

## طبقه بندی، همه گیر شناسی و هم ابتلایی اختلالات اعتیاد<sup>۱</sup>

دکتر حمید طاهرخانی<sup>۲</sup>

### چکیده

در حالی که راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۳</sup> (DSM) انجمن روانپزشکی آمریکا طی ۲۸ سال یعنی از سال‌های ۱۹۵۲ تا ۱۹۸۰ تنها دو بار تجدید نظر شده بود، در عرض نصف مدت فوق یعنی ۱۴ سال دوبار دیگر نیز تجدید نظر شد. یعنی، (تدوین DSM -III -R در سال ۱۹۸۷ و DSM - IV در ۱۹۹۴). در همین زمان، برای طبقه‌بندی بین المللی بیماری‌ها<sup>۴</sup> (ICD) که در خارج از آمریکای شمالی مورد استفاده قرار می‌گیرد نیز تعدیل شد. اختلالات اعتیاد یا به عبارتی اختلالات وابستگی یا سوء مصرف مواد روانگردان نیز برای ارائه دلایل و نتایج بهتر از این تغییر مصون نماند. برخلاف سایر اختلالات روانپزشکی که معیارهای اغلب مشابهی در DSM و ICD دارند، در اختلالات اعتیاد معیارهای موجود در ICD بیشتر بر اساس نشانگان وابستگی شکل گرفته است؛ در حالی که این ساختار تا انتشار DSM - IV در DSM اعمال نشده بود. در آخرین بازبینی DSM، معیارهای وابستگی به مواد با آنچه که در ICD-۱۰ بود، منطبق شد و یک سیستم طبقه‌بندی برای اختلالات اعتیاد برای اولین بار پایه گذاری شد که می‌تواند در سراسر جهان مورد استفاده باشد. هدف این مقاله، بررسی سیر تکامل طبقه بندی اختلالات سوء مصرف و وابستگی به مواد، توصیف همه گیر شناسی اختلالات اعتیاد با توجه به تعاریف متفاوتی که از سوء مصرف و وابستگی به مواد شده است، توصیف همه گیر شناسی اختلالات اعتیاد با توجه به تعاریف متفاوتی که وجود دارد و همچنین معرفی سایر اختلالات روانپزشکی که به‌طور شایع با اختلالات اعتیاد همراه هستند، است.

کلید واژگان: اختلالات اعتیاد، طبقه‌بندی DSM و ICD، همه‌گیر شناسی

### توصیف و طبقه‌بندی سیستماتیک بیماری‌ها

---

۱- ائبر حاضر ترجمه مقاله دکتر کاتلین کی. بوچولز (Kathleen.K.Bucholz, PhD)؛ از جمله کلینیک های روانپزشکی آمریکای شمالی - بخش روانپزشکی، دانشکده پزشکی دانشگاه واشنگتن است.

۲- دستیار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران

۳- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

۴- International Classification of Diseases

**الف) طبقه‌بندی DSM-III:** بر اساس طبقه‌بندی DSM-III<sup>۵</sup> توصیف همزمان برای اختلالات سوء مصرف و وابستگی به مواد امکانپذیر است (جدول ۱)، هرچند که این موضوع از روی عمد توسط طراحان سیستم (طبقه‌بندی اختلالات) انجام نشده است. براساس DSM-III، تمام معیارها باید برای تشخیص وجود داشته باشد. برای تشخیص وابستگی به مواد روانگردان در DSM-III، نیاز است که علائم تحمل یا ترک همراه با استفاده بیمار گونه از مواد یا بروز اختلالات عملکرد شغلی یا اجتماعی در اثر مصرف مواد در فرد معتاد دیده شود. در حالی که برای تشخیص سوء مصرف مواد، تنها به وجود شواهدی دال بر استفاده بیمارگونه مواد و اختلال در عملکرد شغلی یا اجتماعی در اثر مصرف مواد برای تشخیص سوء مصرف مواد فقط به وجود شواهدی دال بر استفاده بیمارگونه و اختلال عملکرد نیاز است و احتیاجی به وجود علائم تحمل یا ترک نیست. اگر فردی هر سه شرط را داشته باشد، هم تشخیص وابستگی و هم تشخیص سوء مصرف مواد شامل حال او می‌شود؛ در نتیجه، در تخمین میزان اختلالات اعتیادی، سوء مصرف و وابستگی به مواد با هم ادغام می‌شوند. بویژه، بر این که سوءمصرف پیش درآمد وابستگی نیست، تأکید شده است. این موضوع نیز در طبقه‌بندی‌های بعدی لحاظ شده است.

#### جدول شماره ۱- معیارهای DSM - III برای سوءمصرف مواد و وابستگی به آن

وابستگی به مواد
<p><b>معیار الف:</b> استفاده بیمارگونه از مواد که با هر کدام از موارد زیر مشخص شود:</p> <p>مسمومیت در طول روز، عدم توانایی برای قطع مصرف، تلاش‌های مکرر در کنترل مصرف به شکل خودداری موقت در مصرف یا محدودکردن استفاده در ساعات معینی در روز، ادامه مصرف مواد با وجود علائم فیزیکی جدی که شخص می‌داند با مواد تشدید می‌شود، نیاز به مصرف روزانه برای عملکرد کافی و دوره‌هایی از عوارض ناشی از مسمومیت مواد (مثل فراموشی ناشی از الکل یا مسمومیت با مواد مخدر).</p> <p><b>معیار ب:</b> اختلال عملکرد اجتماعی یا شغلی که ناشی از مصرف مواد باشد؛ این اختلال با هر کدام از موارد زیر مشخص می‌شود: اختلال در ارتباط اجتماعی به دلیل ناتوانی در انجام مسؤولیت‌هایی که در رابطه با دوستان یا خویشاوندان دارد، رفتار غریب و تکانه‌ای، نشان‌دادن خشونت نامناسب، مشکلات قانونی یا رفتارهای جنائی برای تهیه و به دست آوردن مواد، از دست‌دادن کار یا ترک مدرسه، عدم توانایی برای انجام وظیفه مؤثر شغلی یا تحصیلی به خاطر مسمومیت یا غالب بودن استفاده از مواد در زندگی.</p> <p><b>معیار ج:</b> تحمل یا وابستگی که به‌وسیله موارد زیر مشخص می‌شود: برای به دست آوردن اثر مطلوب، نیاز به استفاده بیشتری</p>

از مواد باشد یا برای کاهش اثرات مطلوب نیاز به استفاده بیشتری از مواد باشد و کاهش اثرات مواد با مصرف میزان قبلی (تحمل)، یا علائم ترک که به دنبال قطع یا کاهش مصرف مواد بروز می‌کند که با نشانگان خاص ماده آن همراه است. سوء مصرف به وجود معیارهای الف و ب نیاز دارد. وابستگی به وجود معیار ج علاوه بر الف یا ب نیاز دارد. سوء مصرف و وابستگی به مواد، معیارهای الف، ب و ج نیاز دارد.

برگرفته از انجمن روانپزشکی آمریکا (APA): راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی، تجدید نظر سوم. واشینگتن دی سی، APA، ۱۹۸۰، صفحه ۱۶۴ تا ۱۶۵.

اجازه داده شده که پنج دسته از مواد، هر دو تشخیص سوء مصرف و وابستگی به مواد را داشته باشند که مواد زیر را شامل می‌شوند: ۱- الکل، ۲- آرام بخش‌ها، ۳- مخدرها، ۴- آمفتامین‌ها، (ولی نه سایر محرک‌ها مثل کوکائین) و ۵- حشیش. به سه دسته از مواد شامل: توهم‌زاها، کوکائین و فن‌سیکلیدین (pcp)، تنها اجازه تشخیص سوء مصرف مواد داده شد؛ زیرا وابستگی فیزیولوژیکی این مواد، تا آن زمان برای آنها گزارش نشده بود. برای مصرف توتون و وابستگی در نظر گرفته شد؛ چراکه اختلال عملکرد اجتماعی و شغلی برای آن شناخته شده نبود. مطلب مهم دیگر این است که DSM III، مقطع زمانی خاصی برای معیارها تعیین نکرده بود. بنابراین، این سیستم نشانگان<sup>۱</sup> وابستگی مواد را تثبیت نمی‌کند.

درباره حالت ترک، نیاز به توضیح بیشتری است، چرا که این مسأله تا مدت‌ها مورد بحث محققان بوده است که وجود آن تا چه اندازه‌ای برای تشخیص وابستگی به مواد اهمیت دارد. به عبارت دیگر، این حالت در DSM -III یکی از معیارهای اصلی برای تشخیص وابستگی به مواد و در DSM-III-R یکی از علائم نه‌گانه وابستگی بود. ولی در DSM-IV (همان‌طور که بعداً بیشتر توضیح داده خواهد شد بر این علامت تأکید بیشتری شده است. اخیراً مطالب جدیدی در تایید و اهمیت علائم ترک در تشخیص وابستگی به مواد، انتشار یافته است که حالت ترک را یکی از زیرگروه‌های احتمالی وابستگی به الکل در نظر گرفته اند و گزارشات بالینی مشخصی در این مورد ارائه شده است. گزارشات اخیر، از یافته‌های ژنتیکی درباره دو فنوتیپ مختلف از علائم ترک الکل

۱- Syndrome

نیز حاکی از در نظر گرفتن حالت ترک به عنوان یک زیر گروه احتمالی ژنتیکی وابستگی به الکل است.

حالت ترک در معیارهای DSM-III به عنوان یک نشانگان خاص مصرف مواد ذکر شده است که باید همراه باشد با یکسری علائم که بلافاصله بعد از قطع یا کاهش میزان مواد ایجاد می‌شود. DSM-III علائمی برای حشیش، کوکائین، پی سی پی یا توهم زاها در نظر نگرفته است. برای نشانه های خاصی که با هم اتفاق می‌افتند نیز چند نشانگان تعیین شده است (به عنوان مثال): برای نشانگان ترک الکل، علائمی شامل لرز به همراه یکی دیگر از علائم و برای نشانگان ترک آمفتامین بروز خلق افسرده ذکر شده است.

ب) طبقه‌بندی DSM-III-R: در سال ۱۹۸۷، معیارها برای وابستگی و سوء مصرف تغییرات عمده ای کرد (جدول ۲). ماهیت کلی سیستم طبقه‌بندی متفاوت بود. دیگر لزومی نداشت همانند DSM-III همه علائم ویژه برای تشخیص وجود داشته باشند؛ بلکه وجود تعداد معینی از علائم برای تشخیص کافی بود. همچنین، تشخیص وابستگی و سوء مصرف از یکدیگر مجزا شدند که این موضوع درباره سوء مصرف بیشتر از وابستگی صادق است. در DSM-III-R برای وابستگی به مواد و معیار در نظر گرفته شد و بعضی از علائمی که در DSM-III وجود داشت حذف شد. مثلاً نیاز به این که به واسطه مصرف مواد به‌طور مؤثری عملکرد روزانه فرد مختل شده باشد. وجود سه معیار از ۹ معیار برای تشخیص وابستگی به مواد کافی است. علائم ترک و تحمل که برای تشخیص وابستگی در DSM-III ضروری بود در اینجا تنها به ۲ معیار از ۹ معیار تبدیل شد. همه معیارها طوری بیان شد که نشان‌دهنده مکرر بودن علائم باشد و اتفاق افتادن یک علامت برای یک‌بار ارزشی ندارد. اگرچه در DSM-III-R، دیگر نیازی نبود که معیارهای تشخیص به عنوان یک نشانگان با هم اتفاق بیافتد ولی در معیار B ذکر شد که علامت ۳ علامت یا بیشتر باید در عرض یک دوره یک ماهه یا به صورت تکرار شونده در طی یک دوره طولانی تر زمانی وجود داشته باشند.

جدول شماره ۲- معیارهای DSM-III-R برای وابستگی و سوء مصرف مواد:

#### وابستگی

**معیارهای الف :** حداقل ۳ تا از معیارهای زیر وجود داشته باشد:

- (۱) ماده با میزان بیشتر یا دوره طولانی‌تری از آنچه که خود شخص می‌خواسته استفاده شود
- (۲) تمایل پایدار یک یا چند کوشش ناموفق برای قطع یا کنترل مصرف مواد
- (۳) اختصاص دادن وقت زیاد برای تهیه مواد، استفاده از آن یا بهبودی از اثرات آن
- (۴) موارد متعدد علائم مسمومیت یا ترک، در حالی که شخص باید وظایف شغلی، تحصیلی یا خانگی اصلی را انجام دهد یا زمانی که مصرف مواد از نظر فیزیکی برای شخص خطرناک باشد
- (۵) از دست دادن یا کاهش فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی یا استخدای به‌خاطر مصرف مواد.
- (۶) ادامه مصرف مواد، با این‌که شخص می‌داند که مشکلات مداوم یا متعدد اجتماعی، روانی یا فیزیکی به دلیل مصرف مواد ایجاد می‌شوند یا به سبب مصرف مواد بدتر می‌شوند
- (۷) تحمل قابل توجه: برای مسموم‌شدن یا تأثیر نامطلوب، به افزایش مشخص (حداقل ۵۰ درصد افزایش) مصرف مواد نیاز دارد یا تأثیر مواد با مصرف مداوم مواد به میزان قبلی کاهش می‌یابد
- (۸) علائم ترک مشخص (ممکن است برای کانابیس، مواد توهم زاها و PCP صادق نباشد)
- (۹) مواد برای از بین بردن یا اجتناب از علائم ترک مصرف شوند (برای کانابیس، مواد توهم زا و PCP ممکن است صادق نباشد)

#### سوء مصرف مواد :

**معیارهای الف :** یک الگوی ناهنجار مصرف مواد روان‌گردان، به‌وسیله حداقل یکی از علائم زیر مشخص شود :

- (۱) ادامه مصرف در حالی که شخص می‌داند مشکلات مداوم یا تکراری اجتماعی، شغلی، روانی یا فیزیکی به دلیل مصرف مواد ایجاد می‌شوند یا وضعیت بدتری پیدا می‌کند
  - (۲) مصرف مکرر در موقعیت‌هایی که مصرف از نظر فیزیکی خطرناک است
- معیار ب:** بعضی از علائم اختلال، حداقل برای یک ماه وجود داشته باشند یا مکرراً در مدت زمان طولانی‌تری اتفاق افتاده‌اند
- معیار ج:** هیچ وقت معیارهای وابستگی به مواد برای این ماده وجود نداشته باشد.

برگرفته از انجمن روانپزشکی آمریکا: کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تجدید نظر سوم، بازبینی شده واشنگتن دی سی، APA، ۱۹۸۷، صفحه ۱۶۷ تا ۱۶۹.

همان‌طور که ذکر شد، در DSM-III-R سوء مصرف مواد به عنوان حالت ضعیف‌تر و پیش‌زمینه وابستگی در نظر گرفته شد. از توصیف هر دو بیماری با هم اجتناب شد (برخلاف DSM-III). ولی بعضی اوقات به صورت گمراه‌کننده‌ای اصلاح باقی‌مانده<sup>۱</sup>، برای سوء مصرف به‌کار می‌رفت که حاکی از مواردی بود که از نظر کیفیتی امکان گذاشتن تشخیص وابستگی وجود نداشت. این موضوع چندان حائز اهمیت نبود؛ در عوض، در عمل سوء مصرف مواد به عنوان زیر مجموعه تشخیص وابستگی در نظر گرفته شد؛ زیرا معیارهای آن شامل ۲ مورد ویژه از معیارهای وابستگی بود. در نتیجه، سوء

<sup>۱</sup>-residual

مصرف ساختار غیرمرتبطی با وابستگی نداشت. حاصل این که مجزا کردن دو علامت وابستگی و رد کردن ۷ معیار تشخیص دیگر، حالت غیرمعمولی را ایجاد می‌کرد که باعث اختلالاتی در بعضی از تشخیص‌ها می‌شد. مثلاً مواقعی که یک یا دو معیار وابستگی به مواد وجود داشت، ولی امکان گذاشتن تشخیص به‌عنوان وابستگی یا سوء مصرف وجود نداشت، در واقع برای این گروه هیچ تشخیصی در نظر گرفته نمی‌شد (یتیم‌های تشخیصی). شواهد طولانی مدت نشان داد که گرچه تقریباً ۳۰ درصد بالینی که الکل زیاد می‌نوشند در این گروه قرار می‌گیرند (یتیم‌های تشخیصی)<sup>۲</sup> ولی بیشتر از گروهی که علائم وابستگی به الکل را ندارند به طرف وابستگی به الکل پیش نمی‌روند. به هر حال، به نظر می‌رسد برای گروه‌های خاصی مثل نوجوانان، مفهوم تشخیص‌های تحت کلینیکی ممکن است اهمیت بیشتری داشته باشد.

همانند DSM-III، معیار برای نشانگان‌های ترک ویژه هر ماده در نظر گرفته شد. نشانگان قطع کوکائین نیز به تعاریف اضافه شد؛ ولی برای کانابیس، توهم‌زها، PCP و مواد استنشاقی، همچون DSM-III علائم ترک ذکر نشد. در فهرست علائم همراه نیز تجدید نظر شد و علائمی به آن اضافه شد که نشان دهنده وجود افزایش اطلاعات درباره علائم ترک بود. همانند DSM-III، وجود لرزش برای تشخیص نشانگان ترک الکل ضروری بود که باید همراه باشد با یک علامت دیگری که در فهرستی قرار داشت و کمی طولانی‌تر از DSM-III بود. البته نسبت به DSM - III بسیاری از معیارها حفظ شد. در DSM-III-R کوکائین، PCP و توهم‌زها به فهرست وابستگی به مواد اضافه شدند و مواد استنشاقی نیز به دسته داروهای اضافه شد که هم سوء مصرف و هم وابستگی ایجاد می‌کنند و همانند وابستگی به توتون در DSM - III (نه سوء مصرف آن)، در نظر گرفته شد.

