



شادی رویکردی نوین در پیشگیری از اعتیاد

دکتر حسن عماری



مجموعه گزارش های راهبردی در حوزه مواد مخدر در راستای بررسی، تحلیل و تبیین ابعاد و مولفه های سیاست های کلی نظام طراحی شده است. هر اثر نتیجه یک پژوهش علمی و یا بررسی تحلیلی است، که به یکی از ابعاد بنیادی و کاربردی سیاست ها توجه دارد. با توجه به اینکه سیاست های کلی در یازده محور، رویکردهای نظام را در حوزه مبارزه با موادمخدر ارائه می دهد، بنابراین لازم است هر محور از دیدگاه دست اندرکاران، اساتید، دانشگاهیان، پژوهشگران و مسئولین اجرایی مورد تأمل و بررسی قرار گیرد. کمیته تخصصی مبارزه با موادمخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام بنا دارد با نظر به پژوهش ها و بررسی های انجام شده پیرامون مولفه های اساسی سیاست های کلی یازده گانه به مناسبت هر محور تخصصی تحلیل ها و گزارشات راهبردی را ارائه دهد.

گزارش راهبردی (19)



گزارش راهبردی
"شادی" رویکردی نوین در پیشگیری از اعتیاد

دکتر حسن عماري

کمیته مبارزه با مواد مخدر
دبیر خانه مجمع تشخیص مصلحت نظام

"شادی" رویکردی نوین در پیشگیری از اعتیاد

- نویسنده: حسن عماری • زیر نظر شورای علمی: کمیته مبارزه با موادمخدر
 - مجمع تشخیص مصلحت نظام • طراحی و صفحه‌آرایی: جامعه و فرهنگ
- شمارگان: 300 نسخه

همه حقوق مترتب بر این اثر متعلق به کمیته مبارزه با موادمخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام است. استفاده از مطالب مندرج در این گزارش با ذکر ماخذ بلامانع است.

مسئولیت محتوای این گزارش بر عهده نویسنده است.

هرگونه پیشنهاد را به آدرس ذیل ارسال نمایید:

کمیته مبارزه با موادمخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام

تهران: بلوار میرداماد، نفت شمالی، بین کوچه چهارم و ششم، شماره 10

تلفن: 22277261

بسمه تعالی

رؤسای محترم قوای سه‌گانه جمهوری اسلامی ایران دامت توفیقاته با سلام و تحیت، سیاست‌های کلی در باب موادمخدر نهایی و ابلاغ گردید، ولی این نگرانی همچنان باقی است که دست اندرکاران، بلای بزرگ و تهدید عظیمی را که از این سو متوجه کشور است به درستی برآورده نکنند و بازهم مشکلات بر روی هم متراکم شود. لذا از آقایان محترم انتظار می‌رود که هر کدام سهم دستگاه خود در اجرائی کردن این سیاست‌ها را با سرعت و قاطعیت و بدون فوت وقت به مرحله‌ی عمل برسانند.

والسلام علیکم

سید علی خامنه‌ای

85/7/10

امریه رهبر معظم انقلاب اسلامی حضرت آیت الله خامنه‌ای «مدظله العالی»
در مورد اجرای سیاست‌های کلی نظام در امر مبارزه با موادمخدر

فهرست مطالب

9	پیشگفتار
11	مقدمه
18	روش اجرا
20	ابزار سنجش
23	یافته ها
24	بحث و نتیجه گیری
29	منابع

به نام خدا

پیشگفتار

سند چشم‌انداز معیارها و شاخص‌های قابل توجه‌ای برای جامعه‌ی ایرانی سال 1404 ترسیم کرده است. وضع مطلوبی که این سند وعده می‌دهد مستلزم اقدامات و برنامه‌های متعددی است که همه‌ی بخش‌های جامعه را دربر می‌گیرد. با این حال، موانع متعددی برای رسیدن به چنان جامعه‌ای در پیش روی ماست و نمی‌توان بی‌توجه به این موانع در فکر نیل به آن اهداف باشیم. بدون شک مساله موادمخدر و روان‌گردان یکی از مهم‌ترین موانع تحقق اهداف سند چشم‌انداز است. در حالی که حداقل 2 میلیون نفر از مردم ایران مواد مصرف می‌کنند و 8 میلیون نفر (خانواده مصرف‌کنندگان) بطور مستقیم با معضلات مصرف مواد مواجه هستند، در حالی که مساله موادمخدر از مهم‌ترین نگرانی‌ها و دغدغه‌های اکثریت مردم به‌شمار می‌رود و در حالی که هزینه اقتصادی سالانه موادمخدر بالغ بر ده هزار میلیارد تومان می‌شود و ... نیل به اهداف چشم‌انداز و تحقق جامعه‌ی مورد نظر نیازمند برنامه‌ها و اقدامات جدی‌تری در حوزه این معضل است.

در ادامه تولید 12 جلد گزارش راهبردی در سال 1389، مجموعه گزارشات راهبردی سال 1390 نیز با نگاه ویژه‌ای تلاش می‌کند ابعاد دیگری از مساله موادمخدر و روان‌گردان در ایران را آشکافی کرده و ایده‌های جدیدی برای سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی و اقدام ارائه دهد.

امید است سیاست‌گزاران، برنامه‌ریزان و مجریان این حوزه با نظرداشت عمق معضل، وسعت نگرانی‌های جامعه و نیز تاکیدات مکرر اسناد بالادستی و مقامات ارشد جمهوری اسلامی برنامه‌ها و اقدامات واقع‌بینانه و موثری را برای کاهش آلام مردم شریف ایران در پیش گیرند.

این گزارش با عنوان "شادی" رویکردی نوین در پیشگیری از اعتیاد" توسط دکتر حسن عماري تهیه شده است که لازم است از زحمات ایشان و همچنین اعضای محترم کمیته تشکر و قدردانی نمایم.

