرش ها از مثبت به منفی است. به همین دلیل افرادی که سیگاری نیستند بیشتر از سیگاری ها به مضرات سیگار توجه دارند (بستامی و همکاران، 1395).

در جوامع صنعتی برنامه های متنوعی را برای پیشگیری و سوء مصرف مواد در دست اجرا دارند. این برنامه ها بیشتر متمرکز در بین نوجوانان و جوانان می باشند که بیشترین شیوع مصرف را داشته اند و خطر بالایی جهت ابتلای آنان به مواد مخدر وجود دارد. برای پیشگیری از سوء مصرف مواد امروزه به دنبال به کار بستن روش های متفاوت پیشگیرانه نظیر افزایش اطلاعات، آموزش عاطفی و مقاومت در برابر نفوذ اجتماعی هستند. هم اکنون تاکید بر استفاده از روشهای آموزش مهارتهای شخصی و اجتماعی است، روشهایی نظیر آموزش مهارت قاطعیت اجتماعی (پنتز<sup>۱</sup>، ۱۹۹۴). آموزش مهارتهای رفتاری-شناختی (اسهینگ<sup>۲</sup>، ۱۹۸۴)، و آموزش مهارتهای زندگی (بوتوین<sup>۳</sup>، ۱۹۸۳). در این میان برنامه آموزش مهارت های زندگی بوتوین از اهمیت بسیاری برخوردار است. مهارت های زندگی می توانند اعمال شخصی و اعمال مربوط به دیگران و نیز اعمال مربوط به محیط را به طوری هدایت کنند که به سلامت بیشتر منجر شود و سلامت بیشتر یعنی آسایش بیشتر جسمانی، روانی و اجتماعی. آموزش مهارت های زندگی که اولین بار توسط بوتوین مطرح گردید سعی دارد از طریق افزایش منابع مقابله ای اشخاص موجب پدیدایی احساس خودکارآمدی قوی و از بین رفتن عزت نفس پایین گردد، امری که در بسیاری از آسیب ها از جمله سوء مصرف مواد دارای نقش محدودی است (مومنی و همکاران، 1390).

بنابراین پژوهشگر به دنبال پاسخ به این سوال است که آیا آموزش مهارت های زندگی بر تغییر نگرش نوجوانان و جوانان به سوء مصرف مواد در شهر تبریز اثربخش است یا خیر؟

### 1-3- اهمیت و ضرورت مطالعه

وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان و جوانان یکی از بزرگترین نگرانی های جوامع امروز است. کاهش نگرش منفی نوجوانان به مصرف مواد و شیوع اعتیاد بسیار نگران کننده است. زیرا اکثر نوجوانانی که

---

<sup>1</sup> Pentz

<sup>2</sup> Skinke

<sup>3</sup> Botvin

مصرف مواد را در سال های اولیه نوجوانی آغاز می نمایند به مصرف این ماده در سال های آینده ادامه می دهند و میزان مصرف مواد و مشکلات مرتبط با آن نیز مرتباً افزایش می یابد (محمدی، جزایری و رفیعی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). نتایج مطالعه ارزیابی تغییر نگرش و رفتارهای پرخطر دانش آموزان نشان داده است که در حال حاضر نگرش منفی قوی نسبت به مواد مخدر در این قشر از جمعیت کشور وجود ندارد و از بار ارزشی منفی آن کاسته شده است و بنابراین بسیاری از دانش آموزان مستعد اعتیاد می باشند (ریاحی و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). همچنین در دو سه دهه اخیر جامعه با آمارهای تکان دهنده ای از شیوع سوء مصرف مواد، و کاهش نگرش منفی نسبت به آن، عموماً در سطح جامعه و خصوصاً در جمعیت نوجوانان و جوانان مواجه شده است (کلی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱).

مهمترین خطر تهدید کننده این گروه، قرار گرفتن مکرر در موقعیت های نامناسب از جمله ناامنی، فشار، آشفتگی روانی، احساس حقارت، طرد شدگی و بیگانگی با والدین و سایر مشکلات روزمره می باشد که فرد به صورت پناه بردن به مواد مخدر به این مشکلات واکنش نشان می دهد (بستامی و همکاران، ۱۳۹۵).

درمان اعتیاد و شکستن چرخه معیوب آن دشوار و پرهزینه می باشد و سیستم درمانی جامع با رویکردهای مختلف دارو درمانی، روان درمانی، بازپروری و باز توانی را می طلبد به طوری که شواهد حاکی از آن است که تاکید افراطی بر یکی از جنبه ها و رها ساختن سایر موارد منجر به شکست درمان خواهد شد بنابراین در چنین شرایطی پیشگیری به طور منطقی جایگزین درمان می شود (بوتوین و همکاران<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱).

طبق آمارهای سازمان بهداشت جهانی، انواع آسیب های روانی - اجتماعی از جمله وابستگی های (دارویی - اعتیاد) در اغلب جوامع به طور نگران کننده ای رو به افزایش می باشند که با توجه به اهمیت موضوع و اقبال جامعه نسبت به گسترش فرهنگ مواجهه منطقی با مشکل ها و نیز تمرکز به مداخلات پیشگیرانه، در سالیان اخیر پژوهش های متعددی در زمینه مهارت های زندگی انجام گرفته است مطابق با سازمان بهداشت جهانی مهارت های زندگی به عنوان توانایی های انجام رفتار سازگار و مثبت که افراد را برای برخورد مفید با تقاضا و چالش های زندگی روزانه توانا می سازد تعریف شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۷).

<sup>۱</sup> Mohammadi, Jazayeri & Rafiei

<sup>۲</sup> Riahi et al.

<sup>۳</sup> Klee

<sup>۴</sup> Botvin et al.



انسان اجتماعی به مهارت های حرفه ای برای زندگی نیاز دارد و آموزش مهارت های زندگی یعنی نحوه درست زیستن و گام برداشتن در زندگی. بدیهی است که هر چه این آموزش از سنین پایین تر آغاز شود، متناسب با سطح چنین مهارت هایی در کودکان و نوجوانان احساس کفایت، توانایی، مؤثر بودن، غلبه کردن و توانایی برنامه ریزی به وجود می آورد. هدف اصلی این برنامه، ارتقاء بهداشت روانی و پیشگیری اولیه از آسیب های اجتماعی مانند اعتیاد، خودکشی، بزهکاری و انواع مختلف بی بندوباری است. آموزش مهارت زندگی بر عوامل زیربنایی مشترک در بسیاری از زمینه های ارتقاء بهداشت روانی و پیشگیری اولیه تأثیر گذاشته و همین توان و ویژگی آن ها است که فضای آموزشی آن را وسیع ساخته و زیربنای هر رویکرد آموزشی به زندگی شده است. برنامه آموزش مهارت های زندگی، برنامه جامعی است که هم برای آموزش دامنه وسیعی از مهارت های شخصی و اجتماعی طراحی شده و هم پتانسیل بالایی برای پیشگیری از مشکلات و آسیب های اجتماعی دارد.

برنامه آموزش مهارت های زندگی در وهله اول بر عوامل عمده اجتماعی و روانی سوق دهنده نوجوان به شروع مصرف مواد متمرکز است. تأکید عمده برنامه آموزش مهارت های زندگی بر رشد مهارت های مهم شخصی و اجتماعی است. برخی از مطالب این برنامه مربوط به آموختن مهارت های عمومی زندگی و برخی دیگر مستقیماً مربوط به مسأله مصرف مواد می باشد. برای نمونه، علاوه بر آموزش مهارت های عمومی نظیر ابراز وجود (مانند نه گفتن، درخواست کردن و بیان قاطع حقوق اجتماعی خویش)، به دانش آموزان یاد داده می شود که برای مقاومت در برابر فشار مستقیم گروه همسالانی که به مصرف سیگار، مشروبات الکلی یا حشیش می پردازند، این مهارت ها را به کار برند. بنابراین نه تنها به دانش آموزان دامنه وسیعی از مهارت ها آموزش داده می شود تا کفایت و قابلیت های عمومی خود را بهبود بخشند و از این رو انگیزه بالقوه خود را به مصرف مواد کاهش دهند، بلکه کاربرد این مهارت ها برای موقعیت هایی که آنان ممکن است به مصرف مواد نیز ترغیب شوند، می باشد (عصمت پناه و خاکشور، 1388).

با توجه به اهمیت مطالب ذکر شده، این پژوهش به بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر تغییر نگرش نوجوانان و جوانان به سوء مصرف مواد خواهد پرداخت.

## 1-4- اهداف تحقیق

### هدف اصلی

بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی در تغییر نگرش به سوء مصرف مواد در نوجوانان و جوانان شهر تبریز.

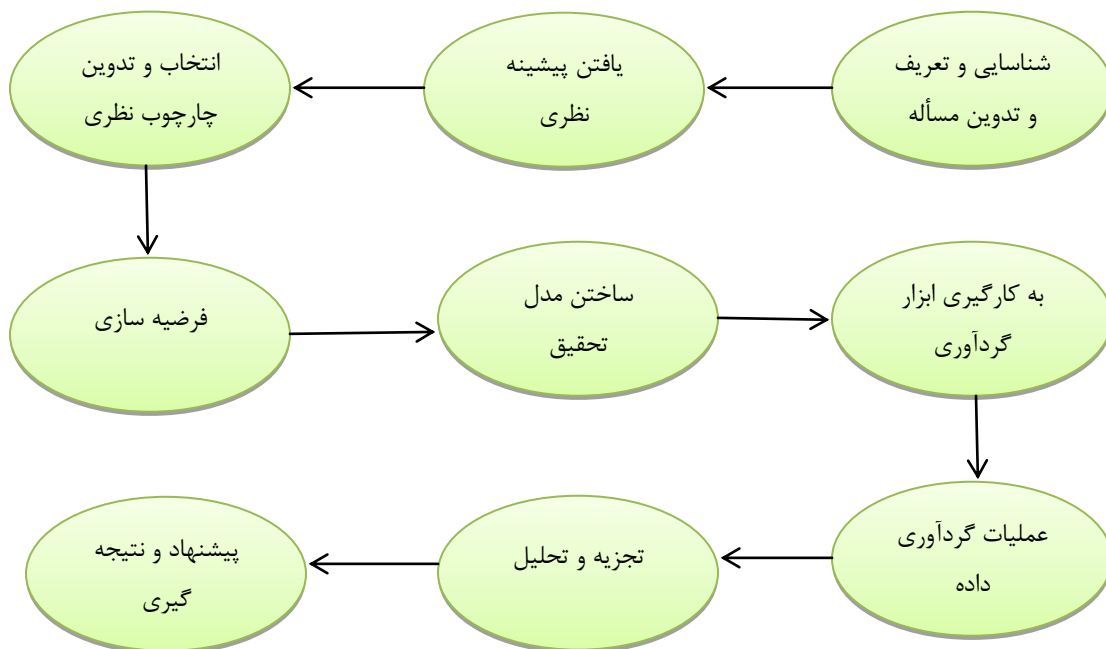
## 1-5- فرضیه های تحقیق

### فرضیه اصلی

آموزش مهارت های زندگی در تغییر نگرش نوجوانان و جوانان به سوء مصرف مواد موثر است.

## 1-6- فرآیند اجرایی تحقیق

فرآیند اجرایی تحقیق در ۹ مرحله می باشد.



## 1-7- تعریف مفهومی و عملیاتی متغیرها

### مهارت های زندگی

**تعریف مفهومی:** سازمان جهانی بهداشت، تعریف جامعی از مهارت های زندگی ارائه داده است: توانایی انجام رفتار سازگارانه و مثبت به گونه ای که فرد بتواند با چالش ها و ضروریات زندگی روزمره خود کنار بیاید. برای کسب این مهارت ها باید در طول زندگی به تدریج درس هایی را بیاموزیم و به کار بندیم که ما را در مسیر موفقیت همراهی کند. اما هرچه یادگیری این موارد دیرتر انجام شود، احتمال موفقیت و زندگی بهتر هم برای شخص کمتر می شود (احمدی طهور سلطانی، عسگری و توقیری، 1392).

**تعریف عملیاتی:** منظور از مهارت های زندگی در این پژوهش؛ شرکت در کلاس های آموزش مهارت های زندگی است. آموزش مهارت های زندگی در 8 جلسه برگزار شد. ساختار جلسات آموزش مهارت های زندگی مطابق کتاب برنامه آموزش مهارت های زندگی سازمان بهداشت جهانی (2004) تنظیم شده است.

### نگرش نسبت به مواد مخدر

**تعریف مفهومی:** نگرش نوعی کشش عاطفی درونی است که می تواند اعمال فرد را توجیه کند و شامل یک عصر شناختی، یک عنصر احساسی و یک تمایل به عمل است (فریدمن، کارلسمیت و سیرز، ۱۹۷۰) و در واقع نگرش ها بیانگر تمایلات و علاقه مندی یا عدم ان نسبت به موقعیت یا شیء خاصی می باشد و نگرش به مواد مخدر بیانگر تمایل و علاقه مندی فرد نسبت به مواد مخدر یا عدم آن می باشد (بخشیان، 1391).

**تعریف عملیاتی:** منظور از نگرش نسبت به مواد مخدر در این پژوهش؛ نمره کلی است که از پرسشنامه نگرش به مواد مخدر نظری (1380) بدست می آید.

## فصل دوم: پیشینه پژوهش

## 2-1- مقدمه

در طول یک قرن گذشته همواره شیوع سوء مصرف مواد مخدر دارای نوسانات زیادی بوده است. مستو برای تبیین نوسانات سوء مصرف مواد مخدر به تبیین دیدگاهی موسوم به فراموشی نسلی روی می آورد. به اعتقاد او هنگام شیوع و وفور مواد مخدر در یک نسل و یک دوره زمانی، نسل بعدی به علت آن که شاهد عوارض دردناک اعتیاد، صدمات و آثار مخرب آن بوده اند، نسبت بدان حساسیتی شدید پیدا می کنند. این حساسیت گاهی به حد انزجار و تنفر کور و افراطی می رسد ولی باعث مصون ماندن نسل از اعتیاد می شود و مصرف مواد مخدر کاهش می یابد. با پیدایش نسل سوم که خاطره تخیلی از اعتیاد نداشته و حتی پندارهای نسل قبلی را گزافه و اغراق می شمارند دوباره مصرف مواد مخدر اوج می گیرد. نوسانی بودن مصرف مواد مخدر نه به دلیل تغییر نوسانی نگرش به مواد مخدر، بلکه به دلیل تغییر نوسانی نگرش به کل جهان، احساس جمع گرایی و فرد گرایی و نوسانات اخلاقی اعصار است و تغییر شیوع مواد مخدر را باید از این زاویه مشاهده کرد (عزیزی، 1392).

## 2-2- سوء مصرف مواد

سوء مصرف مواد غالباً در کنار وابستگی به مواد، عبارت از مجموعه ای از علائم و نشانگان بالینی است که به دنبال مصرف مواد در حالات رفتاری، شناختی و فیزیولوژیکی ظاهر می شود. فرد وابسته به مواد علیرغم تجربه مشکلات متعدد ناشی از مصرف مواد قادر به قطع مصرف نیست و به طور اجباری و وسواس گونه ای به مصرف آن ادامه می دهد. بر اساس ملاکهای تشخیص DSM-5، (دشتی، 1392)، برای اینکه فرد را بیمار وابسته به مواد بدانیم لازم است حداقل ۱۲ ماه الگوی مستمر مصرف مواد را داشته باشد.

### 2-2-1- سبب شناسی اعتیاد

#### الف) عوامل زمینه ای

تعدادی از عوامل محیطی و اجتماعی وجود دارد که به طور قوی با مصرف مواد مرتبط است. یافته هایی وجود دارد که با یافته های مطالعات دوقلوها مطابقت دارد و نشان می دهد که زمانیکه یک مؤلفه ژنتیکی

قوی برای آسیب پذیری به وابستگی به مواد وجود دارد، همچنین یک مؤلفه محیطی اساسی نیز وجود دارد (گورمن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴).

#### ۱- قوانین و هنجارهای حمایتگر سوء مصرف مواد:

در این زمینه سه عامل مطرح شده اند: (۱) مالیات (۲) قوانین مربوط به خرید مواد (۳) قوانین مربوط به فروشی مواد و مصرف مواد مجاز، تحت تأثیر قیمت آن بویژه میزان مالیاتی که برای فروش آن وضع می شود، قرار می گیرد. دو توضیح عمومی برای نحوه تأثیر این قوانین بر مصرف مواد، وجود دارد: الف) قوانین بر هنجارهای اجتماعی اثر می گذارند و مصرف تا حد زیادی انعکاسی از این هنجارهاست. برای نمونه میزان مصرف مشروبات الکلی در میان گروههای نژادی مختلف، با یکدیگر تفاوت دارد و وابسته است به میزانی که اعضای یک گروه نژادی خاصی مصرف مشروبات الکلی را از نظر اجتماعی قابل قبول می دانند مشابه همین وضع کشور در رابطه با سیگار و داروهای آرامبخش صادق است همانطور که در بعضی از گروههای خاص مذهبی که کشیدن سیگار را گناه می دانند، مصرف سیگار تقریباً صفر است.

ب) قوانین بر فرایند عرضه و تقاضا نیز اثر می گذارند. محدودیتهای قانونی می توانند در دسترس بودن مواد و یا قیمت آنها را، تحت تأثیر قرار داده و با این وسیله، از میزان مصرف این مواد بکاهند (رضائی نژاد، ۱۳۹۳).

#### ۲- دسترسی به مواد

در دسترس بودن مواد و ارزان بودن آنها نقش قابل توجهی در میزان مصرف مواد و نوع ماده مصرفی دارد. در کشورهایی که مواد با سهولت و قیمت ارزان بدست می آیند شیوع مصرف مواد بالاتر است (بخشانی، ۱۳۸۱).

#### ۳- توسعه صنعتی جامعه، مهاجرت، کمبود فرصت های شغلی و محرومیت اقتصادی - اجتماعی:

توسعه صنعتی، جوامع را به سمت شهری شدن و مهاجرت از روستا به شهرها سوق می دهد. مهاجرت باعث می شود تا فرد، برای اولین بار، با موانع جدیدی برخورد نماید. جدایی از خانواده ها، ارزشهای سنتی و ساختار حمایتی قبلی به تنهایی، به انزوا و ناامیدی فرد می انجامد. کم سواد، فقدان مهارتهای

<sup>1</sup> Gorman

شغلی، عدم دسترسی به مشاغل قبلی به تنهایی، به انزوا و ناامیدی فرد می انجامد. 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 خرید و فروش مواد می کشاند و یا برای انطباق با زندگی سخت روزمره و شیوه جدید زندگی به استفاده از شیوه های مصنوعی مانند مصرف مواد سوق می دهد (وزیربان و مستشاری، 1390).

## ب) عوامل فردی

### ۱- صفات شخصیتی:

مصرف مواد با تعدادی از ویژگیهای روانشناختی تداپی شده است. مصرف کنندگان مواد عزت نفس، اعتماد به نفس، احساس رضایتمندی، اعتماد اجتماعی، جرأت ورزی، کنترل شخصی و خود کارآمدی پایین تری از غیر مصرف کننده ها دارند. مصرف کنندگان مواد همچنین عصبی تر، تکانشگر تر، سرکش تر و بی حوصله تر در رسیدن به موقعیت بزرگسالان، و نیاز به تأیید اجتماعی بیشتر از غیر مصرف کننده ها دارند. همچنین پیشینه بالینی نشان می دهد که افراد مبتلا به یک حالت روان پزشکی خاص (افسردگی، اضطراب) ممکن است ماده خاصی را به عنوان شیوه ای از تسکین نشانه های مرتبط با آن شرایط مصرف کنند و این به عنوان فرضیه ای خود درمانی در بیشتر موارد دیده می شود مثلاً در طول آزمایش با مواد مختلف، افراد با عصبانیت بالاتر ممکن است که الکل یا دیگر کند کننده ها را پیدا کنند تا به آنها برای کم کردن عصبانیت و خشم شان کمک کند و آنها ممکن است این مواد را به عنوان شیوه تنظیم کنندگان احساسات اضطرابی شان مصرف کنند (بوتوین<sup>۱</sup>، 2006). اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بین مردان مبتلا به اختلال سوء مصرف مواد، شایع ترین اختلال روانپزشکی هم آیند است. ویژگی اختلال شخصیت ضد اجتماعی، الگوی رفتارهای غیر مسئولانه، مخرب و ضد اجتماعی است که در کودکی یا اوان نوجوانی آغاز می شود و تا بزرگسالی ادامه می یابد. در حالی که میزان شیوع این تشخیص ۲ تا ۳ درصد در کل جمعیت است، در مورد الکلی ها و معتادین هروئین و کوکائین به ۱۶ تا ۴۹ درصد افزایش می یابد، احتمال دارد که اختلال شخصیت ضد اجتماعی برای پرورش الکلیسم و اختلالهای اعتیادی دیگر، عامل خطر باشد (روزنهان و سلیگمن، ترجمه: یحیی سیدمحمدی، ۱۳۸۰).

### ۲- لذت جویی و کسب انرژی کاذب:

<sup>1</sup> Botvin

این مسئله قابل بحث است زیرا از دو جهت میتوان آنرا بررسی کرد ۱- احساس نشئگی که فرد را از خود بی خود می کند و احساس آرامشی که به وی دست می دهد ۲- احساس لذت از همنشینی با دوستان و فراغت از اندیشه های مزاحم و فرار از مشکلات خانواده، که این مسئله فرد را وابسته به محفل دوستان یا به لفظ معمول "رفیق باز" می کند و از آن لذت می برد. گاهی افراد جهت کسب انرژی بیشتر و بیدار ماندن جهت شب کاری از این متاع استفاده می کنند. در اوایل خوب مؤثر است زیرا ذخایر مغزی وجود دارند و کار می کنند و از خارج هم اضافه بر آن وارد شده در نتیجه توان زیاد تر می شود. ولی به چه قیمتی، به قیمت اینکه به مرور مراکز مغزی تنبل شده و دیگر هورمون های ضروری را نخواهند ساخت در نتیجه نقصان به مرور ظاهر می شود، میزان مصرف به مرور افزایش پیدا کرده ولی تأثیر تغییری نمی کند و حتی کمتر می شود. در نتیجه فرد وزن مخدر مصرفی را افزایش می دهد تا نتیجه بهتر بگیرد، مدتی می گذرد و باز هم تأثیر آن مقدار کاهش می یابد (کفاشیان، ۱۳۸۰).

### ۳- بیماریهای جسمانی و روانی:

نبودن پزشک و رنج کشیدن از بیماریهای دردناک، بیماران را به سوی مواد مخدر که موقتاً تسکین بخش برای آلام آنها بوده کشانیده، اما تکرارش برای کاهش درد اعتیاد را به وجود آورده است. در تحقیقات انجام شده در ایران ۴۸ مورد این مطلب را تأیید نموده اند. موارد مصرف در بین مردم عبارتند از: مالیدن تریاک بر پشت لب نوزادان، دمیدن دود تریاک در گوش کودک به منظور رفع دندان درد، کشیدن تریاک به منظور رفع دردهای مفصلی، پا دردهای مزمن و روماتیسمی، سردرد، سینه درد، رفع خستگی و کوفتگی، رفع بی خوابی و ... ناگفته نماند دود سیگار هم امروزه برای درمان دندان درد، سر درد و گوشی و غیره مورد مصرف دارد (وزیریان و مستشاری، ۱۳۹۰).

### ۴- افزایش توانایی جنسی:

یکی از علل مهم گرایش به مواد مخدر در ایران، مشکلات جنسی است. متأسفانه در ایران بعلت مشاوره غلط و به علت نداشتن پزشک خانواده و نیز عدم اطلاع کافی از رابطه جنسی صحیح و به منظور جلوگیری از انزال زودرس به تریاک روی می آورند. ناگفته نماند که یکی از اثرات او پیوئیدها این است که انزال را به تأخیر می اندازند. البته با دوزاژ کم این حالت بوجود می آید. ولی چه تضمینی وجود دارد مقدار مصرف در همان حد کم باقی بماند؟ چنانکه می دانید به مرور زمان بر مقاومت بدن افزوده می شود و به همان نسبت دوز مصرفی افزایش می یابد. با افزایش دوز تمایلات جنسی نیز از بین خواهد رفت (عزیزی، ۱۳۹۲).