ج) طبقه‌بندی ۱۰ - ICD: همان‌طور که گفته شد، سیستم ICD در اختلالات اعتیاد به مقدار زیادی تحت تأثیر تحقیقات ادواردز و گراس<sup>۱</sup> بر روی نشانگان وابستگی بوده

۲-diagnostic orphans  
۱- Edwards and Gross

است. ICD-۱۰ همانند DSM-III-R، برای تشخیص وابستگی نیاز به وجود یک سری علائم دارد؛ ولی برخلاف آن، یک دوره زمانی یک ماهه مداوم یا ۱۲ ماهه همراه با علائم تکرار شونده در نظر گرفته شد (جدول ۳). بنابراین، یک نشانگان وابستگی شرح داده شد. در واقع به جای ۹ معیار DSM-III-R، فقط ۶ معیار را شامل شد و برای این‌که کم بودن تعداد معیارها جبران شود چندین مشابه در DSM-III-R، مثلاً A<sub>۳</sub> با A<sub>۵</sub>، A<sub>۱</sub> با A<sub>۲</sub> و A<sub>۸</sub> با A<sub>۹</sub>، در هم جمع شدند. اختلال عملکرد اجتماعی در ICD حذف شد و برای حفظ وفاداری به نشانگان وابستگی ادواردز - گراس یک عنوان به نام اشتیاق<sup>۲</sup> در نظر گرفته شد که در طبقه‌بندی DSM وجود نداشت.

## جدول شماره ۳: معیارهای ICD-10 برای وابستگی به مواد

نشانه‌گان وابستگی:	
الف)	وجود سه مورد یا بیشتر از تظاهرات زیر که به طور همزمان ظرف حداقل یک ماه روی داده است یا اگر دوام دوره‌ها کمتر از یک ماه بوده است ظرف یک دوره ۱۲ ماهه چندین بار تکرار شده است:
۱-	تمایل قوی یا احساس اجبار برای مصرف یک ماده.
۲-	عدم توانایی کنترل رفتار و مصرف مواد در زمینه شروع، خاتمه و میزان مصرف که به صورت‌های زیر تظاهر می‌کند. ماده مورد نظر اغلب بیش از میزانی که مورد نظر است، یا بیش از دوره‌ای که مورد نظر است، مصرف می‌شود یا تمایل قوی برای کاهش یا کنترل مصرف مواد وجود دارد و تلاش ناموفقی در این زمینه صورت گرفته است.
۳-	وجود حالت فیزیولوژیک ترک هنگام کاهش یا قطع مصرف که به یکی از صورت‌های زیر تظاهر می‌کند: علائم ترک مشخص آن ماده و مصرف همان ماده (یا ماده مشابه آن) به منظور تسکین یا اجتناب از نشانه‌های ترک.
۴-	شواهد تحمل نسبت به آثار ماده، نظیر نیاز به افزایش قابل ملاحظه میزان ماده برای رسیدن به آثار مسمومیت یا آثار مطلوب یا کاهش بارز اثرات آن ماده با مصرف مداوم مقادیر یکسانی از آن.
۵-	اشتغال ذهنی یا مصرف ماده که با کاهش یا ترک علائق یا لذات مهم دیگر به دلیل مصرف ماده مورد نظر تظاهر می‌کند یا صرف زمان زیادی در فعالیت‌های لازم برای به دست آوردن، مصرف یا بهبودی از آثار ماده.
۶-	مصرف مداوم ماده به‌رغم شواهد روشن، حاکی از پیامدهای زیانبار آن است، به این صورت که با وجود آگاهی شخص از ماهیت و وسعت صدمات حاصل از مصرف ماده (یا انتظار می‌رود که آگاه باشد)، باز به مصرف آن ادامه می‌دهد.
مصرف زیانبار:	
الف)	وجود شواهد قاطعی مبنی بر این‌که مصرف مواد موجب بروز صدمه روانی یا جسمانی شده (نظیر اختلال در قضاوت یا رفتار مختل) یا در بروز آن نقش مهمی داشته است و این صدمه روانی یا جسمانی ممکن است منجر به ناتوانی شده یا پیامدهای نامطلوبی برای روابط بین فردی در بر داشته باشد.
ب)	ماهیت صدمه باید کاملاً مشخص و قابل شناسایی باشد.
ج)	الگوی مصرف حداقل به مدت یک ماه دوام آورد یا به طور مکرر ظرف یک دوره ۱۲ ماهه روی داده باشد.
د)	اختلال واجد ملاک‌های سایر اختلالات روانی یا رفتاری مربوط به همان دارو در همان دوره زمانی نیست (به استثنای مسمومیت حاد)

بر گرفته از سازمان بهداشت جهانی (WHO): ICD-10، ژنو، ۱۹۹۳، صفحه ۵۶ تا ۵۷.

اصطلاح استفاده زیانبار<sup>۱</sup> معادل سوء مصرف در DSM به کار رفت. (به جدول شماره ۳ مراجعه شود) مجدداً یک تفاوت عمده با DSM-III-R این بود که باید یک صدمه واقعی (نه تنها پتانسیل آن) برای تشخیص استفاده زیانبار وجود داشته باشد. در بیان معیار آمده است که «باید ماهیت صدمه کاملاً مشخص و قابل شناسایی باشد».



بنابراین، در سیستم ICD توصیف همزمان برای وابستگی و مصرف زیانبار در مورد یک ماده مشابه طی یک دوره زمانی منع شده است. موادی که برای وابستگی و استفاده زیانبار در نظر گرفته شدند، مشابه DSM-III-R بودند. البته با اضافه کردن وضعیت ترک کافئین و در نظر گرفتن یک معیار آزمایشی برای حالت ترک کانابیس که در سیستم DSM-III-R وجود نداشت.

در طبقه بندی ICD-10 نیز همانند DSM برای تمام مواد بجز توهم زاها و استنشاقی‌ها، نشانگان ترک در نظر گرفته شد. تطابق این علائم در ICD و DSM مجادله برانگیز است، زیرا طرح‌های مختلفی برای علائم تشکیل دهنده در نشانگان در نظر گرفته شده است. وجود لرزش برای تشخیص نشانگان قطع الکل در ICD مطرح نشد ولی در DSM-III-R آمده بود. از طرفی، لزوم وجود تعداد کافی علائم در حال ترک در هر دو سیستم طبقه بندی ایجاد مشکل می‌کند زیرا معیارهای تشخیصی در هر کدام از طبقه‌بندی‌ها ممکن است کاملاً مفصل و طولانی باشد. برخلاف DSM-III-R در طبقه‌بندی ICD برای مواد محرک مثل کافئین نشانگان ترک در نظر گرفته شده است.

د) **طبقه‌بندی DSM-IV:** چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) در سال ۱۹۹۴ منتشر شد و برای نزدیکی بیشتر به سیستم طبقه‌بندی، بسیاری از معیارهای ICD را برای وابستگی به مواد پذیرفت (جدول شماره ۴). این طبقه‌بندی همانند ICD-10، همزمانی معیارهای تشخیصی برای یک دوره ۱۲ ماهه را برای تشخیص حالت ترک پذیرفت. تعداد معیارها از ۹ به ۷ کاهش یافت که قسمتی از آن مربوط به ادغام حالت ترک و برطرف شدن حالت ترک در یک معیار بود و قسمتی نیز به حذف اختلال عملکرد اجتماعی برای تشخیص وابستگی و اضافه کردن آن به معیارهای سوء مصرف مواد مربوط می‌شد. نویسندگان DSM-IV وجود تحمل یا حالت ترک را نیز در معیارهای تشخیص وابستگی به مواد در نظر گرفتند. تنها اختلاف اساسی با معیار ICD در این است که در DSM-IV معیار اشتیاق وجود ندارد. ولی در نهایت هر دو سیستم طبقه بندی از نظر اختلالات اعتیاد با هم تطابق نزدیکی دارند.

اگر چه در زمینه معیارهای سوء مصرف مواد تجدید نظر شد و حتی نسبت به DSM-III-R تغییر وجود داشت، ولی با تشخیص مصرف زینبار که در طبقه‌بندی ICD ذکر شده بود تطابق پیدا نکرد. به عبارت دیگر احتمال مساعد بودن برای صدمه که در سوء مصرف DSM-IV مطرح شده با صدمه واقعی موجود در ICD متفاوت است. اختلال در روابط بین فردی و اجتماعی و شغلی و داشتن مشکلات قانونی ناشی از مصرف مواد در معیارهای سوء مصرف مواد ذکر شد ولی در معیارهای وابستگی وجود نداشت و مشکل وظیفه دو گانه‌ای که برای این معیارها وجود داشت در DSM-IV منتفی شد. تغییر قابل توجه نسبت به DSM-III-R این بود که در DSM-IV - IV معیارهای تشخیصی سوء مصرف مواد، ارتباطی با وابستگی مواد نداشت. بنابراین، یک نشانگان برای سوء مصرف در نظر گرفته شد که در آن نیاز بود علائم به صورت تکرار شونده در عرض یک دوره ۱۲ ماهه وجود داشته باشند. موادی که در DSM-IV برای آنها وابستگی ذکر شد، مشابه مواد ذکر شده در DSM-III-R و ICD-۱۰ بود و همانند طبقه‌بندی‌های قدیمی‌تر جایی برای سوء مصرف نیکوتین در نظر گرفته شد.

#### جدول شماره ۴- معیارهای تشخیص (DSM - IV) برای وابستگی و سوء مصرف مواد

##### معیارهای وابستگی به مواد:

یک الگوی غیر انطباقی مصرف مواد که منجر به تخریب چشمگیر بالینی یا ناراحتی می‌شود و با سه مورد از موارد زیر نظاهر می‌کند که در یک دوره زمانی ۱۲ ماهه بروز می‌کنند:

- ۱- تحمل که به یکی از دو صورت زیر تعریف می‌شود:
  - (a) نیاز به افزایش مقدار ماده برای رسیدن به مسمومیت یا تأثیر دلخواه
  - (b) کاهش قابل ملاحظه اثرات ماده با مصرف مداوم مقادیر یکسانی از آن
- ۲- حالت ترک که به یکی از دو شکل زیر تظاهر می‌کند:
  - (a) نشانگان ترک مشخص برای آن ماده
  - (b) کاهش قابل ملاحظه اثرات ماده با مصرف مداوم مقادیر یکسانی از آن
- ۳- ماده غالباً با مقادیری بیشتر و برای دوره‌ای طولانی‌تر از آنچه مورد نظر است مصرف می‌شود
- ۴- میل دائمی برای کاهش یا کنترل مصرف ماده وجود دارد یا تلاش‌های ناموفقی در این زمینه صورت می‌گیرد
- ۵- زمان زیادی در فعالیت‌های لازم برای به دست آوردن مواد (مثلاً مراجعه به اطباء متعدد یا رانندگی‌های طولانی)، مصرف مواد (مانند تدخین پیاپی) یا رهایی از آثار ماده صرف می‌شود
- ۶- فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی و تفریحی به خاطر مصرف ماده کنار گذاشته می‌شود
- ۷- ادامه مصرف به رغم آگاهی از مشکلات روان شناختی یا جسمانی مستمر یا عود کننده که احتمالاً از مصرف ماده ناشی شده یا در نتیجه آن تشدید می‌شوند (مانند ادامه مصرف کوکائین به رغم وجود افسردگی ناشی از آن، یا ادامه مصرف الکل با وجود شناخت این موضوع که زخم گوارشی با ادامه مصرف آن شدت می‌یابد)

**معیارهای سوء مصرف مواد:**

- الف) الگوی غیر انطباقی مصرف مواد که موجب ناراحتی یا تخریب قابل ملاحظه بالینی شده و با یک یا چند علامت از علائم زیر که در طول یک دوره زمانی ۱۲ ماهه روی می‌دهند، تظاهر می‌کند:
- ۱- مصرف مکرر مواد که منجر به ناتوانی در برآوردن تعهدات عمده مربوط به نقش فرد در کار، مدرسه یا خانه می‌شود (مانند غیبت‌های مکرر یا عملکرد ضعیف شغلی مربوط به مصرف ماده؛ غیبت، تعلیق یا اخراج از مدرسه به دلیل مصرف مواد؛ مسامحه نسبت به فرزندان و خانه)
  - ۲- مصرف مکرر مواد در موقعیت‌هایی که در آنها، مصرف ماده از نظر فیزیکی خطرناک است (مثلاً رانندگی یا کار با ماشین‌آلات تحت تأثیر مواد)
  - ۳- مشکلات قانونی تکراری مربوط به مواد (مانند دستگیری به دلیل رفتارهای نادرست مربوط به مصرف مواد)
  - ۴- مصرف مداوم ماده به‌رغم مشکلات پایدار، عود کننده اجتماعی یا بین فردی که ناشی از تأثیرات ماده بوده یا بر اثر آن تشدید شده‌اند (مواردی نظیر مشاجره با همسر تحت تأثیر مسمومیت، نزاع فیزیکی)
- ب) نشانه‌های فوق هیچ‌گاه واجد ملاک‌های وابستگی به این خانواده از مواد نبوده‌اند.

برگرفته از انجمن روانپزشکی آمریکا: کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تجدید نظر چهارم، واشینگتن دی سی، APA، ۱۹۹۴، صفحه ۱۸۱ تا ۱۸۳

همانند DSM-III-R برای کافئین، کانابیس، استنشاقی‌ها، توهم‌زاها و PCP علائم ترک ذکر نشد. بعضی از نشانگان ترک با ICD تطابق پیدا کرد، مثلاً در نشانگان ترک الکل طبق طبقه‌بندی‌های DSM-III و DSM-III-R، همراهی لرزش با سایر علائم ضرورت داشت، ولی در طبقه‌بندی DSM-IV لرزش فقط یکی از چندین علامتی است که برای تشخیص نشانگان ترک الکل نیاز است. همچنین، فهرست سایر علائمی که باید باهم باشند در هر دو سیستم به صورت محتوایی مشابه بوده‌است. برای سایر مواد نیز علائمی مطرح شده که مشابهت نزدیکی با ICD دارند.

**همه‌گیر شناسی**

طی سال‌های اخیر با استفاده از سیستم‌های طبقه‌بندی موجود، مطالعات زیادی در ارتباط با جمعیت عمومی انجام شد که تقریباً به نحوی همه‌گیر شناسی اختلالات اعتیاد را نشان داده است. اگرچه، اختلالات اعتیاد مجموعاً در نظر گرفته می‌شود ولی وابستگی به الکل به دلیل همه‌گیرشناسی<sup>۱</sup> متفاوت، جدا از سایر اختلالات وابستگی به مواد مورد توجه بوده است. جزئیات مربوط به مطالعات در منابع دیگر به طور مفصل

<sup>۱</sup>-Epidemiology

تری آمده است ولی در اینجا تنها به چند مورد برجسته اشاره می‌شود. همه گیرشناسی حوزه خدماتی<sup>۲</sup> ECA، یکی از پنج مطالعه محلی (البته نه در سطح ملی) بود که در آن جمعیت عمومی (نمونه های ساکن در منزل یا در مؤسسات) شامل بالغین ۱۸ ساله و بالاتر با تعداد نمونه ۱۹۱۸۲ نفر با فاصله یکسال دوبار مصاحبه شدند که این مصاحبه ساختار یافته روانپزشکی و بر اساس معیارهای DSM-III برای تشخیص در طول عمر بود. مطالعه ملی هم ابتدایی<sup>۳</sup> (NCS) نیز یک مطالعه در سطح ملی بود که ساکنین شهرها را (غیر از مؤسسات) در بر می گرفت؛ نمونه‌های این مطالعه ۸۰۹۸ نفر بودند که بین ۱۵ تا ۵۴ سال سن داشتند و فقط یکبار مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM-III-R انجام شد. در نهایت، مطالعه طولی همه‌گیرشناسی ملی الکل<sup>۴</sup>، مطالعه‌ای (NLAES) بود که انجام شد و در آن ۴۲۸۶۲ فرد ۱۸ سال و بالاتر ساکن در منازل، یکبار تحت یک مصاحبه با ساختار (AUDADIS) قرار گرفتند و اختلالات مصرف مواد و افسردگی بررسی شد.

**شیوع الکل در طول عمر:** همان‌طور که انتظار می‌رفت شیوع مصرف الکل در طول عمر بر حسب سیستم طبقه بندی مورد استفاده بود. شیوع سوء مصرف یا وابستگی به الکل در طول عمر بر حسب DSM-III که در مطالعه ECA انجام شد، به طور کلی ۱۳/۷۶ درصد بود (جدول شماره ۵) در حالی که در مطالعه NCS که بر اساس DSM-III-R انجام گرفته بود ۲۳/۵ درصد ذکر شد. در مطالعه NLAES که از سیستم DSM-IV استفاده شد (جدول شماره ۶) شیوع ۱۳/۳ درصدی در طول عمر به دست آمد که بیشتر به مطالعه ECA نزدیک بود (جدول شماره ۷). اگر به علت تفاوت در تعاریف و معیارهای تفاوت در شیوع قابل انتظار بود ولی پراکندگی‌های دموگرافیک بیماری‌ها تقریباً ثابت بود. در هر سه مطالعه، شیوع وابستگی به الکل در مردان بالاتر از زنان بود و نسبت مرد به زن از حدود ۲ برابر در NCS و NCAES تا ۵ در ECA متغیر بود. شیوع در طول عمر در میان‌سالی بیشتر از افراد پیر بود. در حقیقت، تمام مطالعات،

۲ -Epidemiologic Carchement Area

۳- National Comorbidity Study

۴ - National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey

کاهش شیوع با افزایش سن را نشان می‌دهد. اوج شیوع در طول عمر، در گروه‌های سنی متفاوتی وجود داشت: در اوایل میانسالی، در مطالعه ECA مردان، NCS مردان و زنان و NLAES زنان ولی در سنین جوان‌تر در مطالعه ECA زنان و NLAES مردان.

در مطالعات NCS و NLAES، شیوع در طول عمر برای سیاه‌پوستان به طور قابل توجهی نسبت به سفید پوستان کمتر بود. ولی در مطالعه ECA چه در مردان و چه در زنان این شیوع مساوی بود. در ECA، شیوع برای مردان اسپانیایی تبار بیشتر از غیر اسپانیایی تبارها بود. ولی از نظر آماری تفاوت معنی‌داری را نشان نمی‌داد.