علی هاشمی

رئیس کمیته مستقل مبارزه با موادمخدر

دبیرخانه مجمع تشخیص مصلحت نظام

مقدمه

نوجوانان در معرض خطر به عنوان نوجوانانی که رفتارهای پرخطر داشته، سیگار یا الکل مصرف می کنند و نگرش مثبتی به مواد مخدر دارند، احتمال روی آوردن آنان به مواد مخدر بسیار زیاد است (نایز¹ و مک ایوان²، 2001).

گرایش به مواد مخدر در دانش آموزان تهرانی 25 درصد برآورد شده است که 5 درصد آنان مصرف مواد مخدر را گزارش کرده اند (جزایری، رفیعی و نظری، 1381). در بررسی نگرش دانش آموزان تبریزی به مواد مخدر 10 درصد آنان بر این باور بودند که مواد مخدر در شادابی فرد تاثیر مثبت دارد. 27 درصد کنجکاوی را عاملی برای گرایش به مصرف مواد دانستند. دانش آموزان درباره مواد مخدر بیشتر به ترتیب با دوستان، اعضای خانواده و سپس آموزگاران گفتگو کرده اند و 9 درصد آنان دوستان خود را به والدین معرفی نمی کنند (جباری بیرامی و همکاران، 1387).

بررسی همه گیرشناسی در 30 کشور اروپایی نشان داد که 50 درصد دانش آموزان 16-15 ساله، مصرف الکل و مواد مخدر را تجربه کرده اند (رحیمی موقر، سهیل ایزدیان و یونسینان، 1385).

1-Nies

2-McEwen

در ایران نیز پژوهش ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد¹ در کشور (RSA) نشان می دهد که حدود 70 درصد معتادان در طیف سنی 20-40 سال هستند و بیشترین درصد، به گروه سنی 25-29 سال (23/4 درصد) و 20-24 سال در بین معتادان زندانی (24/8 درصد) مربوط می شود که عمدتاً بین دیپلم و زیر دیپلم (88 درصد) یا در مقطع زیر دبیرستان (58 درصد) بوده اند. همچنین، میانگین سنی شروع مصرف مواد حدود 19 سالگی (با حشیش) بوده که عمدتاً در مهمانی های دوستانه (32/4 درصد) و توسط همسالان بوده است (نارنجی ها و همکاران، 1383). کشور ایران هم اکنون دارای یکی از جوان ترین جمعیت های جهان است و از آنجایی که اعتیاد عمدتاً نسل جوان هر جامعه ای را تهدید می کند و ایران نیز از این مساله مبری نیست بنابراین نیاز به اتخاذ تصمیم جدی در زمینه پیشگیری از اعتیاد وجود دارد. بررسی ها نشان می دهند طی دوره ی زمانی 1357-1377 میزان رشد متوسط سوء مصرف مواد مخدر در ایران سالانه 8 درصد بوده است که این رقم بیش از سه برابر میزان رشد جمعیت با نرخ 2/6 درصد است (خستو، 1381).

بنابراین یکی از راه های کاهش مصرف مواد در بزرگسالی کنترل آن در نوجوانی با آگاه سازی و اصلاح نگرش افراد نسبت به اعتیاد، معتاد و مواد مخدر و اصلاح شیوه زندگی است (طارمیان، 1382). شناخت عوامل زمینه ای گرایش، اصلاح نگرش و شیوه زندگی مهم ترین گام برای آغاز مداخله ها به شمار می روند (موسوی، روح افزا و صادقی، 1383).

با گذشت سال ها ثابت شده است که موثرترین و جدید ترین شیوه های درمانی اعتیاد با میزان بالایی از عود همراه است. زیرا محیط بیماری زا هر پیشرفتی را که در درمان آن ها حاصل شود، تحلیل می برد. محیطی که داروها و مواد در آن به راحتی قابل دسترسی است و شبکه اجتماعی دوستانی که حمایت کننده و تداوم بخش سوء مصرف مواد هستند در آن حضور دارند. بنابراین،

پیشگیری، چاره‌ای منطقی برای ایمن سازی روانی و جسمانی ارائه می دهد. فرض بنیادی راهبردهای پیشگیرانه این است که پیشگیری از سوء مصرف مواد راحت تر، کم هزینه تر و موثر تر از درمان آن است. به این خاطر که برنامه پیشگیری مناسبی برای جمعیت مورد هدف اتخاذ شود، متخصصین پیشگیری به تعریف مجدد رویکردهای پیشگیری، مبنی بر گروهایی که برنامه پیشگیری برای شان طراحی شده پرداخته اند (بوتوین¹ و شینکه²، 1995).

از نظر محتوایی، کوشش هایی را که تاکنون در زمینه پیشگیری از سوء مصرف مواد انجام گرفته را می توان در پنج نوع راهبرد تقسیم کرد که عبارتند از :

الف. رویکرد نشر اطلاعات³، که افزایش آگاهی در مورد مواد، آثار آن ها، پیامدهای مصرف مواد، تقویت نگرش های ضد مصرف مواد را شامل می شود.

ب. رویکرد پرورش عاطفی که شامل افزایش عزت نفس، اتکا به خود، تصمیم گیری مسوولانه، رشد روابط بین فردی و استفاده کم یا عدم استفاده از اطلاعات در مورد مصرف مواد است.

ج. رویکرد جایگزین یا بدیل⁴ که شامل ارائه کردن فعالیت های جایگزین مصرف مواد و کاهش احساس بی حوصلگی یا بیگانگی است. برنامه هایی مانند تاسیس مراکز جوانان، فعالیت های تفریحی و ورزشی، شرکت در طرح های سرویس جامع و آموزش حرفه‌ای این رویکرد را عملی می سازند.

د. رویکرد نفوذ اجتماعی⁵ که شامل افزایش آگاهی از فشار اجتماعی برای مصرف مواد، افزایش دانش در مورد پیامدهای کوتاه مدت مصرف مواد در اثر فشار همسالان و پایه گذاری هنجارهای عدم

1-Botvin

2-Shinke

3-information dissemination approach

4-alternative approach

5-social influence approach

مصرف مواد است که به وسیله ی بحث کلاسی و گروهی، آموزش مهارت های مقابله، تمرین رفتاری، روش های جرات آموزی، بسط تمرین ها از طریق تکالیف خانگی و استفاده از رهبران همتا یا همسال در برنامه های آموزشی محقق می شود.