### ج) عوامل شخصی و بین فردی:



## ۱- عوامل زیستی - ارثی:

کشف گیرنده های معینی در سیستم عصبی که مواد روی آنها تأثیر می گذارند و نیز تأیید وجود مواد شبه افیونی در مغز موجب رشد نظریه ارتباط عوامل زیستی - ارثی با مصرف مواد شده است طبق این نظریه نوعی ضعف زیستی یا ارثی وجود دارد که با مصرف ماده خاصی جبران می گردد. چندین مطالعه تأیید کرده اند که عوامل ارثی در مصرف الکل نقش دارند. مثلاً بستگان و فرزندان مصرف کننده الکل در مقایسه با جمعیت معمولی بیشتر الکل مصرف می کنند. طبق نتایج برخی از پژوهشها بستگان درجه یک افراد وابسته به الکلی ۳-۴ برابر بیشتر از کسانی که فاقد بستگان الکلیک درجه یک هستند الکل مصرف می کنند. (بخشانی، ۱۳۸۱).

## ۲- رفتار و نگرش خانوادگی مثبت به مواد:

در دوران کودکی تأثیر والدین بیشتر از سایر عوامل است چرا که روشن شده است که کودکان تحت تأثیر رفتارهای والدین خود (بعنوان یک الگو) هستند لذا می توان با اطمینان گفت که یکی از عوامل مؤثر در گرایش به مواد مخدر در دورانهای بعدی زندگی سوء مصرف این مواد توسط والدین است علاوه بر این مصرف مواد غیر قانونی توسط برادران و خواهران بزرگتر نیز، احتمال سوء مصرف مواد در کودکان را افزایش می دهد. تعداد افرادی که در خانواده به مصرف مواد می پردازند و همچنین میزان درگیری و سهم کودک در فعالیتهای مربوط به تهیه و خرید مواد، دو متغیر از بهترین متغیرهای پیش بینی شده در «گرایش» به مصرف مشروبات الکلی، سیگار و حشیش بوده اند. در مورد سیگار وجود عضوی از خانواده که سیگار بکشد است، احتمال آن را که فرزند او نیز سیگار بکشد و یا گرایش به مصرف آن پیدا کند تقریباً دو برابر می کند. اما تعداد زیاد تر افراد سیگاری در خانه، در افزایش احتمال مصرف سیگار، نقشی ندارد. این به معنی آن است که حتی در یک خانواده پر جمعیت، تنها وجود یک فرد سیگاری برای گرایش کودک به سیگار کافیهست. نکته مهم در مورد تأثیر مصرف مواد توسط والدین این است که مطابق نتایج یکی از پژوهشها، چنانچه برادر بزرگتری در خانه باشد، که اقدام به مصرف مواد نکند، اثر مصرف مواد توسط والدین بر مصرف متعاقب کودک خنثی می گردد. علاوه بر آن چنانچه والدین، نگرش آسان گیرانه ای درباره مصرف مواد داشته باشند، تأثیری که بر مصرف مواد فرزند نوجوان خود می گذارند، برابر و یا حتی بیشتر از زمانی است که والدین عملاً دست به مصرف مواد بزنند. متأسفانه با آنکه درستی این حقیقت توسط تحقیقات متعددی مورد تأیید قرار گرفته است، بسیاری از والدین از آن بی اطلاع هستند (دشتی، 1392).

### ۳- علل و عوامل خانوادگی اعتیاد

خانواده نه تنها در تعیین ارزشها و شخصیت کودک دارای اهمیت است بلکه به گونه ای غیر مستقیم بتدریج بر ساخت جامعه اثر می گذارد و بدینوسیله اندیشه و رفتار والدین به جامعه منتقل می شود. در میان عوامل متعدد، مهمتر و بیشتر از همه خانواده زمینه ساز و محرک برای اعتیاد بوده است. از کودکی شرایط و آمادگی روانی در خانواده فراهم می شود و در دوره نوجوانی و جوانی فرصت رشد پیدا می کنند. محرومیت های عاطفی کودک در دوره شیرخوارگی و کمبود محبت لازم در آغوش مادر منجر به مکانیسمی می گردد که نوجوان را برای دستیابی به تسکین و لذت سریع بی اختیار می سازد. نبودن مرجع و تکیه گاه ثابت پدر یا مادری در خانواده یا مرجعی که جانشین آن بشود از عوامل مهم است که در این حال فقدان پدر یا مادر بخصوص در دوره های خردسالی اثری پایدار در ساخت روانی کودک می گذارد. در برخی موارد آثار آن تا دوره نوجوانی و جوانی در حالت «کمون» باقی می ماند و در این دوره موقعیت رشد و بروز پیدا می کند که ابتلای به اعتیاد از مساعدترین آنهاست (عبدالله پور، 1390).

فرویدا معتقد است که حوادث کودکی و زندگی خانوادگی در شخصیت انسان اثر داشته و می گوید کودک طی ۶ سال اول زندگی فرم اصلی خود را می یابد و روابط موجود در خانواده مثل کمی محبت و یا بالعکس، میزان استقلال کودک، سازگاری یا عدم سازگاری والدین و ... عواملی هستند که کودک را می سازند (همان منبع).

بررسی علل اعتیاد در ایران نشان می دهد که در تربیت خانوادگی آنان سستی و ضعف وجود داشته و سرپرستی معتادان از طرف خانواده متعارف نبوده است. بیسواد یا کم سواد بودن والدین نیز از مسائل خانوادگی علل اعتیاد است. خشونت و استبداد والدین در محیط خانواده باعث می شود که فرزندان از بازگو نمودن مشکلات عاطفی، احساسی، عقیدتی خود با والدین خودداری نموده و بدین سان شکست ها و محرومیتها و تضادهای حل نشده، زمینه آسیب پذیری در مقابل انحرافات از آن جمله اعتیاد را می تواند فراهم سازد (شاکرمی، 1392).

### 4- تأثیر دوستان و همسالان:

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 مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان برای اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد، برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان، سعی می کنند آنان را وادار به همراهی خود نمایند. گروه «همسالان» به خصوص در شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار مؤثر هستند. بعضی از دوستی ها صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می گیرد. نوجوانان به تعلق به یک گروه نیازمندند و

اغلب پیوستن به گروههایی که مواد مصرف می کنند، 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 (وزیران و مستشاری، 1390).

#### 5- بیکاری، فقر و اعتیاد:

علل اعتیاد بسیار گسترده است ولی در بین این عوامل متعدد، نقش فقر از همه مهمتر است. فقر مهمترین عاملی از عوامل مهم در بزهکاری و انحراف اطفال و سایر افراد است. پدیده فقر کلیتی پیچیده و پدیده ای چند بعدی است و به عنوان یکی از ویژگیهای اجتماعی جوامع عقب ننگه داشته شده، پذیرفته شده است و در واقع خط سیاهی است که سراسر جامعه را طی و بر همه چیز منجمله گرایش جوانان به انحراف و اعتیاد اثر می گذارد. در میان طبقات ثروتمند و در کشورهای پیشرفته مواد مخدر برای تنوع و تفریح و خوشگذرانی و لذت بیشتر مصرف می شود. ولی در بین فقرا و در کشورهای فقیر، مواد مخدر برای فراموش کردن دردها و بی خبر ماندن از مشکلات و نارسائیهای اجتماعی مصرف می شود. چرا که به علت کثرت دردها و غمها عقیده دارند: «فقط یک غم باشد آن هم غم گرد برای زنده ماندن». به عقیده صاحب نظران؛ وضع نامناسب اقتصادی و نیز فقر و گرسنگی و بیکاری، اعتیاد و انحرافات، جهل و بیسوادی موجود در کشورهای جهان سوم و در بین طبقات محروم این کشورها؛ گر چه قسمتی از آن از بقایای دوران فئودالیت است ولی قسمت عمده ای از این اوضاع نامساعد؛ در نتیجه عملکرد کشورهای استعمارگر، وجود فاصله طبقاتی زیاد، وضع نامطلوب بهداشت جسمی و روانی، کادر اداری نامتناسب، وابستگی اقتصادی، نظام اقتصادی ناقص و صادرات تک محصولی و وجود مؤسسات خارجی است (شاکرمی، 1392).

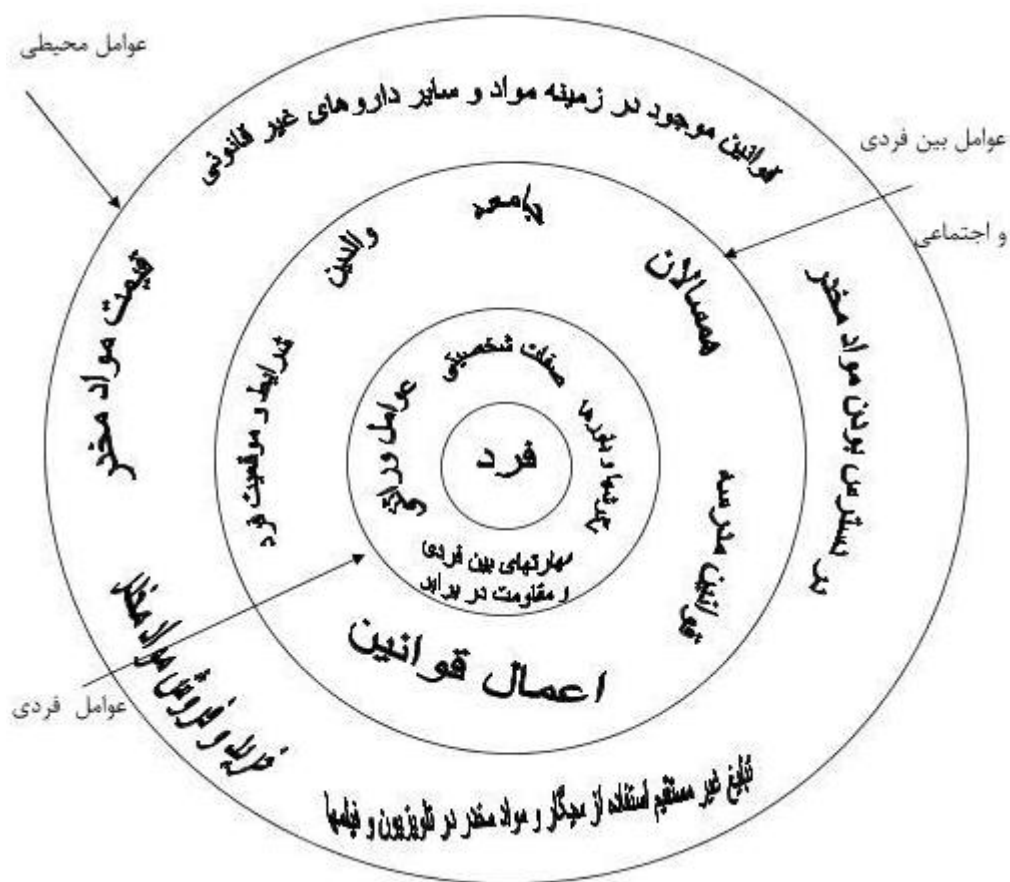
#### 6- نداشتن سرگرمی و تفریحات سالم:

انسان موجودی است اجتماعی، در اجتماع چشم به دنیا گشوده و در اجتماع می تواند زندگی کند. از تنهایی و انزوا گریزان است، اجتماعی بودن را از غرایز انسانی می دانند، هم چنانکه انسان به خوراک و پوشاک نیازمند است به تفریح و وسیله ای که از او رفع خستگی کند نیز محتاج می باشد. فقدان و نبودن سرگرمی لازم و مناسب برای ساعات و ایامی که انسان به دلایل مختلفی، به انجام کاری مشغول نمی باشد خود از عوامل سازنده اقسام ناهنجاریها و انحرافات به شمار می آید، زیرا برای این که فرد خود را به کاری مشغول سازد و وقت خویش را بگذراند، بر حسب شرایط زمان و مکان به برخی اعمال دست می زند. اینجاست که اگر جامعه فاقد تفریحات سالم باشد شخصی ممکن است به تفریحات ناسالم و کاذبی چون اعتیاد روی آورد (آتشین، ۱۳۸۱).

## 2-2-2- انواع نظریه ها درباره اعتیاد

رویکرد سیستمی و کل نگر به مساله سوء مصرف و وابستگی به مواد مخدر رویکرد سیستمی در تبیین پدیده ها، وقایع و رفتارها، تحولی وسیع در روند رو به گسترش علوم و فنون ایجاد نموده است. در دیدگاه سیستمی، سیستم عبارت است از: «موجودیتی متشکل از عناصر مرتبط و متعامل است، به گونه ای که این ارتباط و تکامل به سیستم نوعی کلیت و تمامیت می بخشد». در این رویکرد به فرد و محیط به منزله اجزای مرتبط به هم نگریسته می شود، که هر یک بر دیگری تأثیر دارد، و از آن تأثیر می پذیرد. ولی در عین حالی به منظور رسیدن به هدفی یکسان، ناگزیر از هماهنگی و همکاری اند (مومنی، 1389).

پژوهشها نشان داده است که جزء نگری و رویکرد کاهش گرایانه شرط کافی در تبیین امور نیست، به عبارت دیگر فرد انسان خود به عنوان یک سیستم متشکل از خرده سیستم ها در تعامل و رابطه دائمی با سیستمهای پیرامونی خود است. در دیدگاه سیستمی به مواد مخدر نه فقط فرد، بلکه محیط و پیرامون او نیز تأثیر گذارند. نگاهی کوتاه به شکل 2-1، شناختی جامع از مهمترین عوامل سهیم در ابتلا و گرایش فرد به مصرف مواد مخدر، فراهم می کند. حاصل این تغییر رویکرد، دگرگونی های حاصل در روشهای درمان و خصوصاً پیشگیری از سوء مصرف مواد در جوانان و نوجوانان بوده است که به تفصیل در قسمت نظریه ها شرح داده خواهد شد. آنچه در این شکل مشهود است، احاطه فرد توسط عوامل متعدد دخیل در اعتیاد است. بدیهی است هر چه از محیط دایره به مرکز آن حرکت نمائیم، نقش عوامل مذکور مشخص تر، مهم تر، عینی تر و مستقیم تر خواهد شد. بدیهی است، تمام عوامل مطرح در این شکلی به نوعی توسط پژوهشها و تحقیقات علمی به اثبات رسیده اند.



شکل 2-1: رویکرد سیستمی به عوامل موثر در سوء مصرف مواد (عبدالله پور، 1390)

## 2-2-2-1- نظریه یادگیری اجتماعی - شناختی

در این دیدگاه بر عوامل اجتماعی و بین فردی تأکید می شود. نظریه یادگیری اجتماعی - شناختی بندورا (۱۹۸۶) وقتی که در مورد مصرف مواد بکار می رود؛ چنین دلالت می کند که نوجوانان و جوانان باورهای خود را در مورد مصرف مواد از الگوهای نقش خصوصاً دوستان نزدیک و والدین مصرف کننده مواد مخدر کسب می کنند زیرا الگوهای نقشی که مواد مخدر مصرف می کنند؛ مستقیماً جهت شکل گیری انتظار پیامد نوجوانان و جوانان می شود که به معنی باور آنها در مورد آثار اجتماعی، شخصی و بیولوژیک است. مضافاً آنکه شنیدن اینکه الگوی نقش با علاقه و لذت از مواد مخدر استفاده می کند ممکن است شروع مصرف مواد را آسانتر نماید. رفتارهای ویژه مواد از پیامدهای منفی آن برتر باشد؛ نوجوان در معرض سوء مصرف مواد مخدر قرار خواهد داشت. بندورا بر مبنای مفهوم «خودکارآمدی»

معتقد است که الگوهای نقش می توانند خود اثر بخشی مصرف و خود اثر بخشی امتناع را بوجود آورند. خود اثر بخشی مصرف مربوط به عقاید و باورهای نوجوان دال بر توانایی خود در بدست آوردن و استفاده از مواد است و خود اثر بخشی امتناع بیانگر باور نوجوان دال بر توانایی مقاومت در برابر فشار اجتماعی برای مصرف مواد است (لاوینسون، روییز، میلمن و لانگروود<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

## 2-2-2- نظریه های شناختی - عاطفی

در این دیدگاه اساسی ترین دلیل برای سوء مصرف یا مصرف آزمایشی مواد باورها و اعتقادات و نیز انتظارات و برداشتهای نوجوان درباره مواد است. همچنین تأثیر سایر عوامل از قبیل صفات شخصیتی یا ارتباط با همسالان نیز به واسطه تأثیری که بر شناخت ها، ارزیابی ها و تصمیمات نوجوان بر جای می گذارند، مورد ملاحظه قرار می گیرد. دو نظریه یعنی «نظریه عمل متکی بر استدلالی» و «نظریه رفتار طرح ریزی شده» مبتنی بر دیدگاه شناختی - عاطفی هستند (ربر و ربر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷).

در نظریه عمل متکی بر استدلال (اجزن و فیش بین<sup>۳</sup>، ۱۹۸۰)، اعتقاد بر آن است که تصمیم نوجوان برای شروع مصرف آزمایشی مواد متأثر از دو متغیر شناختی است. اول اینکه تصمیم نوجوان برای مصرف مواد تحت تأثیر نگرش وی در مورد مصرف مواد است. آجزن و فیش بین، با تکیه بر رویکرد «انتظار - فایده» به نگرش ها معتقدند که: «نگرشهای مربوط به مواد مخدر هم تابع ریاضی آثار و عوارض شخصی است که نوجوان از مصرف آزمایشی ماده انتظار دارد و هم تابع ارزش عاطفی ای است که نوجوان برای پیامدهای رفتار خود قائل می شود». بر این اساس اگر منفعتی که نوجوان از مصرف ماده انتظار دارد بیش از انرژی و هزینه ای باشد که صرف آن می کند، نگرش مثبتی نسبت به مصرف مواد پیدا خواهد کرد. دوم اینکه قصد نوجوان برای مصرف آزمایشی مواد تحت تأثیر عقاید و باورهای او درباره هنجارهای اجتماعی موجود است. از جمله اینکه نوجوان میزان شیوع مصرف را در میان همسالان و دوستان و بزرگسالان چقدر تخمین می زند، و یا میزان پذیرش اجتماعی خود را تا چه حد وابسته به مصرف مواد ارزیابی می کند (رحمتی، ۱۳۹۳).

اخیراً آجزن<sup>۴</sup> بازنگری مهمی را در نظریه رفتار متکی بر استدلال انجام داد و نظریه رفتار طرح ریزی شده را مطرح نمود. وی ادعا کرد که در رفتار فرد نه تنها دو سازه بلکه سه سازه مؤثر است. یعنی علاوه بر

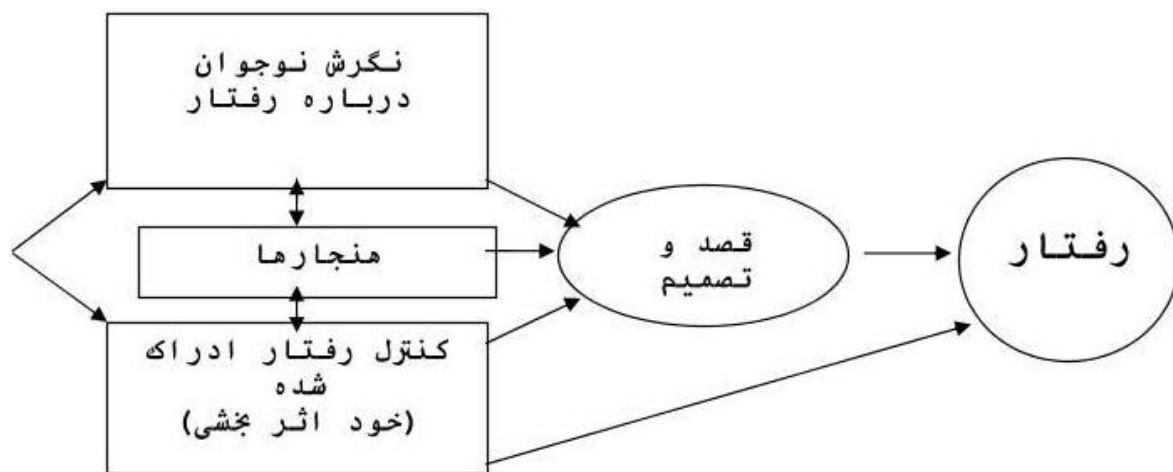
<sup>۱</sup> Lovinson, Ruize, Millman & Longrod

<sup>۲</sup> Reber & Reber

<sup>۳</sup> Ajzen & Fishbein

<sup>۴</sup> Ajzen

نگرشها و هنجارها، عامل سومی تحت عنوان «کنترل رفتار ادراک شده» یا به تعبیر بندورا<sup>1</sup>، خود اثر بخشی و در دیدگاه راتر، منبع کنترل از اهمیت بسزائی برخوردار است. خود بسندگی یا کنترل رفتار ادراک شده به معنای میزان دشواری یا راحتی است که فرد در اجرای یک رفتار تجربه می کند. بر اساس این نظریه، خود اثر بخشی (خود بسندگی) نقش بسیار مهمی در رفتار دارد به گونه ای که حتی اگر فرد نگرشهای مثبتی در مورد یک رفتار داشته باشد و انتظار تأیید آنها نیز از دیگران داشته باشد در صورتی که احساس کند اجرای آن رفتار فراتر از عمل، توانایی و کنترل اوست، آن عمل را انجام نمی دهد (دشتی، 1392).



شکل 2-2: نظریه رفتار طرح ریزی شده (دشتی، 1392)

## 2-2-3-2- نظریه های روان تحلیل گری

دیدگاههای روان پویشی نیز به چشم اندازه های روان شناختی وابستگی دارویی کمک کرده اند. در اینجا عقیده عمومی بر آن است که مصرف دارو وسیله ای است برای جبران عملکرد معیوب خود. دیدگاههای اولیه به تمرکز بر «وابستگی دهانی» و سایقهای لیپیدویی گرایش داشتند، اما دیدگاههای جدیدتر اعتیادها را بیانگر کمبود اساسی در رشد و عاطفه خود می دانند. داروها برای کاستن از حالت های هیجانی آزارنده یا به عنوان یک مکانیزم دفاعی در ارتباط با تعارض درونی مصرف می شوند. اختلال در رشد اولیه، بویژه در خصوص روابط با دیگران می تواند آسیب پذیری را افزایش دهد. نیاز به داروها به صورت انعکاسی کمبودهای شیء یا موضوع نیز در نظر گرفته شده است؛ در این دیدگاه دارو به عنوان یک کمک بیرونی

<sup>1</sup> Bandura

یا موضوع موقت برای حفظ کردن احساسی بهزیستی عمل می کند. اگر در مدت سالهای رشد، در برقراری روابط مثبت تجربه کمی وجود داشته باشد، برقرار کردن رابطه صمیمی در بزرگسالی می تواند به ویژه استرس زا باشد. مصرف داروها برای کنار آمدن با اضطراب مربوط به صمیمیت، بخصوصی در مدت نوجوانی، توسط چندین نظریه پرداز مورد توجه قرار گرفته است (عبدالله پور، 1390).

#### **2-2-2-4- نظریه رفتارگرایان شناختی**

رفتارگرایان شناختی دارای دیدگاههای متفاوتی هستند. آنها رفتارهای ناسازگارانه را به عنوان محصول عقاید غیر عادی درباره خود و محیط می دانند. در این دیدگاه الکیسم و وابستگی به مواد، مکانیسم های سازشی ناسازگارانه هستند که با افزایش مهارتهای حل مساله و مهارتهای سازشی، می توان آنها را کاهش داد. آنها بیشتر به پدیده عود و راه اندازهایی که در ارتباط با نوشیدن زیاد الکل یا سوء استفاده از مواد می باشند، متمرکز هستند. در این دیدگاه، درمان به عنوان کاهش خطر از طریق پیش بینی موقعیتهای پر خطر تصور می شود. با پیش بینی این موقعیتهای می توان راهکارهای چاره سازی را اندیشید، آزمایش کرد و به مرحله اجرا در آورد (رضائی نژاد، 1393).