جدول شماره ۵- شیوع سوء مصرف و وابستگی به الکل بر اساس DSM-III در مطالعه ECA

نسبت مرد به زن		سوء مصرف یا وابستگی به مواد		سوء مصرف یا وابستگی به الکل	
مواد	الکل	در طول عمر	در طول عمر	در طول عمر	در طول عمر
۱۲ ماهه	در طول عمر	۱۲ ماهه	در طول عمر	۱۲ ماهه	در طول عمر

۱۲۲ □ اعتیاد پژوهی

				۶/۲۷	۶/۱۹	۶/۸۰	۱۳/۷۶	در کل
۲/۹۸	۱/۶۲	۵/۵۰	۵/۲۱	۴/۰۹	۷/۷۲	۱۱/۹۰	۲۳/۸۳	مرد
				۱/۳۷	۴/۷۸	۲/۱۶	۴/۵۷	زن
سن (برحسب سال)								
				گزارش نشده	گزارش نشده	گزارش نشده	گزارش نشده	۱۸ تا ۲۹ ساله
				گزارش نشده	گزارش نشده	گزارش نشده	گزارش نشده	۳۰ تا ۴۴ ساله
				گزارش نشده	گزارش نشده	گزارش نشده	گزارش نشده	۴۵ تا ۶۴ ساله
				گزارش نشده	گزارش نشده	گزارش نشده	گزارش نشده	بالای ۶۵ ساله
مرد								
گزارش نشد	۱/۴۶	۴/۱۱	۳/۸۶	گزارش نشده	۱۵/۹۶	۱۷/۰۳	۲۶/۶۳	۱۸ تا ۲۹ ساله
گزارش نشد	۱/۶۴	۶/۶۵	۵/۰۷	گزارش نشده	۸/۳۶	۱۴/۱۰	۲۷/۹۱	۳۰ تا ۴۴ ساله
گزارش نشد	۰/۹۶	۷/۵۵	۶/۹۱	گزارش نشده	٪۷۷	۷/۸۵	۲۱/۱۵	۴۵ تا ۶۴ ساله
گزارش نشد	۲/۰۰	۶/۷۴	۹/۰۶	گزارش نشده	۰/۱۲	۳/۱۰	۱۳/۴۹	بالای ۶۵ ساله
زن								
				گزارش نشده	۱۰/۹۲	۴/۱۴	۶/۸۹	۱۸ تا ۲۹ ساله
				گزارش نشده	۵/۰۹	۲/۱۲	۵/۵۰	۳۰ تا ۴۴ ساله
				گزارش نشده	۰/۸۰	۱/۰۴	۳/۰۶	۴۵ تا ۶۴ ساله
				گزارش نشده	۰/۰۶	۰/۴۶	۱/۴۹	بالای ۶۵ ساله
مرد								
۳/۱۶	۱/۵۵	۵/۵۴	۵/۱۸	۱۴/۱۵	۷/۸۰	۱۱/۶۸	۲۳/۴۴	سفید پوست
۱/۳۳	۱/۸۰	۴/۶۰	۴/۳۳	۳/۱۱	۷/۲۲	۱۱/۵۱	۲۳/۷۱	سیاه پوست
۳۴/۸۱	۲/۴۸	۶/۴۹	۷/۷۹	۳/۳۲	۶/۲۷	۱۵/۹۷	۳۰/۰۲	اسپانیایی تبار
زن								

طبقه‌بندی اختلالات اعتیاد □ ۱۲۳

				۱/۳۱	۵/۰۲	۲/۱۱	۴/۵۲	سفید پوست
				۲/۳۳	۴/۰۰	۲/۵۰	۵/۴۷	سیاه پوست
				۰/۶۹	۲/۵۳	۲/۴۶	۳/۸۵	اسپانیایی تبار
<b>یافته های دموگرافیک</b>								
<b>نژاد</b>								
				۲/۶۷	۶/۳۵	۶/۶۹	۱۳/۵۸	سفید پوست
				۲/۶۸	۵/۴۶	۶/۵۹	۱۳/۷۶	سیاه پوست
				۱/۹۸	۴/۳۶	۹/۰۸	۱۶/۷۰	اسپانیایی تبار
				زنان در طول عمر	مردان در طول عمر		درکل	
<b>میزان تحصیلات</b>								
				۰/۱۷	۲/۳۵	گزارش نشده	۱۶/۳	تا کلاس ۷
				۱/۳۲	۲/۳۵	گزارش نشده	۱۱/۱	کلاس ۸
				۴/۵۱	۹/۳۱	گزارش نشده	۱۸/۴	کلاس ۹ تا ۱۱
				۳/۹۲	۷/۵۴	گزارش نشده	۱۲/۸	کلاس ۱۲
				۵/۶۸	۱۱/۱۷	گزارش نشده	۱۳/۸	بالتر از دیپلم (کمتر از کالج)
				۵/۶۸	۶/۷۹	گزارش نشده	۱۰/۰	کالج یا بالاتر
<b>وضعیت تأهل</b>								
				۰/۱۷	۲/۳۵	گزارش نشده	۸/۹	ازدواج یا دوام
				۹/۱۴	۱۱/۵۷	گزارش نشده	۱۵/۰	هرگز ازدواج نکرده
				۵/۰۶	۶/۳۱	گزارش نشده	۱۶/۲	مطلقه یا جدا شده (یکبار)
				۶/۶۶	۱۲/۰۴	گزارش نشده	۲۴/۲	چندین بار طلاق گرفته
				۱۹/۹۱	۳۰/۲۴	گزارش نشده	۲۹/۲	زندگی بدون ازدواج رسمی

در مطالعه ECA، میزان شیوع بر حسب نژاد (بویژه در مورد مردان سیاه پوست) با سایر مطالعات متفاوت بود. اوج شیوع در طول عمر برای مردان و زنان سفید پوست و همچنین زنان اسپانیایی تبار در جوان‌ترین گروه سنی بود، ولی برای مردان اسپانیایی تبار در گروه سنی میانسالان جوان (۳۰ تا ۴۴ سال) و برای مردان و زنان سیاه پوست ۴۵ تا ۶۴ سال (گروه سنی میانسالان مسن‌تر) بود. نسبت مردان به زنان در گروه‌های سنی و نژادی برای سفید پوستان و سیاه پوستان تقریباً مشابه بوده است. با این حال

اختلاف جنسی بیشتر در اسپانیایی تبارها دیده می‌شود. به طوری که نسبت مرد به زن بر حسب گروه سنی خیلی بیشتر از غیر اسپانیایی تبارها است. این مسأله بویژه در گروه اسپانیایی تبارهای پیر بارزتر است به طوری که در تعداد کمی از زنان اسپانیایی تبار مسن‌تر، معیارهای تشخیصی وابستگی به الکل در طول عمر مصداق پیدا می‌کند.

جدول شماره ۶- شیوع وابستگی به الکل و مواد بر اساس DSM - III-R در مطالعه NCS

اختلالات مواد	درکل		مردان		زنان		نسبت مرد به زن	
	در طول عمر	۱۲ ماهه	در طول عمر	۱۲ ماهه	در طول عمر	۱۲ ماهه	در طول عمر	نسبت مرد به زن
سوء مصرف الکل	۹/۴	۲/۵	۱۲/۵	۳/۴	۶/۴	۱/۶	۱/۹۵	۲/۱۲
وابستگی به الکل	۱۴/۱	۷/۲	۲۰/۱	۱۰/۷	۸/۲	۳/۷	۲/۴۵	۲/۸۶
سوء مصرف یا وابستگی به الکل	۲۳/۵	۹/۷	۳۲/۶	۱۴/۱	۱۴/۶	۵/۳	۲/۲۳	۲/۶۶
سوء مصرف مواد	۴/۴	۰/۸	۵/۴	۱/۳	۳/۵	۰/۳	۱/۵۴	۴/۳۳
وابستگی به مواد	۷/۵	۲/۸	۹/۲	۳/۸	۵/۹	۱/۹	۱/۵۶	۲/۰۰
سوء مصرف یا وابستگی به مواد	۱۱/۹	۳/۶	۱۶/۴	۵/۱	۹/۴	۲/۲	۱/۵۵	۲/۳۲
بقیه اختلالات اعتیاد	۲۶/۶	۱۱/۳	۳۵/۴	۱۶/۱	۱۷/۹	۶/۶	۱/۹۸	۲/۴۴

جدول شماره ۷- شیوع وابستگی به الکل و مواد بر اساس DSM - IV در مطالعه NLAES

متغیرهای دموگرافیک	وابستگی به الکل		نسبت مرد به زن برای الکل		وابستگی به مواد		نسبت مرد به زن از نظر مواد	
	در طول عمر	۱۲ ماهه	در طول عمر	۱۲ ماهه	در طول عمر	۱۲ ماهه	در طول عمر	نسبت مرد به زن
در کل	۱۳/۲۹	۴/۳۸	۲/۲۰	۲/۴۵	۲/۹۱	٪۴۸		
مرد	۱۸/۳۵	۶/۳۳			۳/۶۷	۰/۶۱	۱/۶۶	۱/۷۴
زن	۸/۴۳	۲/۵۸			۲/۲۱	٪۳۵		
سن (بر حسب سال)								
۱۸ تا ۲۴	۱۹/۳۲	۱۱/۰۶			۴/۱۱	۱/۴۷	۱/۴۸	۲/۱۰
۲۵ تا ۳۴	۱۸/۹۸	۶/۳۵			۵/۷۹	٪۷۴	۱/۲۶	۱/۱۹
۳۵ تا ۴۴	۱۴/۶۶	۳/۵۷			۳/۸۱	٪۳۶	۲/۱۰	۱/۸۱
۴۵ تا ۵۴	۱۲/۰۵	۲/۵۸			۱/۱۵	٪۱۵	۲/۵۲	۱/۰۰
بالای ۵۵	۴/۹۵	۰/۸۵			۰/۱۰	۰/۱۰۰	۰/۶۲	—



مرد						
۱۸ تا ۳۴	۲۴/۸۷	۱۵/۰۶	۱/۸۱	۲/۱۴	۴/۹۱	۲/۰۰
۳۴ تا ۳۵	۲۳/۳۹	۸/۷۵	۱/۶۰	۲/۱۹	۶/۶۴	۰/۸۰
۳۵ تا ۴۴	۲۰/۸۹	۵/۱۷	۲/۴۳	۲/۵۸	۵/۱۸	۰/۴۷
۴۴ تا ۵۴	۱۷/۵۶	۳/۷۰	۲/۵۹	۲/۴۵	۱/۶۶	۰/۱۵
بالای ۵۵	۸/۷۵	۱/۴۵	۴/۴۲	۳/۸۵	۰/۱۳	۰/۰۱
زن						
۱۸ تا ۳۴	۱۳/۷۵	۷/۰۴			۳/۳۱	۰/۹۵
۳۴ تا ۳۵	۱۴/۶۳	۳/۹۹			۵/۱۲	۰/۶۷
۳۵ تا ۴۴	۸/۵۹	۲/۰۰			۲/۴۷	۰/۲۶
۴۴ تا ۵۴	۶/۷۷	۱/۵۱			۰/۶۶	۰/۱۵
بالای ۵۵	۱/۹۸	۰/۳۸			۰/۰۸	۰/۰۰

در بررسی دموگرافیک دیگر، افزایش میزان وابستگی به الکل در افراد کم‌سواد و کم‌درآمد مشاهده شد (جدول‌های شماره ۵، ۸، ۹). در مطالعه ECA شواهد بیانگر شیوع بالا بین افرادی است که تحصیلات را شروع کرده‌اند ولی آنرا تکمیل نکرده‌اند (بدون در نظر گرفتن سطح تحصیلات). برای مثال، افزایش میزان شیوع در کسانی که مدرسه، دبیرستان و کالج را تمام نکرده‌اند بیشتر مشاهده شده است. شیوع در طول عمر برای کسانی که چند بار طلاق گرفته‌اند یا کسانی که با هم زندگی می‌کنند ولی ازدواج نکرده‌اند نیز، نسبت به افراد متأهل بیشتر بوده است. در هیچ کدام از این مطالعات ارتباطی بین شیوع و طول عمر و شهرنشینی یافت نشد.

### درمان

مطالعه ECA از اولین مطالعاتی بود که نشان داد میزان درمان مشکلات مربوط به الکل پایین است (یافته‌ای که در مطالعات بعدی نیز تکرار شد). در ECA تنها ۱۵ درصد از کسانی که معیارهای سوء مصرف یا وابستگی به الکل را داشته‌اند درباره مشکلات مربوط به الکل با پزشک صحبت کرده‌اند. اطلاعات موجود بیانگر این موضوع هستند که تعداد قابل توجهی از بهبودی بدون ارائه درمان برای فرد حاصل می‌شود. البته این نکته قابل بحث است که احتمال دارد در مورد بهبودی محاسبه بیش از اندازه صورت گیرد؛ زیرا یک سال مدت کافی برای نشان دادن بهبودی ثابت نیست.

جدول شماره ۸- یافته‌های دموگرافیک اختلالات اعتیاد: مطالعه NCS

وابستگی به مواد		اختلالات اعتیاد		متغیرهای دموگرافیک
OR§	OR‡	OR+	OR*	
گزارش نشده	گزارش نشده	۱/۰۰	۱/۰۰	مرد
گزارش نشده	گزارش نشده	۰/۳۷	۰/۴۰	زن
سن بر حسب سال				
گزارش نشده	گزارش نشده	۳/۶۵	۱/۳۶	۱۸ تا ۲۴
گزارش نشده	گزارش نشده	۲/۶۵	۱/۹۹	۲۵ تا ۳۴
گزارش نشده	گزارش نشده	۲/۰۰	۱/۵۸	۳۵ تا ۴۴
گزارش نشده	گزارش نشده	۱/۰۰	۱/۰۰	۴۵ تا ۵۴
نژاد				
۱/۰۰	۱/۱۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	سفید پوست
۳/۰۵	۰/۶۹	۰/۴۷	۰/۳۵	سیاه پوست
۲/۳۸	۱/۰۵	۱/۰۴	۰/۸۰	اسپانیایی تبار
۰/۲۲	۰/۹۷			بقیه نژادها
درآمد (بر حسب دلار)				
۱/۸۱	۲/۳۴	۱/۹۲	۱/۲۷	۰ تا ۱۹/۰۰۰
۱/۰۰	۱/۵۱	۱/۱۲	۱/۰۶	۲۰/۰۰۰ تا ۳۴/۰۰۰
۰/۸۴	۱/۲۹	۱/۱۱	۱/۰۶	۳۵/۰۰۰ تا ۶۹/۰۰۰
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۷۰/۰۰۰ یا بیشتر
تحصیلات (بر حسب سال)				
۲/۲۵	۲/۳۰	۲/۱۰	۰/۹۹	۰ تا ۱۱
۲/۱۱	۱/۶۹	۱/۸۰	۱/۲۵	۱۲
۱/۲۷	۱/۳۰	۱/۷۰	۱/۲۰	۱۳ تا ۱۵
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	بالای ۱۶
محل سکونت				
۱/۱۷	۱/۴۰	۱/۰۹	۱/۰۹	شهرهای بزرگ
۱/۲۸	۱/۳۸	۱/۱۲	۱/۱۰	شهرهای دیگر
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	روستا

OR (Odds ratio): این میزان به طور مطمئن تری تفسیر می‌شود؛ مثلاً زنان ۴ برابر مردان در طول عمر یک اختلال اضافی همراه دارند.

\* بر اساس میزان در طول عمر

+ بر اساس میزان در ۱۲ ماه

‡ میزان در طول عمر بر حسب user subsample

§ میزان در ۱۲ ماه بر حسب Lifetime dependent subsample

شیوع سایر مواد (غیر از الکل) در طول عمر: میزان شیوع برای سوء مصرف و وابستگی به مواد یا برای هر دو) بر اساس DSM-III در مطالعه ECA ۶/۲ درصد بود، بر اساس معیارهای DSM-III-R در مطالعه NCS، ۷/۵ درصد ولی ۲/۹ درصد بر اساس معیارهای DSM-IV در مطالعه NCAES بود (جدول‌های شماره ۵ تا ۸). وارنر و همکاران بر اساس دسته‌بندی نمونه‌های NCS بر حسب سال بررسی، سن وقوع و گروه سنی گزارش کردند که میزان‌ها، اساساً با آنچه در NCS آمده است شبیه است (یعنی این که بهبودی در زنان بیشتر از مردان است). در هر سه مطالعه، شیوع در طول عمر وابستگی به مواد در گروه سنی بالاتر از ۴۴ سال قابل اغماض بود. در دو مطالعه NCS و NALAES نیز با استفاده از مسن‌ترین گروه سنی، به عنوان گروه مرجع نشان داده شد که تشخیص وابستگی به دارو در طول عمر در گروه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال از همه بیشتر بوده است. برای تشخیص در ۱۲ ماه گذشته شیوع در سنین ۱۵ تا ۲۴ ساله در مقایسه با گروه‌های مسن‌تر بیشتر بوده است.

چنانچه تجزیه اطلاعات تنها محدود به مصرف کنندگان مواد باشد، میزان وابستگی مردان و زنان در دو مطالعه ECA، NCAES یکسان ولی در مطالعه NCS خیلی بیشتر بوده است. شواهد در مطالعه NLAES نیز نشان داد که زنان در گروه‌های سنی مسن‌تر (۴۵ تا ۵۴ سال) احتمالاً وابستگی بیشتری در طول عمر نسبت به مردان همان گروه دارند. در NLAES، شیوع ۱۲ ماهه به طور قابل ملاحظه‌ای در سیاهان و اسپانیایی تبارها نسبت به سفید پوستان بیشتر بود و در NCS وقتی تجزیه آمار محدود به کسانی که تا آن زمان وابستگی داشتند، شد سیاهان به طور قابل ملاحظه‌ای تشخیص ۱۲ ماهه بیشتری داشتند که این خود نشان می‌دهد وابستگی به مواد در این گروه ثبات بیشتری دارد؛ گرچه وجود وقوع بیشتر را نیز باید در نظر داشت. نسبت مرد به زن در ECA برای سفید پوستان و سیاه پوستان برای شیوع در طول عمر و برای سیاه پوستان برای تشخیص ۱۲ ماهه ۱ بود.

همانند وابستگی به الکل (در مطالعه ECA)، مشاهده شد که وابستگی به مواد در کسانی که تحصیلات ناتمام داشته‌اند (نظیر کسانی که دبیرستان یا کالج را تمام نکرده‌اند) بیشتر دیده می‌شود. بیشترین شیوع در طول عمر، در افرادی که ازدواج

نکرده‌اند یا کسانی که با هم زندگی می‌کنند (ولی تأهل رسمی ندارند)، هم برای مردان و هم برای زنان دیده می‌شود. شیوع در کسانی که کم درآمد بوده اند نیز بالا بوده است. تحصیلات کم در مطالعه NCAES همراه با احتمال بیشتر در تشخیص ۱۲ ماهه، وابستگی به مواد بوده است و در هر دو مطالعه NCS و NCAES افزایش تشخیص در طول عمر را به همراه داشته است. درآمد کم در NCS، با افزایش تشخیص در طول عمر و طی دوره ۱۲ ماهه همراه بوده است، ولی مطالعه NCAES فقط افزایش در طول عمر را نشان می‌دهد.