و رویکرد یکپارچه نفوذ اجتماعی و افزایش توانایی¹، این رویکرد شامل افزایش توان تصمیم گیری، تغییر رفتار شخصی، کاهش اضطراب، افزایش مهارت های قاطعیت ورزی اجتماعی و ارتباط و کاربرد مهارت های عمومی برای مقابله با فشار اجتماعی است، که به وسیله ی بحث گروهی یا کلاسی آموزش مهارت های رفتاری و شناختی (آموزش، تمرین، بازخورد، تقویت، استدلال و دلیل) عملی می شود (بوتوین، 1992).

سوخودولسکی²، کاسینوف³ و گورمن⁴ (2004) در یک فراتحلیل تاثیر درمان های شناختی- رفتاری را بر پرخاشگری کودکان و نوجوانان در معرض سوء مصرف مواد بررسی کردند. آن ها گزارش کردند که درمان هایی که به آموزش مهارت ها پرداخته و مداخله های گروهی و چند وجهی را انجام داده اند تاثیر بیشتری بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه و افزایش مهارت های اجتماعی داشته است.

شواهد پژوهشی نشان می دهد که در مورد مصرف مواد، درمان های گروهی از طریق همسالان تاثیر مثبتی بر نوجوانان در معرض خطر سوء مصرف مواد دارد (ترمبلی⁵، ماس⁶، ویترو⁷ و دوبکین⁸، 1995). شچمن⁹ (2004) به مقایسه درمان های فردی در

1-integrated social influence and enhancement of abilities

2-Sukhodolsky

3-Kassinove

4-Gorman

5-Tremblay

6-Masse

7-Vitaro

8-Dobkin

9-Shechtman

در برابر گروهی در پسران پرخاشگر پرداخت. نتایج نشان داد که گروه درمانی نسبت درمان های فردی تاثیر معناداری بر کاهش پرخاشگری نوجوانان دارد.

به دلیل اینکه نوجوانان در معرض خطر بیشتر با دوستان خود همراهی می کنند و به دلیل اینکه تحت تاثیر گروه ها قرار دارند، لذا درمان های گروهی تجارب موفقیت آمیزتری برای آن ها به همراه داشته است. براون¹ و دامیکو² (2002) گزارش کردند هنگامی که نوجوانان در معرض خطر مصرف مواد در مورد انتخاب روش درمانی مورد سوال قرار گرفتند، 80 درصد از نوجوانان شکل درمان های گروهی را بر درمان های فردی موثرتر دانستند و بیشتر می پذیرفتند. گروه درمانی موجب می شود که تغییرات شناختی، رفتاری و عاطفی تسهیل یابد. مداخله های گروهی به میزان مداخله های فردی و خانوادگی دارای اثربخشی است. از سویی دیگر مداخله های گروهی هزینه ی کمتری نسبت به مداخله های فردی دارد.

شینکه³، فانگ⁴ و کول⁵ (2009) یک برنامه مداخله ی والد-محور را بر روی دختران به اجرا در آوردند. این پژوهش بر روی 916 دختر با میانگین سنی 12/76 سال به اجرا در آمد. نتیجه پژوهش نشان داد که برنامه ی پیشگیری مبتنی بر روابط دختر- مادر تاثیر معناداری بر جلوگیری از مصرف مواد در دختران داشته و نقش حفاظتی دارد. اسمیت، بول- استوت⁶ و کلیلاند⁷ (2009) در یک فراتحلیل بر 34 پژوهش انجام گرفته در بین سال های 1980 تا 2007 در حیطه روش های درمانی و مداخله های پیشگیرانه بر روی

1-Brown

2-D'Amico

3-Schinke

4-Fang

5-Cole

6-Boel-Studt

7-Cleeland

نوجوانان دریافتند که مداخله های درمانی و پیشگیری برای نوجوانان که با نظر مساعد و همکاری والدین صورت می گیرد، نسبت به درمان های بدون حضور والدین، اثربخش تر بوده است.

یونسی و محمدی (1385) در پژوهشی با استفاده از رویکرد نشر اطلاعات به بررسی تاثیر این روش پیشگیری در نگرش به مصرف مواد مخدر در دانش آموزان دبیرستانی مبادرت ورزیدند. بیش از هزار نفر از دانش آموزان دبیرستانی به عنوان گروه تجربی بعد از پاسخ گویی به آزمون نگرش نسبت به اعتیاد در این برنامه در قالب 7 جلسه حضور یافتند. آنان همچنین به این آزمون بعد از حضور در این جلسات، مجددا پاسخ دادند. نتایج نشان داد که تفاوت معناداری در نگرش دانش آموزان نسبت به اعتیاد ایجاد گردیده است، به طوری که در مقایسه با گروه کنترل که حضوری در برنامه های مواجهه نداشت، نظر آزمودنی ها در گروه آزمایشی در مورد اعتیاد منفی تر گردید.

ریگز¹، الفنباوم² و پنتز³ (2006) در پژوهشی تحت عنوان تحلیل مولفه برنامه والدین در پیشگیری از سوء مصرف مواد نوجوانان، 351 والدین و دانش آموزان مقطع راهنمایی را تحت شرایط آزمایشی و کنترل مورد بررسی قرار دادند. مولفه های اساسی برنامه شامل مشارکت متعهدانه والدین در امور تحصیلی، آموزش مهارت های فرزند پروری و فعالیت های خانگی والد- کودک به منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد بود. نتایج پژوهش نشان داد که والدینی که در برنامه مشارکت فعال داشتند و برنامه ها را به اجرا در آوردند در پیگیری دو سال بعد کمتر شاهد سوء مصرف مواد توسط فرزندانشان بودند. یافته های این پژوهش پیشنهاد می کنند که مداخله های متمرکز بر والد نیز می تواند از جمله برنامه های پیشگیری موثر بر سوء مصرف مواد توسط فرزندان باشد. مداخله های متمرکز بر

1-Riggs

2-Elfenbaum

3-Pentz

خانواده تمایل بر مواجهه با عوامل خطر و افزایش عوامل حفاظتی نظیر کاهش سوء مصرف مواد توسط خود والدین، ارتقاء سطح ارتباط والدین و فرزندان و ایجاد هنجارهای ضد مصرف مواد می باشد.