#### **2-2-2-5- نظریه کاهش تنش یا استرس**

این نظریه به طور وسیعی ریشه در اصول یادگیری - شناختی دارد. رفتار سوء مصرف مواد پاداشی دربر دارد که آن منجر به کاهش تنش ناشی از ترسی، تعارضی یا ناکامی میشود. تئوری کاهش تنش مبتنی بر سیستم پاداشی مصرف مواد است: تنش، همانطور که با مفاهیمی چون ترس یا اضطراب مرتبط است، از طریق نوشیدن الکل یا مصرف دیگر مواد کاهش می یابد. بنابراین مصرف الکل و مواد دیگر در یک تلاش برای تعدیل تجارب روانشناختی ناخوشایند و کاهش تنش فراگرفته شده اند (داجن و شی<sup>1</sup>، ۲۰۰۰).

#### **2-2-2-6- الگوهای تقویت مثبت**

الگوهای تقویت مثبت بر آثار لذت بخش و وجد آور داروها تأکید می کنند و اعلام می دارند که این آثار تقویت کننده، علت اصلی مصرف داروهاست این واقعیت که داروهای روان گردان متعدد، تقویت کننده ای مثبت نیرومندی هستند. این سؤال را پیش می کشد که کدام دستگاههای مغزی در آثار رفتارهای آنها دخالت دارند. شاید شگفت آور نباشد که بسیاری از دستگاههایی که معلوم شده میانجی پاداشهای طبیعی

---

<sup>1</sup> Dodgen & Shea



(غذا، میل جنسی) می شوند همانهایی هستند که تحت تأثیر داروهای تقویت کننده قرار می گیرند. بویژه، منطقه ای از مغز به نام هسته لمبده او گذرگاههای متصل به آن توجه زیادی را به خود جلب کرده است. این هسته که در عمق پیش مغز پایه قرار دارد، از منطقه های کناری (لیمبیک) که اطلاعات مربوط به هیجان و خلق را پردازش می کنند، درون داد می گیرد. یکی از دروندادها حاوی انتقال دهنده عصبی دوپامین است. داروهای چون کوکائین و آمفتامین که موجب شنگولی زیاد می شوند، مقدار دوپامین سیناپسی را تا اندازه زیادی افزایش می دهند. این حالت در چند منطقه مغزی روی می دهد، ولی افزایش در هسته لمبده برای آثار تقویت کننده اهمیت خاصی دارد. چندین فرضیه اهمیت ویژه دوپامین موجود در هسته لمبده را نه تنها به داروهای محرک روانی " بلکه به دامنه وسیعی از مواد اعتیاد آور از جمله الکل، افیونها، نیکوتین و باربیتوراتها مربوط می دانند. گر چه فعال سازی دوپامین ممکن است ویژگی مشترک بسیاری از داروهای روان گردان باشد، دستگاههای شیمیایی دیگری نیز می توانند در آن نقش داشته باشند. برای مثال، مغز حاوی مواد «شبه مرفین» از خودش است که مواد شبه افیونی درون زاد" نام دارند. چند نوع ترکیبات شبه افیونی مثل انکفالین ها، اندروفین ها و دینورفین ها " وجود دارند که در شبکه های گوناگون سراسر مغز یافت می شوند. این ترکیبات از نورونها آزاد می شوند و گیرنده های افیون را فعال می کنند. تصور می شود که دستگاه شبه افیونی نیز در تقویت زیستی و عاطفه نقش اساسی ایفا می کند. برای مثال مواد شبه افیونی می توانند مصرف غذا و پاسخ عاطفی به مزه شیرین را تنظیم کنند، و اعتقاد بر آن است که این مواد میانجی پاسخ به استرسی هیجانی و جسمانی می شوند. داروهای افیونی (مخدر) نظیر مرفین و هروئین بدون تردید از راه اثرگذاری بر گیرنده های افیونی مرکزی آثار روان گردان خود را تولید می کنند، و الکلی نیز می تواند دستگاه شبه افیونی را درگیر سازد. جالب اینکه گیرنده های افیون موجود در هسته لمبده می توانند به ویژه در «نشئه» افیون دخالت داشته باشند (دشتی، 1392).

## 2-2-7- نظریه گروه همسالان

اوتینگ و بیوویس " (۱۹۸۶، ۱۹۸۷) نظریه ای را مطرح کرده اند که برخی از مسائل و مفاهیم نظریه رفتار مشکل آفرین، جسر و همکارانش (۱۹۹۱) را نیز دربر می گیرد. ولی برخلاف نظریه رفتار مشکل آفرین که در تصریح تأثیر غیر مستقیم متغیرها بر سوء مصرف مواد چندان موفق نبوده است، نظریه گروه دوستان فرض می کند که «تنها متغیر منفرد و برجسته در سوء مصرف مواد در نوجوانان، تأثیر همسالانی است که نوجوانان آنها را برای ارتباط خود پیدا کرده اند. استفاده از مواد تقریباً همیشه به طور مستقیم به

ارتباط با همسالان مربوط است». در این دیدگاه، سایر عوامل بطور غیر مستقیم و از طریق نقشی که در ارتباط نوجوانان با همسالان مصرف کننده مواد ایفا می کنند، بر مصرف مواد تأثیر می گذارند. در واقع این نظریه به منظور تبیین رابطه بین مصرف مواد توسط فرد و مصرف مواد توسط دوستان وی مطرح شد. فرض بنیادین این دیدگاه آن است که مصرف مواد در نوجوانی یک فعالیت گروهی است که در بافت اجتماعی گروه دوستان صورت می گیرد. او تینگ و بیوویس (۱۹۸۶) در مطالعه ای به بررسی ویژگیهای روانی / اجتماعی مرتبط با مصرف مواد پرداختند و دریافتند که تشویق همسالان به مصرف مواد بیشترین رابطه مثبت و بازداری همسالان بالاترین رابطه منفی با مصرف مواد دارند (محمد خانی، ۱۳۸۵).

## 8-2-2-2- مدل استرس اجتماعی

مدل استرس اجتماعی (رودز<sup>۱</sup>، ۱۹۸۸)، بر نقش عوامل فردی، خانوادگی و جامعه بزرگتر، بر خطر مصرف مواد تأکید می کند. هر کدام از این نظریه های چندگانه در تبیین مشکل مصرف مواد بر عوامل خاصی تأکید می کنند. با این حال مدل استرسی اجتماعی عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی را که بخشی از مدل های دیگر هستند، با هم ترکیب می نماید. از این رو می توان گفت که مدل جامعی است. همانطور که اشاره شد عوامل زیستی - وراثتی، روانشناختی، اجتماعی، محیطی، قانونی، خانوادگی بسیاری در بروز سوء مصرف مواد مخدر دخیل اند. با این حال تمامی این عوامل برای به ظهور رساندن تأثیرات خود باید از سیستم روانی فرد عبور نمایند. می توان چنین فرض کرد که عوامل روانشناختی آخرین حلقه از عواملی است که به سوء مصرف مواد معنا می بخشد. بنابراین درک و فهم این عوامل کلید فهم رفتار سوء مصرف مواد محسوب می گردد. سوء مصرف مواد مخدر نتیجه تعامل عوامل مختلف است. عنصر اصلی در این فرایند رفتار سوء مصرف مواد است. تصمیم برای مصرف مواد متأثر از موقعیتهای اجتماعی و روانشناختی فعلی و تاریخچه زندگی فرد است. علاوه بر این مصرف مواد پیامدهایی ایجاد می کند که می تواند تقویت کننده یا بیزاری آور باشد و به دنبال آن و طی یک فرایند با دیگری، احتمال تکرار مصرف مواد افزایش یا کاهش می یابد. برخی از مواد می توانند به فرایند زیست شناختی مرتبط با تحمل و وابستگی جسمی منجر می شوند. پدیده تحمل نیز می تواند موجب کاهش برخی اثرات مخرب مواد گردیده و مصرف مقادیر بیشتر مواد را سبب می شود که خود می تواند باعث تسریع یا تشدید وابستگی جسمی گردد (همان منبع).

<sup>1</sup> Rudz

## 2-2-9- نظریه شخصیت

برخی نظریه ها ادعا دارند که افراد خاصی به اعتیاد مستعدترند، که به آنها شخصیت معتاد گفته می شود. هانس آیسنک (۱۹۹۷)، این موضوع را تحت عنوان الگوی استعداد روانشناختی یاد کرد به این معنی که عادت به مصرف دارو سریعاً افزایش می یابد زیرا داروی مصرف شده هدف خاصی را که با نیمرخ شخصیتی افراد مرتبط است را ارضا می کند. برای چنین افرادی رفتار مصرف دارو یا بویژه اعتیاد مزایایی دارد. حتی اگر عواقب منفی که بعد از مدت زمانی رخ می دهد، وجود داشته باشد. بر طبق نظر آیسنک، سه نوع شخصیت مستقل و عمده وجود دارد: P (روانپریشی)، N (روان رنجوری) و E (برون گرایی). جنبه روانپریشی اشاره به تمایل اساسی به روان پریشی کارکردی دارد که در طول یک پیوستاری از «نوع دوستی» تا «اسکینر وفرنیا» واقع می شود. بعضی از صفات شخصیتی این جنبه پرخاشگری، بی تفاوتی، خود محوری، بی عاطفگی و تکانشگری " هستند. جنبه روان رنجوری اشاره به تمایل به ناپایداری عاطفی دارد؛ بعضی از صفات روان رنجوری عبارتند از: دمدمی بودن، تحریک پذیری و اضطراب، عوامل ژنتیکی نقش مهمی را در تعیین این جنبه های شخصیتی بازی می کنند (آکست-مارگتیک و مارگتیک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵).

## 2-2-3- نوجوانی و جوانی و خطر سوء مصرف

نوجوانی و جوانی غالباً به عنوان یک دوره مهم غیر جسمی و روانشناختی توصیف شده است. در طول نوجوانی افراد، نوعاً با دامنه گسترده ای از رفتارها و الگوهای سبک زندگی آزمایش می شوند. این به عنوان بخشی از فرایند طبیعی جدایی از والدین، رشد حسی خود مختاری و استقلال، ایجاد هویت شخصی، و اکتساب مهارت های ضروری برای عملکرد سودمند در جهان بزرگسالی رخ می دهد. تعدادی از تغییرات رشدی که پیش نیازهای ضروری برای بزرگسالان سالم شدن هستند. خطرات نوجوانی سیگار کشیدن، مصرف مشروبات و مصرف مواد را افزایش می دهند. نوجوانی که در پذیرفتن نقش های بزرگسالی بی شکیب است و بالغ تر به نظر می رسد ممکن است سیگار کشیدن، مصرف مشروبات و مصرف مواد را به عنوان شیوه ای برای ادعای موقعیت بزرگسالی مطرح کند، همچنین نوجوانان ممکن است به مصرف مواد مشغول شوند زیرا مواد برای آنها معانی از ایجاد مسئولیت مشترک

<sup>1</sup> Aukst-Margetić & Margetić

با گروه مرجع خاص، طغیان در برابر اقتدار والدینی یا ایجاد هویت فردی شان، فراهم می کنند (آکست-مارگتیک و مارگتیک<sup>1</sup>، 2005).

در طول نوجوانی گروه همسالان جانشین تأثیر والدین می شوند. نتیجه رشد شناختی طبیعی نوجوانان تغییر از شیوه تفکر "عملیاتی عینی" - که به لحاظ توصیفی، انعطاف ناپذیر، تحت اللفظی و پیرامون "اینجا و اکنون" است - به شیوه تفکر "عملیاتی صوری" - که نسبی تر، انتزاعی و فرضی است - است. این تغییرات در حالت تفکر نوجوانان ممکن است به دانش اکتسابی قبلی مرتبط با خطرات بالقوه سیگار کشیدن، مصرف مشروبات و مصرف مواد نقب بزنند. برای مثال تفکر عملیات صوری در نوجوانی کشف ناهماهنگی ها یا عیوب منطقی بحث های بزرگترها درباره سلامتی مرتبط با مصرف مواد را تسهیل می کند. به طور مشابهی، این نمای جدید از تفکر ممکن است نوجوانان را برای فرموله کردن بحث هایی که پیام ضد مصرف مواد دارند قادر سازد، که ممکن است برای چشم پوشی از خطرات بالقوه دلیل تراشی را پیش گیرند. بویژه اگر مصرف مواد با مزایای شخصی و اجتماعی ادراک شده باشد (مومنی، 1389).

همرنگی نیازها و همرنگی رفتار در طول دوران پیش نوجوانی و اوایل نوجوانی سریعاً افزایش می یابد و پیوسته و منظم از میانه تا اواخر نوجوانی کاهش می یابد. با این وجود، علی رغم این تمایل رشدی کلی به سوی افزایش همرنگی، آمادگی فردی با فشار همنوایی، وابستگی به ارزشها و تنوعی از عوامل روانشناختی و همینطور اهمیت نسبی پذیرش همسالان در نوجوانان ممکن است به طور زیادی متفاوت باشد (همان).

بالاخره اینکه، بخاطر اینکه نوجوانان به لحاظ شخصیتی یک حس فناپذیری دارند، تمایل به حداقل رساندن خطرات مرتبط با مصرف مواد دارند و توانایی شان را برای اجتناب از الگوهای مخرب مصرف شخصی زیاد برآورد می کنند (عبدالله پور، 1390).

## 2-2-4- رویکردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد

در طول چندین دهه گذشته پیشگیری چندین رویکرد متفاوت درباره پیشگیری از سوء مصرف مواد در مدارس اجرا شده است که عمدتاً مبنای نظری دارند ولی چیزی که سبب شده تا مدرسه به منزله کانون اصلی برنامه های پیشگیرانه در نظر گرفته شود به چند عامل بر می گردد: اول آنکه مدرسه فضای مناسبی است که می توان در آن برنامه های درسی آموزشی متنوعی را به کار برد. دوم آنکه می توان به اکثر

<sup>1</sup> Aukst-Margetić & Margetić

کودکان و نوجوانان در محیط مدرسه دسترسی داشت. دیگر آنکه چون در مدرسه با دانش آموزان سنین متفاوت روبرو می شویم می توان مداخلات و برنامه هایی را طراحی کرد که در آن عامل سن نیز مطرح باشد. چهارم آنکه کارکنان مدرسه و خصوصاً معلمان در گذشته آموزشهایی را در مورد شیوه های آموزشی، مداخله و سنجش و ارزیابی (نمره های درسی) دیده اند که می تواند در ارزیابی برنامه های پیشگیری مؤثر واقع شود. نکته آخر اینکه بیشتر وقت کودکان و نوجوانان در مدرسه سپری می شود. به طور کل باید گفت که برنامه های پیشگیری و بررسی اثر این نوع مداخلات به ندرت خارج از محیط مدرسه صورت گرفته است. فعالیتهای پیشگیری از سوء مصرف مواد می توانند به ۵ استراتژی کلی تقسیم شوند:

۱- رویکرد انتشار اطلاعات

۲- رویکردهای آموزش عاطفی

۳- رویکردهای جایگزین

۴- رویکردهای مهارتهای مقاومت اجتماعی

۵- رویکردهای افزایش صلاحیت عمومی؛ با تأکید روی آموزش مهارتهای اجتماعی و شخصی (دشتی، 1392).

#### الف) رویکرد و مدل مبتنی بر ارائه اطلاعات

این رویکرد بر مبنای الگوی شناختی مصرف و سوء مصرف مواد بنا نهاده شده است، یعنی فرض بر این است که کسانی از داروها و مواد غیر مجاز استفاده می کنند که از عوارض نامطلوب آنها بی اطلاعند، لذا روش مقابله، افزایش دانش و آگاهی فرد درباره مواد مخدر است تا بتواند بر اساس اطلاعات دریافتی تصمیم گیری منطقی و معقولانه ای داشته باشند. این روش در ابتدا متکی بر ایجاد «ترس و خوف» بود و پیامهای ارائه شده نیز چنین مضمونی داشتند. بی اثر بودن این نوع اطلاع رسانی، در اندک مدتی روشن شد و به جای آن اطلاعات واقعی و درست در مورد مواد غیر مجاز به دانش آموزان ارائه گردید. معمولاً موضوعات این نوع آموزشها عبارتند از: خطرات و عوارضی تنباکو، الکل، مواد مخدر و آثار زیانبار بهداشتی، اجتماعی و قانونی آن (بستامی و همکاران، 1395).

اگر افراد از عوارض منفی مصرف مواد مطلع باشند، نگرش منفی نسبت به مصرف مواد پیدا کرده و تصمیم های منطقی و معقول برای عدم استفاده از مواد اتخاذ خواهند کرد. بنابراین، در این برنامه ها اطلاعات واقعی در خصوص ماهیت فارماکولوژی و پیامدهای آسیب زننده سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد ارائه شده و بر پیامدهای ترس زا و هیجانی تأکید می شود (محمدخانی، ۱۳۸۵).

برنامه مدارس در چارچوب این رویکرد، برگزاری کلاسهای آموزشی درباره مواد، نمایش فیلم در کلاس، توزیع نشریه، کتابچه و پوستر، دعوت از افراد متخصصی برای سخنرانی یا همراهی بچه ها در سفرهای علمی و تفریحی است. در مواردی نیز از معتادان بهبود یافته به کلاس دعوت می شود تا در مورد مشکلاتی که در اثر مصرف مواد با آن روبرو شده اند، بحث کنند (درکه، کرامتی و امیری، 1392).

### ب) رویکرد و مدل مبتنی بر تغییر نگرش

مدل دوم مبتنی بر "کمبودهای فردی" یا "تغییر نگرش" است. این مدل بر این اساس بنیاد شده است که افراد برای جبران برخی مشکلات فردی، نظیر نداشتن اعتماد به نفس، نداشتن مهارت‌های کافی برای تصمیم گیری و نداشتن ارزشهای شخصی مثبت مواد مصرف می کنند. بنابراین تمرکز بر این کمبودهای روانشناختی بود. آموزش عاطفی نامی است که اغلب به این راهبرد پیشگیری داده می شود. محتوای این برنامه ها شامل اطلاعات درباره اثرات مواد است در حالیکه تمرکز بر فعالیتهایی است که اطمینان به خود، اتکا به نفس و تصویر مثبت از خود را ایجاد می کند. در این مدل تنویر ارزشها بصورت عمده مورد توجه است. تمرینها برای گرفتن تصمیم های "خوب" (بدون مواد) درباره آینده رفتار فردی است. هدف این تلاشها، تغییر نگرش فرد به خود و مصرف مواد است. فرض بر این است که از طریق این محافظت حاصل از نگرشهای ضد مواد، رفتار رها از مواد، به صورت طبیعی ایجاد می شود. گرچه این منطق قابل بررسی پژوهشی است، اما ارزشیابی هایی که بر اساس آموزش عاطفی، تنویر ارزشها، تغییر نگرش و تصمیم گیری است از مؤثر بودن این رویکردها، حمایت نکرده است (احترامی، به نقل از علیپوری این رویکرد در دهه ۷۰ میلادی و با این فرضی که باورها و نگرشها و عوامل شخصیتی عامل در گرایش نوجوان به سوء مصرف مواد هستند روشهایی را مطرح ساخت و تأکید اصلی خود را بر رشد شخصیتی و اجتماعی دانش آموزان قرار داد. این رویکرد بیشتر سعی بر آن داشت تا فضای مدرسه به گونه ای باشد که نیازهای عاطفی و اجتماعی دانش آموزان را ارضا نماید. آموزش مهارت‌های تصمیم گیری و جرأت آموزی عناصر اصلی چنین برنامه هایی را تشکیل می دادند، نتایج حاصل از ارزیابیهای این روش نیز رضایت بخش نبوده است (بستامی و همکاران، 1395).

روش متعارف دیگر برای پیشگیری از سوء مصرف مواد، افزایش رشد عاطفی افراد است. روش آموزش عاطفی به طور متداول از دهه ۱۹۶۰ شروع گردیده است. در این روش درک از خود و خویشتن پذیری در افراد از طریق برخی از فعالیتها مانند شفاف کردن ارزشها و مسئولیت پذیری در تصمیم گیری و بهبود روابط بین فردی از طریق پروراندن ارتباطات عاطفی، مشاوره با همسالان و جرأت و افزایش توانایی

دانش آموزان در خصوص برآورد نیازهای اساسی خود از طریق نهادهای اجتماعی صورت می گیرد. در برخی موارد روشهای آموزش عاطفی، اثراتی بروی سوء مصرف داشته است؛ با این وجود مطالعات گویای این است که کمتر روی رفتار فرد تأثیر می گذارد (بوهنر و وانک<sup>۱</sup>، 2002).

### ج) رویکرد فعالیتهای جایگزین

این رویکرد را می توان بخشی از مداخلات جامعه مدار و مداخلات مدرسه مدار تلقی کرد که بر بازسازی بخشی از محیط زندگی فرد تمرکز دارد. در این مدل چنین فرض می شود که اگر بتوان نوجوان را با تجربه های زندگی واقعی و در عین حال جذاب مواجه کرد، آنها کمتر درگیر مصرف مواد می شوند. بنابراین سعی در ایجاد فرصتها و موقعیتهایی است تا نوجوانان را در خلاف جهت مواد به فعالیت وا دارد. این فرصتها شامل فعالیتهایی در زمینه خدمات اجتماعی، آموزشی و تفریحی آنها به گونه ای است که جوابگوی نیازهای مختلف نوجوانان باشد. تاسیس مراکز هنرهای تصویری، موسیقی و فعالیتهای ورزشی به منظور ارضاء نیازهای حسی-حرکتی نوجوانان از جمله این فرصتها تلقی می شود (دشتی، 1392).

### د) رویکرد نفوذ اجتماعی

مؤثرترین رویکردهای مبتنی بر پژوهشی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد در نوجوانان از نظریه های روانی اجتماعی نشأت گرفته اند و عمدتاً بر عوامل خطر ساز و حفاظت کننده روانی اجتماعی که موجب شروع مصرف اولیه مواد می شوند، تأکید می نمایند. یکی از رویکردهای مهم پیشگیری، رویکرد نفوذ اجتماعی است. پژوهشهای انجام شده حاکی از آن است که مدل های مبتنی بر نفوذ اجتماعی بسیاری از اصول بنیادی برنامه های پیشگیری مؤثر را در هم ادغام کرده اند (محمد خانی، ۱۳۸۵).

مؤلفه های اصلی این رویکرد عبارتند از: (۱) شخصی سازی خطرات مرتبط با مصرف مواد، (۲) از بین بردن تصورات نادرست و باورهای هنجاری درباره مصرف مواد، (۳) آموزش در مورد شناسایی و مقاومت در برابر فشار گروه همسالان، خانواده ها و رسانه ها، (۴) تأکید بر ارزشها و نگرشهایی که از عدم مصرف حمایت می کنند (همان منبع).

رویکرد پیشگیرانه ای که در دهه ۱۹۸۰ ایجاد شد، بر اساس مدل "نفوذ عوامل اجتماعی" بود. که در این مدل تأثیر "انگیزه های اجتماعی" مورد تأیید قرار گرفت. پنج عنصر اصلی این مدل، اطلاعات، اصلاح باورهای غلط، مهارت شناخت، فشار همتایان برای مصرف، آموزش مهارتهای رفتاری مناسب و تعهد

<sup>1</sup> Bohner & Wanke

عمومی برای آنکه جوانان رفتار مناسب خارج از کلاس از خود نشان دهند، می باشد. مطالعات نتایج قابل قبولی از این رویکرد را نشان داده است (علیپوری نیاز، ۱۳۸۶).

## 1- ایمن سازی روانی

کارهای ایوانز قویاً متأثر از نظریه ارتباطات ترغیب کننده مک گایر (۵۰ و ۴۹)، و مفهومی که او "ایمن سازی روانی" نامیده بود. ایمن سازی روانی شبیه به واکسنی است که در پیشگیری از بیماریهای مسری استفاده می شود. روابط ترغیب کننده برای اصلاح و تغییر نگرشها، عقاید و رفتارهایی که تحت عنوان معادل روانشناختی "میکروبها" مفهوم سازی شده اند، آورده شده اند. برای پیشگیری از "سرایت بیماریها" ضروری است که فرد را با یک دوز ضعیف از آن میکروبها به شیوه ای که تولید پادتن را افزایش می دهد مواجهه کنیم، یعنی فرد را در مواجهه با پیامهای ترغیب کننده بعدی در شکل شدیدتر مقاوم تر می کند. کاربرد مفهوم ایمن سازی روانشناختی به عنوان راهکار پیشگیری از سیگار کشیدن کاملاً منطقی و روشن است. سیگار کشیدن به عنوان نتیجه تأثیرات اجتماعی (پیام های ترغیب کننده) است که یا به وسیله همسالان و تبلیغ رسانه هاست که به طور مستقیم (تعارف سیگار بوسیله نوجوانان دیگر یا تبلیغات رسانه ای) یا غیر مستقیم (رویارویی با مدل های نقشی که موقعیت بالایی دارند و سیگار می کشند) تأثیر می گذارند.