جدول ۹ - یافته‌های دموگرافیک وابستگی به الکل و مواد بر اساس DSM-IV در مطالعه NLAES

وابستگی به مواد		وابستگی به الکل		دموگرافیک
OR †	OR *	OR †	OR *	
<b>نژاد</b>				
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	سفید پوست
۲/۳۳ ⊖	۰/۹۷	۱/۶۱	۰/۷۹	سیاه پوست
۳/۵۰ ⊖	۰/۹۶	۱/۸۷	۱/۱۸	اسپانیایی تبار
<b>درآمد (بر حسب دلار)</b>				
۲/۰۵	۲/۱۵ ⊖	۲/۲۰	۱/۴۴	کمتر از ۲۰/۴۰۰
۱/۰۳	۱/۸۹ ⊖	۱/۳۲	۱/۲۲	۳۵/۹۸۸ تا ۲۰/۴۰۰
۰/۶۸	۱/۵۱ ⊖	۱/۲۱	۱/۱۸	۳۵/۹۸۹ تا ۷۱/۹۸۸
				بالای ۷۱/۹
<b>تحصیلات</b>				
۱/۸۱ ⊖	۱/۵۴ ⊖	۲/۴۷	۱/۲۴	کمتر از ۱۲
۱/۰۷ ⊖	۱/۳۱ ⊖	۱/۸۱	۱/۰۸	۱۲
۰/۸۰	۰/۹۲	۱/۵۹	۱/۳۰	۱۳ تا ۱۵
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	بالای ۱۶
<b>وضعیت تأهل</b>				
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	اخیراً ازدواج کرده
۰/۸۸	۱/۲۹	۱/۴۴	۱/۲۱	اخیراً ازدواج نکرده
۲/۹۷ ⊖	۱/۰۳	۳/۱۲	۲/۰۲	هرگز ازدواج نکرده
<b>وضعیت سکونت</b>				
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	روستائی
۰/۹۷	۰/۹۳	۱/۱۵	۱/۰۰	شهری

\* وابستگی در طول عمر بر اساس life time user subsample

اگر چه تمرکز این مقاله روی همه گیر شناسی وابستگی به مواد بوده است ولی اطلاعات موجود در NCAES و NCS نیز نشان داد که عوامل خطر متفاوتی همراه با مراحل مختلف پیشرفت سوء مصرف مواد وجود دارد؛ این عوامل شامل اولین مصرف مواد، وجود وابستگی در میان مصرف کنندگان و تداوم مصرف در کسانی که قبلاً وابستگی داشته‌اند، می‌شود. نژادهای غیر سفید به طور قابل ملاحظه ای مصرف مواد کمتری را نشان داده‌اند. ولی هیچ تفاوت قابل ملاحظه‌ای در نژادهای مختلف، از نظر وابسته شدن به مواد وجود نداشت. ولی به هر حال، در میان کسانی که وابسته شده‌اند سیاه‌پوستان دوام بیشتری در وابستگی به مواد در هر دو مطالعه NCS و NLAES نشان داده‌اند. همچنان که برای اسپانیایی تبارها در مطالعه NLAES مطرح بوده است.

### هم ابتلایی

در این مقاله، هم ابتلایی<sup>۱</sup> به معنی وجود سایر اختلالات روانپزشکی در بیماران مبتلا به وابستگی به الکل و سایر مواد است. هم ابتلایی بالایی که بین الکل و سایر مواد وجود دارد به راحتی در جدول شماره ۶ که به شیوع جداگانه ای برای الکل و سایر مواد و همچنین شیوع کلی برای اختلالات اعتیاد اشاره شده، قابل مشاهده است. وقتی همه اختلالات اعتیاد را در نظر داشته باشیم، شیوع در طول عمر سوء مصرف و وابستگی به الکل از ۲۳/۵ به ۲۶/۶ درصد افزایش می‌یابد؛ این موضوع حاکی از شیوع بالا در هر دو اختلال و همچنین وجود بخش زیادی از اختلالات اعتیاد مربوط به الکل است. بجز هم ابتلایی بالای مربوط به الکل و مواد، یک همراهی قوی نیز بین سایر اختلالات

---

۱- Comorbidity

روانپزشکی با وابستگی به الکل و سایر مواد وجود دارد. انتشار یک گزارش از ECA نشان داد که اختلالات روانپزشکی همراه با الکلیسم یکی از اولین علل میزان هم ابتلایی بالا در نمونه های جمعیت عمومی است. به طوری که الکلیک ها سه برابر بیشتر نسبت به کسانی که الکل مصرف نمی کنند به سایر اختلالات روانپزشکی مبتلا می شوند. بعضی اختلالات روانپزشکی بر خلاف آنچه قبلاً فکر می شد ارتباط چندان قوی با وابستگی به الکل ندارند. قبل از مطالعه ECA بسیاری از مقالات مربوط به هم ابتلایی همراه با وابستگی به الکل و سایر مواد بر اساس نمونه های کلینیکی بوده است. نتایج ECA نشان داد که روابط بین نمونه های کلینیکی، نمایانگر تجربیات موجود در جمعیت عمومی نیست. در نمونه های کلینیکی که در مقالات همه گیر شناسی ذکر شده است، فردی که بیش از یک اختلال (روانپزشکی یا فیزیکی) دارد نسبت به فردی که تنها یک اختلال داشته، بیشتر تحت درمان قرار می گیرد (سوگیری و برکسون).<sup>۲</sup>

یافته های موجود در ECA، مبنایی برای NCS شد تا یک مطالعه اساسی در زمینه هم ابتلایی و دخالت آن در اختلالات روانپزشکی انجام گیرد. اطلاعات ECA نیز نشان داد که بیشترین همراهی الکلیسم با اختلال شخصیت ضد اجتماعی، سایر وابستگی های به مواد، مانیا و اسکیزوفرنی است (جدول شماره ۱۰). به طور شگفت انگیزی میزان همراهی افسردگی در حد متوسطی ( $\text{odds ratio} = 1/7$ ) که خیلی کمتر از آنچه که به طور تیپیک در نمونه های کلینیکی دیده می شد، بود. همراهی با اختلالات اضطرابی نیز در حد متوسط با نسبت حدود ۲ تا ۲/۵ بود. اختلال همراه در زنان شایع تر بود: ۶۵ درصد زنان ولی ۴۴ درصد مردان الکلی یک اختلال دیگر روانپزشکی در طول عمر داشتند. یافته های مربوط به ارتباط قوی اختلال شخصیت ضد اجتماعی و وابستگی به الکل با گزارشاتی که بر پایه های کلینیکی بود، هماهنگی داشت. اطلاعات به دست آمده از NCS در بسیاری از موارد همراهی با وابستگی به الکل را، در ECA مشاهده شد، اثبات کرد. در NCS، همراهی با وابستگی به الکل خیلی بیشتر از موارد سوء مصرف الکل بود. بالاترین نسبت (بالاتر از ۶) برای مردان و زنان همراه با وابستگی به

سایر مواد و اختلال شخصیتی ضد اجتماعی و برای مانیا در مردان مشاهده شد. همراهی وابستگی به مواد با اختلالات عاطفی (بجز مانیا) قابل توجه بود ولی از نظر اهمیت متوسط بود (حدود ۳ تا ۴).

جدول ۱۰ - هم‌اتفاقی در طول عمر برای وابستگی به الکل با سایر اختلالات؛ مطالعات ECA و NCS

Odds Ratio			
NCS		ECA	
زن	مرد		
۱۷/۰۱	۸/۳۴	۲۱/۰	اختلال شخصیت ضد اجتماعی
۱۵/۷۵	۹/۸۱	۱۱/۲	وابستگی به مواد مانیا
۵/۳۰	۱۲/۰۳	۶/۲	اسکیزوفرنیا
گزارش نشده	گزارش نشده	۴/۰	اختلال پانیک
۲/۹۸	۲/۲۷	۲/۴	اختلال و سواسی - چری
گزارش نشده	گزارش نشده	۲/۱	دیستایمی
۳/۶۳	۳/۸۱	۱/۸	افسردگی عمده
۴/۰۵	۲/۹۵	۱/۷	سوماتیزیشن
گزارش نشده	گزارش نشده	۱/۸	اختلالات فوبیک اجتماعی
گزارش نشده	گزارش نشده	۱/۴	اجتماعی ساده
۲/۶۲	۲/۴۱	—	بی‌اشتهایی عصبی
۲/۶۳	۳/۱۱	—	نشانه‌های مغزی ارگانیک
گزارش نشده	گزارش نشده	۱/۲	اختلال اضطراب عمومی
گزارش نشده	گزارش نشده	۰/۴	بقیه تشخیص‌ها
۳/۰۱	۳/۸۶	گزارش نشده	
۷/۳۸	۵/۸۵	۲/۸	

با وجود مقطع نگر بودن مطالعه NCS، بعضی از نتایج بر اساس وقوع قابل استنباط بود. از گزارش سن وقوع برای شناسایی اختلالاتی که قبل از وقوع وابستگی به الکل وجود داشته‌اند، استفاده شد. نسبت شیوع برای همه اختلالات روانپزشکی قابل توجه بود ولی آنهایی که بویژه نسبت بالایی داشته‌اند، شامل موارد زیر می‌شود: در مردان،

اختلال اضطراب عمومی، کج خلقی، مانیا، اختلال سلوک، شخصیت ضد اجتماعی و در زنان، اختلال پانیک، اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱</sup> (PTSD)، افسردگی، کج خلقی، مانیا، سوء مصرف مواد، وابستگی به مواد، اختلال سلوک و شخصیت ضد اجتماعی. وقتی که یافته‌ها از جهات مختلف تجزیه و تحلیل می‌شود و اختلالات پیش زمینه‌ای مختلف به صورت منفرد یا با همدیگر در نظر گرفته شود، بیشترین میزان وابستگی به مواد (به تنهایی)، اختلالات عاطفی همراه با سایر اختلالات مربوط می‌شود، این میزان اضطراب در زنان بیشتر از مردان است. اگر چه تشخیص مواد به تنهایی یک پیش بینی کننده قوی برای وابستگی به الکل در مردان نسبت به زنان است، اختلال مواد همراه با سایر اختلالات روانپزشکی نیز به طور مشخص، میزان بیشتری در زنان نسبت به مردان دارد (به طور تیپیک ۲ برابر).

بر خلاف ECA و NCS که اختلالات روانپزشکی عمده را پوشش داده بود، NCAES شامل افسردگی اساسی همراه با اختلالات وابستگی به مواد می‌شد. یافته‌های NCAES همراهی سوء مصرف مواد و وابستگی به الکل را با افسردگی اثبات کرد. همراهی افسردگی با وابستگی به الکل و مواد، قوی‌تر از همراهی آن با سوء مصرف همین مواد است. در NLAES، الکلیک‌ها به طور کلی در طول عمر ۳/۸۲ برابر غیر الکلیک‌ها دچار افسردگی می‌شوند. نسبت احتمال<sup>۲</sup> در مردان (۴/۳۲) تقریباً برابر با زنان (۴/۲۸) و بیشتر از میزانی است که در NCS یافت شد. همچنین این میزان در غیر سیاه‌پوستان (۳/۸۱) نسبت به سیاه‌پوستان (۳/۱۶) بالاتر است و با افزایش سن افزایش می‌یابد (از ۲/۸۸ در جوان‌ترین گروه سنی تا ۱۰/۴ در گروه ۶۵ یا بالاتر).

یافته‌های مقایسه‌ای حتی نشان داد که همراهی افسردگی با وابستگی به مواد بیشتر از همراهی آن با وابستگی به الکل است. افراد وابسته به مواد تقریباً ۷ برابر بیشتر از افراد غیر وابسته، در طول زندگی دچار افسردگی می‌شوند. وقتی نسبت احتمال وابستگی خاص به مواد مورد تحلیل قرار می‌گیرد، ارتباط قوی‌تری بین افسردگی با آمفتامین (۱۰/۲۶) و آرامبخش‌ها (۱۰/۰۶) برای مردان و با آمفتامین (۸/۰۰) و حشیش (۷/۹۸) و

۱- Post – traumatic stress disorder

۲- Odds ratio



وابستگی به داروهای تجویزی در زنان مشاهده می‌شود. عموماً میزان فوق‌بجز در مورد حشیش و کوکائین، برای سایر وابستگی‌های به مواد در میان مردان بیشتر از زنان است. وقتی یافته‌ها در گروه سنی ۱۸ تا ۲۹ ساله با گروه ۳۰ سال و بالاتر مقایسه می‌شود، این میزان به طور ثابتی در گروه سنی بالاتر، بیشتر است (۷/۰۲ در مقابل ۵/۵۲). این موضوع، بویژه درباره وابستگی به آمفتامین و توهم‌زاها بیشتر صدق می‌کند. در تحلیل آماری وابستگی‌های ۱۲ ماهه، نتایج مشابه است. تجزیه و تحلیل آماری بر حسب سن وقوع، همانند آنچه برای NCS انجام شد درباره یافته‌های NLAES ممکن است قابل انجام باشد که از نظر اثبات نتایج NCS مهم است.

### بحث و نتیجه‌گیری

تکامل سیستم‌های طبقه‌بندی تشخیصی در حدی بوده است که هر دو سیستم DSM-IV و ICD-10 را تقریباً مشابه هم کرده‌است؛ و به همین خاطر، محققان و پزشکان در نقاط مختلف جهان تقریباً یک زبان مشترک در مورد تشخیص وابستگی به مواد دارند. گرچه وابستگی به الکل و مواد در تعریف با هم تفاوت دارند ولی از نظر دموگرافیک نسبتاً با هم هماهنگی دارند. شیوع ۱۲ ماهه و در طول عمر، عموماً در بین مردان نسبت به زنان، سفیدپوستان نسبت به غیر سفیدپوستان، گروه‌های سنی جوان‌تر نسبت به گروه‌های مسن‌تر، افراد با سطح درآمد پایین‌تر یا سطح تحصیلی پایین‌تر و کسانی که به طور با دوامی ازدواج نکرده‌اند (شامل کسانی که با هم زندگی می‌کنند ولی تأهل رسمی ندارند) بیشتر است. یافته‌های NCS عوامل الکلیک‌ها بیشتر از غیر الکلیک‌ها مبتلا به یک اختلال روانپزشکی دیگر هستند و اختلال شخصیت ضد اجتماعی، مانیا و سایر وابستگی‌های به مواد نیز از جمله اختلالاتی هستند که ارتباط قوی تری برای همراهی با وابستگی به الکل داشته است. اگر چه همراهی افسردگی و همراهی وابستگی به مواد به آن شدتی که در مطالعات کلینیکی به آن معتقد بودند، وجود نداشت ولی در تجزیه این نتیجه آماری NCS نیز مورد توجه قرار گرفت. نتایج مقطع‌نگر NLAES نیز در رابطه با هم ابتلایی بین افسردگی و وابستگی به الکل و

مواد آشکار کننده اهمیتی تازه برای همراهی بین جنس و سن و افسردگی بود. این نتیجه سبب شناسی گرایش به مواد را بیشتر روشن کند، وقتی که یافته‌های مربوط به سن نیز در نظر گرفته می‌شود.

### References

۱. American Psychiatric Association: **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, ed۲. Washington, DC, American Psychiatric Association, ۱۹۸۰.
۲. American Psychiatric Association, **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, ed۳, revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, ۱۹۹۴
۳. American Psychiatric Association, **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**, ed۴. Washington, DC, American Psychiatric Association, ۱۹۹۴.
۴. Anthony Jc, Helzer JE: **Syndromes of drug abuse and dependence**. In Robins LN, Regier DA (eds): *Psychiatric Disorders in America*. New York, The Free Press, ۱۹۹۱.
۵. Bucholz KK, Heath AC, Reich T, et al: **Can we subtype alcoholism? A latent class analysis of data from relatives of alcoholics in a multi-center family study of alcoholism**. *Alcohol Clin Exp Res* ۲۰:۱۴۶۲-۱۴۷۱, ۱۹۹۶.
۶. Dawson DA: **Gender differences in the probability of alcohol treatment**. *J Subst Abuse* ۸:۲۱۱-۲۲۵, ۱۹۹۶.
۷. Edwards G, Gross MM: **Alcohol dependence: Provisional description of a clinical syndrome**. *BMJ* ۱:۱۰۵۸-۱۰۶۱, ۱۹۷۶.
۸. Foroud T, Bucholz KK, Edenberg HJ, et al: **Linkage of an alcoholism-related severity phenotype to chromosome ۱۶**. *ACER*, ۱۹۹۸; ۲۲:۲۰۲۵-۲۰۴۲
۹. Goate A, Edenberg H, Foroud T, et al: **A genome-wide search for genetic susceptibility to symptoms of alcohol withdrawal**. Presented at the ۲۰<sup>th</sup> Annual Meeting of the Research Society on Alcoholism, San Francisco, July ۱۹۹۷.
۱۰. Grant BF: **Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: Results of a national survey of adults**. *J Subst Abuse* ۷:۴۸۱-۴۹۷, ۱۹۹۵.
۱۱. Grant BF: **Prevalence and correlates of drug use and DSM-IV drug dependence in the United States: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey**. *J Subst Abuse* ۸:۱۹۵-۲۱۰, ۱۹۹۶.
۱۲. Grant BF: **Prevalence and correlates of alcohol use and DSM-IV alcohol dependence in the United States: Results of the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey**. *J Stud Alcohol* ۵۸:۴۶۴-۴۷۳, ۱۹۹۷.
۱۳. Grant BF, Harford TC: **Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: Results of a national survey**. *Drug Alcohol Depend* ۳۹:۱۹۷-۲۰۶, ۱۹۹۵.