تیز¹ و همکاران (2007) در پژوهشی به بررسی تاثیر برنامه رشد جوان مثبت² (PYD) بر پیشگیری از سوء مصرف مواد در نوجوان در معرض خطر پرداختند. مولفه های این برنامه شامل آموزش حل مساله، دادن اطلاعات در زمینه مواد، افزایش شبکه حمایت های اجتماعی و تصمیم سازی است. نتایج پژوهش نشان داد، نوجوانانی که تحت برنامه مداخله قرار گرفتند به طور معناداری مصرف مواد را زیان بار می دانستند و به طور معناداری کاهش مصرف الکل، ماری جوانا، و دیگر مواد مخدر در طول یک سال پس از اجرای برنامه نشان دادند. مداخله PYD به شکل موثری باعث پیشگیری از سوء مصرف مواد در نوجوانان گروه آزمایش شده بود. ویکاری و همکاران³ (2004) در پژوهشی به بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر روی دانش آموزان دختر دبیرستانی در معرض خطر سوء مصرف مواد پرداختند. در معرض خطر بودن دانش آموزان بر اساس وضعیت اجتماعی- اقتصادی پایین، نگرش مثبت خود و والدین به سوء مصرف مواد، داشتن اختلال های رفتاری و عاطفی و عملکرد تحصیلی پایین تشخیص داده شد. در این برنامه که به شکل آزمایشی انجام گرفت، تلاش بر آن بود تا عوامل محافظت کننده بیشتر مورد توجه قرار گیرد، لذا دانش آموزان در معرض خطر آموزش هایی در زمینه هایی نظیر کسب مهارت های ارتباطی موثر، جرات ورزی، مهارت های مقابله و کسب نگرش منفی به مصرف مواد دریافت داشتند. نتایج پژوهش نشان داد که در پس آزمون و در پیگیری دو سال بعد، دانش آموزان در معرض خطر مهارت های محافظتی در برابر سوء مصرف مواد را به خوبی بکار بسته بودند و مهارت های زندگی نقش معناداری

4-Tebes

5-Positive Youth Development

1-Vicary, et al.

در پیشگیری از سوء مصرف مواد بر روی دانش آموزان دختر دبیرستانی داشت.

مقاله حاضر با هدف پیشگیری اولیه از مصرف مواد و جلوگیری از بروز اعتیاد در میان نوجوانان در معرض خطر می تواند نقش بسیار مهمی در سلامت روانی و جسمانی و شادابی جامعه داشته باشد. با توجه به مسائل مطروحه، هدف مقاله کنونی طراحی، تدوین و اجرای یک الگوی پیشگیری از اعتیاد با نام «شادی» است تا به این فرضیه پژوهشی پاسخ دهد که الگوی پیشگیری «شادی» باعث کاهش نگرش مثبت به مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر مصرف مواد است.

روش اجرا

جهت طراحی، تدوین و ساخت الگوی پیشگیری از اعتیاد «شادی» در مرحله نخست با مراجعه به کتب در زمینه ی نظریه های سوء مصرف مواد، روش های پیشگیری و مداخله، مقاله ها، پایان نامه ها، طرح های پژوهشی انجام گرفته در داخل و خارج از کشور و مصاحبه با اساتید و کارشناسان متخصص در زمینه اعتیاد و پیشگیری، معاونت پیشگیری از آسیب های اجتماعی وزارت آموزش و پرورش و صاحب نظران ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور، طرح مورد نظر طراحی و تدوین گردید. برنامه تدوین شده پیشگیری از اعتیاد برای نوجوانان در معرض خطر اختلال سوء مصرف مواد، شامل مولفه های: شناخت، اجتماعی، دآوری (فضاوت) و یآوری (حمایت) است. این برنامه تدوین شده برای پیشگیری از اعتیاد با علامت اختصاری «شادی» نامگذاری شد. دوره پیشنهادی پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، به رویت ده نفر از اساتید روان شناسی (با مدرک دکترا و با تجربه کار آموزشی در زمینه پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر) رسید. توافق داوران در مورد دوره ی مذکور بیانگر آن است که دوره طراحی شده از روایی لازم برای اجرا برخوردار است.

در مرحله بعدی پژوهش، کلیه دانش آموزان دبیرستان انتخاب شده از میان مدارس مختلف منطقه 15 شهر تهران با استفاده از آزمون نگرش سنج مواد مخدر به شکل زمینه یابی مورد تحلیل قرار گرفتند. در مرحله ی بعد، دانش آموزانی که بالاترین میزان خطر در زمینه ی گرایش به مواد مخدر را بر اساس آزمون نگرش سنجش مواد مخدر داشته و نگرش مثبت تری به مواد مخدر داشتند به عنوان گروه نمونه آزمایشی و کنترل انتخاب شدند. الگوی آموزشی پیشگیری «شادی» که توسط پژوهشگر تدوین شده بر روی دانش آموزان در معرض خطر و والدین آن ها به مدت دو ماه و 16 جلسه به اجرا در آمد. والدین دانش آموزان در معرض خطر نیز طبق الگوی پیشگیری «شادی» در زمینه های، شیوه های برقراری ارتباط با فرزند، شیوه های تربیت و برقراری نظم و انضباط و کنترل آموزش دیدند. پس از اجرای کامل برنامه بر روی گروه آزمایشی و نظارت بر روی گروه نمونه مجددا پرسشنامه نگرش به مواد مخدر بر روی دانش آموزان در معرض خطر به اجرا در آمد. در الگوی تدوین شده آموزش ها به خود دانش آموزان در معرض خطر، والدین آن ها و با کمک از همسالان انجام گرفت. تحلیل های انجام شده نیز در مقایسه آزمون فوق در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون صورت گرفت.