مداخلات اولیه ایوانز تشکیل از یکسری فیلمها بود که برای افزایش آگاهی دانش آموزان از فشارهای اجتماعی گوناگون برای سیگار کشیدن بود که احتمالاً در طول سال آخر دبیرستان بیشتر با آن مواجه می شدند. همچنین این فیلمها تکنیکهای ویژه ای را نمایش می دادند که به طور مفیدی برای مقاومت در برابر فشار برای سیگار کشیدن استفاده می شدند. راهکار توسعه یافته ایوانز همچنین شامل دو مؤلفه مهم است. یکی ارزیابی دوره ای از مصرف سیگار با دادن پس خوراند به دانش آموزان و دادن اطلاعات درباره تأثیرات روانشناختی آنی سیگار کشیدن (بوتوین و گریفین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

## 2- آموزش مهارتهای مقاومت

این نوع از برنامه پیشگیری به عنوان آموزش مهارتهای مقاومت اجتماعی یاد می شود. این نوع دو جنبه متمایز از این برای درگیر شدن در مصرف مواد و ب) تمرکز روی آموزش مهارتها. همچنین آنها را به عنوان رویکردهای «نفوذ اجتماعی» می شناختند (زیرا آنها تأثیرات اجتماعی افزایش دهنده مصرف مواد را مورد هدف قرار می دادند) یا رویکردهای «آموزش مهارتهای خودداری» (زیرا مشخصه اصلی این برنامه ها این است که آنها چگونگی «نه گفتن» به تعارفات مصرف مواد را آموزش می دهند). رویکردهای

<sup>1</sup> Botvin & Griffin



پیشگیری روانشناختی که روی آموزشی مهارت‌های مقاومت تکیه دارند مبتنی بر مدل مفهومی تأکید بر اهمیت بنیادی عوامل اجتماعی در افزایش احتمال آغاز مصرف مواد در بین نوجوانان هستند (رضائی نژاد، 1393).

### ۳- آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی

از اواخر دهه ۱۹۷۰ تا به حال، پژوهش‌های پیشگیری قابل توجهی با یک الگوی پیشگیری که مهارت‌های اجتماعی و شخصی عمومی را آموزش می‌دهد یا اینکه با مؤلفه‌هایی از مدل مهارت‌های مقاومت اجتماعی ترکیب می‌شوند، هدایت شده‌اند. این رویکردها از رویکردهای عاطفی شناختی سنتی یا مدل‌های آموزش مهارت‌های مقاومت که اخیراً رشد کرده‌اند، جامع‌ترند. علاوه بر این بدون شباهت به رویکردهای آموزش عاطفی که روی فعالیتهای کلاسی آزمایشی تکیه دارند، این رویکردها به استفاده از روش‌های آموزش مهارت‌های رفتاری و شناختی اثبات شده تأکید دارند. این رویکردها مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه رفتار مشکل هستند. سوء مصرف مواد به عنوان یک رفتار کارکردی و یاد گرفته شده از اجتماع مفهوم سازی شده که نتیجه‌ای از تأثیر دوسویه عوامل فردی و اجتماعی است. رفتار مصرف مواد در طول الگو برداری و تقویت آموخته شده و متأثر از عقاید، نگرشها و شناخت است. رویکردهای پیشگیری آموزش مهارت‌های شخصی و اجتماعی نوعاً دو یا چند مورد از موارد زیر را آموزش می‌دهند.

- مهارت‌های حل مسأله و تصمیم‌گیری عمومی

- مهارت‌های شناختی عمومی برای مقابله در برابر تأثیرات رسانه‌ای و بین شخصی

- مهارت‌هایی برای افزایش خویشتن داری و عزت نفس

- راهبردهای مقابله انطباقی برای تسکین استرسی و اضطراب از طریق استفاده از مهارت‌های مقابله شناختی یا تکنیک‌های آرامش‌آموزی رفتاری

- مهارت‌های اجتماعی عمومی

- مهارت‌های جرات ورزی عمومی (مومنی، 1389).

این مهارتها با استفاده ترکیبی از آموزش، نمایش، پسخوراند، تقویت، تمرین عملی (تمرین در کلاس) و تمرین گسترده با تعیین تکالیف رفتاری آموزش داده می‌شوند. هدف این برنامه‌ها آموزش نوعی از مهارت‌های عمومی برای زندگی کردن است که کاربرد نسبتاً وسیعی خواهد داشت. و این عکس رویکرد آموزشی مهارت‌های مقاومت است که برای آموزش مهارتها با تمرکز روی یک مسأله ویژه طراحی شده‌اند. (دسون، دگنهارد و هال<sup>۱</sup>، 2002).

<sup>1</sup> Teesson, Degenhardt & Hall

## ه) رویکرد یکپارچه نفوذ اجتماعی - افزایش شایستگی:

در اواسط دهه ۱۹۷۰، تأکید آموزشی در زمینه مصرف الکلی، سیگار و دیگر مواد از روشهای اطلاعاتی به سوی تمرکز بیشتر بر رشد فردی و اجتماعی تغییر یافت. فرض زیر بنایی آن بود که از طریق برنامه ریزی برای ارضای نیازهای اساسی و در جهت بالا بردن اعتماد بنفسی، مهارتهای ارتباطی و تصمیم گیری و ... می توان از گرایش و اقدام به مصرف مواد پیشگیری نمود (رحمتی، 1393).

این نوع رویکرد پیشگیری جامع تر از رویکردهای سنتی شناختی - عاطفی یا رویکرد آموزش نفوذ اجتماعی است. به علاوه بر خلاف رویکرد آموزش عاطفی که بر فعالیتهای کلاسی تجربی متکی است، این رویکرد بر استفاده از روشهای آموزش مهارتهای رفتاری - شناختی تأکید شده، تأکید دارد (دهقانی، جزایری، ۱۳۸۳).

یک ویژگی متمایز کننده این رویکرد از سایر رویکردها خصوصاً رویکرد نفوذ اجتماعی آن است که از جامعیت بیشتری نسبت به آنها برخوردار است. در این رویکرد تأکید بر آموزش مهارتهایی همچون آموزش خود مدیریتی شخصی عمومی و مهارتهای اجتماعی است که در گستره وسیعی قابل کاربرد خواهد بود و انچنانکه در رویکرد نفوذ اجتماعی مطرح بود تنها بر مهارتهای مرتبط با سوء مصرف مواد تأکید نمی شود (رحمتی، 1393).

یکی از برنامه های پیشگیری مبتنی بر عوامل فردی و اجتماعی که تاکنون تدوین و اجرا شده است برنامه آموزش مهارتهای زندگی است.

## 2-3- نگرش

مردم عشق می ورزند و ابراز نفرت می کنند، تایید می کنند و تایید نمی نمایند، دوست دارند و دوست نمی دارند، آنها موافقت یا مخالفت می کنند، جر و بحث می کنند، همدیگر را قانع می سازند و حتی گاهی اوقات همدیگر را متقاعد می کنند. هر روز ما " آماج "تأثیرات بیشتر تلاشهایی هستیم که از طریق ارتباطات شخصی و یا "رسانه های جمعی" صورت می گیرد تا "نگرش" هایمان را تغییر داده یا تقویت نمایند. معمولاً ما به چیزها یا افرادی روی می آوریم که آنها را دوست داریم و از آنهایی که دوست نداریم دوری می کنیم. در سرتاسر تاریخ "روانشناسی اجتماعی"، مفهوم نگرشی از موضوعات اصلی این شاخه ازروانشناسی بوده است (دشتی، 1392).

### 2-3-1- تعریف نگرش

یکی از اولین استفاده از لغت "نگرش" به معنای ژست فیزیکی یا وضع جسمی است؛ که هنوز جنبش شناسان به این معنی اعتقاد دارند. در سالهای اخیر، این اصطلاح عموماً به حالت‌های ذهنی محدود شده است. بنابراین نگرشها مستقیماً رویدادهای قابل مشاهده نیستند، بلکه نگرش‌ها سازه‌های انتزاعی هستند که می‌توانند سازه‌ها و فرایندهای درونی را بازنمایی کنند (دیوکس، دنی، رایتزمن، ۲۰۰۲).

می‌نارد نگرش یا طرز تلقی را آمادگی روانی می‌داند که عبارت از آمادگی درونی و یا بطور رسمی آمادگی برای انجام عمل به نحوی خاصی است (یونسی، ۱۳۸۰).

کرچ و دیگران نگرش را نظام بادوامی از ارزشیابی‌های مثبت یا منفی، احساسات عاطفی و تمایل به عمل مخالف یا موافق نسبت به یک موضوع اجتماعی می‌داند. راکیج نگرش را سازمان بادوامی از باورها حول یک شیء یا موقعیت می‌داند که فرد را آماده می‌کند تا به صورت ترجیحی نسبت به آن واکنش نشان دهد (کریمی، ۱۳۸۲).

آلپورت نگرش را چنین تعریف کرده است: "نگرش حالتی از آمادگی عصبی و رفتاری است که از طریق تجربه سازمان یافته است و تأثیر و نفوذی پویا و مستقیم بر پاسخ‌های فردی به اشیاء و موقعیت‌هایی که به اشیاء ارتباط دارند اعمال می‌کند (دلاور، ۱۳۸۶).

از آن زمان که روانشناسی اجتماعی یک رشته مستقل شد، مفهوم نگرش نیز یکی از زمینه‌های اصلی و مهم آن شناخته شد و تحقیقات متمادی از سالهای ۱۹۴۰ به بعد درباره چگونگی تشکیل و تغییر نگرش‌ها انجام شد و یکی از گام‌های مهم درباره تحقیق در زمینه نگرش را تورستون برداشته است. وی با تکیه بر بعد احساسی نگرش در سال ۱۹۳۸ روشی را برای اندازه‌گیری نگرش ارائه نمود که به روشن شدن مفهوم نگرش کمک بسیاری کرده است. از نظر تورستون، نگرش احساسی است که انسان، موافقی یا مخالف با موضوع از خود عقیده‌ای را نشان می‌دهد. ولی مفهوم نگرش را یک سازه پیچیده و چند بعدی می‌دانست و با مشخص کردن بعد عاطفی آن برای اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در این بعد خاصی روشی پیشنهاد کرد که بعدها توسط جامعه‌شناسانی چون لیکرت (۱۹۴۲) و گاتمن (۱۹۴۴) دنبال گردید (عسگری، ۱۳۸۴).

نگرش‌ها در جریان ارضاء نیازها به وجود می‌آیند. در جستجویی که شخص برای نیازهای خود در پیش می‌گیرد، با مسائل و مشکلاتی روبرو می‌شود که نگرش‌های خاصی را در او بوجود می‌آورد و نسبت به اشیاء و اشخاصی که نیازهای او را کامروا می‌کنند و نسبت به مسائلی که او را در رسیدن به

اهدافش یاری می کنند، نگرش موافق پیدا می کند و نسبت به موانع و مشکلاتی که بین او و هدفهایش حایل می شود، نگرش منفی در او پدید می آید (عبدالله پور، 1390).

## 2-3-2- اجزای نگرش

نگرش عبارت است از یک ارزشیابی نسبی ثابت در یک شخصی، موضوع، موقعیت یا یک جریان. بیشتر نگرش های ما از سه جزء تشکیل یافته اند:

- 1- جزء شناختی: افکار و عقاید ما درباره یک موضوع نگرش.
- 2- جزء هیجانی: احساسات ما در مورد یک موضوع نگرش.
- 3- جزء رفتاری: اینکه ما برای عملی در مورد یک موضوع نگرش چطور آماده می شویم (عسگری، ۱۳۸۶).

نگرش پاسخ های عاطفی، رفتاری، و شناختی را در بر می گیرد، مثلاً در بیان این مثال: " فردی طرفدار محیط زیست شدیداً اعتقاد دارد که آلودگی هوا لایه ازن را از بین می برد و باعث ایجاد و افزایش خطر ابتلاء به سرطان می شود(شناختی)، او احتمالاً درباره انقراض گونه های در معرض خطر ناراحت یا خشمگین می شود(عاطفی) و به جای استفاده از ماشین شخصی از وسایل نقلیه عمومی استفاده می کند(رفتاری)". اجزای شناختی و عاطفی نگرش با توجه به موضوع آن تغییر می کند. بعضی نگرشها عاطفی تر هستند(مثل دوست داشتن مادر)، در حالیکه برخی دیگر شناختی ترند(مثل حمایت از زیاد شدن شهریه). بنابراین برای بعضی نگرش ها اجزای عاطفی و برای برخی دیگر اجزای شناختی معیار بهتری از نگرش های کلی فرد هستند (بوهنر و وانکه، ۲۰۰۵).

## 2-3-3- نگرش نسبت به مواد مخدر

نگرش نظامی است بادوام که شامل عناصر شناختی، احساسی و تمایل به عملی است. نگرش به مصرف مواد مخدر نیز عاملی است با مؤلفه های شناختی، عاطفی و رفتاری شامل باورهای هنجاری درباره شیوع مصرف مواد مخدر و پذیرش آن، برداشت فرد درباره سازگار بودن مصرف مواد مخدر با سبک زندگی، باورهای فرد درباره نتایج منفی مصرف مواد مخدر، الزام و مقید بودن به عدم استفاده از مواد مخدر، نگرش منفی نسبت به اعتیاد و معتاد، برخورد فعالی با مسئله اعتیاد و اجتناب از مواد مخدر (پورشهباز، 1390).

نگرش های خاصی با مصرف دارو در ارتباط هستند که می توانند در تغییر رفتار مداخله کنند. یکی از این نگرش ها، این اعتقاد است که مصرف دارو برای مقابله با مشکلات زندگی قابل پذیرش است. ولی آشکارا مصرف دارو اثر کمی بر حل مشکلات داشته و در بسیاری از موارد، مشکلات را وخیم تر می سازد (بلوم، ۲۰۰۵، به نقل از مهاجر دارابی، ۱۳۹۲).

یکی از مهمترین عوامل درباره گرایش به مواد مخدر در ایران وجود برخی باورها و ارزشهاست که باعث می شود افراد نگرش مثبتی نسبت به مصرف مواد پیدا کنند. همین مسئله احتمال روی آوردن آنها به مواد مخدر را افزایش می دهد. برای مثال عقاید مختلفی در بین مردم در مورد خاصیت دارویی و فواید تریاک وجود دارد. وجود چنین باورهایی، استفاده از تریاک را آسانتر کرده و به مصرف آن مشروعیت می بخشد (مهاجر دارابی، ۱۳۹۲).

### **2-3-4- تأثیر نگرشها، باورها و انتظارات در گرایش به مواد مخدر**

رویکردهای شناختی و رشدی در سالهای اخیر، تمرکز زیادی بر توصیف و پیش بینی مواد در نوجوانان و جوانان توصیف نموده اند. در زمینه تأثیر نگرشها، باورها و انتظارات بر تمایل به مصرف مواد مخدر، پیشگامان رویکردهای تصمیم عقلانی (یا مبتنی بر استدلالی و منطقی) گفته اند که تصمیمات نوجوانان و جوانان برای درگیر شدن در فعالیت های مخاطره آمیز مثل مصرف یا سوء مصرف مواد گوناگون از تجزیه و تحلیل هزینه و سود ناشی می شود (جرارد، گیونز، بنتین، هلسینگ، ۲۰۰۲). این رویکردها ادعا دارند که مصرف و سوء مصرف مواد احتمال دارد در بین نوجوانان و جوانان بر مبنای ارزیابی عواقب مثبت و منفی مصرف و سوء مصرف مواد، تصمیم عقلانی باشد (مومنی، ۱۳۸۹).

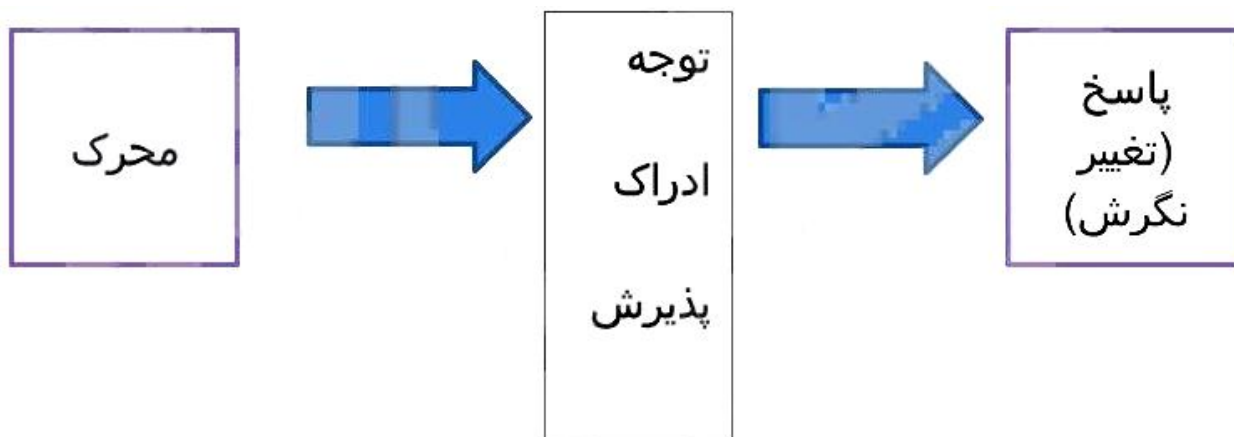
### **2-3-5- الگوهای تغییر نگرش**

#### **2-3-5-1- الگوهای یادگیری تغییر نگرش**

##### **۱- نظریه محرک - پاسخ**

غالباً رسم بر این بوده است که گفته شود نظریه های محرک - پاسخی و تقویتی، انسان را به صورتی منفعل و ماشینی تصور کرده و یا پاسخ گویی او را به محرکها، اتوماتیک و بدون تفکر می دانند. نظریه های محرک - پاسخی بیشتر بر روابط بین محرکهای ویژه با پاسخهای خاص تأکید می ورزند. از این دیدگاه، هر رفتار قابل تجزیه شدن به واحدهای عاداتی خاصی یا پاسخهای قابل تفکیک از هم است. اگر پاسخی به تقویت منجر شود، احتمال وقوع مجدد آن زیادتر می شود. از این تحلیل چنین نتیجه می شود

که الگوی محرک - پاسخی تغییر نگرش تأکید فراوانی بر ویژگیهای پیامهای عرضه شده که سعی در تغییر دادن نگرش ما را دارند، داشته و توجه زیادی برپاداشهایی که با تغییر دادن نگرش عاید ما خواهد شد، دارد. یکی از اصول بنیادی در رویکردهای محرک - پاسخی به تغییر نگرش آن است که تقویت کننده های ارائه شده برای تغییر نگرش باید قوی تر از تقویت کننده هایی باشد که وضع موجود را حفظ می کنند. هاولند و همکاران الگویی برای تغییر نگرشی عرضه کردند که اصولی یادگیری را برای تغییر نگرش عرضه کردند که اصول یادگیری را برای تغییر نگرش مورد تأیید و تأکید قرار داده بود. به عقیده آنان، اصولی که برای کسب مهارت های بدنی و کلامی بکار می روند می توانند برای درک چگونگی شکل گیری و تغییر نگرشها نیز بکار روند، به گفته آنها در یادگیری نگرشهای تازه سه متغیر مهم وجود دارد: توجه، ادراک، پذیرش.



شکل 2-3: مراحل مختلف فرآیند تغییر نگرش بر طبق الگوی هاولند (دشتی، 1392)

از امتیازات اصلی این نظریه مشخص کردن عامل هایی است که ممکن است پذیرش یک پیام متقاعد کننده را تحت تأثیر قرار دهند. این عوامل عبارتند از:

- ۱- منبع ارائه پیام ترغیب کننده
- ۲- ویژگیهای پیام
- ۳- زمینه ای که پیام در آن زمینه عرضه شود
- ۴- شخصیت دریافت کننده پیام (کریمی، ۱۳۸۲).

### 2-5-3-2- الگوهای شناختی تغییر نگرش

الگوهای شناختی بر مبنای این فرضی بنا شده اند که انسان پذیرنده منفعل اطلاعات ورودی نیست، بلکه به عنوان موجودی دارای شناخت اطلاعات رسیده را مورد ارزیابی، تجزیه و تحلیل و تعبیر و تفسیر قرار

می دهد. در این فرآیند نقش تفکر، حافظه، بینش و عواملی از این قبیلی، اساسی و مهم است و همینطور طبق این الگو، هر کسی می داند چه نگرشهایی دارد، از نظر موضع گیری در کجا ایستاده است، چه نگرشهایی را می تواند بپذیرد و کدام نگرشها را رد خواهد کرد. بدین ترتیب هم اتخاذ یک نگرشی و هم تغییر احتمالی آن طبق اعتقاد الگوی شناختی، آگاهانه و از روی عمد صورت می گیرد (همان منبع).

#### ۱- نظریه تعادل

شکلی از الگوی هماهنگی شناختی که به وسیله فریتس هایدلر (۱۹۵۸) عنوان شده است، نظریه تعادل نامیده شده است. نکته اصلی در این دیدگاه و دیگر دیدگاههای هماهنگی شناختی این است که در نظام شناختی هر فرد نسبت به حرکت از یک حالت عدم هماهنگی به سوی یک حالت هماهنگی، وجود دارد. بویژه نظریه تعادل معتقد است که یک سیستم از حالت عدم تعادل به سوی یک حالت تعادل حرکت می کند. دیدگاه تعادلی، این نکته را روشن می کند که در یک موقعیت مفروض راههای مختلفی برای حل یک ناهماهنگی وجود دارد. بدین ترتیب توجه ما را به یکی از مهمترین جنبه های تغییر نگرش جلب می کند. به عبارت دیگر، عواملی را که تعیین می کنند کدامیک از شیوه های مختلف حل مشکل اتخاذ می شوند، برای ما مشخص می کند (دشتی، ۱۳۹۲).

#### ۲- نظریه قضاوت اجتماعی

نظریه قضاوت اجتماعی که واضع آن مظفر شریف است مقدماً بر فرآیندهای روانشناختی زیربنایی ابراز نگرش ها و تغییر نگرشها از طریق ارتباط توجه دارد. یک فرض بنیادی این نظریه این است که اصول حاکم بر فرآیندهای بنیادی قضاوت به طور کلی در مورد ابراز و تغییر نگرشها نیز صادق اند. بنابراین شریف و همکاران او کار خود را با بررسی اصول مشتق از مطالعات فیزیک روانی در مورد قضاوت کردن آغاز کردند. نظریه قضاوت اجتماعی معتقد است که تغییر نگرشی بیش از همه، وقتی احتمال دارد که یک پیام در داخلی گستره پذیرش شخصی قرار گیرد. فرضی بنیادی نظریه قضاوت اجتماعی این است که قضاوت شامل تمیز و مقوله بندی محرکهاست، اعم از اینکه محرکهای خنثی یا دارای ماهیت نگرشی باشند. نظریه قضاوت اجتماعی شامل مجموعه ای از فرضیه ها یا قضایای مربوط به هم معطوف به اثرات این متغیرها بر قضاوت روی رویدادهای اجتماعی است (همان منبع).