١٤. Grant BF, Hasin DS: **The Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule**. Rockville, MD, National institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, ١٩٩٢.
١٥. Hasin D, Paykin A: **Dependence symptoms but no diagnosis: Diagnostic “orphans” in a community sample**. Drug Alcohol Depend ٥٠:١٩-٢٤, ١٩٩٨.
١٦. Helzer JE, Przybeck TR: **The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment**. J Stud Alcohol ٤٩:٢١٩-٢٢٤, ١٩٨٨.
١٧. Helzer JE, Burnham MA, McEvory L: **Alcohol abuse and dependence**. In Robins LN, Regier DA (eds): Psychiatric Disorders in America. New York, The Free Press, ١٩٩١.
١٨. Herd D: **Subgroup differences in drinking patterns among black and white men: Results from a national survey**. J Stud Alcohol ٥١:٢٢١-٢٢٢, ١٩٩٠.
١٩. Hesselbrock MN, Meyer RE, Keener JJ: **Psychopathology in hospitalized alcoholics**. Arch Gen Psychiatry ٤٢:١٠٥٠-١٠٥٥, ١٩٨٥.
٢٠. Hesselbrock V, Meyer R, Hesselbrock M: **Psychopathology and addictive disorders: The specific case of antisocial personality disorder**. In O’Brien CP, Jaffe JH (eds): Addictive States. New York, Raven Press, ١٩٩٢.
٢١. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, et al: **Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey**. Arch Gen Psychiatry ٥٤:٣١٣-٣٢١, ١٩٩٧.
٢٢. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al: **Lifetime and ١٢-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity survey**. Arch Gen Psychiatry ٥١:٨-١٩, ١٩٩٤.
٢٣. Reich T, Cloninger CR, Van Eerdewegh P, et al: **Secular trends in the familial transmission of alcoholism**. Alcohol Clin Exp Res ١٢:٤٥٨-٤٦٤, ١٩٨٨.
٢٤. Robins LN, Regier DA: **Psychiatric Disorders in America**. New York, The Free Press, ١٩٩١.
٢٥. Schuckit MA, Hesselbrock V, Tipp J, et al: **A comparison of DSM-III-R, DSM-IV and ICD-١٠ substance use disorders diagnosis in ١٩٢٢ men and women subjects in the COGA study**. Addiction ٨٩:١٦٢٩-١٦٣٨, ١٩٩٤.
٢٦. Schuckit MA, Smith RL, Daepfen JB, et al: **The clinical relevance of the distinction between alcohol dependence with and without a Physiological component**. Am J Psychiatry ١٥٥:٧٣٣-٧٤٠, ١٩٩٨.

٢٧. Warner LA, Kessler RC, Hughes M, et al: **Prevalence and correlates of drug use and dependence in the United States: Results from the National Comorbidity Study**. Arch Gen Psychiatry ٥٢:٣١٣-٣٢١,١٩٩٥.
٢٨. World Health Organization: **The ICD-١٠ Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research**. Geneva, World Health Organization, ١٩٩٣.



## مقایسه سبک اسناد (مدل درماندگی آموخته شده) در جوانان معتاد و غیر معتاد شهر یزد

منصوره حاج حسینی<sup>۱</sup>  
دکتر مهناز اخوان تفتی<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف از انجام تحقیق حاضر، بررسی تاثیر سبک اسناد<sup>۳</sup> بر میزان گرایش و ابتلای جوانان بر اعتیاد بوده است. برای دستیابی به این هدف، فرض شده که جوانان معتاد سبک تبیین بدبینانه تری نسبت به جوانان غیر معتاد دارند؛ یعنی، درماندگی آموخته شده<sup>۴</sup> در جوانان معتاد بیشتر از جوانان غیر معتاد است و بر اساس ابعاد شش گانه سبک اسناد، شش فرض فرعی تدوین شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه جوانان ۱۸ تا ۲۸ ساله ساکن در شهر یزد (در قالب دو گروه معتاد و غیر معتاد) بود که برای انتخاب نمونه معتاد از روش سر شماری، و برای انتخاب نمونه غیر معتاد از روش تصادفی استفاده شد. در نهایت ۹۷ معتاد و ۱۰ غیر معتاد برگزیده شدند. برای جمع آوری اطلاعات، از پرسشنامه سبک اسنادی (ASQ) استفاده به عمل آمد. سپس، توسط آزمون آماری t مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در پایان مشخص شد که سبک تبیین جوانان معتاد برای وقایع خوشایند و ناخوشایند، بدبینانه تر از جوانان غیر معتاد است و آنها به نسبت بیشتری به درماندگی آموخته شده مبتلا هستند.

کلیدواژگان: اعتیاد، سبک اسناد، درماندگی آموخته شده

### مقدمه

اعتیاد ابتلای اسارت آمیز فرد به ماده یا دارویی مخدر است، به گونه‌ای که او را از نظر جسمی و روانی به خود وابسته ساخته و کلیه رفتار فردی و اجتماعی او را تحت الشعاع قرار می‌دهد. اعتیاد امروزه به عنوان مهم ترین آسیب اجتماعی جامعه انسانی را مورد هجوم خود قرار داده است. فرد معتاد نه تنها مؤثر و سازنده نیست، بلکه حتی نسبت به اعضای خانواده خود نیز احساس مسؤولیت نمی‌کند. روابط اجتماعی او بسیار سطحی و تصنعی بوده و به ندرت می‌تواند به پیوندهای مستحکم عاطفی تعهد یابد. چنین فردی

۱- کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی

۲- استادیار و معاون آموزشی دانشگاه الزهراء

۳-Attributional theory

۴-Learned helplessness

تنها به برآوردن نیاز خود می‌اندیشد و برای دستیابی به آن، به هر عملی دست می‌زند. از این رو، جرائم اجتماعی مانند دزدی، فحشا، قتل و ... در بین معتادان به مراتب بیشتر است. بویژه، امروزه اعتیاد به دلیل همراه شدن با برخی بیماری‌های مهلک مانند هپاتیت و ایدز به عنوان یک مشکل جهانی، باعث ضررهای فراوان برای فرد، خانواده و اجتماع شده است. برای مقابله با این معضل جهانی پژوهش‌های متعددی صورت گرفته و در آن به نظریات مختلف از لحاظ نوع، شکل، تعداد، آثار و عواقب آن توجه شده است.

در بعد زیستی، برخی نظریه پردازان به تأثیر ویژگی‌های روانشناختی فرد، در گرایش به اعتیاد پرداخته‌اند. در بعد اجتماعی نیز بر تأثیر خانواده، گروه همسالان، مدرسه، سیاست، عوامل فرهنگی و ... تمرکز کرده‌اند، اما امروزه دیدگاهی دیگر مطرح است که بر فرد و تصمیم و اراده او تکیه دارد. صاحب‌نظران در این دیدگاه معتقدند که اگر فرد به این باور برسد که مواد مخدر راه حل مناسبی برای حل مشکل یا فرار از آن نیست، و از سوی دیگر چنانچه در مواقع مواجهه با مشکل بتواند نسبت به آن آگاهی یافته و راه حل‌های منطقی را شناسایی کند و با بینش تصمیم بگیرد به گونه‌ای دیگر عمل می‌کند و برای فرار از آن به دام اعتیاد نمی‌افتد (مه‌ریار ۱۳۷۷).

به طور کلی، در این دیدگاه نگرش فعال‌تری به فرد و سازمان شناختی، باورها و انتظارات او وجود دارد که می‌تواند مبنای عمل برای تأثیر گذاری بر تصمیم فرد در روی آوری یا مقاومت در برابر مواد واقع شود.

### طرح و بیان مسأله

الیس<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۸۸) در کتاب «درمان عقلانی-هیجانی افراد الکلی و سوء مصرف کنندگان مواد»<sup>۲</sup> به این موضوع اشاره می‌کنند که نوع تفکر و باور فرد معتاد است که او را به طرف مصرف مواد سوق می‌دهد یا از آن دور می‌سازد. نگرش فرد معتاد غالباً ناهشیار، اغراق شده، مطلق‌گرایانه و غیر قابل انعطاف بوده و از این منظر، فرد

۱-Ellis

۲-Rational-Emotive therapy with alcoholics substance abusers



معتاد از تحمل کمی برای ناکامی برخوردار است و هنگام مواجهه با ناکامی معمولاً افکاری با محتوای زیر به ذهنش هجوم می‌آورند:

- ۱) الکل یا داروی مخدر مشکل ساز نیست
- ۲) الکل یا داروی مخدر بهترین راه حل برای مشکلات و مسایل هیجانی است
- ۳) از تمام هیجانات منفی هر چقدر هم که ارزشمند باید اجتناب کرد
- ۴) من فردی معتاد و در نتیجه فاقد ارزش و لیاقت هستم.

در واقع نظریه پردازی چون الیس در این رویکرد با تمرکز بر شناخت و سیستم باورها، فرد را محور اصلی توجه خود قرار می‌دهد. در این رویکرد نظریه دیگری که می‌تواند برای تبیین کنش‌های مخرب انسان به کار آید، نظریه سبک اسناد است که به طور مشخص بخش خاصی از سیستم شناختی آدمی - یعنی طریقه اسناد دادن او - را مورد بررسی قرار می‌دهد. سلیگمن<sup>۱</sup> (۱۹۷۸) اظهار می‌دارد که افراد هنگام مواجهه با حوادث مختلف از خود می‌پرسند که چرا؟ و پاسخ یا تغییری که از واقعه دارند بر انتظارات آنها و نحوه واکنش و عمل بعدی آنها تأثیر می‌گذارد. این تبیین حول سه محور درونی - بیرونی، پایدار - ناپایدار و کلی - اختصاصی قرار می‌گیرند در بدترین حالت، فرد شکست را به عوامل درونی، پایدار در طول زمان و به کلی مانند توانایی نسبت می‌دهد و برعکس در شرایط پیروزی یا موفقیت عوامل بیرونی، ناپایدار و اختصاصی را مانند شانس علت می‌داند. در چنین حالتی که پس از تجارب مکرر شکست غیر قابل کنترل اتفاق می‌افتد، یادگیری جدیدی برای فرد شکل می‌گیرد که سلیگمن آن را درماندگی آموخته شده می‌نامد. این یادگیری به طور فعال در انتظار و واکنش او برای عمل بعدی اثر می‌کند به گونه‌ای که او معقلانه شرایط سخت را می‌پذیرد و هیچ تلاشی برای رهایی نمی‌کند؛ حتی یادگیری‌های بعدی او نیز با شکست مواجهه می‌شود.

چنین ویژگی‌هایی را در افراد معتاد به خوبی می‌توان دید؛ به طوری که فرد معتاد برای رهایی خود انگیزه‌ای ندارد. خود را ناتوان می‌بیند و تلاش‌های دیگران نیز خیلی

---

۱-Seligman

موفق نیست. بنابراین، این سوال برای ما مطرح شد که آیا به راستی سبک تبیین فرد معتاد با افراد عادی به طور معنی‌داری متفاوت است؟ یا به‌طور دقیق‌تر، آیا فرد معتاد شکست را به عوامل درونی، پایدار و کلی و موفقیت را به عوامل بیرونی، ناپایدار و اختصاصی نسبت می‌دهد؟ این‌ها در واقع سؤالات اصلی پژوهش حاضر بودند.

### مبانی نظری و تجربی تحقیق

در این بخش، ابتدا به طور مختصر پدیده درماندگی آموخته شده و سبک تبیین ناشی از آن پرداخته تشریح و توصیف شده است و سپس مبانی تجربی موضوع مورد بررسی قرار می‌گیرد.

**الف) مبانی نظری:** درماندگی آموخته شده ابتدا توسط محققانی توصیف شد که روی یادگیری سگ‌ها کار می‌کردند (اورمیرو سلیگمن<sup>۱</sup> ۱۹۶۷). این محققان ابتدا سگ‌ها را در معرض شوک الکتریکی غیر قابل اجتناب قرار دادند. به گونه‌ای که سگ به هیچ وجه نمی‌توانست از درد شوک نجات یابد. وقتی بیست و چهار ساعت بعد سگ‌ها دوباره در محفظه شوک قرار گرفتند با وجود آن‌که این بار سگ‌ها می‌توانستند با فشار دادن اهرم، از شوک نجات یابند یا آن را کنترل کنند، اما در کمال تعجب دیده شد که سگ‌ها هیچ حرکتی برای رهایی خود انجام ندادند. در واقع، فقط قوز کردند، زوزه کشیدند و معقلانه شوک را پذیرفتند. سلیگمن نتیجه می‌گیرد که در چنین شرایطی حیوان یاد می‌گیرد که پیامد و پاسخ از یکدیگر مستقلند و مستقل بودن پیامد از پاسخ در یادگیری بعدی وابستگی پاسخ و پیامدی ایجاد اشکال می‌کند. چرا که استقلال پاسخ - پیامد شکل فعالی از یادگیری است و مانند هر شکل فعال یادگیری می‌تواند به واسطه مداخله در تداعی‌ها به صورت فعال در اشکال دیگر یادگیری دخالت کند و باعث نقص

---

۱-Over meir & Seligman

در یادگیری‌های بعدی بشود بدین ترتیب، در آمایه شناختی حیوان انتظار استقلال پیامد- پاسخ شکل می‌گیرد و رفتار بعدی او را تحت تأثیر قرار می‌دهد و منجر به سه نقص عمده شناختی، انگیزشی و هیجانی می‌شود. در بعد شناختی یادگیری نیز اثر بخشی پاسخ در کنترل پیامد اخلاص ایجاد می‌شود؛ به نحوی که یادگیری‌های بعدی حیوان مواجهه با شکست است. در بعد انگیزشی انگیزه، کنترل تضعیف می‌شود و در بعد هیجانی ابتدا باعث بالا رفتن حالت هیجانی ترس شده و تا زمانی که موجود زنده یاد بگیرد که می‌تواند یا نمی‌تواند بر واقعه کنترل داشته باشد، ادامه می‌یابد. در این شرایط حیوان قوز کرده، زوزه می‌کشد و منفعلانه شوک را می‌پذیرد.

هیروتو<sup>۲</sup> (۱۹۷۴) آزمایشات درماندگی آموخته شده در مورد انسان را شبیه سازی کرد و به نتایج مشابهی دست یافت. اما از آنجا که آزمایشات در تلاش بودند تا یافته‌های حیوانی را به انسان تعمیم دهند درباره انسان این الگو با دو نقص مواجه شد. اول این که آزمودنی‌های انسانی که به نحو یکسانی با صدای غیر قابل کنترل مواجه می‌شوند، به نتایج کاملاً متفاوتی در مورد علت غیر قابل کنترل بودن می‌رسند. (تفاوت‌های فردی) دوم این که در الگوی اولیه تعمیم درماندگی از یک موقعیت به موقعیت‌های دیگر مطرح است که در رابطه با انسان با ابهام مواجه می‌شود و تحت تأثیر تفاوت‌های فردی و ویژگی‌های موقعیت قرار می‌گیرد. یعنی برخی آزمودنی‌ها درماندگی آموخته شده را تعمیم می‌دهند و درماندگی برخی دیگر حتی در طول زمان بر اثر یادگیری‌های بعدی محو می‌شود.

سلیگمن، و تیزدل<sup>۱</sup> و آبراسون (۱۹۷۸)<sup>۲</sup> برای رفع این دو نقص، یک بعد شناختی را به نظریه درماندگی آموخته شده قبلی افزودند و با تلقین نظریه سبک اسناد وینر<sup>۳</sup> نظریه را از نو تنظیم کردند. در نظریه جدید، میزان درماندگی شخص را پیامدهای غیر قابل کنترل معین نمی‌کنند. بلکه تبیین‌های عملی فرد تعیین کننده رفتار و انتظارات

---

۲-Hirotu

۱-Teasdale

۲-Abramson

۳-Weiner

بعدی او هستند، به عبارت دیگر، هنگام برخورد با وقایع غیر قابل کنترل، نحوه تبیین فرد از واقعه و اسنادهای علی او، واکنش وی را نسبت به آن واقعه مشخص می سازد. پیترسون<sup>۴</sup> و سلیگمن (۱۹۸۴) معتقدند که تبیین های علی افراد از یک حادثه حول سه محور اصلی می چرخند:

الف) درونی- بیرونی<sup>۵</sup>

ب) پایدار- ناپایدار<sup>۶</sup>

ج) کلی (همه شمول)- اختصاصی<sup>۷</sup>

علت یا تبیین ممکن است به درون یا به خود شخص نسبت داده شود (درونی)، یا ممکن است به موقعیت یا شرایط و دیگران اسناد داده شود (بیرونی). همچنین، ممکن است علت به عاملی تداوم دار در طول زمان منتسب شود (پایدار) یا حالتی گذرا داشته باشد (ناپایدار) بالاخره این که علت ممکن است پیامدهای زیادی داشته باشد (کلی یا همه شمول)، یا فقط محدود به یک حادثه و پیامد خاص باشد (اختصاصی).

بعد درونی- بیرونی باورها، عزت نفس را تحت تأثیر قرار می دهد. اگر شخص حادثه ناخوشایند را به عاملی درونی نسبت دهد احتمال بیشتری برای کاهش عزت نفس وجود دارد و اگر آن را با یک عامل بیرونی تبیین کند، احتمال فوق کمتر می شود. پایدار بودن باورهای علی، باعث مزمن شدن درماندگی پس از حوادث ناگوار می شود. اگر حادثه ای ناگوار به علتی پایدار نسبت داده شود واکنش های درماندگی متعاقب آن گرایش به تداوم دارد. اما اگر حادثه مذکور با یک عامل گذرا توضیح داده شود، واکنش های درماندگی نیز کوتاه مدت خواهند بود. سرانجام کلی بودن باورهای علی بر گسترش نقایص متعاقب حوادث بد تأثیر می گذارد. اگر شخص معتقد باشد که یک عامل کلی و فراگیر حادثه ناخوشایند را به وجود آورده است، نقایص مبتنی بر درماندگی در موقعیت

۴-Peterson

۵-nternal- external

۶-Stable- unstable

۷-globla- specific

های متعددی رخ خواهد داد. اما، اگر شخص باور داشته باشد که یک عامل خاص علت حادثه است نارسائی‌ها و مشکلات بعدی محدود خواهند بود.

بنابراین بر اساس نظریه تجدید نظر شده، برای شخصی که تمایل دارد وقایع ناگوار را به شکل درونی، پایدار و کلی تفسیر کند، احتمال بروز مشکلات روانی به هنگام رخ دادن وقایع مذکور بیشتر است (شولتز و شولتز، ترجمه سید محمدی، ۱۳۷۹).

(ب) **مبانی تجربی:** از آنجائی که هیچ پژوهشی که به رابطه بین سبک اسناد و اعتیاد پرداخته باشد، یافت نشد. در توضیح مبانی نظری به دو دسته از پژوهش‌ها پرداخته می‌شود:

(۱) پژوهش‌هایی که به مطالعه رابطه بین سبک اسناد و متغیرهای دیگر که با اعتیاد ارتباط دارند، پرداخته‌است.