جدول 1، سطوح، مولفه ها و جامعه هدف و تعداد جلسات الگوی پیشگیری «شادی» را نشان می دهد.

جدول 1. دوره ی آموزشی پیشگیری از سوء مصرف مواد «شادی»

تعداد جلسات	والدین	همسالان	فرد	جامعه هدف	سطوح
				مولفه ها	
یک - جلسه برای فرد یک - جلسه همسالان	-	*	*	- اطلاع رسانی	شناخت
	-	*	*	- نمایش فیلم	
	-	*	*	- کتاب، بروشور، پوستر	
	-	*	*	- سخنرانی	

اجتماعی	- ایمن سازی روانی	*	-	-
	- مقاومت ورزشی در برابر مصرف مواد	*	*	-
	- مهارت های مقاومت اجتماعی	*	-	-
	- آموزش جرات ورزشی	*	*	-
داوری (فضاوت)	- مهارت های حل مساله	*	-	-
	- آموزش خود آموزی	*	-	-
	- آموزش مهارت های اجتماعی مطلوب	*	*	-
باوری (حمایت)	تقویت صلاحیت	*	-	*
	- آموزش مهارت های مقابله (کنار آمدن با فشار های روانی، پرورش سخت رویی)	*	-	-
	- آموزش مهارت های زندگی	*	*	-
	- آموزش از طریق همسالان	-	*	-
	- مهارت آموزی به والدین	-	-	*
	- آموزش پاسخدهی کلامی موثر	*	*	*
	- آموزش مهارت های گوش کردن فعال	*	*	*
	- آموزش مهارت های ارتقاء رابطه	*	*	*
	- آموزش مهارت های انضباطی اثربخش	-	-	*
اجتماعی	- دو جلسه فرد	-	-	-
	- یک جلسه همسالان	-	-	-
	- دو جلسه فرد	-	-	-
	- سه جلسه فرد	-	-	-
باوری (حمایت)	- دو جلسه همسالان	-	-	-
	- چهار جلسه والدین	-	-	-
	- دو جلسه فرد	-	-	-
	- سه جلسه فرد	-	-	-

ابزار سنجش

آزمون نگرش سنج موادمخدر: این پرسشنامه توسط دلاور (1383) طراحی و ساخته شده است. پرسشنامه ی نگرش سنج مواد مخدر، نگرش دانش آموزان را نسبت به مواد مخدر می سنجد. این

پرسشنامه 40 سوالی دارای سه خرده مقیاس نگرش نسبت به اثرات استفاده از مواد مخدر، خرده مقیاس نگرش نسبت به خطرات استفاده از مواد مخدر و خرده مقیاس نگرش نسبت به مصرف مواد مخدر در مقیاس لیکرت پنج درجه ای است. تعداد سوال ها به ترتیب برای عامل اول 21 سوال، عامل دوم 10 سوال و عامل سوم 9 سوال است. در زیر به شرح خرده مقیاس های آزمون می پردازیم:

خرده مقیاس اول: نگرش نسبت به اثرات استفاده از مواد مخدر، این خرده مقیاس نگرش فرد نسبت به پیامدهای مثبت یا منفی حاصل از مصرف مواد مخدر را در بر می گیرد. این پیامدها شامل اثرات فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی برای فرد است؛ مثلا فردی که می گوید: «مصرف مواد مخدر موجب کاهش اضطراب و نگرانی می شود»، در واقع او به تاثیر مواد مخدر به عنوان ماده ای آرام بخش از لحاظ روانی اعتقاد دارد و احتمال زیادی دارد که در آینده برای دست یافتن به آرامش درونی به مصرف موادمخدر روی بیاورد. خرده مقیاس دوم: نگرش نسبت به خطرات استفاده از مواد مخدر، این خرده مقیاس به تصورات غیر واقعی فرد در مورد خطرات استفاده از مواد مخدر اشاره دارد، مثلا فردی که می گوید: «خطر مصرف مواد مخدر زمانی است که مواد غیر خالص باشند»، در واقع تصویری غیر واقعی نسبت به خطرات استفاده از مواد مخدر دارد؛ در حقیقت، چنین فردی نگرش مثبتی به استفاده از موادمخدر دارد و در صورتی که دیگران به او مواد مخدر بدهند و او را مطمئن کنند که مواد کاملا خالص است، احتمال زیادی دارد که مواد را مصرف نمایند. خرده مقیاس سوم: نگرش نسبت به مصرف مواد مخدر، این خرده مقیاس به علاقه و تمایل فرد به استفاده از مواد مخدر اشاره دارد که این علاقه صرفنظر از اثرات مثبت یا منفی (فیزیولوژیکی، روانی و اجتماعی) و صرفنظر از خطراتی است که برای او در پی دارد. مثلا فردی که می گوید: «یک بار مصرف موادمخدر به امتحانش می ارزد»، او صرفنظر از پیامدهای مثبت یا منفی و همچنین صرفنظر از

خطراتی که مصرف مواد مخدر برای او در پی دارد، علاقه مند است که از مواد مخدر استفاده نماید.

جهت بررسی اعتبار پرسشنامه نتایج همسانی درونی با استفاده از ضرایب آلفای کرونباخ نشان داد که همه ضرایب آلفا مطلوب و رضایت بخش هستند، به نحوی که در مقیاس نگرش نسبت به اثرات استفاده از مواد مخدر و مقیاس نگرش نسبت به مصرف مواد مخدر ضرایب آلفای محاسبه شده برای کل دانش آموزان، دانش آموزان پسر و دانش آموزان دختر بالاتر از 90 درصد است. در مقیاس نگرش نسبت به خطرات استفاده از مواد مخدر ضریب آلفا برای دانش آموزان دختر 780 درصد و برای دانش آموزان پسر و کل دانش آموزان بالای 83 درصد است (دلاور، 1383).