#### 3-5-3- الگوی کارکردی

این دسته الگوها بر تفاوت های فردی در ماهیت انسان تأکید دارند، در حالیکه الگوهای قبلی بر عوامل مشترک در تغییر نگرش تأکید داشتند. این دسته از الگوها بر راههاییکه بر طبق آنها، نگرش فردی بر

مفروضات و نیازهای متفاوت شکل می گیرند، تأکید می ورزند. این الگوها تا حدودی تجزیه و تحلیل خود را از نیازها بر مفروضات الگوی روانکاوی فرار داده اند و به جستجوی انگیزه های زیربنایی برآمده اند که ممکن است نگرشهای سطحی تری را تبیین کنند. بر اساسی این الگو مردم، نگرشهایی را حفظ می کنند که با نیازهای آنها هماهنگ باشد و برای تغییر نگرش آنها، باید سطوح نیازهای آنها را شناسایی کنیم. افراد مختلف ممکن است نیازهای متفاوت داشته باشند و در نتیجه یک پیام ترغیب کننده یکسان ممکن است برای همه به یک اندازه متقاعد کننده نباشد. بر اساس این الگو، نگرش ها ممکن است کارکردی سازگارانه و سود بخشی، دفاعی، شناختی و یا ارزشی داشته باشند، با در نظر گرفتن اینکه نگرش ها ممکن است در خدمت یکی از چهار کارکرد باشند، می توانیم ببینیم که چرا فرآیند تغییر نگرش بعضی اوقات بسیار دشوار انجام می گیرد. قبل از هر چیزی موقعیتهای مختلف ممکن است نگرشهای متفاوتی را ایجاد کنند. بر عکسی، اطلاعات تازه که با شیوه ای روشنفکرانه عرضه می شوند، می توانند نگرشها مبتنی بر کارکرد شناختی ایجاد کنند. الگوی کارکردی برای کسانی جذابیت دارد که به نظر آنها تغییر نگرش تابعی است از پیام و دریافت کننده پیام مشکل اصلی این الگو نبودن مقیاسی دقیقی برای اندازه گیری نیازهاست و تا زمانیکه چنین مقیاسهایی تهیه نشده استالگوی کارکردی را بیشتر باید در جهت نظری مورد توجه قرار داد تا تجربی (عسگری، ۱۳۸۴).

## 2-3-6- تغییر نگرش

به طور خلاصه در بحث تغییر نگرش می توان گفت که:

۱- یک الگوی مطلوب تغییر نگرشی، اثرات احتمالی بر مخاطب را با توجه به پیام و متغیرهای موقعیتی و متغیرهای مربوط به مخاطب، طبقه بندی کند.

۲- از مکانیزمهای اصلی که توسط مردم برای مقاومت در برابر متقاعد سازی به کار می رود، تخفیف موقعیت پیام دهنده، تحریف پیام و احتجاج در برابر آن است.

۳- دو فرآیند کاملاً متفاوت در موقعیت متقاعد سازی وجود دارد: پردازش نظام دار، دربرگیرنده دقت و بررسی بحث هاست. استفاده از نشانه های پیرامونی که ارتباط چندانی با محتوای پیام ندارد.

۴- منبع پیام عاملی اساسی در متقاعد سازی است. اعتبار بیشتر منبع، قابلیت اعتماد او و منبع دوست داشتنی دارای توانایی بیشتری برای متقاعد سازی است. همچنین گروههایی که فرد خود را با او همانند سازی کرده است، نیز دارای اهمیت بالایی می باشد. ویژگی های منبع غالباً به عنوان نشانه های پیرامونی مورد توجه قرار می گیرد.



۵- پیام قادر است تا نیازهای هیجانی نظیر خشم یا ترس را برانگیزد و نهایتاً اگر در پیام راهمایی برای کاهش خشم یا ترس پیشنهاد شده باشد، محتوای پیام پذیرفته می شود. به نظر می رسد ایجاد ترس خیلی شدید واکنشهای دفاعی را در فرد فعال ساخته و احتمال تغییر نگرش را کاهش می دهد.

۶- میزان تعهد فرد به یک نگرش (درگیری با موضع) یک عامل حیاتی در متقاعد سازی است. در درجات بالایی از تعهد، کمترین تغییر رخ خواهد داد.

۷- به منظور تثبیت یک نگرشی تغییر یافته، تکرار پیام نیز مهم است. اما تکرار بیش از حد پیام منجر به آشکار شدن نقاط ضعف شده و نهایتاً به بی اثر شدن آن خواهد انجامید.

۸- فرد را می توان از طریق مایه کوبی علیه متقاعد شدن آماده ساخت. با ارائه بحث های ضعیف و آموختن شیوه های حمله به یک موضع، می توان توان فرد را برای مقاومت افزایش داد (نظری، ۱۳۸۱).

## 2-4- مهارت های زندگی

### 2-4-1- تعریف مهارت های زندگی

اصطلاح مهارت های زندگی به گروه بزرگی از مهارت های روانی - اجتماعی و میان فردی گفته می شود که می تواند به افراد کمک کند تا تصمیماتشان را با آگاهی اتخاذ کنند، بطور مؤثر ارتباط برقرار کنند، مهارت های مقابله ای و مدیریت شخصی خود را گسترش دهند و زندگی سالم و بار آور داشته باشند. مهارت های زندگی می توانند اعمال شخصی و اعمال مربوط به دیگران و نیز اعمال مربوط به محیط اطراف را طوری هدایت کنند که به سلامت بیشتر منجر شود و سلامت بیشتر یعنی آسایش بیشتر جسمانی، روانی و اجتماعی (مورتی و همکاران<sup>۱</sup>، 2011).

برنامه مهارت های زندگی یکی از راهبردهای متمرکز بر فرد است و تلاش می کند از طریق افزایش توانایی مقابله ای افراد، ظرفیت آنان را در جهت مقابله با چالشها، کشمکشها و ناملایمات زندگی روزمره ارتقا دهند. به عبارت دیگر افراد را در برابر مشکلات ایمن کنند. برنامه آموزش مهارت های زندگی توسط گیلبرت، جیوتوین، پروفیسور روانشناسی عضو دپارتمان بهداشت عمومی و روان پزشکی دانشگاه کرنل، در سال ۱۹۷۹ میلادی مطرح شده است. وی در این سال یک مجموعه آموزش مهارت های زندگی برای دانش آموزان کلاس هفتم تا نهم تدوین نموده، این برنامه آموزشی به نوجوانان یاد می داد که چگونه با استفاده از مهارت های رفتار جرأت مندانه، تصمیم گیری و تفکر نقاد در مقابله و سوسه یا پیشنهاد سوء

<sup>1</sup> Moretti et al.

مصرف مواد از سوی همسالان مقاومت کنند. هدف بوتوین طراحی یک برنامه واحد پیشگیری اولیه بود و مطالعات بعدی نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی تنها در صورتی به نتایج مورد نظر ختم می‌شود که همه مهارت‌ها به فرد آموخته شود (بوتوین، ۲۰۰۴، به نقل از البرز، ۱۳۹۴).

مطابق با سازمان بهداشت جهانی (WHO)، مهارت‌های زندگی به عنوان "توانایی‌های انجام رفتار سازگار و مثبت که افراد را برای برخورد مفید با تقاضاها و چالش‌های زندگی روزانه توانا می‌سازد، تعریف شده است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۷).

پیت من (۱۹۹۱) مهارت‌های زندگی را به عنوان توانایی‌ها و دانش‌ها و نگرش‌ها و رفتارهایی تعریف نموده است که جهت شادمانی و موفقیت در زندگی آموخته می‌شوند. این مهارت‌ها انسان را قادر می‌سازند تا با موقعیت‌های زندگی سازگاری یابند و به آنها تسلط داشته باشند. از طریق رشد این مهارت‌ها افراد یاد می‌گیرند که به راحتی با دیگران زندگی کنند، احساس خود را با امنیت خاصی بیان کنند و زندگی را دوست داشته باشند (ناصری، ۱۳۹۲).

یونیسف (۱۹۹۷) چندین سطح از مهارت‌های زندگی را مشخص کرد:

- مهارت‌های اجتماعی و روان‌شناختی پایه (که قویاً به وسیله ارزش‌های فرهنگی و اجتماعی شکل گرفته اند)

- مهارت‌های ویژه موقعیت (مثل حل مسأله، جرأت ورزی، حل تعارض)

- مهارت‌های کاربردی زندگی (نقش‌آموزی جنسی در چالش‌ها یا خودداری از مصرف مواد).

در تعریف جدید یونیسف از مهارت‌های زندگی چنین بیان گردیده که مهارت‌های زندگی شامل گروه بزرگی از مهارت‌های روان‌شناختی اجتماعی و بین فردی است که توانایی کمک به افراد در ساخت تصمیم‌گیری شخصی، مکالمات مؤثر و تکامل الگو برداری و مهارت‌های خودمدیریتی را دارد که ممکن است به آنها در هدایت به سوی زندگی سالم یاری رساند (یونیسف، ۲۰۰۵، به نقل از آزور، ۱۳۹۱).

## 2-4-2- اهداف آموزش مهارت‌های زندگی

مهارت‌های زندگی مجموعه‌ای از اهدافی را دنبال می‌کنند که خاص فرد یا طبقه خاصی نیست، بلکه هر کس در جایگاه خود می‌تواند از آنها بهره‌گیرد، که در این پژوهش با آموزش مهارت‌های زندگی به دانش‌آموزان دبیرستانی سعی شده است که به اهداف آموزشی مهارت‌های زندگی نائل آیند.

هدف از آموزش مهارت‌های زندگی، افزایش توانایی‌های روانی-اجتماعی و در نهایت پیشگیری از ایجاد رفتارهای آسیب‌زننده به بهداشت جسمانی و روانی و ارتقای سطح سلامت روان افراد است (عبدالله پور، 1390).

آموزش مهارت‌های زندگی با هدف ایجاد تسهیل در یادگیری مهارت‌های لازم و با هدف مقابله مؤثر با تأثیرات اجتماعی مربوط به مصرف سیگار، الکل و سایر مواد مخدر در یک چارچوب کلی و با هدف افزایش قدرت مقابله فرد طراحی شده‌اند. به طور اختصاصی می‌توان اهداف برنامه را در موارد زیر خلاصه کرد:

- الف) ارتقاء بهداشت روانی و پیشگیری اولیه از آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر که از طریق آموزش دامنه وسیعی از مهارت‌های شخصی و اجتماعی تأمین می‌شود.
- ب) توانمند کردن افراد که از طریق افزایش و ارتقاء دانش، تغییر نگرش و رفتار و شناخت بهتر از خود، دیگران و محیط صورت می‌گیرد.
- پ) رشد استعداد انطباق و سازگاری با شرایط متغیر زندگی که از طریق آموزش و تمرین مهارت‌های اساسی فردی و بین فردی انجام می‌شود (بوتوین و همکاران، ۱۹۸۳، به نقل از رحمتی، 1393).

## 2-4-3- برنامه آموزش مهارت‌های زندگی

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی یک مداخله پیشگیرانه مبتنی بر افزایش شایستگی چند مؤلفه‌ای است که به آموزش مهارت‌های مقاومت در برابر مصرف مواد در بافتی از مدل آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی عمومی تأکید دارد. برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی یکی از برنامه‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد مبتنی بر شواهد تجربی کاملاً ارزیابی شده برای دانش آموزان مدارس متوسطه است. با گذشت بیش از دو دهه برنامه آموزش مهارت‌های زندگی کارایی بالایی در یکسری از مطالعات کارآمدی کنترل شده، تصادفی و آزمایش‌های اثر بخشی در مقیاس بزرگ نشان داده‌اند.

مطالعات ارزیابی پیوسته کاهش در مصرف سیگار، مصرف الکل و ماریجوانا از ۵۰٪ به بالا را در دانش آموزان دریافت کننده برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی نسبت به گروه‌های کنترل نشان داده‌اند، و به همان نسبت کاهش در مصرف مواد غیر قانونی و بهبودی‌هایی در گروهی از عوامل حفاظت کننده و خطر ساز مهم برای نوجوانان سوء مصرف کننده مواد نشان داده‌اند. به علاوه، تأثیرات پیشگیری با برنامه های آموزش مهارت‌های زندگی به شماری از تهیه کنندگان برنامه های مختلف، به دانش آموزانی از نواحی جغرافیایی مختلف (شهری، حومه شهری و روستایی) و پیش زمینه های اقتصادی-اجتماعی و نژادی -

قومی، تشخیص داده شده اند. با تکیه بر این پیکره از شواهد، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بوسیله تعدادی آژانس‌های هم پیمان به عنوان یکی از مؤثرترین رویکردهای رایج مقیاس بزرگ نشان داده اند (عبدالله پور، 1390).

مطالعات ارزیابی پیوسته کاهش در مصرف سیگار، مصرف الکل و ماریجوانا از ۵۰٪ به بالا را در دانش آموزان دریافت کننده برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی نسبت به گروه‌های کنترل نشان داده اند، و به همان نسبت کاهش در مصرف مواد غیر قانونی و بهبودیهایی در گروهی از عوامل حفاظت کننده و خطر ساز مهم برای نوجوانان سوء مصرف کننده مواد نشان داده اند. به علاوه، تأثیرات پیشگیری با برنامه های آموزش مهارت های زندگی به شماری از تهیه کنندگان برنامه های مختلف، به دانش آموزانی از نواحی جغرافیایی مختلف (شهری، حومه شهری و روستایی) و پیش زمینه های اقتصادی- اجتماعی و نژادی - قومی، تشخیص داده شده اند. با تکیه بر این پیکره از شواهد، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی بوسیله تعدادی آژانس‌های هم پیمان به عنوان یکی از مؤثرترین رویکردهای رایج پیشگیری شناسایی شده اند (گریفین، بوتوین، ۲۰۰۴).

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی بر یادگیری تجربی و فرصتهایی برای تمرین مهارت‌های جدید و کسب آنها در طی آموزش استوار گردیده است. برنامه فعالیت شامل فعالیت جوانان در گروه‌های کوچک، تسهیلی گری همسالان، تکنیک‌های بازی نقش، بازیها و دیگر فعالیتهای جالب استوار است (عبدالله پور، 1390).

## **2-4-4- برنامه آموزش مهارت‌های زندگی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد**

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی از سه قسمت تشکیل شده است:

- ۱- آموزش مهارت‌های شخصی، شامل بهبود تصمیم گیری، تفکر انتقادی، مقاومت در برابر جاذبه تبلیغات، مقابله مؤثر با اضطراب اجتماعی و تکنیک های تغییر خود.
- ۲- آموزش مهارت‌های اجتماعی شامل مهارت‌های ارتباط کلامی و غیر کلامی، شناخت علل سوء تفاهم ها و راههای اجتناب از آن و مهارت چگونگی ابراز وجود.
- ۳- آموزش مربوط به مواد مخدر یا آموزش مهارت‌های مربوط به شکل سوء مصرف که شامل: ارایه اطلاعاتی درباره میزان شیوع فعلی سوء مصرف مواد، پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت سوء مصرف، مهارت‌های مقاومت و نه گفتن به پیشنهاد مصرف مواد است (درکه، کرامتی و امیری، 1392).

## 2-4-5- اجزاء و ابعاد برنامه آموزش مهارت‌های زندگی

اجزاء مهارت‌های زندگی شامل مهارت‌های مدیریت خود و مهارت‌های اجتماعی است. مهارت‌های خود مدیریتی انفرادی شامل قدرت تصمیم‌گیری و حل مسأله، آگاهی از تأثیرات اجتماعی و مقاومت در برابر آنها، مقابله با اضطراب و افسردگی، خشم و ناکامی، مشخص نمودن هدف، خود رهبری و تقویت خویشتن می‌باشد. مهارت‌های اجتماعی نیز قسمت دیگری از مهارت‌های زندگی است که شامل برقراری روابط اجتماعی، مهارت جرأت‌ورزی کلامی و غیر کلامی، احترام و افزایش شایستگی اجتماعی دانش آموزان می‌باشد (بوتوین و کانتور<sup>1</sup>، ۲۰۰۰).

مهارت‌های زندگی را می‌توان به علت نزدیکی و همپوشی دو به دو به ۵ حوزه به شرح ذیل تقسیم کرد و برای ارتقای سلامت، آموزش هر یک از این حوزه‌ها به صورت مهارت‌های عام و اصلی زندگی، با هدف ایجاد توانایی‌های روانی و اجتماعی انجام می‌گردد.

جدول 1-2: تقسیم‌بندی مهارت‌های زندگی

خودآگاهی و همدلی	ارتباطات اجتماعی و ارتباطات بین فردی	تفکر خلاق و تفکر انتقادی	تصمیم‌گیری و حل مسئله	مقابله با هیجان و مقابله با استرس
------------------	--------------------------------------	--------------------------	-----------------------	-----------------------------------

منبع: (عبدالله پور، ۱۳۹۰)

## 2-6- پیشینه تجربی

### 2-6-1- پیشینه داخلی

بحرینی بروجنی و همکاران (۱۳۹۳) در تحقیق خود با عنوان: بررسی اثر بخشی چهار روش آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد بر تغییر نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه، به این نتایج رسیدند که از بین روش‌های پیشگیرانه در تغییر نگرش، روش‌های شرکت حضوری در کلاس‌های آموزشی مهارت‌های زندگی و آموزش از طریق فیلم اثر معنی‌داری نسبت به آموزش از طریق پوستر و کاتالوگ و ارسال پیامک از طریق تلفن همراه داشتند. به عبارتی دیگر، در راستای تغییر نگرش دانش‌آموزان نسبت به اعتیاد و مواد مخدر، روش‌های شرکت حضوری در کلاس‌های آموزشی مهارت‌های زندگی و آموزش از طریق فیلم از اولویت بالاتری برخوردارند.

احمدی طهور سلطانی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهش خود با عنوان: اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل محافظت کننده سوء مصرف مواد در نوجوانان کانون اصلاح و تربیت، دریافتند که نمرات متغیرهای نگرش نسبت به مواد، افسردگی و هیجان خواهی گروه

<sup>1</sup> Botvin & Kantor

آزمایش کمتر از گروه کنترل و در متغیرهای جرأت مندی و خودکنترلی بیشتر از این گروه بود. بنابراین، آموزش مهارت های زندگی باعث کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل محافظت کننده در نوجوانان بزهکار می شود.

درکه و همکاران (1392) پژوهشی با عنوان: اثربخشی آموزش مهارت های زندگی در کاهش گرایش به مصرف مواد مخدر در تهران، انجام دادند. نتایج حاکی از آن بود که میزان گرایش به مصرف مواد گروه آزمایش (گروهی که تحت آموزش مهارت های زندگی قرار گرفتند) در مرحله پس آزمون به طور معناداری پایین تر از گروه پایش (گروهی که آموزش مهارت های زندگی ندیده اند) می باشد.

مومنی و همکاران (1390) در پژوهش خود با عنوان: اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر تغییر نگرش دانشجویان پسر نسبت به سوء مصرف مواد مخدر، به این نتیجه رسیدند که بین نگرش دانشجویان به سوء مصرف مواد قبل و بعد از آموزش مهارت های زندگی تفاوت معناداری وجود دارد و این آموزش ها باعث ایجاد نگرش منفی نسبت به استفاده از مواد مخدر شده است.

اسماعیلی و همکاران (1390) تحقیقی با عنوان: بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر تغییر نگرش نسبت به مواد مخدر در میان سربازان وظیفه شاغل در زندان های استان تهران، انجام دادند. نتایج تحقیق آن ها نشان داد که مداخلات آموزش مهارت های زندگی بر تغییر و بهبود نگرش در میان سربازان آموزش دیده موثر است و می تواند نقش مهمی در کاهش سوء مصرف مواد مخدر در جامعه ایفا نماید. عصمت پناه و خاکشور تحقیقی در سال (1388) با عنوان: تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر گرایش نسبت به مواد مخدر در مراجعه کنندگان به مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد، انجام دادند. نتایج آنها حاکی از آن بود که آموزش مهارت های زندگی بر کاهش گرایش به مصرف مواد مخدر معتادان بهبود یافته مؤثر می باشد.

بستامی و همکاران (1395) در تحقیق خود دریافتند که آموزش مهارت های تاب آوری می تواند در تغییر نگرش دانش آموزان نسبت به مصرف مواد موثر واقع شود.

## 2-6-2- پیشنهاد خارجی

گرم<sup>1</sup> (2014) در پژوهشی با عنوان ساخت برنامه های آموزشی پیشگیری های اولیه مبتنی بر علم، به این نتیجه دست یافتند که برنامه های آموزش مهارت های زندگی به عنوان یکی از موثرترین روش ها در جهت پیشگیری و تغییر نگرش کودکان و نوجوانان در مصرف مواد مخدر می باشد.

---

<sup>1</sup> Gorman

اسپوس و همکاران<sup>۱</sup> (2008) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که با آموزش مهارت های زندگی می توان میزان افسردگی را کاهش داده و باعث تغییر نگرش جوانان نسبت به سوء مصرف مخدر گردید.

بیش و همکاران<sup>۲</sup> (2008) نشان دادند که کسانی که آموزش مهارت های زندگی را گرفته بودند میل و انگیزه رفتاری کمتری نسبت به اعتیاد داشتند.

بوتوین و همکارانش (2006) در مطالعه ای به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های زندگی و برنامه های ارتقابخشی صلاحیت و مقاومت اجتماعی توانسته است بر نگرش ضد مواد و رفتار سوء مصرف اثرات معناداری بر جای بگذارد.

گرمن (2002) در پژوهش خود نشان داد که آموزش مهارت های زندگی در کاهش گرایش به مصرف مواد مخدر مؤثر است.

هاوکینز و همکاران<sup>۳</sup> (1992) در تحقیق خود اشاره کرده اند که دانشجویان در سال 1988 بعد از طی یک دوره آموزش مهارت زندگی، نسبت به سال 1987 نگرش منفی تری نسبت به سوء مصرف مواد داشتند و میزان کمتری از مصرف را در میان خود گزارش کردند.

## 2-7- جمع بندی فصل دوم

در این فصل، مفاهیم مرتبط با موضوع تحقیق به مورد بررسی قرار گرفت. در این راستا ابتدا مؤلفه های اصلی تعریف و دیدگاه های مطرح شده از سوی نظریه پردازان و کارشناسان مدیریت مورد بررسی قرار گرفت. در بخش دیگری از فصل حاضر پیشینه تجربی در سطح داخلی و بین المللی مرور شده و نتایج حاصل از این تحقیقات نیز مطرح شد.

---

<sup>1</sup> Spoth et al.

<sup>2</sup> Bish et al.

<sup>3</sup> Hawkins et al.

## فصل سوم: روش شناسی تحقیق



### 3-1- مقدمه

از جمله ویژگی های مطالعه علمی که هدفش حقیقت یابی است، استفاده از یک روش تحقیق مناسب می باشد و انتخاب روش تحقیق مناسب، به اهداف، ماهیت و موضوع مورد تحقیق و امکانات اجرایی بستگی دارد و هدف از تحقیق، دسترسی دقیق و آسان به پاسخ پرسش های تحقیق می باشد (خاکی، 1391). از این رو در این فصل نیز با استفاده از مطالب فصل گذشته و نیز پیشنهادات تحقیقات انجام گرفته مرتبط با موضوع تحقیق، به بیان فرضیه ها، معرفی و بحث در مورد اجزای بخش عملیاتی تحقیق پرداخته می شود. به طور مشخص در مورد جامعه آماری، ابزار گردآوری داده، نحوه تجزیه و تحلیل داده بحث شده است.

### 3-2- نوع تحقیق

پژوهش حاضر در حقیقت نوعی تحقیق کاربردی است. هدف از تحقیقات کاربردی توسعه ی دانش کاربردی در یک زمینه های خاص است. به دلیل اینکه در این پژوهش امکان کنترل همه ی متغیرهای دخیل در متغیر وابسته وجود نداشت، از روش تحقیق نیمه آزمایشی استفاده شده است.

### 3-3- طرح تحقیق

طرح تحقیق این مطالعه از نوع طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل می باشد.

در این پژوهش 60 نفر به طور تصادفی در یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شد. این طرح از دو گروه آزمودنی تشکیل خواهد شد که محقق با تشکیل گروهها به روش جایگزینی تصادفی، نیمی از آزمودنیها را در گروه آزمایشی و نیمی دیگر از آزمودنیها را در گروه کنترل جایگزین خواهد کرد. گروه آزمایش در جریان متغیر مستقل (آموزش مهارت های زندگی) قرار گرفت. در حالی که گروه کنترل در جریان تأثیر متغیر مستقل واقع نشده و تحت آموزش قرار نگرفت. پس از اعمال متغیر مستقل در گروه آزمایشی از هر گروه پس آزمون گرفته شد.

### 3-4- معرفی جامعه آماری

جامعه آماری در این تحقیق نوجوانان و جوانان 16-25 ساله مدرسه آموزش ازراه شتاب تبریز، وابسته به ناحیه 4 آموزش و پرورش می باشد. تعداد کل آن ها در سال تحصیلی 95-96، 400 نفر می باشد.

### 3-5- طرح نمونه گیری

روش نمونه گیری به صورتی بود که 60 نفر از دانش آموزان مدرسه آموزش از راه شتاب تبریز بصورت تصادفی سیستماتیک؛ بطوریکه 30 نفر نوجوان (16-20 سال) و 30 نفر جوان (20-25 سال) انتخاب شدند.