(۲) پژوهش‌هایی که رابطه اعتیاد و مرکز کنترل (قسمتی از سبک اسناد) را مطالعه کرده‌اند.

سلیگمن (۱۹۹۰) با مطالعات متعدد نشان داد، افرادی که وقایع ناگوار را بیشتر پایدار و درونی و کلی تفسیر می‌کنند به طور معنی‌دار، بیش از آنهایی که دلایل را ناپایدار، برونی و اختصاصی ارایه می‌دهند به افسردگی دچار می‌شوند. جوینر و واگنر<sup>۱</sup> (۱۹۹۵)، گلدستون و کازلو<sup>۲</sup> (۱۹۹۵) و تمنائی فر (۱۳۷۱) نیز به نتایج مشابهی دست یافتند.

وینر (۱۹۸۲) اظهار می‌دارد که اسنادهای مختلف برای یک حادثه به هیجان‌های مختلف برای اسناد دهنده منتج می‌شود. بنابراین، شکستی که به عدم توانایی نسبت داده شود (درونی- پایدار و کلی) می‌تواند علت افسردگی باشد. در حالی‌که، اسناد شکست به دلیل دخالت شخص دیگر (بیرونی- ناپایدار و اختصاصی) هیجان خشم را به وجود می‌آورد.

---

۱-Joiner & Wagner

۲-Gladstone & Kaslow

فرد<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۷۸) و هلمک<sup>۲</sup> (۱۹۸۳) اسنادهای آزمودنی‌های مضطرب را در زمینه‌های موفقیت و شکست بررسی کرده‌اند و نشان دادند که آزمودنی‌هایی که نمره بالایی در آزمون اضطراب می‌آوردند، شکست را بیشتر به عدم توانایی نسبت می‌دهند تا عدم کوشش نظری (۱۳۷۴) و یزدان بخش (۱۳۷۴) نیز به نتایج مشابهی در ایران رسیده است.

مطالعات وایتمن<sup>۳</sup> (۱۹۸۹) و شولتز<sup>۴</sup> (۱۹۹۲) نشان داد که از نظر میزان ارتکاب جرایم و از جمله گرایش به سوء مصرف مواد، افراد دارای منبع کنترل بیرونی نسبت به افراد دارای منبع کنترل درونی، درصد بیشتری را نشان می‌دهند. چون این افراد دارای اضطراب بیشتر و عزت نفس کمتری هستند برای کاهش میزان اضطراب ممکن است به یک منبع بیرونی با هدف تسکین روی آورند که می‌تواند ماده مخدر باشد. همچنین، لفقورت<sup>۵</sup> (۱۹۸۳) مشخص کرد افرادی که منبع کنترل درونی دارند مهارت‌های سازش یافته‌تری در رابطه با اجتماع دارند، رفتارهای خود ویرانگری همچون سیگار کشیدن، مصرف مشروبات الکلی و اعتیاد به مواد مخدر کمتر در آنها دیده می‌شود و به آسانی و زودتر سیگار یا ماده مخدر را ترک می‌کنند. الماسی (۱۳۷۷) و سلامی (۱۳۷۸) نیز به نتایج مشابهی رسیده‌اند.

در مورد سبک اسناد و مصرف مجدد پس از یک دوره ترک نیز مارلات<sup>۶</sup> (۱۹۹۱) اظهار می‌کند که اسنادهای کلی، درونی و پایدار یک فرد معتاد، تلویحاً بیان‌کننده این مسأله که من دوباره معتاد خواهم شد ولو این‌که کوشش کنم خود را در ترک نگاه دارم (به نقل از لواسانی، ۱۳۷۳).

---

۱-Ferd  
۲-Helmke  
۳-Waitman  
۴-Shultz  
۵-Lefcort  
۶-Marlatt

## روش پژوهش

۱- روش مطالعه: روش اجرای تحقیق را ماهیت و موضوع تحقیق، هدف آن و امکانات

لیسانس	فوق دیپلم	دیپلم	سیکل	پنجم ابتدایی	بی سواد	تحصیلات گروه‌ها
—	۵	۱۵	۱۸	۲۲	۳۷	معتاد
۲	۹	۱۳	۲۲	۲۰	۳۴	غیر معتاد

پژوهش‌گر تعیین می‌کند. از آنجائی که در پژوهش حاضر هدف این بوده‌است که سبک اسنادی معتادان و افراد غیر معتاد مقایسه شود و تأثیر سبک‌های اسنادی بر گرایش به سمت اعتیاد مورد مطالعه قرارگیرد، نوع روش مطالعه علی-مقایسه‌ای<sup>۱</sup> (پس رویدادی) در نظر گرفته شد.

جدول شماره ۱: میزان تحصیلات آزمودنی‌ها

۲-جامعه آماری و روش نمونه‌یابی: جامعه آماری این پژوهش را کلیه جوانان ۱۸ تا ۲۸ ساله ساکن در شهر یزد (در قالب دو گروه معتاد و غیر معتاد) تشکیل داده‌است. برای انتخاب نمونه معتاد از روش سرشماری استفاده شد. بدین صورت که پژوهشگر کلیه افرادی را که در سه ماهه اول سال ۱۳۸۲ به مراکز ترک اعتیاد سازمان بهزیستی شهرستان یزد مراجعه کرده بودند و تحت درمان بلند مدت «TC» قرار داشتند، مورد مطالعه قرار داد. در واقع، نمونه‌های آماری گروه آزمایش تحقیق حاضر ۹۷ نفر بوده است. برای انتخاب نمونه غیر معتاد نیز از روش نمونه‌گیری روش تصادفی به کارگاه‌ها و کارخانه‌های اطراف مرکز ترک اعتیاد مراجعه کرده و از میان کلیه جوانان در حیطه سنی مورد نظر ۱۰۰ نفر از افرادی را که از نظر طبقه اقتصادی-اجتماعی و سطح تحصیلات مشابه گروه معتاد بودند، انتخاب کرده‌است. در جداول زیر مشخصات هر دو گروه مشخص شده‌است:

جدول شماره ۲: طبقه سنی آزمودنی‌ها

سن	۱۸-۲۰	۲۰-۲۲	۲۲-۲۴	۲۴-۲۶	۲۶-۲۸	جمع

۱-Causal- Comparative

						گروه
۹۷	۱۷	۲۲	۳۰	۱۸	۱۰	معناد
۱۰۰	۱۵	۲۷	۳۵	۱۵	۸	غیر معناد

جدول شماره ۳: وضعیت اشتغال آزمودنی‌ها

شاغل	بیکار	اشتغال	
		گروه‌ها	
۴۴	۵۳		معناد
۷۲	۲۸		غیر معناد

جدول شماره ۴: وضعیت تأهل آزمودنی‌ها

متاهل	مجرد	وضعیت تأهل	
		گروه‌ها	
۳۶	۶۱		معناد
۴۲	۵۸		غیر معناد



۳- ابزار جمع آوری اطلاعات و سنجش: برای جمع‌آوری اطلاعات لازم، از پرسشنامه سبک اسناد<sup>۱</sup> (ASQ) استفاده شد. این پرسشنامه یک وسیله خودسنجی است و اولین بار برای اندازه‌گیری تبیین‌های علی افراد به منظور سنجش وقایع خوشایند و ناخوشایند، توسط پترسون و همکاران (۱۹۸۲) ساخته شده است. این وسیله اندازه‌گیری نمراتی برای تفاوت‌های فردی در زمینه‌گرایش افراد به اسناد علل وقایع خوشایند و ناخوشایند به عوامل درونی (در مقابل بیرونی)، پایدار (در مقابل ناپایدار) و کلی (در برابر خاص) به دست می‌دهد. در این مقیاس ۱۲ موقعیت فرضی توصیف می‌شود. نیمی از موقعیت‌ها شامل وقایع خوشایند و نیمی دیگر وقایع ناخوشایند است. پرسشنامه هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی قابل اجرا است. در واقع، از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود هر موقعیت را بخواند و تصور کند که آن موقعیت واقعاً برای او اتفاق افتاده است. سپس باید عمده‌ترین علت بروز چنین موقعیتی را در جای خالی بنویسد و پس از آن با کشیدن دایره به دور اعداد درج شده در زیر سه سوال مربوط به هر موقعیت، علت حادثه را در امتداد یک مقیاس هفت درجه‌ای درجه‌بندی کند.

پایایی و روایی‌های متعددی برای این پرسشنامه به دست آمده که همه آنها در حد مطلوب بوده است. (پترسون و همکاران، ۱۹۸۲؛ تین و هرزبرگر، ۱۹۸۵؛ آلوی و همکاران، ۱۹۸۴). پترسون و همکاران (۱۹۸۲)، همبستگی درونی و پایانی باز آزمایی این مقیاس را روی یک نمونه دانشجویی بررسی کردند که ضرایب پایانی مورد گزارش به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۲ بود (به نقل از غنائی‌فر، به ۱۳۷۴)، همچنین، هورمارت و مارتینسون<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) ضریب آلفای کرونباخ برای سه بعد درونی بودن، پایداری و کلی بودن رویدادهای خوشایند را به ترتیب ۰/۶۷، ۰/۵۹ و ۰/۶۱ و برای رویدادهای ناخوشایند به ترتیب ۰/۶۹، ۰/۷۶ و ۰/۶۲ گزارش کردند. در ایران نیز بیگدلی و هاشمیان (۱۳۷۶)، ضریب آلفای کرونباخ زیرا را برای گروه نمونه دانشجویان بدین گونه به دست آوردند که پیامدهای ناخوشایند درونی ۰/۵۳، پیامد ناخوشایند همه شمول ۰/۴۸ و پیامد خوشایند همه شمول ۰/۵۰ بود برای تجزیه و تحلیل اطلاعات پژوهش

۱- Attributional Style Questionnaire

۲- Hoffart & Martinson

حاضر نیز از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی شاخص‌هایی چون میانگین، واریانس و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی نیز از آزمون  $t^1$  برای مقایسه میانگین برای دو گروه مستقل استفاده شده است. نتایج به دست آمده از این تجزیه و تحلیل در جداول زیر توصیف شده است.

### یافته‌های پژوهش

در انجام این تحقیق ۸ فرضیه تدوین شد (۲ فرض اصلی و ۶ فرض فرعی بر اساس ابعاد شش گانه سبک اسناد). آزمودنی‌های معتاد و غیر معتاد در اسناد درونی- بیرونی، پایدار- ناپایدار و کلی- اختصاصی، در زمینه حوادث خوشایند و ناخوشایند با هم مقایسه شدند. برای مقایسه این دو گروه آزمودنی در اسنادهای یادشده از آزمون آماری  $t$  مستقل با دقت احتمالی  $d = 0/01$  و ضریب اطمینان ۹۹ درصد استفاده شد. در زیر نتایج مربوط به هر فرضیه تشریح می‌شود:

#### الف) نتایج و جداول مربوط به ۶ فرض فرعی پژوهش

جدول شماره ۱: مقایسه اسناد جوانان معتاد با غیرمعتاد

برای بعد درونی حوادث ناخوشایند

شاخص‌های آماری	m	s	Df	t	سطح معنی‌داری
معتاد	۴/۶۹	۰/۹۲	۱۹۵	۸/۴۵	۰/۰۰۰
غیرمعتاد	۳/۱۶	۰/۶۲			

آنچه از نتایج جدول مربوط به فرضیه اول استنباط می‌شود، نشان می‌دهد که اسناد جوانان معتاد در مقایسه با جوانان غیرمعتاد برای حوادث منفی یا ناخوشایند درونی‌تر است.

جدول شماره ۲: مقایسه اسناد جوانان معتاد و غیرمعتاد

برای بعد پایدار حوادث ناخوشایند

شاخص‌های آماری	m	s	Df	t	سطح معنی‌داری
گروه‌ها					

<sup>۱</sup>-T test

۰/۰۰۰	۵/۵۹	۱۹۵	۰/۷۰	۵/۰۱	معتاد
			۰/۶۳	۳/۸۲	غیر معتاد

آنچه از نتایج جدول فوق بر می‌آید، این است که اسناد جوانان معتاد برای حوادث منفی یا ناخوشایند پایدارتر از اسناد جوانان غیرمعتاد است. این یافته بیانگر تایید فرضیه دوم پژوهش حاضر است.

جدول شماره ۳: مقایسه اسناد جوانان معتاد و غیرمعتاد

برای بعد کالی حوادث ناخوشایند

سطح معنی‌داری	t	Df	s	m	شاخص‌های آماری
					گروه‌ها
۰/۰۰۰	۶/۷۲	۱۹۵	۰/۸۰	۴/۹۸	معتاد
			۰/۶۷	۳/۹۶	غیر معتاد

همان‌طور که در جدول بالا ملاحظه می‌شود، بین اسناد جوانان معتاد برای حوادث منفی کلی با جوانان غیرمعتاد رابطه معنی‌داری وجود دارد. در واقع اسناد جوانان معتاد برای حوادث ناخوشایند کلی تر از جوانان غیر معتاد است.

به طور کل، با توجه معنی‌دار شدن t مورد محاسبه می‌توان با ۹۹ درصد اطمینان نتیجه گرفت که اسناد جوانان معتاد برای حوادث منفی درونی تر، پایدارتر و کلی تر از جوانان غیر معتاد است.

جدول شماره ۴: مقایسه اسناد جوانان معتاد و غیرمعتاد

برای بعد بیرونی حوادث خوشایند

سطح معنی‌داری	t	Df	s	m	شاخص‌های آماری
					گروه‌ها
۰/۰۰۰	-۹/۰۱	۱۹۵	۰/۶۱	۳/۹۱	معتاد
			۰/۸۰	۵/۱۴	غیر معتاد

همان‌طور که در جدول بالا ملاحظه می‌شود اسناد جوانان معتاد در زمینه حوادث مثبت بیرونی تر از اسناد جوانان غیرمعتاد است. نتایج این جدول به بررسی فرضیه چهارم مربوط می‌شود.

جدول شماره ۵: مقایسه اسناد جوانان معتاد و غیرمعتاد

## برای بعد ناپایدار حوادث خوشایند

سطح معنی‌داری	t	Df	شاخص‌های آماری		گروه‌ها
			s	m	
۰/۰۰۰	-۱۱/۰۱	۱۹۵	۰/۷۵	۳/۹۱	معتاد
			۰/۶۹	۵/۳۳	غیر معتاد

نتایج به دست آمده از جدول بالا بیانگر این مطلب است که اسناد جوانان معتاد برای حوادث مثبت یا وقایع خوشایند ناپایدارتر از هر اسناد جوانان غیر معتاد است. یافته‌های جدول فوق به بررسی فرضیه پنجم می‌پردازد و این فرضیه را مورد تایید قرار می‌دهد.

## جدول شماره ۶: مقایسه اسناد جوانان معتاد با غیرمعتاد

## برای بعد اختصاصی حوادث خوشایند

سطح معنی‌داری	t	Df	شاخص‌های آماری		گروه‌ها
			s	m	
۰/۰۰۰	۷/۴۵	۱۹۵	۰/۶۸	۴/۰۲	معتاد
			۰/۸۰	۵/۳۶	غیر معتاد

آنچه از نتایج جدول فوق و فرضیه ششم استنباط می‌شود، این است که اسناد جوانان معتاد برای حوادث مثبت یا خوشایند، اختصاصی‌تر از اسناد جوانان غیرمعتاد است. به طورکل، همان‌طور که نتایج مندرج در جداول مربوط به فرضیه‌های چهارم تا ششم نشان می‌دهد، با توجه به معنی‌دار شدن t با ۰/۹۹ اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که اسناد جوانان معتاد برای حوادث مثبت یا خوشایند بیرونی‌تر، ناپایدارتر و اختصاصی‌تر از اسناد جوانان غیر معتاد است.

## (ب) نتایج و جداول مربوط به ۲ فرض اصلی پژوهش

## جدول شماره ۷: مقایسه اسناد جوانان معتاد و غیرمعتاد

## برای سبک تبیین آنان به حوادث ناخوشایند

سطح معنی‌داری	t	Df	شاخص‌های آماری		گروه‌ها
			s	m	
۰/۰۰۰	۱۶۹	۱۹۵	۱/۸۲	۱۴/۶۹	معتاد
			۱/۵۰	۱۱/۵۴	غیر معتاد

بر اساس یافته‌های حاصل از جدول فوق، این‌گونه استنباط می‌شود که اسناد جوانان معتاد برای حوادث منفی یا ناخوشایند بدبینانه‌تر از جوانان غیرمعتاد است. در واقع، می‌توان گفت بین سبک تبیین جوانان معتاد با غیرمعتاد رابطه معنی‌داری وجود دارد.

جدول شماره ۸: مقایسه اسناد جوانان معتاد و غیرمعتاد برای سبک تبیین آنان به حوادث

سطح معنی‌داری	t	Df	s	m	شاخص‌های آماری
					گروه‌ها
۰/۰۰۰	-۱۵/۰۳	۱۹۵	۱/۶۲	۱۱/۶۱	معتاد
			۲/۰۳	۱۵/۷۴	غیر معتاد

بر اساس نتایج جدول فوق می‌توان گفت بین سبک تبیین جوانان معتاد با غیرمعتاد در زمینه حوادث خوشایند رابطه معنی‌داری وجودی دارد.

همان‌طور که جداول مربوط به فرضیه‌های اصلی (هفتم و هشتم) نشان می‌دهد و با توجه به معنی‌دار شدن t مورد محاسبه با ۰/۹۹ اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که بین سبک تبیین جوانان معتاد و غیرمعتاد در زمینه حوادث مثبت و منفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در واقع، جوانان معتاد دارای سبک تبیین بدبینانه‌تری نسبت به جوانان غیرمعتاد هستند.