نتایج به دست آمده برای محاسبه اعتبار آزمون با روش بازآزمایی نیز نشان داد که کلیه همبستگی های حاصله با استفاده از ضریب همبستگی اسپیرمن بین دو اجرای آزمون در فاصله زمانی 14 تا 25 روز بین 0/83 تا 0/88 است که در سطح $p < 0/001$ معنی دار هستند (دلاور، 1383).

به منظور بررسی روایی پرسشنامه از تحلیل عاملی استفاده شد. اطلاعات به دست آمده از ماتریس عاملی چرخش یافته به روش ابلیمین مستقیم و متعامد نشان داد که تمامی سوالات در هر دو روش، روی عامل مربوط به خود از بیشترین بار عاملی برخوردارند، به این معنی که سوالات دقیقاً روی همان عواملی که از قبل پیش بینی شده بودند، دارای بارهای عاملی بزرگتر از 0/35 می باشند (دلاور، 1383).

نتایج چرخش واریماکس نشان داد که سه عامل روی هم 44/27 درصد از واریانس کل پرسشنامه را تبیین می کنند. از این مقدار 18/7 درصد واریانس توسط عامل اول (نگرش نسبت به اثرات مواد مخدر)، 17/41 درصد واریانس توسط عامل دوم (نگرش نسبت به مصرف مواد مخدر) و 8/15 درصد واریانس توسط عامل سوم (نگرش نسبت به خطرات استفاده از مواد مخدر) تبیین می شود

(دلاور، 1383). همچنین نتایج چرخش ابلیمین مستقیم نیز نشان داد که ارزش ویژه مولفه اول 9/39، مولفه دوم 9/20 و مولفه سوم نیز 4/99 است (لازم به ذکر است که هنگامی که مولفه ها همبسته هستند، مجموع مجذورات بارهای عاملی را نمی توان جمع زد و کل واریانس تبیین شده را محاسبه نمود) (دلاور، 1383). نتایج به دست آمده از ماتریس عاملی حاصل از روش ابلیمین مستقیم و متعامد نشان داد که پرسشنامه ساخته شده، جهت سنجش نگرش به مواد مخدر از سه عامل اشباع شده است و تمامی سوالات از بار عاملی قابل ملاحظه ای در عاملی که پیش بینی شده بود برخوردار بودند. میزان همسانی درونی کل آزمون 0/93 است که بسیار مطلوب و رضایت بخش است (دلاور، 1383).

یافته ها

میانگین سن نوجوانان شرکت کننده 16/82 برای گروه آزمایشی و 16/73 برای گروه کنترل بود. همچنین معدل تحصیلی دانش آموزان گروه آزمایشی در نیمسال اول 11/76 و گروه کنترل 11/98 بود. جدول 2 خلاصه داده های توصیفی پیش آزمون و پس آزمون نگرش به مواد مخدر گروه های آزمایش و کنترل را نشان می دهد.

جدول 2. داده های توصیفی پیش آزمون و پس آزمون نگرش به مواد مخدر

گروه ها	پیش آزمون			پس آزمون		
	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	15	155/53	17/82	15	144/80	16/98
کنترل	15	156/13	16/96	15	154/06	18/26

مطابق جدول بالا، میانگین گروه آزمایش (144/80) در پس آزمون نگرش به مواد مخدر پایین تر از میانگین گروه کنترل (154/06) می باشد.

از آنجایی که طرح پژوهش کنونی از نوع طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است، تحلیل آماری مناسب که معمولا بر دیگر روش ها ترجیح داده می شود، و در عین حال بهترین روش نیز هست، تحلیل کوواریانس است (هومن، 1388). بر همین اساس در راستای پاسخ دادن به فرضیه پژوهش از این روش استفاده شد. فرضیه پژوهش: الگوی آموزشی تدوین شده باعث ایجاد نگرش منفی نسبت به مصرف مواد در دانش آموزان گروه آزمایشی می شود. جدول 3 خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس داده ها را در جهت پاسخ گویی به این فرضیه پژوهش نشان می دهد.

جدول 3. نتایج تحلیل کوواریانس متغیر نگرش به مواد مخدر دانش آموزان در معرض خطر

سطح معناداری sig	F	میانگین مجموع مجذورات MS	درجه آزادی DF	مجموع مجذورات SS	تحلیل
0/000	81/952	4014/392	2	8028/783	مدل اصلاح شده
0/744	0/109	5/348	1	5/348	تعاملمتغیر تصادفی (کووریت)
0/000	150/757	7384/750	1	7384/750	متغیر ثابت (گروه بندی شده)
0/002	11/602	568/339	1	568/339	خطا
		48/985	27	1322/583	کل
			30	679261/00	کل اصلاح شده
			29	9351/367	
0/005 P<		= 0/859 r^2		= 0/848 adj r^2	

نتایج جدول بالا نشان می دهد F محاسبه شده (11/602) در سطح $p < 0/005$ معنادار است، بنابراین نتیجه می گیریم که اثر مداخله ی آزمایشی الگوی شادی بر تغییر نگرش دانش آموزان در معرض خطر نسبت به مواد مخدر موثر بوده است. لذا فرض صفر رد گردیده و فرض خلاف تایید گردیده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف اساسی مقاله حاضر تدوین، طراحی و اجرای یک مداخله پیشگیرانه برای نوجوانان در معرض خطر مصرف مواد بود. بر همین اساس، پس از بررسی تحقیقات وسیع انجام شده در این حیطه و بهره گیری از نظرات متخصصان در زمینه پیشگیری از مصرف مواد و اعتیاد، الگوی پیشگیری از مصرف مواد «شادی» تدوین شد. پس از تایید الگوی پیشنهادی توسط متخصصان، دانش آموزان در معرض خطر مصرف مواد مورد شناسایی قرار گرفته و در گام بعدی به بررسی اثربخشی این الگو بر تغییر نگرش به مواد مخدر و پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان پرداخته شد.