سپس این 60 نفر با توجه به وضعیت تحصیلات، سن، وضعیت سکونت و سابقه مصرف در خانواده در دو گروه تقریباً مشابه قرار گرفته و در نهایت یکی از گروه ها به صورت تصادفی به عنوان گروه آزمایش و دیگری به عنوان گواه انتخاب شدند.

### 3-6- ملاک های ورود و خروج

**ملاک ورود:** ملاک انتخاب افراد جهت ورود به پروسه آموزش مهارت های زندگی در این تحقیق شامل این است که: 1- افراد مورد نظر سابقه مصرف مواد مخدر نداشته باشند 2- در خانواده های درجه اول افراد سابقه افراد معتاد به مواد مخدر نباشد 3- تحت درمان و مصرف داروهای خاص نباشند.

**ملاک خروج:** ملاک خروج افراد از پروسه آموزشی در این تحقیق شامل: 1- غیبت افراد در 1 جلسه آموزشی 2- وقوع اتفاقی در حین برگزاری جلسات آموزشی که باعث شود افراد تحت درمان های روانی و مصرف داروهای روانی قرار گیرند.

### 3-7- ابزارهای گردآوری داده

در این تحقیق از روش کتابخانه ای جهت گردآوری اطلاعات در زمینه مبانی نظری و ادبیات تحقیق موضوع، از منابع کتابخانه ای، مقالات، کتاب های مورد نیاز و نیز از شبکه جهانی اینترنت استفاده شد. در روش میدانی به منظور جمع آوری داده ها و اطلاعات برای تجزیه و تحلیل از پرسشنامه استفاده شده است.

### پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر (نظری، 1380)

این پرسشنامه از دو بخش تشکیل خواهد شد. قسمت اول آن را مشخصات دموگرافیک و قسمت دوم آن را پرسشنامه نگرش سنج نسبت به مواد مخدر تشکیل می دهد. در قسمت مشخصات دموگرافیک سئوالاتی در خصوص سن، جنس، وجود افراد معتاد در فامیل و دوستان و پایه تحصیلی از آزمودنی ها پرسش می گردید. بخش دوم پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر است. پرسشنامه ای در مورد نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر است که به صورت فرم الف و ب توسط نظری (۱۳۸۰) ساخته شده است. سازنده پرسشنامه برای سنجش نگرش نسبت به اعتیاد به مواد مخدر و تهیه مقیاس مناسب، بدین منظور از مقیاس لیکرت استفاده کرده است. بدین گونه که در مورد موارد مساعد یا نگرش مثبت به هر یک از پاسخ های کاملاً موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم، به ترتیب نمره های ۵، ۴، ۳، ۲، ۱، داده شده است. در مورد موارد نامساعد یا نگرش منفی، نمره گذاری به ترتیب معکوس انجام گرفته است یعنی با پاسخ های کاملاً موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم ترتیب نمره های ۵، ۴، ۳، ۲، ۱، داده شده است. پس نمره هر فرد عبارت است از مجموع نمرات این فرد در کل مقیاس و این نمره نگرش کلی وی به اعتیاد را نشان میدهد. قابل ذکر است که از آن جایی که به نگرش منفی نمره یک و به نگرش مثبت نمره ۵ تعلق می گیرد.

اعتبار و پایایی ابزار اندازه گیری: سازنده پرسشنامه برای تعیین اعتبار موارد مقیاس و نیز بررسی قوت و ضعف این موارد، از نظر دانشجویان کارشناسی ارشد و دکتر و نیز اساتید روانشناسی استفاده کرده است و همه آن ها نظر مساعدی درباره اعتباری مقیاس داشته اند (سازه های نظری خوبی در این باره وجود دارد).

### پروتکل درمانی مهارت های زندگی

برای آموزش مهارت های زندگی نیز ۸ جلسه برگزار شد. ساختار جلسات آموزش مهارت های زندگی مطابق کتاب برنامه آموزش مهارت های زندگی سازمان بهداشت جهانی (2004) بود. ساختار جلسات و محتوای هر جلسه در جدول ارائه شده است.

## ساختار جلسات آموزش مهارت های زندگی

جلسات	محتوای آموزشی	اهداف
اول	آثار زیانبار مواد مخدر	ایجاد نفرت نسبت به مواد مخدر، آگاهی به آثار زیانبار مواد مخدر در رابطه با فرد و اجتماع، آشنایی با راه های مقاومت در برابر همسالانی که فرد را نسبت به اعتیاد تشویق می کنند
دوم	روش های تصمیم گیری	کسب توانایی در تصمیم گیری مناسب در موقع بروز مشکل، توانایی در انتخاب بهترین راه حل از راه حل های مختلف، دوری از عجله در تصمیم، تسلط بر هیجانات در تصمیم گیری
سوم	روش های مقابله با افسردگی	توانایی پذیرش موقعیت های ناخوشایند خارج از کنترل، تقویت جرأت مندی، توانایی کنترل احساسات، توانایی کنترل تفکرات منفی و ...
چهارم	روش های کنترل خشم	توانایی آرام سازی خود در مواقع خشم، یادگیری شیوه های غلبه بر خشم، آگاهی با عواقب سوء پرخاشگری، پی بردن به ارزش گذشت و عفو
پنجم	روش های مقابله با تنهایی و کمرویی و طرد شدن	توانایی برقراری روابط اجتماعی با دیگران، کسب توانایی در تغییر طرز فکر خود نسبت به کمرویی، کسب مهارت های مکالمه ای، افزایش تحمل طرد شدگی
ششم	روش های مقابله با اضطراب	توانایی در شناسایی علائم اضطراب، دوری از تنبیه و سرزنش بیهوده خود، جلوگیری از غلبه اضطراب بر خود، نگرانی به فعالیت های ورزشی و ...
هفتم	مهارت های دوست یابی	آشنایی با ویژگی های دوست خوب، آشنایی با آداب دوستی، کسب توانایی در طرد دوستان ناباب
هشتم	مهارت های مقابله با شکست	کسب توانایی مقابله با تجارب ناخوشایند، توانایی استفاده مطلوب از تجارب شکست، حفظ عزت نفس در رویایی با مشکلات زندگی، توانایی توکل به خداوند در رویارویی با مشکلات و ...

### 3-8- روش اجرا

این تحقیق به روش طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون-پس آزمون یا گروه کنترل اجرا شد. بعد از هماهنگی لازم با نفرات مورد آزمایش، آزمودنی ها به صورت تصادفی ساده مورد انتخاب آماری قرار گرفتند. قبل از شروع مداخله، گروه آزمایشی هر دو گروه در یک جلسه مورد ارزیابی با ابزار پژوهش (نگرش نسبت به اعتیاد به مواد مخدر) قرار گرفتند (پیش آزمون) و بعد از پایان مداخلات هردو گروه (کنترل و آزمایش دوباره در یک جلسه جداگانه با ابزارهای پژوهش ارزیابی شدند (پس آزمون). برای عدم تداخل متغیر مستقل در گروه کنترل از آزمودنی های گروه آزمایش خواسته شد تا آنچه را که آموزش می بینند در جای دیگر به دوستان و خانواده خود آموزش ندهند. در جلسه اول توجیهات لازم برای مداخله و مزایا و اهداف مداخله توضیح و قوانین بصورت مدون بر روی تابلو درج گردید.

### 3-9- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

از روش آمار توصیفی برای خلاصه نمودن اطلاعات دو گروه استفاده شده و سپس از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی فرضیه های پژوهش استفاده شد. به دلیل اینکه طرح این پژوهش از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه گواه می باشد لذا از روش کوواریانس که میانگین ها را پس از تعدیل کردن نمره های پیش آزمون مورد مقایسه قرار می دهد و در این گونه طرح ها بهترین روش می باشد، استفاده شده است و همچنین از این روش برای اجرای آزمون هایی جهت بررسی فرضیه پژوهش استفاده شده است. از نرم افزار SPSS24 جهت انجام تحلیل ها بهره گرفته شده است.

## فصل چهارم: نتایج پژوهش

#### 4-1- مقدمه

در این فصل یافته‌های پژوهش حاضر با استفاده از داده‌های اولیه و تحلیل‌های آماری که بر روی این داده‌ها صورت گرفته است در سه بخش به شرح زیر ارائه می‌گردد.

1- بررسی مشخصات جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

2- بررسی توصیفی داده‌های پژوهش

3- بررسی استنباطی داده‌های پژوهش

#### 4-2- یافته‌های توصیفی و جمعیت شناختی

##### تحلیل‌های توصیفی

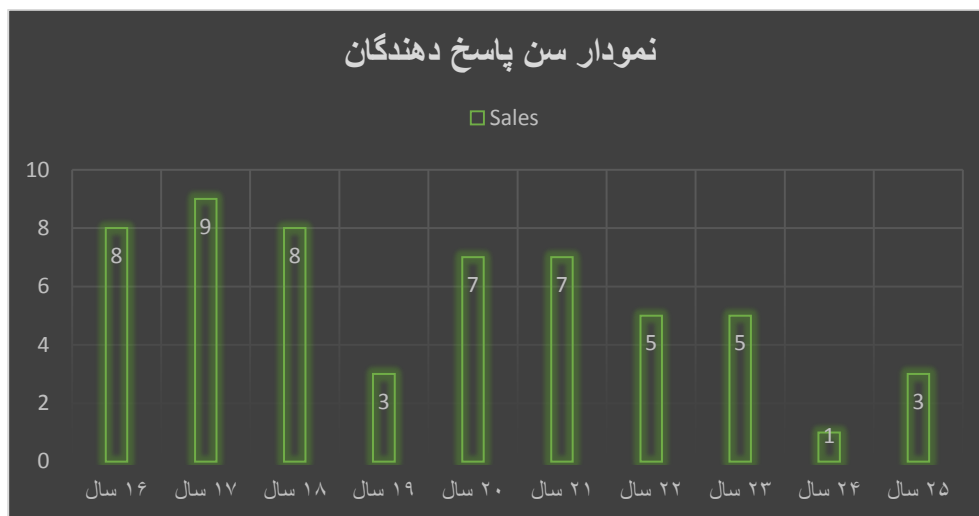
به منظور تحلیل داده‌های بخش اول پرسشنامه که مربوط به ویژگی‌های عمومی جامعه مورد مطالعه می‌باشد، از آمار توصیفی استفاده شده است. نتایج حاصل از این تحلیل، اطلاعاتی در مورد نحوه پراکندگی ویژگی‌هایی همچون سن، سابقه اعتیاد در فامیل و دوستان و سن آن‌ها ارائه می‌دهد.

##### 4-2-1- سن

در این بخش نتایج حاصل از تحلیل توصیفی سن پاسخ‌دهندگان در قالب جدول ۴-۱ ارائه شده است.  
جدول (4-1): توزیع فراوانی سن پاسخ‌دهندگان

سن	فراوانی گروه کنترل	فراوانی گروه آزمایش	درصد فراوانی گروه کنترل	درصد فراوانی گروه آزمایش	درصد فراوانی مجموع
۱۶ سال	۴	۴	۱۴/۳	۱۴/۳	۱۴/۳
۱۷ سال	۴	۵	۱۴/۳	۱۷/۹	۱۶/۱
۱۸ سال	۴	۴	۱۴/۳	۱۴/۳	۱۴/۳
۱۹ سال	۲	۱	۷/۱	۳/۶	۵/۴
۲۰ سال	۴	۳	۱۴/۳	۱۰/۷	۱۲/۵
۲۱ سال	۳	۴	۱۰/۷	۱۴/۳	۱۲/۵
۲۲ سال	۳	۲	۱۰/۷	۷/۱	۸/۹
۲۳ سال	۲	۳	۷/۱	۱۰/۷	۸/۹
۲۴ سال	۰	۱	۰	۳/۶	۱/۸
۲۵ سال	۲	۱	۷/۱	۳/۶	۵/۴
مجموع	۲۸	۲۸	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

منبع: یافته‌های تحقیق



#### 2-2-4- سابقه اعتیاد در فامیل

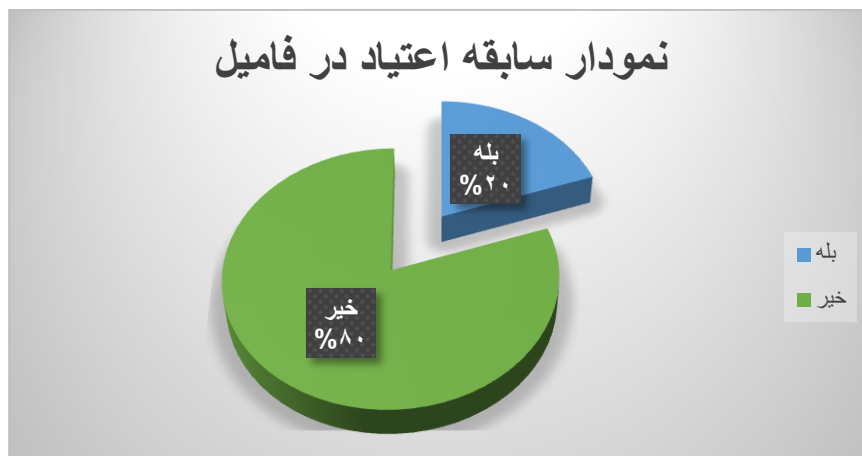
در این بخش نتایج حاصل از تحلیل توصیفی سابقه اعتیاد در فامیل پاسخ دهندگان در قالب جدول ۲-۴ ارائه شده است.

جدول (2-4): توزیع فراوانی سابقه اعتیاد در فامیل و دوستان پاسخ دهندگان

سابقه اعتیاد	فراوانی گروه کنترل	فراوانی گروه آزمایش	درصد فراوانی گروه کنترل	درصد فراوانی گروه آزمایش	درصد فراوانی مجموع
بله	۵	۶	۱۷/۹	۲۱/۴	۱۹/۶
خیر	۲۳	۲۲	۸۲/۱	۷۸/۶	۸۰/۴
مجموع	۲۸	۲۸	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰

منبع: یافته های تحقیق





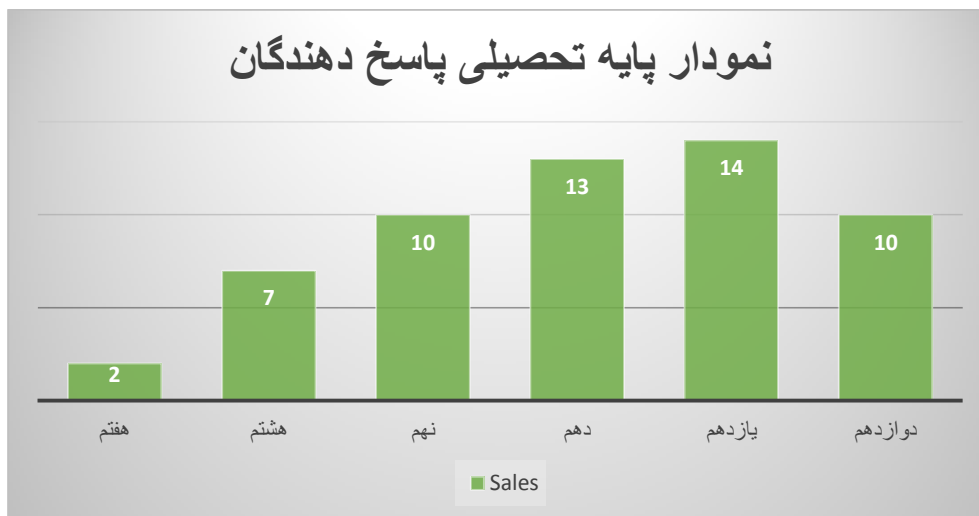
#### 3-2-4- پایه تحصیلی

در این بخش نتایج حاصل از تحلیل توصیفی پایه تحصیلی پاسخ دهندگان در قالب جدول ۳-۴ ارائه شده است.

جدول (3-4): توزیع فراوانی پایه تحصیلی پاسخ دهندگان

تحصیلات	فراوانی گروه آزمایش	درصد فراوانی گروه آزمایش	فراوانی گروه کنترل	درصد فراوانی گروه کنترل	درصد فراوانی مجموع
هفتم	۱	۳/۶	۱	۳/۶	۳/۶
هشتم	۲	۷/۱	۵	۱۷/۹	۱۲/۵
نهم	۴	۱۴/۳	۶	۲۱/۴	۱۷/۹
دهم	۷	۲۵	۶	۲۱/۴	۲۳/۲
یازدهم	۹	۳۲/۱	۵	۱۷/۹	۲۵
دوازدهم	۵	۱۷/۹	۵	۱۷/۹	۱۷/۹
مجموع	۲۸	۱۰۰	۲۸	۱۰۰	۱۰۰

منبع: یافته های تحقیق



#### 3-4- یافته های توصیفی متغیر های تحقیق

##### 1-3-4- آمار توصیفی متغیر ها

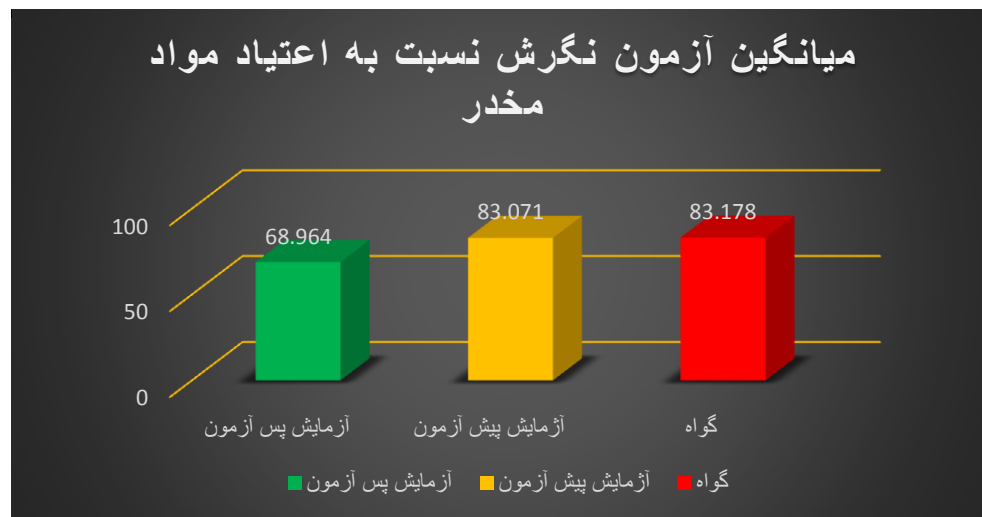
آمار توصیفی مجموعه ای از ابزارهای آماری هستند که اطلاعات کمی را که توسط پژوهشگر گردآوری شده است را به صورتی که به روشنی قابل فهم و انتقال باشند، سازمان بندی و خلاصه می کنند. در این قسمت داده های حاصل از اجرای تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر تغییر نگرش نوجوانان و جوانان به سوء مصرف مواد بر روی دو گروه آزمایش و گروه گواه ارائه می گردد.

این آزمون بر روی گروه آزمایش و گروه گواه در دو یک مرحله پیش آزمون و یک مرحله پس آزمون اجرا شده است، با این تفاوت که در گروه گواه آموزش مهارت های زندگی اعمال نگردید. از جمله شاخص های رایج در آمار توصیفی می توان از میانگین، دامنه، حداکثر، حداقل، انحراف استاندارد و واریانس نام برد. در این قسمت به ارائه نتایج حاصل از این سازمان بندی پرداخته می شود.

**جدول (4-4):** نتایج نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی ها در گروه آزمایش و گواه برای کل افراد

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
آزمایش پس آزمون	28	68/964	14/791	0/461	-0/381
گواه	28	83/178	20/325	-0/191	-0/978
آزمایش پیش آزمون	28	83/071	15/146	0/658	0/032

بر اساس اطلاعات ارائه شده در جدول 4-4، میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر در گروه آزمایش پس آزمون، گواه و گروه آزمایش پیش آزمون به ترتیب 83/071، 68/964 و 83/071 بوده است. انحراف استاندارد نمرات در گروه آزمایش پس آزمون 14/791، در گروه گواه 20/325 و در گروه آزمایش پیش آزمون 15/146 گزارش شده است.



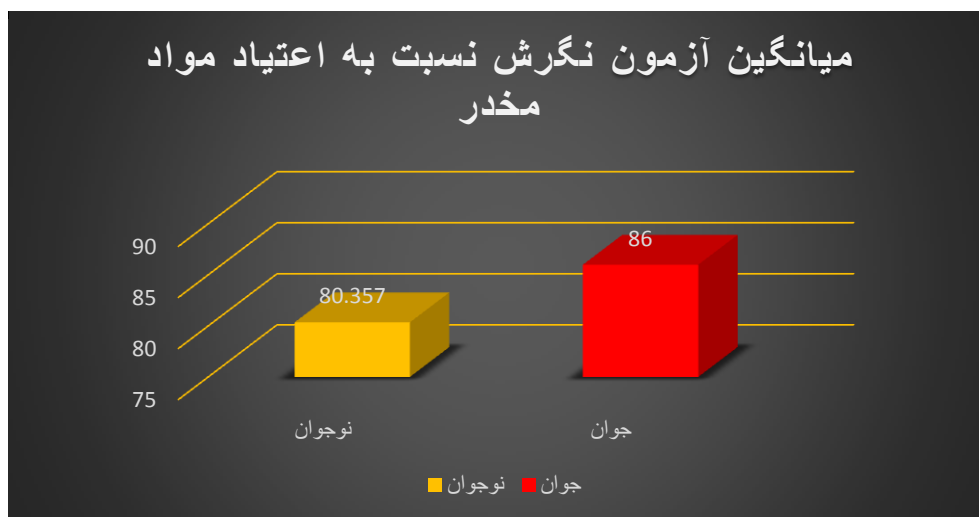
**نمودار (4-1):** میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در گروه آزمایش پیگیری، آزمایش پس آزمون، آزمایش پیش آزمون و گواه

همان‌طور که در نمودار 4-1 مشاهده می‌شود، اختلاف مشهودی بین میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در گروه آزمایش پس آزمون با آزمایش پیش آزمون و گواه به چشم می‌خورد.

**جدول (4-5):** نتایج نمرات پرسشنامه گرایش به مواد آزمودنی‌ها در گروه گواه به تفکیک نو جوان و جوان

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
نوجوان	14	80/357	20/155
جوان	14	86	20/847

بر اساس اطلاعات ارائه شده در جدول 4-5، میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در نوجوانان گروه گواه برابر با 80/357 و در جوانان گروه گواه برابر با 86 می باشد که نشان می دهد در گروه جوانان بین 20 تا 25 سال نگرش بیشتری نسبت به نوجوانان دارند هرچند در هر دو گروه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر کمتر از میانگین می باشد.



نمودار (4-2): میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در گروه گواه

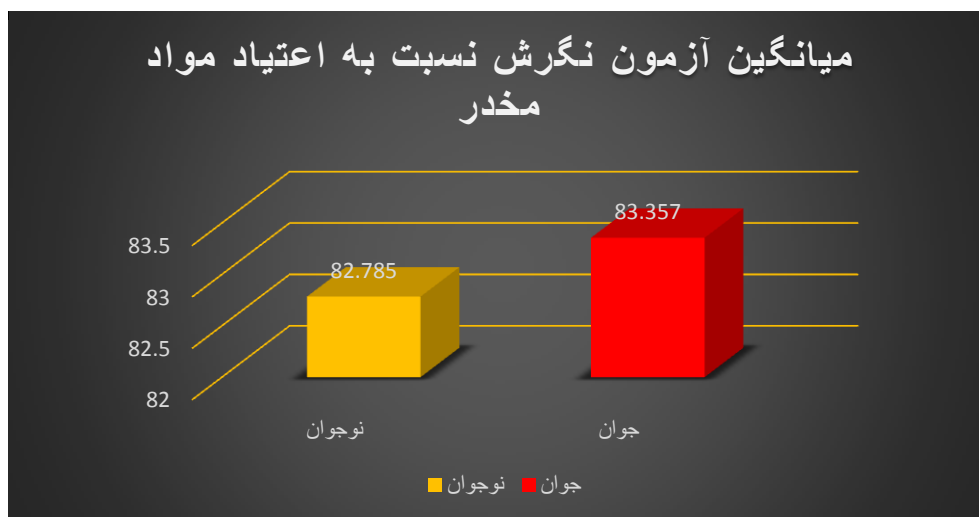
همان‌طور که در نمودار 4-2 مشاهده می‌شود، اختلاف مشهودی بین میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر نوجوانان و جوانان آزمودنی‌ها در گروه گواه به چشم می‌خورد. جدول (4-6): نتایج نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در گروه آزمایش پیش‌آزمون به تفکیک نوجوان و جوان

و جوان

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
نوجوان	14	82/785	14/848
جوان	14	83/357	15/993

بر اساس اطلاعات ارائه شده در جدول 4-6، میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در نوجوانان گروه آزمایش پیش‌آزمون برابر با 82/758 و در جوانان گروه گواه برابر با

83/357 می باشد که نشان می دهد در گروه آزمایش پیش آزمون اختلاف آنچنانی بین نوجوانان و جوانان در نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر وجود ندارد.