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از تحقیق حاضر نشان می‌دهند که جوانان معتاد سبک تبیین بدبینانه‌تری نسبت به جوانان غیرمعتاد دارند. به عبارت دیگر، این افراد بیشتر به درماندگی آموخته شده مبتلا هستند. همان‌گونه که پیشتر نیز اشاره شد، رابطه بین سبک اسناد و پیامدهای انگیزشی و عاطفی رابطه‌ای دوطرفه است. ما پس از پیروزی، نسبت به خودمان و دیگران احساس خوبی داریم تا پس از شکست؛ اما، اسنادهایی که

برای این پیامدها درست می‌کنیم به همان اندازه اهمیت دارند که خود آن پیامدها. به عبارت دیگر، اسنادها انتظارات و نحوه عمل بعدی ما را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. طبق نظریه وینر (۱۹۸۶) مکان درونی یا بیرونی یک اسناد عواطف وابسته به عزت نفس را که همراه عملکرد ما هستند، تحت تأثیر قرار می‌دهد. وقتی افراد موفقیت را به عوامل درونی (مانند استعداد و کوشش خود) نسبت می‌دهند، احساس غرور می‌کنند و وقتی شکست را به عوامل درونی (مانند استعداد و کوشش خود) نسبت می‌دهند، احساس شرمساری می‌کنند. تعامل این عوامل در مورد افراد معتاد بسیار روشن است. سبک تبیین درونی برای حوادث ناخوشایند و بیرونی برای حوادث خوشایند، عزت نفس آنان را به شدت پایین می‌آورد و این عزت نفس پایین به نوبه خود نمی‌گذارد که در موارد یا رخدادهای بعدی آنها اسنادی جز این را به کار ببرند. نتیجه این فرایند کاهش روز افزون عزت نفس و در نتیجه کشش به سوی مواد مخدر برای اعاده مجدد عزت نفس است. حال آن‌که این کار وضع را بدتر می‌کند، چون حتی در صورت بروز حالت سرخوشی و افزایش خودکارآمدی (که پدیده ای خوشایند محسوب می‌شود)، بازهم این حالت به عاملی بیرونی نسبت داده می‌شود و همان نوع سبک تبیین (بدبینانه) مورد تایید واقع می‌شود و فرد معتاد را در دوری باطل قرار می‌دهد.

وینر (۱۹۸۶) اظهار می‌دارد که ثبات و پایداری یک اسناد، انتظارات آینده را تعیین می‌کنند. وقتی مورد موفقیت یا شکست را به عواملی نسبت می‌دهند که از یک لحظه تا لحظه دیگر تغییر می‌کنند، مطابق عملکرد خود امیدهایشان نیز کم یا زیاد می‌شود. وقتی همان بازده‌ها را به عوامل پایدار نسبت می‌دهند، امید آنها به عملکردشان در آینده نسبتاً بدون تغییر باقی می‌ماند. این فرایند در مورد بسیاری از معتادانی که موفق به ترک کامل نمی‌شوند، صدق می‌کند. این افراد موفقیت در ترک مصرف را به عواملی ناپایدار (مانند داروها و درمان‌های طبی) نسبت می‌دهند و بدیهی است که وجود این علل محرکی برای گرایش دوباره آنها به سمت مواد می‌شود.

کلی یا اختصاصی بودن اسناد نیز نقش مهمی را در مصرف یا روی آوری مجدد به مواد ایفا می‌کند. فرد معتاد معتقد است شکست او تنها به مصرف مواد و اعتیاد مربوط

نمی‌شود، بلکه کل وقایع زندگی او را در بر می‌گیرد. در واقع، فکر می‌کند که بدبخت زاده شده و بدبخت خواهد مرد. بنابراین انگیزه‌ای برای ترک در او باقی نمی‌ماند. با وجود آن‌که تحقیقی که به طور مستقیم به رابطه بین سبک اسناد و اعتیاد پرداخته باشد یافت نشد، یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات قبلی در رابطه با سبک اسناد و متغیرهای دیگر که به نوعی با اعتیاد همراه هستند کرده و همچنین، پژوهش‌هایی که رابطه اعتیاد و مرکز کنترل (بخشی از اسناد) را مطالعه کرده‌اند، همخوانی دارد؛ به عبارت بهتر یافته‌های پژوهشی سلیگمن (۱۹۹۰) و جونیر و واگز (۱۹۹۵)، تمنائی فر (۱۳۷۱) وینر (۱۹۸۲)، هلمک (۱۹۸۳)، وایتمن (۱۹۸۹)، شولتز (۱۹۹۲)، لفکورت (۱۹۸۳) نظری (۱۳۷۴)، یزدان بخش (۱۳۷۴) الماسی (۱۳۷۷) و مارلات (۱۹۹۱) بر رابطه بین اعتیاد و مرکز کنترل (بخشی از اسناد) صحنه می‌گذارد. در پایان می‌توان گفت که فرد معتاد درماندگی آموخته شده، بیشتری را نسبت به افراد غیر معتاد تجربه می‌کند. چرا که سبک اسناد او برای حوادث منفی، درونی، پایدار و کلی است و برای حوادث مثبت، بیرونی، ناپایدار و اختصاصی است. در چنین شرایطی سه نقص عمده شناختی، انگیزشی و هیجانی در او به وجود می‌آید. او هیچ انگیزه‌ای برای مقابله با این مشکل ندارد؛ از اقدام و عمل در جهت مقابله با اعتیاد خود می‌ترسد و تلاش‌های دیگران برای آموزش مقابله یا ترک نیز چندان موفق نیست، بنابراین به شرایط سخت زندگی در اعتیاد تن می‌دهد. و منفعلانه آن را می‌پذیرد. بنابراین، به نظر می‌رسد چنانچه پژوهش‌هایی از این نوع در جوامع دیگر با گروه‌های سنی و ویژگی‌های اجتماعی - اقتصادی دیگر صورت پذیرد و نتایج فوق مورد تایید واقع شود، می‌توان گفت، مبنای نظری لازم برای عمل در جهت برنامه‌ای مدون برای ترک اعتیاد از طریق کاهش درماندگی فراهم شده است. تا از این طریق گامی مؤثر در جهت مبارزه با اعتیاد برداشته شود.

## منابع

- ۱- الماسی، علی رضا. (۱۳۷۷). "بررسی و مقایسه منبع کنترل افراد معتاد و غیر معتاد پایان نامه کارشناسی ارشد"، تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن.
- ۲- تمنائی‌فر، محمد رضا. (۱۳۷۷). "مقایسه سبک های اسنادی افراد افسرده و غیر افسرده". پایان نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
- ۳- دلاور، علی. (۱۳۷۹). "آمار و احتمالات کاربردی در روانشناسی و علوم تربیتی". تهران انتشارات رشد.
- ۴- شولتز، سیدنی. (۱۳۷۹) "نظریه‌های شخصیت". ترجمه یحیی سید محمدی، تهران، انتشارات ارسباران.

*References*

۱. Abramson, L, Y, Seligman, M, P, E & Teasdale, S. D. (۱۹۷۸). "**Learnad helplessness in hamans**": cricique and reformation, Journal of abnormal psychology, ۸۷, ۴۹, ۷۴.
۲. Ellis, A. Meineng, H, Tohnf (۱۹۹۸). "**Rational- emotive therapy with alcolistics and substance abuser**", pergoma press.
۳. Jones, L, C (۱۹۹۳), "**Biopsychosical Factors in adolsent Heroin addiction**", medical, coll.
۴. Peterson, C. maier. S. F & Seligman, M, EP. (۱۹۹۳). "**Learned helplessness: A thory for the age of person control newyork**": oxford university press.
۵. Seligman, M, E, P. (۱۹۷۶). "**Learned helplessness and depression in animals and men morrestown**", NJ: General Learning press.
۶. Seligman, M, E, P. (۱۹۹۰). "**Leared optimism**". New York knop
۷. Weiner, B (۱۹۸۶). "**An attributional theory of emotion and motivation**", New York: Spriger- veriag.



## نقش آموزش مهارت های زندگی بر دانش و نگرش نسبت به مواد مخدر و عزت نفس دانش آموزان

منصور باقری<sup>۱</sup>

دکتر هادی بهرامی احسان<sup>۲</sup>

### چکیده

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثرات آموزش مهارت های زندگی بر دانش و نگرش نسبت به مواد مخدر و عزت نفس دانش آموزان بود. طرح پژوهش از جمله طرح های آزمایشی و مجموعه طرح های پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است. حجم گروه های نمونه ۶۰ پسر دانش آموز (۳۰ نفر گروه آزمایش و ۳۰ نفر گروه کنترل) بود. یافته های پژوهش حاضر عبارتند از:

۱. آموزش مهارت های زندگی به دانش آموزان موجب ایجاد تغییرات معنی دار (در سطح  $P < 0/001$ ) در دانش آموزان نسبت به مواد مخدر شده است.
۲. آموزش مهارت های زندگی به دانش آموزان موجب ایجاد تغییرات معنی دار (در سطح  $P < 0/001$ ) در نگرش آنها نسبت به مواد مخدر شده است.
۳. آموزش مهارت های زندگی به دانش آموزان موجب ایجاد تغییرات معنی دار (در سطح  $P < 0/001$ ) در عزت نفس آنها شده است.

**کلید واژگان:** مهارت های زندگی، دانش، نگرش، عزت نفس و مواد مخدر

### مقدمه:

پژوهش ها نشان داده اند که اعتیاد<sup>۳</sup> به مواد مخدر مشکلی چند عاملی<sup>۴</sup> است. بنابراین معضل جهانی نمی توان انتظار داشت که با حذف یک یا دو عامل، اعتیاد از بین برود (گزارش دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۷۸). اعتیاد در حال حاضر مشکلی جهانی است و هیچ کشوری را نمی توان نام برد که از این معضل جهانی در امان باشد. «دامنه اعتیاد در ایران از طبقه افراد بی سواد یا کم سواد فراتر رفته و اقشار تحصیل کرده

۱- کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی

۲- استادیار و عضو هیأت علمی دانشکده روان شناسی دانشگاه تهران

۳-addiction

۴-multifactor

را نیز در معرض خطر قرار داده‌است. همچنین، این پدیده به فقط بیکاران جامعه که افراد مرفه و شاغل نیز گرفتار کرده‌است» (همان منبع). در سال‌های گذشته ثابت شده است که درمان سوء مصرف مواد پر هزینه، دشوار و طاقت فرسا است. به علاوه، تحقیقات نشان موثرترین درمان‌ها هم بازگشت<sup>۱</sup> دیده می‌شود. بنابراین، پیشگیری از سوءمصرف مواد می‌تواند در جلوگیری از تحمل هزینه‌های سنگین به اجتماع جلوگیری کند.

یکی از شیوه‌های مهم پیشگیری از اعتیاد، آگاه کردن گروه‌های مختلف مردم از خطرات و مضرات مصرف مواد است. اگر هر فرد از تاثیر نامطلوب مصرف مواد بر سلامت جسمی - روانی و کارکرد شغلی و اجتماعی خود و خانواده اش مطلع باشد و آن‌را باور کند، کمتر ممکن است به این کار دست بزند. از سوی دیگر، علت اعتیاد بعضی از افراد، ناتوانی آنها در رویارویی با سختی‌ها و مشکلات زندگی است. ناآشنایی با روش‌های مقابله‌ای مناسب، موجب شکنندگی و در نتیجه پناه بردن آنها به اعتیاد می‌شود. بنابراین، آموزش برخی مهارت‌ها<sup>۲</sup>، موجب افزایش قدرت دفاعی افراد در برابر و مانع از گرایش آنها به اعتیاد می‌شود.

به‌طور کلی مبارزه با اعتیاد در جهان، بر سه روش مبارزه با عرضه، اقدامات درمانی و فعالیت‌های پیشگیری‌اند در جهت کاهش تقاضا استوار است. بر این مبنا، کنترل عرضه در کشور ما امری مشکل است. تشدید قوانین مربوط به مجازات دست اندرکاران مواد مخدر، اعدام و زندانی کردن عاملان توزیع مواد مخدر و ممنوعیت کشت آن، از جمله اقداماتی است که در جهت کنترل عرضه مواد صورت گرفته‌است ولی با وجود این، مشکل مواد و اعتیاد همچنان به عنوان موضوعی قابل تأمل، جلوه‌گر است. از طرف دیگر، همان‌طور که بیان شد درمان سوء مصرف مواد و وابستگی به آن مشکلات زیادی در بردارد و احتمال بازگشت مجدد پس از مرگ نیز زیاد است. به همین دلیل، ضرورت پیشگیری به منظور جلوگیری از سوء مصرف موادمخدر یا به تاخیر انداختن آن مطرح می‌شود.

---

۱-relapse

۲-skills

پیشگیری به سه نوع اولین<sup>۳</sup>، دومین<sup>۴</sup> و سومین<sup>۵</sup> تقسیم می‌شود. پیشگیری اولیه نوع اول در به تاخیر انداختن یا بازداري از تجربه مصرف مواد توسط افراد عادی متمرکز است و هدف آن جلوگیری از میزان بروز و شیوع یک روند نامطلوب، جلوگیری (طارمیان، ۱۳۷۸). در نوع دوم (پیشگیری ثانویه)، افرادی مدنظر هستند که پس از مصرف مواد هنوز علائم بیمار گونه‌ای نشان نداده‌اند اما در معرض خطر ابتلا به اعتیاد هستند. به عبارت دیگر، هدف پیشگیری ثانویه غربال کردن و درمان معتادان در مراحل اولیه می‌باشد. در پیشگیری سومین، متوقف ساختن یا کند کردن جریان پیشرفت یک بیماری، فرایند مساله و پیامدهای آن است، حتی اگر حالت و وضع اصلی همچنان ادامه یابد (مهریار و جزایری، ۱۳۷۷).

پژوهش‌های بی شماری نشان داده است که بسیاری از مشکلات بهداشتی و اختلالات روانی و عاطفی ریشه‌های روانی-اجتماعی<sup>۱</sup> دارند. پژوهشی در زمینه سوء مصرف مواد نشان می‌دهد که سه عامل مهم با سوء مصرف مواد رابطه دارند. این عوامل عبارتند از: عزت نفس ضعیف<sup>۲</sup>، ناتوانی در بیان احساسات و فقدان مهارت‌های ارتباطی (به نقل از سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۶. میتیک<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۶) بر اساس پژوهشی بر روی ۱۶۸۴ دانش آموز گزارش داده‌اند که سوء مصرف مواد با فشار روانی ارتباط دارد. بدین ترتیب، شواهد پژوهشی گویای این واقعیت است که به منظور جلوگیری از بروز آسیب‌های اجتماعی و بالابردن سطح بهداشت روانی، انجام پیشگیری ضرورت دارد. در همین چارچوب، پیشگیری از سوء مصرف مواد یعنی به‌کارگیری اقداماتی که منجر به کاهش ابتلای افراد به اعتیاد می‌شود و در برگیرنده اعمالی است که به کاهش در معرض خطر بودن فرد و افزایش عوامل محافظت‌کننده از سوء مصرف مواد، منجر می‌شود (طارمیان، ۱۳۷۸). رویکرد کاهش تقاضا در جهان عمر کوتاهی دارد؛

۳-primary prevention

۴-incidence

۵-prevalence

۱-psycho-social

۲-low self-esteem

۳-mitig

۴-prevention

در واقع بیش از دو دهه است که پیشگیری<sup>۴</sup> از سوء مصرف مواد مورد توجه متخصصان بهداشتی، والدین، رهبران جامعه و مجریان قانون قرار گرفته است.

### رویکردهای مطرح در پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر

رویکرد اطلاع رسانی<sup>۵</sup> (افزایش اطلاعات): برای سال‌ها، رویکرد اطلاع‌رسانی دیدگاه حاکم بر پیشگیری بوده است. نکته کلیدی این برنامه متمرکز بر اطلاعات مربوط به داروشناسی و پیامدهای زیان‌آور جانبی مصرف مواد است. این رویکرد، بر مبنای نظریه عقلانی رفتار انسان پایه‌ریزی شده است. بدین معنا که سوء مصرف مواد ممکن است به دلیل فقدان آگاهی کافی در مورد پیامدهای آسیب‌رساننده مصرف مواد باشد. بنابراین، اطلاع رسانی و افزایش آگاهی در مورد خطرات مصرف مواد باعث می‌شود افراد احتمالاً شیوه‌های منطقی‌تری در مواجهه با این مسأله اتخاذ کنند (گزارش جهانی مواد<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷).

ابزارهای مورد استفاده در این رویکرد عبارتند از: نشریه، کتابخانه، پوستر، آگهی‌های خدمات عمومی، نمایش فیلم و سخنرانی. فرض اصلی این رویکرد برانگیختن ترس<sup>۲</sup> در واقع، فرض بر این است که با برانگیختن ترس در افراد (نسبت به پیامدهای خطرناک مصرف مواد)، می‌توان رفتار اجتنابی را در آنها به وجود آورد (بوتوین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۷)، بازنگری برخی نوشته‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد (بوتوین و بوتوین، ۱۹۹۲؛ درایفوس، ۱۹۹۳) و نتایج فرا تحلیلی مطالعات (برای مثال بنگرت دراونز، ۱۹۹۸ و توبلر، ۱۹۸۶) و همچنین مطالعات ارزیابی. به شکل همسانی بیانگر این هستند که رویکرد پیشگیری مبتنی بر اطلاع رسانی به تنهایی منجر به کاهش یا اجتناب از سوء مصرف مواد نمی‌شود. این موضوع، موید این واقعیت است که عوامل گوناگون وسیعی در سبب شناسی سوء مصرف مواد مخدر نقش دارند. برای مثال تحقیقات نشان داده است که طیف

۵-information dissemination

۶-pharmacology

۱-world drug report

۲-fear arousal

۳-Botvin

وسیع‌تری از عوامل شناختی، نگرشی، شخصیتی، داروشناختی و رشدی در ایجاد، تداوم یا نگهداری سوء مصرف مواد دخالت دارند (بامریند<sup>۴</sup> و موسل<sup>۵</sup> ۱۹۸۵، نیوکام<sup>۶</sup> بنتلر. ۱۹۹۸)

رویکرد آموزش عاطفی<sup>۷</sup>: در حالی که رویکرد اطلاع‌رسانی بر آموزش واقعیت‌ها و پیامدهای منفی مصرف مواد تأکید دارد، رویکرد آموزش عاطفی بر نیاز روان‌شناختی افراد متمرکز است. رویکرد آموزش عاطفی بر تحول اجتماعی و شخصی افراد تأکید می‌کند. تمرکز بر مولفه‌های تحول<sup>۸</sup> (تحول اجتماعی و شخصی) به منظور غلبه یافتن بر ضعف‌هایی است که گمان می‌رود خطر سوء مصرف مواد را افزایش دهد. آموزش ویژگی‌هایی همچون عزت‌نفس، خودآگاهی، تصمیم‌گیری مسئولانه، بهبود روابط معین فردی از طریق آموزش ارتباط عاطفی، افزایش توانایی افراد برای کامروا ساختن نیازهای شخصی از طریق نهادهای اجتماعی موجود، از ویژگی‌های این رویکرد است. بر اساس ارزیابی‌های صورت گرفته، بعضی از برنامه‌های مبتنی بر رویکرد آموزش عاطفی تأثیری بر یک یا چند همبسته سوء مصرف مواد داشته است، در حالی که بعضی دیگر تأثیر مورد انتظار را بر متغیرهای وابسته به مواد نداشته‌اند و مهم‌تر این‌که برنامه‌های رویکرد آموزش عاطفی بر روی خود رفتار مصرف مواد، تأثیری نشان نداده‌اند (کیرنی<sup>۱</sup> و هینر<sup>۲</sup>، ۱۹۸۰؛ کیم<sup>۳</sup>، ۱۹۸۸)

رویکرد جایگزین (جانشین)<sup>۴</sup>: یکی دیگر از روش‌های پیشگیری از سوء مصرف مواد که در واقع بخشی از مداخلات جامعه‌مدار<sup>۵</sup> و مدرسه‌مدار<sup>۶</sup> هستند، بر بازسازی بخشی

---

۴-Baumrind

۵-moselle

۶-nawcomb

۷-affective education

۸-developmental components

۱-kearney

۲-Hines

۳-kim

۴-alternatives

۵-comunity - based

۶-school- based

از محیط افراد (بویژه نوجوانان) متمرکز است. الگوی اساسی در رویکرد جایگزین، به طور عمده ایجاد مراکزی است که فراهم کننده مجموعه فعالیت‌هایی ویژه (مثل مراکز ورزشی، مراکز کارهای ذوقی و هنری، فعالیت‌های گردشگری علمی، سرگرمی) باشد (گزارش جهانی مواد، ۱۹۹۷). آنچه مهم است این‌که، اگر در برنامه‌های رویکرد جانشین، فعالیت‌های مناسب (فعالیت‌هایی که کمترین ارتباط را با سوء مصرف مواد دارند) به درستی انتخاب نشوند، دستیابی به نتایج معکوس و منفی امری اجتناب ناپذیر خواهد بود. علاوه بر این، ممکن است این‌گونه فعالیت‌های جانشین برای فرد در معرفی خطر سوء مصرف مواد، جذاب نباشد و علاقه‌ای به آن فعالیت‌ها نشان ندهد.