نوجوانان در معرض خطر بر اساس ملاک نگرش مثبت به مواد تشخیص داده شدند. نوجوانان در معرض خطر نوجوانانی هستند که نگرش مثبتی به مصرف مواد دارند. شواهدی وجود دارد که نشان می دهد نگرش مثبت به مواد مخدر یکی از مهمترین عوامل خطر و پیش بینی کننده برای مصرف مواد است. در واقع، یکی از موثرترین راه های تشخیص افراد در معرض خطر سوء مصرف مواد، وجود نگرش مثبت به مصرف مواد در کودکی و نوجوانی است (هاوکینز و همکاران، 1992).

باید توجه داشت که 90 درصد افراد بزرگسالی که اعتیاد دارند مصرف مواد را از نوجوانی آغاز کرده اند (شیهان و همکاران، 1988). لذا برنامه های پیشگیری سودمندتر هستند که جامعه هدف آن ها نوجوانان باشد. سوء مصرف مواد نوجوانان و آثار زیان بار آن از

مهمترین نگرانی‌های والدین، متخصصان خدمات جوانان، سیاستمداران، موسسه‌های بشر دوستانه و مراکز بهداشتی است. نکته بسیار مهمی که ضرورت تدوین الگوهای پیشگیری از مصرف مواد را بیشتر روشن می‌سازد، این است که سیگار کشیدن و مصرف مواد اغلب به عنوان اصلی‌ترین عوامل خطر برای بروز مشکلات سلامتی نظیر بیماری‌های قلبی، سرطان، سکتة مغزی، بیماری‌های مزمن ریوی و تصادم‌ها است (مک‌گینیس¹، 1994، به نقل از سارافینو²، 1387). روش‌های پیشگیری متعددی به کار گرفته شده است، اما کمتر الگویی به رویکرد سیستمی توجه داشته است. الگوی طراحی شده «شادی» فرد را به عنوان یک کل و کلیت در نظر می‌گیرد، این بدان معنا است که مردم و رفتارهایشان بسیار پیچیده هستند و برای درک بهتر آن‌ها باید از روش کل‌نگر³ سود برد. جورج انگل⁴ در سال 1980 اظهار داشت که برای انجام دادن این کار می‌توانیم از مفهوم سیستم‌ها که به وسیله لودویگ فن برتالانفی⁵ ارائه شده استفاده کنیم. سیستم، موجودیت پویایی است که از اجزایی تشکیل شده است که به طور مداوم، به هم وابسته اند. فرد، خانواده و همچنین اجتماع محلی و کل جامعه یک سیستم است. سیستم‌ها پیوسته در حال تغییرند و دارای اجزایی مرتبط با یکدیگرند (سارافینو، 1387). بر همین اساس الگوی پیشگیری «شادی» برای نوجوانان در معرض خطر طراحی و به اجرا در آمد. در الگوی پیشگیری «شادی»، مداخله‌ها در سه محور فرد، خانواده و همسالان طراحی شده است.

فرضیه این بود که الگوی پیشگیری «شادی» بر کاهش نگرش مثبت به مواد نوجوانان در معرض خطر موثر است. در راستای پاسخ

1-McGinnis

2-Sarafino

1-holistic

2-Engel

3-Ludwig Von Bertalanffy

گویی به این مفروضه با استفاده از روش تحلیل کوواریانس نتایج پژوهش نشان داد که الگوی طراحی شده در سطح ($P < 0/005$) معنادار است. این نتیجه بدان معنا است که الگوی تدوین شده و بکار بسته در تغییر نگرش مثبت به مواد به سمت نگرش منفی به مواد در نوجوانان در معرض خطر موثر بوده است.

مداخله های انجام شده در الگوی «شادی» به شکل گروهی بوده است که این بخش مداخله طبق بررسی های انجام شده اثربخشی بالاتری نسبت به مداخله های فردی دارد و یافته های این بخش همسو با تحلیل های شچمن (2004)، براون و دامیکو (2002) و ترمبلی و همکاران (1995) از اثربخشی درمان های گروهی است.

مداخله طراحی شده به آموزش های شناختی- رفتاری مهارت های اجتماعی مقابله با سوء مصرف مواد نظیر آموزش حل مساله و آموزش جرات ورزی می پردازد که طبق بررسی های انجام شده این روش ها تاثیر بیشتری بر کاهش رفتارهای پرخطرانه و افزایش مهارت های اجتماعی دارند و این بخش از الگو نیز با فراتحلیل سوخودولسکی و همکاران (2004) درباره تاثیر مداخله های شناختی- رفتاری همسو است.

الگوی پیشگیری «شادی» در بخشی از مداخله های خود از والدین کمک می گیرد و به عبارت دیگر، الگوی طراحی شده والد محور است. پژوهش ها نشان می دهد برنامه های پیشگیری و مداخله ای والد محور تاثیر معناداری بر کاهش مصرف مواد، کسب نگرش منفی نسبت به مواد، افزایش عزت نفس، بهبود روابط والد- فرزند داشته و نسبت به درمان های بدون حضور والدین اثربخش تر بوده است (شینکه و همکاران، 2009، اسمیت و همکاران، 2009؛ ریگز و همکاران، 2006). بر همین اساس و همسو با پژوهش های ذکر شده، الگوی پیشگیری «شادی» در بخشی از مداخله ها به اصلاح شیوه های فرزند پروری، ارتقاء روابط والد- فرزند و آموزش مهارت های ارتباطی پرداخته است.

بیشترین تاکید برنامه های آموزشی الگوی «شادی» بر آموزش مهارت های اجتماعی، مقابله، جرات ورزی، مهارت های ارتباطی موثر با همسالان، دادن اطلاعات ضروری درباره ی مصرف مواد و عوارض آن، حل مساله و آموزش مهارت های زندگی است. یافته های این بخش از مداخله ها نیز با مداخله هایی چون (تیز و همکاران، 2007، برنامه رشد جوان مثبت؛ ویکاری و همکاران، 2004، آموزش مهارت های زندگی؛ یونسی و محمدی، 1385، آموزش رویکرد نشر اطلاعات) همسویی دارد.