**نمودار (3-4):** میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در آزمایش پیش آزمون به تفکیک

نوجوان و جوان

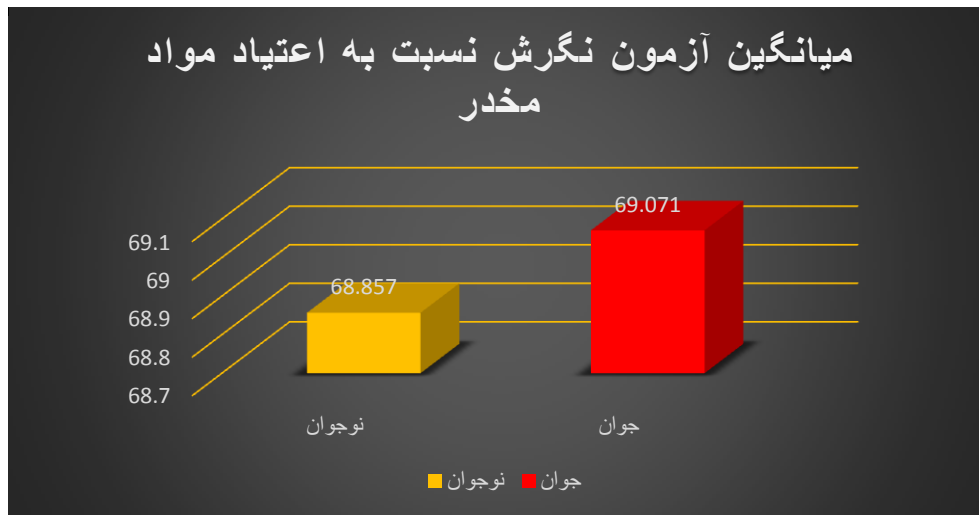
همان‌طور که در نمودار 3-4 مشاهده می‌شود، اختلاف مشهودی بین میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در نوجوانان و جوانان گروه آزمایش پیش آزمون به چشم نمی‌خورد.

**جدول (7-4):** نتایج نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در گروه آزمایش پس آزمون به تفکیک نوجوان

و جوان

گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
نوجوان	14	68/857	14/996
جوان	14	69/071	15/147

بر اساس اطلاعات ارائه شده در جدول 4-7، میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در نوجوانان گروه آزمایش پس از آزمون برابر با 68/857 و در جوانان گروه گواه برابر با 69/071 می باشد که نشان می دهد در گروه آزمایش پس از آزمون اختلاف آنچنانی بین نوجوانان و جوانان در نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر وجود ندارد.



**نمودار (4-4):** میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در گروه آزمایش پس از آزمون به

تفکیک نوجوان و جوان

همان‌طور که در نمودار 4-4 مشاهده می‌شود، اختلاف مشهودی بین میانگین نمرات پرسشنامه نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی‌ها در نوجوانان و جوانان گروه آزمایش پس از آزمون به چشم نمی‌خورد.

#### 4-3-2- آزمون میانگین

در این بخش به بررسی و تحلیل وضعیت متغیرهای تحقیق پرداخته می‌شود. درواقع هدف از این امر تعیین وضعیت ادراکی جامعه تحقیق از متغیرها می‌باشد. برای این منظور از آزمون t تک نمونه استفاده شده است. به دلیل استفاده از طیف 5 سطحی لیکرت در پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه و تعداد سؤالات پرسشنامه، عدد 96 به عنوان عدد وسط یا ممتنع تلقی شده و فرض صفر به این صورت خواهد

بود که میانگین مقادیر به دست آمده در نتیجه پاسخ‌ها، برابر با میانگین فرضی آزمون (عدد 96) است و وضعیت ادراکی جامعه از آن متغیر حول میانگین است. زیرا پاسخ‌های آن کمتر از میانگین بوده و به سمت خاصی تمایل ندارد. در جدول 4-8 نتایج این آزمون برای متغیرهای تحقیق ارائه شده است. با توجه به اینکه سطح معناداری 0/05 در نظر گرفته شده است، هرگاه عدد معناداری کمتر از 0/05 باشد فرض صفر آزمون رد شده و درباره وضعیت ادراکی جامعه از متغیر مورد نظر با توجه به مقدار  $t$  و حد بالا و پایین می‌توان اظهار نظر کرد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، عدد معناداری برای تمام متغیرها کمتر از 0/05 است.

همچنین در مورد مقادیر حد بالا و پایین می‌توان گفت چنانچه این حدود هر دو مثبت باشد، بدین معنی است که میانگین جامعه در مورد آن متغیر بیشتر از مقدار آزمون است. چنانچه حد بالا مثبت و حد پایین منفی باشد، میانگین جامعه تقریباً برابر مقدار مورد آزمون است. همچنین منفی بودن این دو مقدار بدین معنی است که میانگین متغیر مورد نظر در جامعه کمتر از مقدار آزمون است و این متغیر در جامعه مورد بررسی در سطح پایینی قرار دارد.

جدول (4-8): آزمون میانگین متغیرهای تحقیق

مقدار آزمون						
مقدار $t$	درجه آزادی	عدد معناداری	وضعیت ادراکی جامعه از متغیر	تفاوت میانگین	فاصله اطمینان ۹۵٪ حد پایین حد بالا	
-3/338	27	0/002	مطلوب	-12/821	-20/702	نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر گروه گواه
-4/517	27	<0/001	مطلوب	-12/928	-18/801	نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر گروه آزمایش پیش آزمون
19/419	27	<0/001	مطلوب	-27/035	-32/771	نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر گروه آزمایش پس آزمون
-4/941						

با توجه به نتایج آزمون  $t$  تک نمونه ای مشخص می‌شود که در هر سه گروه پیش آزمون و پس آزمون آزمایش و گروه گواه کمتر از میانگین بوده و در وضعیت مطلوبی قرار دارد به عبارت دیگر نگرش نسبت به مواد مخدر در بین نوجوانان و جوانان منفی می‌باشد.

#### 4-4- آزمون فرضیه پژوهش

پس از ارائه اطلاعات مربوط به آمار توصیفی در این بخش درصدد تحلیل استنباطی و آزمون فرضیه‌های پژوهش حاضر هستیم. در پژوهش حاضر به‌منظور آزمون فرضیه‌ها از آزمون‌های تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

با توجه به این‌که پژوهش حاضر از نوع طرح‌های آزمایشی دو گروه آزمایش و گواه است، لذا جهت تحلیل داده‌های پژوهش به‌منظور آزمون فرضیه از روش تحلیل کوواریانس بهره گرفته شده است. جهت استفاده از این روش، ابتدا باید به بررسی مفروضه‌های اساسی این روش آماری یعنی نرمال بودن نمرات متغیرها، همسانی واریانس‌ها، بررسی خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته و مستقل پرداخته شود.

#### 4-4-1- پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس در بررسی متغیرهای تحقیق

#### 4-4-1-1- نرمال بودن

در این تحلیل، به بررسی نرمال بودن متغیرهای تحقیق پرداخته می‌شود. شرط نرمال بودن این متغیرها با استفاده از آزمون کومولوگروف-اسمیرنوف بررسی گردیده است که نتایج آن در جدول 4-4 گزارش شده است.

جدول (4-9): نتایج آزمون کومولوگروف - اسمیرنوف

متغیر	آماره کومولوگروف - اسمیرنوف	درجه آزادی	احتمال معنی‌داری
نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر پیش آزمون	0/081	56	0/200
نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر پس آزمون	0/094	56	0/200

با توجه به اطلاعات جدول 4-9 مشاهده می‌شود که مقدار احتمال معناداری متغیرها از سطح معناداری آزمون (0.05) بزرگ‌تر می‌باشد، در نتیجه فرض نرمال بودن متغیرهای تحقیق پذیرفته می‌شود.

#### 4-4-1-2- همسانی واریانس‌ها

برای بررسی این فرضیه از آزمون لوین<sup>1</sup> استفاده شد که نتایج آن در جدول 4-10 گزارش شده است.

<sup>1</sup> Levene's



جدول (4-10): نتایج آزمون لوین برای بررسی همسانی واریانس‌ها

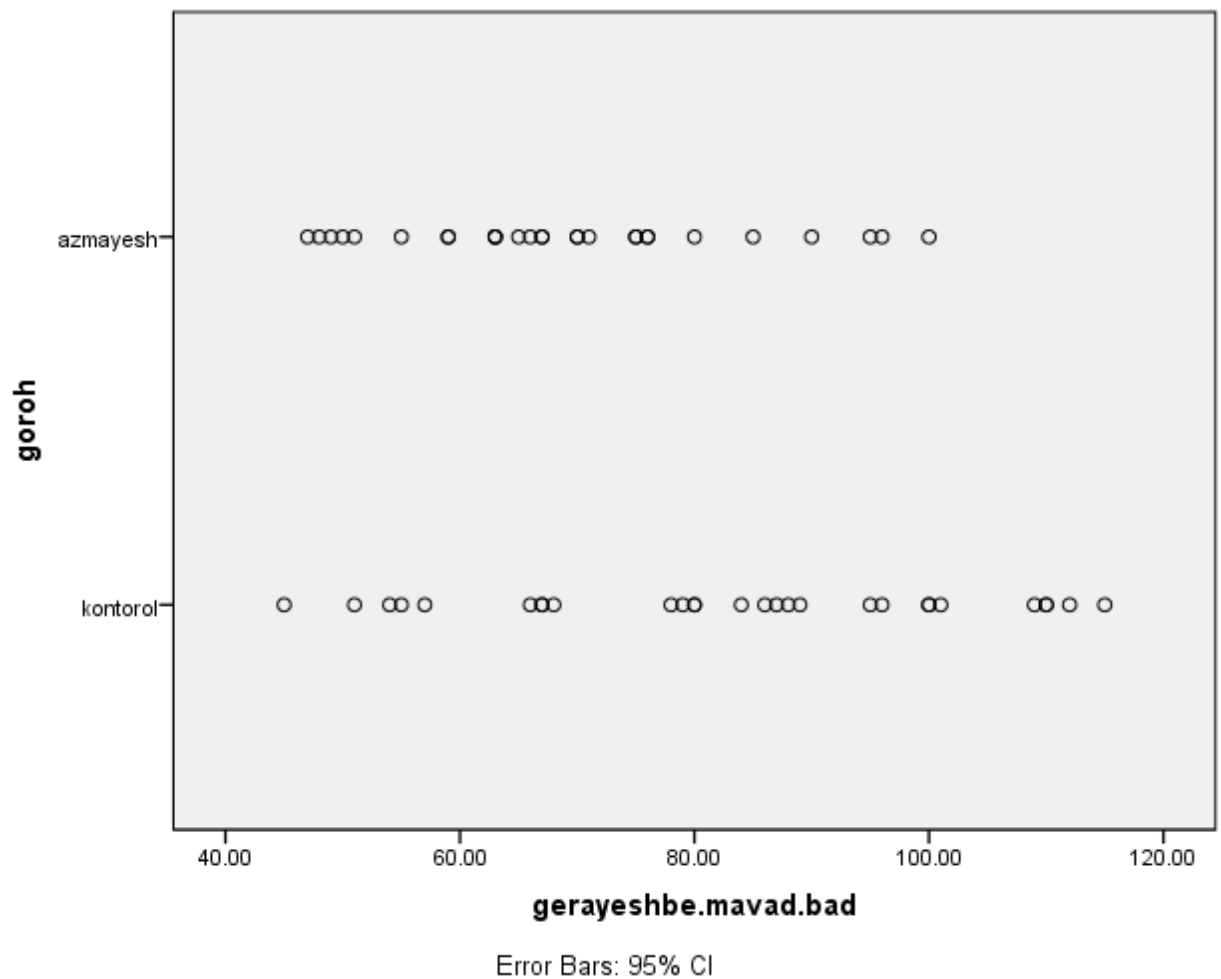
متغیر	F آماره	درجه آزادی	احتمال معنی‌داری
نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر پیش آزمون	3/345	54	0/073
نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر پس آزمون	3/657	54	0/061

با توجه به مقدار احتمال معنی‌داری (0/073 و 0/061) که بزرگ‌تر از (0.05) می‌باشد، می‌توان نتیجه گرفت که داده‌ها مفروضه مساوی بودن واریانس‌ها را رد نکرده‌اند، به عبارتی دیگر شرط همسانی واریانس‌ها برقرار می‌باشد.

#### 4-1-3- بررسی خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته و مستقل

خطی بودن رابطه بین متغیر مستقل و مستقل با استفاده از نمودار پراکندگی، برای هر دو گروه مورد بررسی قرار گرفت، که نتایج آن در شکل‌های زیر نشان می‌دهد که می‌توان فرض خطی بودن رابطه بین متغیر وابسته و مستقل را در دو گروه آزمایش و گواه پذیرفت.

نمودار شماره 4-5: نمودار پراکنش اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل



#### 3-1-3-4- همگنی شیب رگرسیونی

در این قسمت به بررسی همگنی شیب رگرسیونی بین متغیر همپراش و متغیر مستقل در همه گروه ها می پردازیم.

جدول (4-12): نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیونی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	Fآماره	احتمال معنی داری
گروه*متغیر نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر پیش آزمون	18699/367	2	9349/684	0/180	0/673

با توجه به نتایج مقدار F تعامل متغیر همپراش برابر با 0/180 می باشد که سطح معناداری آن نیز 0/673 به دست آمده که از 0/05 بزرگتر بوده و می توان نتیجه گرفت که فرض صفر رد نشده و پیش فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است.

#### 4-4-2- تحلیل کوواریانس

پس از بررسی مفروضات استفاده از تحلیل کوواریانس، هیچ دلیلی برای رد این فرضیه ها مشخص نگردید. می توان از آنالیز کوواریانس برای یافتن پاسخ فرضیه های خود استفاده کرد

#### 4-4-2-1- آموزش مهارت های زندگی در تغییر نگرش نوجوانان و جوانان به سوء مصرف مواد موثر است.

بر اساس فرضیه ی تحقیق آموزش مهارت های زندگی موجب کاهش گرایش به اعتیاد نوجوانان و جوانان می گردد. برای بررسی فرضیه ی تحقیق، از آنالیز کوواریانس بین نتایج حاصل شده بین نمره گرایش به اعتیاد آموزش مهارت های زندگی (پس آزمون) و گروه گواه استفاده گردید که نتایج این بررسی در جدول 4-11 نشان داده شده است.

جدول (4-11): نتایج آنالیز کوواریانس متغیر نگرش به مواد در گروه کنترل پس آزمون و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	Fآماره	احتمال معنی‌داری
مدل اصلاح شده	18642/538	2	9321/269	396/117	<0/001
متغیر نگرش نسبت به مواد	15813/895	1	15813/895	672/027	<0/001
گروه	2788/050	1	2788/050	118/481	<0/001
خطا	1247/177	53	23/532		
کل	343954	56			
مجموع تصحیح شده	19889/714	59			

میانگین پرسشنامه نگرش نسبت به مواد پس آزمون گروه آزمایش	میانگین پرسشنامه نگرش نسبت به مواد پیش آزمون گروه آزمایش	میانگین پرسشنامه نگرش نسبت به مواد گروه گواه
68/964	83/071	83/178

همان گونه که در جدول 4-11 مشاهده می شود، از آنجایی که احتمال معنی داری مربوط به متغیر نگرش نسبت به مواد 0/000 بوده و این مقدار از سطح آزمون (0.05) کوچک تر است، می توان دریافت که بین متغیر وابسته و متغیر مستقل رابطه معنی داری وجود دارد. متغیر گروه (مستقل) به دلیل کوچک تر بودن مقدار احتمال معناداری (0/000) از سطح آزمون (0.05) به طور معناداری با متغیر وابسته رابطه دارد که این نشان دهنده وجود اختلاف آماری معنی داری بین گروه دریافت کننده آموزش مهارت های زندگی گروهی با گروه گواه است. همچنین این اختلاف با توجه به میانگین متغیرها به سمت گروه پس آزمون یا همان دریافت کننده آموزش مهارت های زندگی است. به عبارتی می توان چنین نتیجه گیری کرد که میزان نگرش نسبت به مواد گروه آزمایش پس از دریافت برنامه آموزش مهارت های زندگی کمتر از میزان نگرش نسبت به مواد در گروه گواه است. به عبارت دیگر آموزش مهارت های زندگی موجب کاهش نگرش نسبت به مواد در آنها گردیده است. بدین ترتیب فرضیه پژوهش تأیید می گردد.

## فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

## 5-1- مقدمه

در فصل اول کلیات تحقیق مورد بررسی قرار گرفته است. این فصل نمایی کلی از تحقیق می‌باشد و به بیان مسئله، اهمیت و ضرورت تحقیق، فرضیه‌ها، اهداف، محدودیت‌ها و تعریف مفهومی و عملیاتی تحقیق اشاره دارد. فصل دوم نیز مبانی تئوریکی تحقیق را در برمی‌گیرد و متغیرهای مستقل و وابسته در این قسمت به تفصیل مورد بحث قرار می‌گیرند و تحقیقات مختلفی که در این زمینه صورت گرفته است در قسمت پایانی فصل دوم توضیح داده شده است. فصل سوم روش تحقیق، ابزار گردآوری داده‌ها و روایی و پایایی تحقیق بیان شده است. در فصل چهارم تحقیق نیز تجزیه و تحلیل داده‌ها ارائه شده است. در این فصل نیز نتایج مورد تحلیل قرار خواهد گرفت.

مطالب این فصل به نتایج و یافته‌های پژوهش، محدودیت‌های پژوهش و ارائه پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آتی اختصاص یافته است. در این فصل نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها خلاصه شده و با تحلیل آن‌ها سعی می‌شود به سؤالاتی که در فصل اول از سوی محقق مطرح شده بود پاسخ داده شود؛ بنابراین در ابتدا پس از بیان نتایج حاصل از بررسی هر یک از فرضیات پژوهش، نتایج به دست آمده با سایر پژوهش‌های انجام شده در این حوزه مقایسه شده و بر این اساس پیشنهادهایی کاربردی و مطالعاتی از سوی محقق ارائه می‌شود.

## 5-2- خلاصه پژوهش

هدف از تحقیق حاضر بررسی اثربخشی مصاحبه انگیزشی در تغییر نگرش به مواد و رغبت به ادامه درمان در جلب همکاری افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد بود. بدین منظور در پژوهش حاضر از مدیران دانش آموزان مدرسه آموزش از راه دور شتاب تبریز برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شده است. با خرج 4 نفر از نمونه 56 نفر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. از میان پاسخ‌دهندگان 20 درصد آنها سابقه اعتیاد در فامیل و دوستان را داشته و 80 درصد نداشتند. 25 درصد آنها در پایه تحصیلی یازدهم مشغول به تحصیل بوده و 16 درصد 17 سال سن داشتند. نیز، از میان متغیرهای تحقیق نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر گروه گواه دارای بیشترین میانگین و نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر گروه آزمایش پس آزمون دارای کمترین میانگین بود. همچنین بر اساس آزمون t تست همه متغیرها در وضعیت مطلوبی قرار دارند.

### 5-3- بحث در نتایج

فرضیه تحقیق: آموزش مهارت های زندگی در تغییر نگرش نوجوانان و جوانان به سوء مصرف مواد موثر است.

چنانچه در فصل چهارم نشان داده شد بین نمرات نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر آزمودنی های گروه گواه و آزمایش در کل آزمودنی ها در سطح 0/05 تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان بیان داشت که آموزش مهارت های زندگی باعث تغییر نگرش نسبت به اعتیاد مواد مخدر گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. به بیان دیگر آموزش مهارت های زندگی باعث کاهش نگرش مثبت به اعتیاد مواد مخدر در مرحله پس آزمون است. بحرینی بروجنی و همکاران در سال 1393 به بررسی چهار روش آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد بر تغییر نگرش دانش آموزان به اعتیاد و مواد مخدر پرداخته و نتیجه گرفتند که روش شرکت در کلاس های آموزش مهارت های زندگی از اولویت بالاتری نسبت به سایر روش ها برخوردار است. احمدی و همکاران در سال 1392 به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های زندگی باعث کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل محافظت کننده در نوجوانان بزهکار می شود. مومنی و همکاران به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های زندگی باعث ایجاد نگرش منفی نسبت به استفاده از مواد مخدر در بین دانشجویان می شود. گرمن در سال 2014 به این نتیجه رسید که آموزش مهارت های زندگی به عنوان یکی از موثرترین روش ها جهت پیشگیری و تغییر نگرش کودکان و نوجوانان در مصرف مواد مخدر می باشد. اسپوس و همکاران در سال 2008 به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت های زندگی باعث کاهش افسردگی شده و نگرش جوانان به مواد مخدر را تغییر می دهد که همه ی این یافته ها با یافته های این پژوهش همخوانی دارد. نتایج مطالعات انجام شده نشان می دهند برنامه های پیشگیرانه مبتنی بر ارتقای توانمندی فردی و اجتماعی، در پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان بسیار موثرند. برنامه آموزشی مهارت های زندگی یک رویکرد پیشگیری مبتنی بر افزایش توانمندی های فردی و اجتماعی است که طی سالیان اخیر مورد ارزیابی های متعدد قرار گرفته و پیشرفت های خوبی در زمینه پیشگیری از اعتیاد داشته است. به طور خلاصه نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مهارت های زندگی تغییر معناداری در نگرش نسبت به مصرف مواد ایجاد کرده است نتایج مداخله نشان داد که دانش آموزانی که آموزشی مهارت های زندگی را دریافت کرده بودند در مقایسه با دانش آموزان گروه کنترل در ارزیابی پس از مداخله تغییر معناداری در نگرش آنها نسبت به مصرف مواد نشان دادند. همچنین نتایج پژوهشی حاضر بطور ضمنی با بعضی از

دیدگاه ها و اصول نظری حاکم بر شکل گیری و تغییر نگرش ها همسویی دارد. اگر بپذیریم که این پژوهش توانسته است نگرش عده ای از دانش آموزان را نسبت به سوء مصرف مواد مخدر در موقعیت طبیعی کلاس درس و تحت گونه ای از یادگیری مشارکتی تغییر دهد، با نظر هاو لند (به نقل از کریمی ، ۱۳۷۹)؛ از این نظر همسو شده است که وی معتقد است همانگونه که شکل گیری نگرش تابع اصول یادگیری است، تغییر آن نیز از اصول و قواعد یادگیری تبعیت می کند. بخشی از برنامه آموزش مهارت های زندگی بر تغییر نگرش همسو با دیدگاه ایوانز و همکاران می باشد. آنها در مطالعه خود نشان داده اند که آموزش مهارت های زندگی و مجهز کردن نوجوانان به مهارت های ضروری و مورد نیاز به منظور شناسایی و مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی و نیز آگاه سازی نوجوانان از قانون تبلیغاتی و متقاعد سازی رسانه ها و آماده کردن آنها برای مقابله با فشارهای مستقیم و غیر مستقیم همسالان بر همبسته های روانشناختی مصرف مواد از قبیل باورها و نگرش های آنان نیز تاثیر می گذارد. برنامه آموزش مهارت های زندگی (LST) یک برنامه پیشگیری اولیه متمرکز بر فرد است که بر اساس مدل سبب شناسی مصرف الکل ، سیگار و سایر مواد در نوجوانان ونظریه یادگیری اجتماعی طراحی شده است . هدف اصلی برنامه آموزش مهارت های زندگی ، ایجاد تغییر در عوامل فردی و روانشناختی موثر در گرایش نوجوانان به شروع مصرف مواد است. بنابراین عمدتا در سطح عوامل خطرساز فردی مصرف مواد تاثیر می گذارند و قادر به ایجاد تغییر در عوامل خطرساز اجتماعی نیست. به عبارت دیگر پیوند با مدرسه و خانواده تابع مجموعه ای از عوامل اجتماعی ، خانوادگی ، ارتباطی و محیطی است که الزاماً در برنامه آموزش مهارت های زندگی مورد توجه قرار نمی گیرند. ایجاد تغییر در متغیر های اجتماعی مستلزم بهره گیری از رویکردهای خانواده محور و اجتماع محور است . (محمدخانی، 1385)

در پیشگیری از اعتیاد باید به عوامل مهم روان شناختی نظیر تمایلات درونی ، شخصیت ، طرز تلقی ها، باورها، نگرش ها، ارزش ها، احساس کهنتری ، کمبود های عاطفی و روانی فرد توجه نمود. ضرورت توجه به امور فرهنگی و ابعاد فکری و روانی ، تقویت اراده و آموزشی خویشتنداری برای تغییر نگرش افراد به خوبی احساس می گردد. بر این اساس چنین فرض می شود که طرح روش ها و برنامه هایی برای رشد ویژگی های فردی و اجتماعی می تواند به نوجوان کمک کند تا نقص هایی که خطر گرایش او را به مصرف مواد افزایش می دهند، مرتفع سازد. به عبارت دیگر، پرورش ویژگیهایی همچون عزت نفس بالا، خودآگاهی ، تصمیم گیری مسولانه ، توان برقراری و حفظ روابط سالم و ابراز وجود و... می تواند مهارت ها و آمادگی نوجوانان را در مقابله موثر یا عوامل و موقعیت های خطر افزایش دهد. به این لحاظ برنامه هایی تحت عنوان آموزش مهارت های زندگی یا مقابله ای با تاکید بر رشد مهارت های



فردی و اجتماعی پایه عرصه وجود گذاشت که توانست نقش بسزایی در تحکیم و تقویت مداخلات پیشگیرانه در برابر سوء مصرف مواد ایفا نماید. به طور خلاصه با توجه به نتایج بدست آمده آموزشی مهارت های زندگی برنامه پیشگیری موثری است که می تواند تغییر معناداری در عوامل خطر ساز مرتبط با مصرف مواد ایجاد نماید. این یافته ها به روشن شدن مکانیزم عمل برنامه آموزشی مهارت های زندگی کمک می کند، یافته های پژوهش حاضر تاییدی است بر سودمندی رویکردهای مبتنی بر نقوذ اجتماعی است که بر عوامل خطر ساز و حفاظت کننده روانی اجتماعی مرتبط با مصرف مواد تاکید می نماید.

#### 5-4- نتیجه گیری کلی

بطور کلی این نتیجه بدست آمد که آموزش مهارت های زندگی در تغییر نگرش نوجوانان و جوانان به سوء مصرف مواد موثر است. به طور خلاصه با توجه به نتایج بدست آمده آموزش مهارت های زندگی برنامه پیشگیری موثری است که می تواند تغییر معناداری در عوامل خطر ساز مرتبط با مصرف مواد ایجاد نماید.

#### 5-5- محدودیت های تحقیق

- هر تحقیق با محدودیت هایی مواجه است. این تحقیق نیز با محدودیت هایی مواجه بوده است.
- این تحقیق به بررسی رابطه بین متغیرها در بین دانش آموزان پسر و در گستره جغرافیایی شهر تبریز محدود شده است، برای اطمینان از درستی نتایج به دست آمده می توان این روابط را در جامعه آماری متنوع تری بررسی کرد.
  - تک جنسیتی بودن نمونه، گرچه به مشارکت پسران در گروه انجامید، ولی گاهی تعمیم مهارت های آموزش دیده به محیط های واقعی که دختران نیز در آن حضور دارند را با مشکل مواجه می کند.
  - در این پژوهش برای جمع آوری داده فقط از پرسشنامه استفاده شده است، می توان از سایر ابزارها برای جمع آوری داده ها نظیر، مصاحبه، مشاهده و غیره نیز استفاده کرد.
  - پیش آزمون و پس آزمون در مقطعی به فاصله ۲ ماه انجام شد؛ و از ثبات یا تغییر نگرش دانش آموزان بعد از اتمام برنامه مداخله و اجرای پس آزمون اطلاعاتی در دست نیست.
  - کنترل آزمودنی ها در خصوص حوادث زمان آزمایش ممکن نبوده است.

- طرح پژوهشی یک عاملی بوده است. بنابراین ، متغیرهای خصیصه ای آزمودنی ها نظیر طبقه اجتماعی و اقتصادی ، محل زندگی و وضعیت خانوادگی ... مورد توجه قرار نگرفته است.

- همکاری ضعیف معلمان در اجرای برنامه آموزشی.

## 5-6-پیشنهادهای تحقیق

با بررسی نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها و تأیید معناداری فرضیه‌ها پیشنهادات زیر ارائه می‌شود.

### 1- پیشنهادات کاربردی

با توجه به یافته‌های حاصل از تحلیل داده‌ها و مباحث مطرح شده در قسمت بحث و نتیجه‌گیری، پیشنهادهای کاربردی زیر ارائه می‌شود.

1) از آنجائیکه جمعیت جوان کشور ما در معرض تهدید کننده های بسیار سلامت روان و بهداشت واقع اند توصیه می گردد برنامه ریزان آموزش و پرورش رویکرد آموزشی مهارت های زندگی را به عنوان درسی اجباری به تمامی دانش آموزان ارائه دهند.

2) با توجه به اثربخشی آموزش مهارت های زندگی پیشنهاد می شود متخصصینی در زمینه این رویکرد تربیت شود

3) اجرای کارگاههای آموزشی مهارت های زندگی توسط متخصصین ، روانشناسان ، بویژه مسولین آموزشی و پرورش، برای مدیران ، دبیران والدین و دانش آموزان جهت آشنایی با ضرورت و اهمیت آموزش مهارت های زندگی.

4) استفاده از رسانه های گروهی جهت اشاعه آموزش مهارت های زندگی در تمام سطوح جامعه.

### 2- پیشنهادات پژوهشی

۱ - الگوی مداخله آموزشی آزمون شده در این پژوهش را در قالب طرح های پژوهشی و برای سایر مقاطع و پایه های تحصیلی مورد آزمون قرار دهند.

- ۲ - مرحله پس آزمون با فاصله کم بعد از جلسات آموزش مهارت های زندگی صورت نگیرد، بلکه حداقل دو ماه بین جلسات آموزشی و پس آزمون فاصله داشته باشد و بهتر است بعد از اجرای پس آزمون پس از ۳ ماه، ۶ ماه، ۱ سال یک ارزیابی مجدد صورت گیرد تا امکان بررسی تاثیر درازمدت آموزش مهارت های زندگی بر تغییر نگرش فراهم آید.
- ۳ - تاثیر این الگو را در تغییر نگرش دانش آموزان نسبت به سوء مصرف مواد مخدر با تاثیر سایر روش ها مورد بررسی و مقایسه قرار دهند.
- ۴ - رویکردهای نوین پیشگیری از مصرف مواد مخدر را بروی تمامی مقاطع تحصیلی مورد بررسی قرار دهند.
- ۵ - پیشنهاد می شود علاوه بر پرسشنامه از سایر ابزارها از جمله مصاحبه و گزارش های شخصی نیز استفاده شود.
- ۶ - در این پژوهش آموزش مهارت های زندگی در ۸ جلسه اجرا شده است پیشنهاد می شود که این آموزشها در جلسات بیشتری ارائه شوند.

## منابع

- آتشین، شعله (1381)، ما، اعتیاد، جامعه، تهران، گوهر منظوم.
- احمدی طهور سلطانی، محسن؛ عسگری، محمد و توقیری، امینه (1392). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل محافظت کننده سوء مصرف مواد در نوجوانان کانون اصلاح و تربیت، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هفتم، شماره بیست و هفتم، 149-160.
- ادیب، یوسف (1385)، بررسی دستیابی نوجوانان ایرانی به مهارت های زندگی، فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، سال هفتم، شماره 25.
- آزور، فتاح (1391)، اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر کاهش علائم افسردگی دانش آموزان پسر اول دبیرستان شهرستان پیرانشهر، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- اسعدی، حسن (1384)، پیشگیری از اعتیاد، تهران، انجمن اولیا و مربیان.
- اسماعیلی، ایرج و همکاران (1390). بررسی اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر تغییر نگرش نسبت به مواد مخدر در میان سربازان وظیفه شاغل در زندان های استان تهران، ویژه نامه مطالعات اعتیاد، دوره دوازدهم، شماره پنجم، 21-25.
- بحرینی بروجنی، مجید و همکاران (1393). بررسی اثر بخشی چهار روش آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد بر تغییر نگرش نسبت به اعتیاد و مواد مخدر در دانش آموزان پسر مقطع متوسطه، مجله دانشگاه علوم پزشکی شهرکرد، دوره 16، شماره 2، 43-51.
- بخشانی، نورمحمد (1381)، پیشگیری و درمان اعتیاد، مدل رفتاری شناختی، ناشر: دانشگاه علوم پزشکی زاهدان.
- بخشی پور رودسری، عباس (1393). راهنمایی پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، تهران، نشر سامان.
- البرز، فریبا (1394)، اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر اساس برنامه سازمان بهداشت جهانی بر رضایت زناشویی زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره بهزیستی شهر تهران، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبائی. تهران.
- بستامی، علیرضا، دالوندی، اصغر، خانکه، حمیدرضا، بستامی، معصومه و پاشایی ثابت، معصومه (1395). بررسی تأثیر آموزش مهارت های تاب آوری بر تغییر نگرش نسبت به مواد مخدر در دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر خرم آباد، نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری، دوره 2 شماره 3 بهار 1395، 40-48.
- پازانی، فریبا (۱۳۸۳). بررسی رابطه شیوه های فرزند پروری و اعتیاد بر میزان گرایش به سوء مصرف مواد در دانش آموزان دختر و پسر دبیرستانی منطقه ۱۶ شهر تهران در سال ۱۳۸۲-۸۳، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.

پورشهباز، عباسی ( 1390). روابط ساختاری عواملی روانشناختی خطرزا و محافظت کننده مصرف مواد مخدر در نوجوانان: مدلی برای پیشگیری اولیه و مداخله روانشناختی، پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

درکه، بهاره؛ کرامتی، هادی و امیری، حسن (1392). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی در کاهش گرایش به مصرف مواد مخدر در تهران، فصلنامه علمی -تخصصی دانش انتظامی پلیس پایتخت، سال ششم، شماره 3، 89-112.

دشتی، افشین (1392)، اثربخشی آموزش پیشگیری از اعتیاد بر نگرش نسبت به مواد مخدر در دانش آموزان، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

دلاور، علی (۱۳۸۶). ساخت و استاندارد سازی پرسشنامه نگرش سنج مواد مخدر و رابطه آن با مؤلفه های فردی و خانوادگی در بین دانش آموزان سال سوم راهنمایی و مقطع متوسطه سراسر کشور، مؤسسه داریوش، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

دهقانی، محمود و جزایری، علیرضا (۱۳۸۵). بررسی توصیفی - تحلیلی رویکردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره پانزدهم، 14-54.

رحمتی، عباسی. (1393). تأثیر آموزش مهارت های مقابله ای به شیوه بحث گروهی بر نگرش دانش آموزان نسبت به مواد مخدر، پایان نامه دکتری دانشگاه علامه طباطبایی تهران.

رضائی نژاد، سالار (1393)، اثربخشی آموزش مهارت های زندگی، مهارت های مقابله با استرس، ابراز وجود بر پیشگیری از عود بیماران مرد مبتلا به اعتیاد، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

روزنهان، دیوید. الی و سلیگمن، مارتین ای. پی، (۱۳۸۰). روانشناسی نابهنجاری، جلد دوم. ترجمه: سید یحیی سید محمدی. تهران: نشر ارسباران.

شاکرمی، عبدالحسین (1392)، درمان اعتیاد به مواد مخدر طبیعی و صنعتی، تهران، نشر گوتنبرگ.

عبدالله پور، مرتضی (1390)، اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر تغییر نگرش دانش آموزان مقطع دبیرستان شهر سیرجان نسبت به سوء مصرف مواد مخدر، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

عزیزی، عبدالرضا (1392). پیشگیری و درمان اعتیاد. مشهد: انتشارات چهارم.

عسگری، امین (۱۳۸۴). تأثیر نقش گذاری روانی (پسیکو درام) بر تغییر نگرش دانش آموزان دختر و پسر دبیرستانهای شهر خرم آباد نسبت به اعتیاد در سال تحصیلی ۱۳۸۳-۸۴.

عصمت پناه، ام البنین و خاکشور، حسین (1388). تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر گرایش نسبت به مواد مخدر در مراجعه کنندگان به مراکز درمان و بازتوانی اعتیاد، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال سوم، شماره دوازدهم، 41-52.

علی پوری نیاز، مینا (۱۳۸۶). ارزشیابی برنامه پیشگیری اجتماع محور اعتیاد در استان آذربایجان شرقی. تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

کفایشان، محمد علی، (۱۳۸۰). خودآموز ترک اعتیاد. تهران: نشر عابد.

محمد خانی، شهرام. (۱۳۸۵). مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر؛ ارزیابی اثر آموزش مهارت های زندگی بر عوامل. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

مهاجر دارابی، هاجر (1392). رابطه نگرش نسبت به مواد و عوامل پیش بین آن در دختران مقطع دبیرستان شهر تهران در سال تحصیلی 92-1391. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

مومنی، خدامراد (1389)، تأثیر آموزش مهارت های زندگی در تغییر نگرش به سوء مصرف مواد به منظور ارائه یک مدل آموزشی در بین دانشجویان در معرض خطر وابستگی به مواد، پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.

مومنی، خدامراد؛ درکه، محسن؛ زکی بی، علی و رضایی، حسن (1390). اثربخشی آموزش مهارت های زندگی بر تغییر نگرش دانشجویان پسر نسبت به سوء مصرف مواد مخدر.

میر دریکوند، فضل الله. (۱۳۸۶). اعتیاد (پیشگیری، تشخیصی، درمان). ناشر: اداره کلی فرهنگ و ارشاد اسلامی لرستان.

ناصری، ابوذر (1392). اثر بخشی مهارت های زندگی بر کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی استثنایی، تهران. دانشگاه علامه طباطبائی.

وزیریان، محسن و مستشاری، گلاره (1390). راهنمای کاربردی درمان سوء مصرف کنندگان مواد. نشر پرشکوه.

یارمحمدی، محمد حسین (1392). طرح ملی تأثیر آموزش پیشگیرانه بر میزان احتمال سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان دبیرستانی شهر اصفهان، سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور با همکاری سازمان بهزیستی کشور.

یونسی، جلال، (۱۳۸۰). تغییر نگرش دانش آموزان نسبت به اعتیاد به مواد مخدر تهران: مرکز تحقیقات علوم پزشکی.

- Aukst-Margetić, B., & Margetić, B. (2005). Religiosity and health outcomes: review of literature. *Collegium Antropologicum*, 29(1), 365-371.
- Bish. B, Hood Jr, R. W, & Gorsuch, R. L.(2008), *The Psychology Of Religion: An Empirical Approach*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Bohner, G. Wanke, M.(2002). *Attitude and Attitude Change*. USA. Psychology press.
- Botvin GJ, Griffin KW, Diaz T, Ifill-Williams M.(2001). Preventing binge drinking during early adolescence: one-and two-year follow-up of a school-based preventive intervention. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2001;15(4):360.
- Botvin, G. J. (2006) preventing tobacco and drug use among high School students through life skill training. *Nurse Health sic*. 8,1648.
- Botvin, G. Griffin, K.W.(2004). Life SKILL TRAINING: empirical finding and future direction. *Journal of primary prevention*, 25(2), 211-218.
- Botvin, G. J. (2005). Preventing drug abuse in School: Social and Competence enhancement approaches individual- level etiologic factors, *addictive Behaviors*.25, No.6, 887-897.
- Botvin, G.J. Kantor, L.W.(2000). Preventing alcohol and tobacco use through life skill training. *Journal of alcohol research& health*.24(4), 10-21.
- Combs, m, I,& skaby, D.A.(2006).social-skills training with children in B.B lohey& A. E. kazdin(eds),*advances in clinical child psychology(vol., 1pp. 161 203)*.newyork.plenum.
- Din Mohammadi, M. R., Amini, K., & Yazdankhah, M. R. (2008). Social and environmental factors affecting this trend Afyuni Perspective B drug addicts to accept treatment and follow-up Introduction Welfare Organization of Zanjan. *Journal of Zanjan University of Medical Sciences*, 15(59), 85-94.
- Dodgen.E.CH;Shea. W.M.(2000)*substance use disorder*. Orlando,
- Furby, L., & Beyth-Maron, R.(1992). Risk taking in adolescence: a direction making perspective. *Development review*, Vol, 12,1-4.
- Gorman DM.(2014). Alcohol & drug abuse: the best of practices, the worst of practices: the making of science-based primary prevention programs. *Psychiatric Services*. 2014.
- Gorman, D. (2002). The science of frug and alcohol prevention: the case of randomized trial of the life skills training program. *International Journal of Prug and Polocy*, 13, 21-26.
- Hawkins, D. Catatano, F. Miller, J.(1992). Risk and protective factor for alcohol and other drug problem in adolescent and early adulthood. *Psychol Bull*. 1992; 112(1):64-105.
- Klee SW, Hilary.(2001). Violent Crime, Aggression and Amphetamine: what are the implications for drug treatment services? *Drugs: education, prevention, and policy*. 2001;8(1):73-90.
- Lovinson, H.J. Ruize, P., Millman, R.B & Longrod, J.G.(2005).*substance abuse*. Williams& Wilkins publishing company.23(2): 764-772.
- Mohammadi M, Jazayeri A, Rafiei H.(2005). Family and individual variables in individuals at risk for substance abuse. *J Rehabil*. 2005;6(1):31-6.

- Moretti F, van Vliet L, Bensing J, Deledda G, Mazzi M, Rimondini M, et al.(2011). A standardized approach to qualitative content analysis of focus group discussions from different countries. *Patient education and counseling*. 2011;82(3):420-428.
- Pentz, m.A. (2007).direction for future research in drug abuse prevention. *Preventive medicine*,23,646652.
- Reber,a.s.8 Reber, E.S.(2007).The penguin dictionary of psychology.penguin Books ltd.
- Riahi M, Aliverdinia A, Soleimani M.(2009). Attitude of the Boy's Students toward the Cigarette Smoking in Ghaemshar City. *irje*. 2009; 5 (3) :44-54. (In Persian)
- Siegel L, Welsh B.(2014). *Juvenile delinquency: Theory, practice, and law*: Cengage Learning; 2014.
- Spoth, R. L., Randall, G. K., Trudeau, L., Shin, C., & Redmond, C. (2008). Substance use outcomes 5 1/2 years past baseline for partnership-based, familyschool preventive interventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 96(1-2), 57-68.
- Teesson, m., Degenhardt, L.& Hall, W.(2002). *Addiction sydney*.psychology press.p.42-45.





## پیوست ها و ضمائم

## پرسشنامه

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

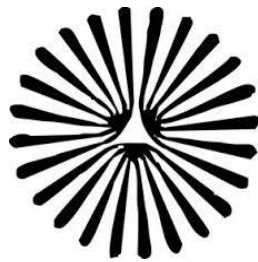
ردیف	سوالات	کاملاً موافقم	تاحدودی موافقم	نظری ندارم	تاحدودی مخالفم	کاملاً مخالفم
1	اعتیاد نشان دهنده‌ی ناتوانی انسان در برابر خواسته هایش است.					
2	برای سرگرمی اشکالی ندارد که گاهی ماده‌ی مخدری را مصرف نمود.					
3	اعتیاد مقام و منزلت می آورد.					
4	اعتیاد به احساس مسئولیت فرد در زندگی لطمه می زند.					
5	استفاده از مواد مخدر به یکبار تجربه کردن می ارزد.					
6	بهتر است بگویم یک معتاد بی اراده است.					
7	مواد مخدر توجه ما را افزایش می دهد.					
8	اگر دوستم متوجه شود که من مواد مخدر مصرف می کنم رابطه اش را با من قطع می کند.					
9	بهتر است حمل مواد مخدر محدود نباشد.					
10	اعتیاد نشان دهنده‌ی این است که فرد معتاد از سطح اجتماعی بالایی برخوردار است.					
11	آدم معتاد برای بدست آوردن مواد حاضر است دست به هر کاری بزند.					
12	ترياک يك ماده‌ی مسکن بوده و اعتیادآور نیست.					
13	بدم نمی آید در یک مهمانی که مواد مصرف می کنند حضور یابم.					
14	حمل و نقل و توزیع مواد مخدر یک کار غیر قانونی است.					
15	آنهايي که به استقلال فکری رسیده اند به اعتیاد روی می آورند.					
16	مواد مخدر خستگی را از تن به دور می کند.					
17	برای من قابل درک نیست که چرا دولت با تولید کنندگان مواد مخدر مبارزه می کند.					
18	مواد مخدر می تواند درک ما را از مسایل افزایش دهد.					
19	استفاده از مواد مخدر موجب تقویت عضلات بدن می شود.					
20	اعتیاد وسیله‌ی خوبی برای فراموشی مشکلات است.					

					اعتیاد نشان دهنده‌ی ضعف فرد معتاد است.	21
					معتاد نیز یک انسان است و دولت باید از آنان حمایت کند.	22
					در مجالس گاهی برای سرگرمی بهتر است استفاده از مواد را به دیگران توصیه نماییم.	23
					استفاده از مواد مخدر آرامش بخش است.	24
					در مسئله اعتیاد فقط خود معتاد گرفتار آن است و دیگران آسیبی نمی بینند.	25
					سعی می کنم از فرد معتاد دوری کنم.	26
					هر موقع تحت شرایط ناراحت کننده قرار گرفتید بهتر است مواد مخدر مصرف ننمایید.	27
					آدم معتاد هیچ جایگاهی در جامعه ندارد.	28
					به نظر من معتاد قدرت تصمیم گیری ندارد.	29
					خطر یکبار مصرف مواد مخدر مثل خطر استعمال آن در طول زندگی است.	30
					به نظر من فرد معتاد هدف مشخصی برای زندگی ندارد.	31
					کسی که به مصرف مواد مخدر روی می آورد دیگر قادر به ادامه‌ی تحصیل نخواهد شد.	32

## **Abstract**

According to the Center for Disease Control and Prevention, the prevalence of behaviors that endangers health is increasing in the teenagers' and young people's community. Addiction and substance abuse are among these high-risk behaviors. Despite the many personal and social impacts of this social dilemma, it is natural that this issue is one of the research priorities in the area of mental health of societies in the context of recognizing, preventing and timely drug abuse. Therefore, in this study, the effectiveness of life skills training in changing the attitude of adolescents and youth to substance abuse in Tabriz city has been investigated. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of life skills training in changing the way adolescents and youths abuse substance abuse. To this end, 60 adolescents and 16-25 year-olds from Tabriz Accelerated Education School, affiliated to the 4th educational district, were selected as the statistical sample and randomly divided into two groups of experimental and control groups. The test group was trained in the life skills of the World Health Organization. Also, to assess the attitude towards drugs, a questionnaire on the attitude towards narcotics was used. Data were then analyzed using spss software. The results showed that life skills training is effective in changing the attitude of adolescents and young people towards substance abuse. In summary, based on the results of educational life skills, an effective prevention program that can significantly change the risk factors associated with drug use. These findings help to clarify the mechanism of action of the life skills curriculum, the findings of the present study confirm the usefulness of socially-based approaches that emphasize the risk factors and psychosocial protective factors associated with drug use.

**Keywords:** life skills, attitude change, substance abuse



**Payame Noor University(PNU)**  
**Faculty of Humanities**  
**Department of Psychology**

**Thesis is approved for the degree of Master of Arts in General Psychology**

**Title**

**The effectiveness of life skills training on attitude change of teenagers and  
youth substance abuse**

**Supervisor**

**Gholamhosein Javanmard (Ph.D)**

**Advisor**

**Ali Mohammadzadeh (Ph.D)**

**Researcher**

**Abdollah Esmahpour**

**Date**

**August 2017**