به نظر می رسد الگوی پیشگیری از اعتیاد «شادی» با توجه اینکه به ابعاد مهمی در زمینه پیشگیری یعنی به وجود آوردن شناخت در زمینه مواد مخدر و اثرات آن، بهره گیری از مسائل اجتماعی نظیر آموزش مقاومت در برابر مصرف مواد و جرات ورزی، آموزش کسب توانایی قضاوت با کمک حل و تصمیم گیری در شرایط مختلف و حمایت از نوجوانان در معرض خطر با کمک و بهره گیری از والدین و همسالان توجه دارد، اثربخشی بالایی داشته باشد.

در مجموع، نتایج نشان داد که الگوی پیشگیری از اعتیاد «شادی» را می توان به عنوان یک الگوی موثر در زمینه پیشگیری از مصرف مواد بکار برد. پژوهش در حیطه اعتیاد همیشه با حساسیت هایی روبرو بوده است. در این اثر نیز در بخش اطلاع رسانی نسبت به شناخت مواد و عوارض مصرف مواد با محدودیت هایی مواجه بودیم. این مقاله نخستین پژوهش با استفاده از الگوی پیشگیری «شادی» است که انجام پژوهش های دیگر با استفاده از این الگو به منظور کسب پشتوانه تجربی و معتبر ساختن آن احساس می شود. در پایان پیشنهاد می شود الگوی طراحی شده را برای طیف وسیعی از نوجوانان در معرض خطر با عوامل خطر دیگری چون اختلال های خلقی، تاثیر پذیری از همسالان و رفتارهای ضد اجتماعی و پرخاشگرانه به کار برد.

منابع

- جباری بیرامی، حسین؛ بخشیان، فریبا؛ وحیدی، رضاقلی و محمدپوراصل، اصغر (1387)" نگرش و رفتارهای پرخطر دانش آموزان راهنمایی و دبیرستان تبریز در ارتباط با مواد مخدر". مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی، 3، 350-354.
- جزایری، علیرضا؛ رفیعی، حسین و نظری، محمد علی (1381)" نگرش دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر تهران درباره اعتیاد"، فصلنامه رفاه اجتماعی، 7، 217-229.
- خستو، گل آرا (1381)" پیشگیری از سوء مصرف مواد و وابستگی با رویکرد اجتماع محور، فصلنامه رفاه اجتماعی، 6، 1-13.
- دلاور، علی. (1383). ساخت و استانداردسازی آزمون نگرش سنج به مواد مخدر. طرح تحقیقاتی، پژوهشگاه تعلیم و تربیت.
- رحیمی موقر، آفرین؛ سهیمی ایزدیان، الهه و یونسیان، مسعود (1385)" مطالعه مروری وضعیت مصرف مواد در دانشجویان کشو"، مجله پایش، 5، 83-104.
- سارافینو، ادوارد (1387)" روانشناسی سلامت، ترجمه میرزایی و همکارن، تهران: رشد.
- طارمیان، فرهاد (1382) سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان (مفاهیم، نظریه های پیشگیری). تهران: تربیت.
- موسوی، سید غفور؛ روح افزا، حمید رضا و صادقی، معصومه (1382)" ارتباط مصرف سیگار و سایر مواد مخدر در دانش آموزان و دانشجویان با والدین آنها"، پژوهش در علوم پزشکی، 16، 57-59.
- نارنجی ها، هومان؛ رفیعی، حسن؛ باغستانی، احمد رضا؛ نوری، رویا؛ شیرین بیان، پیمان؛ وجدانی روشن، افشین؛ فرهادی، محمد حسین و

اعتمادی، حسین (1383) "ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران"، تهران: موسسه داریوش.
هومن، حیدرعلی (1388) شناخت روش علمی در علوم رفتاری. تهران: سمت.

یونس، سید جلال و محمدی، محمد رضا (1385) استفاده از رویکرد نشر اطلاعات در برنامه های پیشگیری از اعتیاد در میان نوجوانان، دانشور رفتار، 16، 10-1.

Botvin, G.J., Botvin, E.M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol, and drug abuse: prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Developmental Behavior Pediatric*, 13, 290-301.

Botvin, G., & Shinke, O. (1995). *Drug abuse prevention with multiethnic youth*. New York: Sage.

Brown, S. A., & D'Amico, E. J. (2002). In T. A. O'Leary, S. A. Brown, S. K. Colby, (Eds.), treating adolescents together or individually? Issues in adolescent substance abuse interventions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 890-899.

Hawkins, J., Catalano, R., Miller, J. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

Nies, M. & McEwen, M. (2001). *Community health nursing*. Philadelphia: Sanders Co.

Riggs, N., Elfenbaum, P., & Pentz, M. (2006). Parent Program Component Analysis in a Drug Abuse Prevention Trial. *Journal of Adolescent Health*, 39, 66-72.

Shechtman, Z. (2004). The relation of client behavior and therapist helping skills to reduced aggression of boys in individual and group treatment. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54, 435-454.

Schinke, S., Fang, L., Cole, K. (2009). Computer-delivered, parent-involvement intervention to prevent substance use among adolescent girls. *Preventive Medicine*, 49, 429-435.

Sheehan, M., Oppenheimer, E., Taylor, C. (1988). Who comes for treatment: drug misusers at three London agencies? *British Journal of Addiction*, 83, 311–320.

Smith, D., Boel-Studt, S., & Cleeland, L. (2009). Parental consent in adolescent substance abuse treatment outcome studies. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 298–306.

Sukhodolsky, D. N., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 247–269.

Tebes, J. K., Feinn, R., Vanderploeg, J., Chinman, M., Shepard, J., Brabham, T., Genovese, M., & Christian Connell, C. (2007). Impact of a Positive Youth Development Program in urban after-school settings on the prevention of adolescent substance use. *Journal of Adolescent Health*, 41, 239–247.

Tremblay, R. E., Masse, L. C., Vitaro, F., & Dobkin, P. I. (1995). The impact of friends' deviant behavior on early onset of delinquency. *Developmental Psychopathology*, 7, 649–667.

Vicary, J., Henry, K., Bechtel, L., Swisher, J., Smith, E., Wylie, R., & Hopkins, A. (2004). Life Skills Training Effects for High and Low Risk. *The Journal of Primary Prevention*, 25, 399-416.