**رویکرد نفوذ اجتماعی**<sup>۷</sup>: کارهای اولیه ایوانز<sup>۸</sup> و همکارانش در دانشگاه هوستون<sup>۹</sup> در اواخر دهه ۱۹۷۰ نشانگر تحول عظیمی در جهت‌گیری رویکردهای پیشگیری است.

کارهای ایوانز شدیداً متأثر از نظریه روابط ترغیب کننده<sup>۱۰</sup> مگ گوار<sup>۱۱</sup> (۱۹۶۸) و مفهوم ایمن‌سازی روانی است. در واقع، این جهت‌گیری جدید پاسخی به یافته‌های نا امیدکننده مطالعاتی بود که کارآمدی یافته‌های رویکرد اطلاع‌رسانی، آموزش عاطفی و جانشین را به محک آزمایش گذاشته بودند. از این دیدگاه، سیگار کشیدن نوجوانان حاصل فشارهای اجتماعی (یعنی پیام‌های ترغیب کننده) همسالان و رسانه‌های گروهی، است. این فشارها به طرق مختلفی چون پیشنهاد از طرف دوستان و همسالان و ابزارهای تبلیغاتی اعمال می‌شوند.

مطالعات نشان داده‌اند که رویکرد نفوذ اجتماعی قادر است مصرف مواد را بعد از مداخله ابتدایی پیشگیری در حدود ۳۰ تا ۵۰ درصد کاهش دهد (دونالدسن<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۴؛ الیکسون<sup>۲</sup> و بل<sup>۳</sup>، ۱۹۹۰؛ مک آلیستر<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۰، پنتز<sup>۵</sup> و

۷-social influence

۸-Evans

۹-Houston

۱۰-persuasive communication theory

۱۱-Mc Guire

۱-Donaldson

۲-Donaldson

۳-Bell

۴-MC Alistey

همکاران، ۱۹۸۹، شاپ<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۲). با وجود آنچه که ذکر شد در این رویکرد هنوز دانش زیادی درباره زمان مناسب (سن مناسب برای پیشگیری)، اصول برنامه، ساختار برنامه، نوع رهبری برنامه: نوع جلسات تقویت کننده مداخله و زمان آن و ویژگی های افرادی که بیشترین تاثیر را از این نوع مداخلات می پذیرند، در دست نیست (هارد<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۸۰)

**رویکرد یکپارچه نفوذ اجتماعی - افزایش توانایی<sup>۸</sup> :** اگر چه رویکرد نفوذ اجتماعی می توانست به موفقیت های زیادی در عرضه پیشگیری از سوء مصرف مواد دست یابد، ولی به خاطر این که به نقش عوامل درونی در سبب شناسی سوء مصرف مواد توجه کافی نکرده بود مورد انتقاد قرار گرفته است (بوتوین و بوتوین، ۱۹۹۲). همچنین، رویکرد نفوذ اجتماعی نگاه چندگانه به سوء مصرف مواد ندارد. پایه نظری رویکرد حاضر، نظریه شناختی - اجتماعی بندورا (۱۹۹۷) و نظریه رفتار مشکل جسر است ( به نقل از بوتوین، ۱۹۹۷) در این رویکرد سوء مصرف مواد به عنوان رفتاری آموخته شده و رفتار کنشی که از تعامل بین عوامل اجتماعی (بین فردی) و عوامل فردی (درون فردی) منتج شده، مفهوم سازی شده است. با وجود مشترکاتی که این رویکرد با رویکرد نفوذ اجتماعی دارد، ویژگی های مهمی دارد که عبارتند: از تاکید بر آموزش مهارت های خود مدیریتی شخصی کلی<sup>۱</sup> و مهارت های اجتماعی.

### برنامه آموزش مهارت های زندگی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد

برنامه آموزشی مهارت های زندگی توسط ژیلبرت، ج بوتوین از دانشگاه کرنل<sup>۲</sup> و در سال ۱۹۹۷ برای پیشگیری از سوء مصرف سیگار در نوجوانان طراحی شد. پس از آن

---

۵-Pents

۶-shope

۷-hurd

۸-integrated social influence- competence inhancment

۱-Generic personal selfmangement

۲-Cornel

نیز برای پیشگیری از سوء مصرف الکل و مواد مورد استفاده قرار گرفت. در این برنامه آموزش مهارت‌های زندگی از سه قسمت تشکیل شده است:

- ۱- آموزش مهارت‌های شخصی، شامل بهبود تصمیم‌گیری، تفکر انتقادی، مقاومت در برابر جاذبه تبلیغات، مقابله موثر با اضطراب اجتماعی و تکنیک‌های تغییر خود.
- ۲- آموزش مهارت‌های اجتماعی شامل مهارت‌های ارتباط کلامی و غیر کلامی، شناخت علل سوء تفاهم‌ها و راه‌های اجتناب از آن و مهارت چگونگی ابزار وجود
- ۳- آموزش مربوط به مواد مخدر یا آموزش مهارت‌های مربوط به مشکل سوء مصرف که شامل: ارائه اطلاعاتی درباره میزان شیوع فعلی سوء مصرف مواد، پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت سوء مصرف و مهارت‌های مقاومت و نه گفتن به پیشنهاد مصرف مواد است. (بوتوین و همکاران، ۱۹۹۷).

### روش پژوهش

طرح پژوهشی حاضر با توجه به عنوان تحقیق، از جمله طرح‌های آزمایشی و از روش پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بهره گرفته است.

**جامعه آماری:** در پژوهش حاضر دانش‌آموزان پسر اول راهنمایی شهر تهران که در سال تحصیلی ۱۳۸۱ مشغول به تحصیل بوده‌اند، روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه؛ به عنوان جامعه آماری در نظر گرفته شدند.

**روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه:** برای انتخاب نمونه‌های آماری از شیوه نمونه برداری خوشه‌ای چند مرحله‌ای استفاده شد. بر این اساس، نیز ۲ گروه نمونه وجود داشت: گروه اول، گروه آزمایشی بود که برنامه آموزشی خاصی برای آنها اجرا شد و گروه دوم به عنوان گروه کنترل نیز بدون کاربندی متغیر مستقل بود. واحد نمونه برداری (کلاس) و حجم گروه‌های نمونه ۶۰ نفر بود. به منظور کنترل متغیرهای مزاحم، گروه آزمایش از یک مدرسه و گروه کنترل از مدرسه‌ای دیگر در همان منطقه آموزشی (منطقه ۶) به صورت تصادفی انتخاب شد.



**ابزارهای پژوهش:** در پژوهش حاضر مجموعه آموزشی مهارت‌های زندگی به عنوان یک ابزار سنجش استفاده شده است.

این مجموعه، کتابی است که در دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر وزارت آموزش و پرورش، ویژه سال اول راهنمایی در سال تحصیلی ۸۰-۱۳۷۹ تالیف شده و شامل مباحث تصور از خود و پیشرفت شخصی، تصمیم‌گیری، سیگار واقعیت و خیال، عوارض سیگار بر بدن، مهارت‌های اجتماعی، ابزار وجود و... است.

دومین ابزار مورد استفاده، پرسشنامه سنجش دانش و نگرش دانش آموزان دوره راهنمایی بوده است این پرسشنامه، در قالب طرح زمینه یابی سنجش دانش و نگرش دانش آموزان، معلمان، مدیران و عوامل اجرایی مدارس کشور، نسبت به مواد مخدر در دفتر پیشگیری از مواد مخدر آموزش و پرورش تهیه شده است. شواهد موجود در بررسی اعتبار<sup>۱</sup>، نشان دهنده ضریب همبستگی درونی<sup>۲</sup> آزمون‌ها در سطح ۰/۸۴ است، همچنین، میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است (موسوی و همکاران، ۱۳۷۸).

پرسشنامه سنجش عزت نفس کوپر اسمیت<sup>۳</sup> نیز ابزار دیگری است که در این پژوهش مورد استفاده بود. این پرسشنامه هم دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده آن دروغ سنج است. در مجموع ۵۰ ماده آن بر ۴ خرده مقیاس عزت نفس کلی، عزت نفس اجتماعی (همسالان)، عزت نفس خانوادگی (والدین) و عزت نفس تحصیلی تقسیم شده است. در پژوهش حاضر، نمره عزت نفسی عمومی مد نظر بوده است. این آزمون در پژوهش‌های متعددی به کار گرفته شده است (نجبایی، ۱۳۷۴، به نقل از ثابت، ۱۳۷۵) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴۴ گزارش کرده است. همچنین، در تحقیق ذوالفقاری (۱۳۷۶) ضریب آلفای ۰/۸۵ گزارش شده است.

**شیوه تجزیه و تحلیل آماری:** در پژوهش حاضر با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی، به بررسی میانگین، انحراف استاندارد، حداقل و حداکثر نمره متغیرهای وابسته یعنی دانش، نگرش و عزت نفس پرداخته شده است.

۱-consistency

۲-moxsis tancy

۱-cooper smin

## یافته‌های پژوهش

همان گونه که در قسمت روش پژوهش توضیح داده شد، هدف این تحقیق بررسی نقش آموزش مهارت‌های زندگی بر دانش، نگرش و عزت نفس دانش‌آموزان است که در دو گروه کنترل و آزمایش و طی دو مرحله (پیش آزمون و پس آزمون) مورد بررسی قرار گرفت. اکنون نتایج حاصل از گروه‌های مورد بررسی پرداخته می‌شود:

جدول شماره ۱: مشخصات آماری متغیر دانش در دو گروه آموزش و کنترل

گروه کنترل				گروه آزمایش				گروه‌ها آزمون
حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف استاندارد	میانگین	حداکثر نمره	حداقل نمره	انحراف استاندارد	میانگین	
۱۹	۵	۳/۵۱	۱۲/۸۰	۲۰	۵	۴/۱۶	۱۲/۲۶	پیش آزمون
۱۸	۵	۳/۳۰	۱۲/۷۶	۲۴	۴	۴/۵۱	۱۷/۱۶	پس آزمون

با توجه به نتایج حاصل از جدول شماره ۱، میانگین نمرات دانش گروه آزمایش در پیش آزمون ۱۲/۲۶ و در پس آزمون ۱۷/۱۶ است که افزایش قابل توجهی را نشان می‌دهد. این افزایش در حداکثر نمره هم قابل مشاهده است، در حالی که گروه کنترل تغییر محسوسی را در مرحله آزمون نشان نمی‌دهد. افزایش نمرات در متغیر دانش در گروه آزمایشی بدین معناست که پس از اجرای آموزش مهارت‌های زندگی، دانش آزمودنی‌ها به شکل محسوسی افزایش یافته است.

جدول شماره ۲: مشخصات آماری متغیر نگرش در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه‌ها	گروه آزمایش	گروه کنترل
---------	-------------	------------

آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
پیش‌آزمون	۱۴/۶۰	۴/۴۹	۳	۲۱	۱۳/۲۶	۵/۰۷	۵	۲۱
پس‌آزمون	۵/۶۳	۲/۳۵	۲	۱۱	۱۴/۴۶	۵/۵۲	۷	۲۲

بر اساس نتایج حاصله از جدول فوق، میانگین نمرات نگرش گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۱۴/۶۰ است، در حالی که در پس‌آزمون این میزان به ۵/۶۳ کاهش یافته است، در واقع، این کاهش در انحراف استاندارد و حداقل و حداکثر نمره هم مشاهده می‌شود. کاهش نمرات متغیر نگرش در گروه آزمایش بدین معناست که پس از اجرای آموزش مهارت‌های زندگی، نگرش آزمودنی‌ها به طور محسوسی کاهش یافته است.

جدول شماره (۳) مشخصات آماری متغیر عزت نفس در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه‌ها آزمون	گروه آزمایش							گروه کنترل
	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	
پیش‌آزمون	۲۴/۱۰	۶/۶۳	۱۰	۳۴	۲۳/۴۰	۵/۶۷	۱۱	۳۴
پس‌آزمون	۳۰/۸۷	۶/۸۳	۱۴	۴۱	۲۲/۸۳	۵/۵۲	۱۴	۳۳

همان‌طور که ملاحظه می‌شود نتایج حاصل از جدول شماره ۳ بیانگر این مطلب است که، میانگین نمرات عزت نفس گروه آزمایش در پیش‌آزمون، ۲۴/۶۰ است که در پس‌آزمون به ۳۰/۸۷ افزایش یافته است. به عبارت دیگر، این افزایش نمرات در پس‌آزمون در حداقل و حداکثر نمره هم مشاهده می‌شود. با وجود این، در گروه کنترل تغییر محسوسی قابل ملاحظه نیست. افزایش نمرات متغیر عزت نفس در گروه آزمایش این معنی را می‌دهد که پس از اجرای آموزش مهارت‌های زندگی، عزت نفس آزمودنی‌ها افزایش یافته است.

جدول شماره ۴: تحلیل واریانس تکرار سنجش به منظور آزمون اثرات کاربردی آزمایشی در سطح

درون آزمودنی متغیر دانش

منبع واریانس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنی‌داری
دانش	۶۱/۶۳	۱	۶۱/۶۳	۴/۰۳	۰/۰۴۹

گروه × دانش	۳۶۰/۵۳	۱	۳۶۰/۵۳	۲۳/۵۷	۰/۰۰۰
خطا	۸۸۶/۸۳	۵۸	۱۵/۲۹		

با توجه به نتایج حاصله جدول شماره ۴ و  $F$  به دست آمده از عامل دانش در سطح  $P = ۰/۰۴۹$  معنی‌دار است. همچنین، مقدار  $F$  به دست آمده از اثر تعاملی گروه‌بندی در دانش نیز با  $P < ۰/۰۰۰$  معنی‌دار است. این نتیجه بیانگر این مطلب است که اثر اصلی در متغیر دانش، تفاوت‌های معنی‌داری را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همچنین، با توجه به اثرات تعاملی بین گروه و دانش به نظر می‌رسد تفاوت‌های به دست آمده از مقادیر مختلف دانش آزمودنی‌ها با گروه در ارتباط است. به عبارت دیگر، بخشی از تفاوت به وجود آمده در سطح مختلف دانش آزمودنی‌ها ناشی از شکل گروه‌بندی آنها است.

جدول شماره ۵: تحلیل واریانس تکرار سنجش در سطح بین آزمودنی در متغیر دانش

منبع واریانس	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	معنی‌داری
دانش	۶۱/۶۳	۱	۶۱/۶۳	۴/۰۶	۰/۰۴۹
گروه × دانش	۳۶۰/۵۳	۱	۳۶۰/۵۳	۲۳/۵۷	۰/۰۰۰
خطا	۸۸/۸۳	۵۸	۱۵/۲۹		

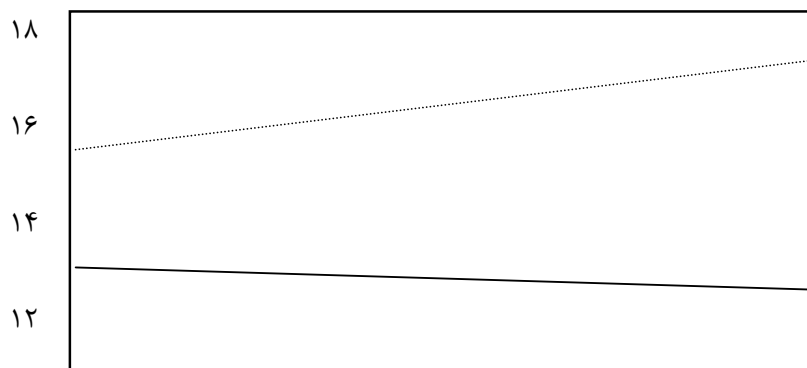
همان‌گونه که از نتایج جدول فوق استنباط می‌شود، مقدار  $F$  به دست آمده برای عامل گروه در سطح  $P < ۰/۰۰۱$  معنی‌دار است. این بدان معناست که بخش قابل توجهی از واریانس به وجود آمده ناشی از گروه‌بندی است. از آنجا که گروه‌بندی با توجه به دو گروه آزمایش، با دریافت آموزش مهارت‌های زندگی و کنترل، بدون دریافت هیچ برنامه آموزشی انجام شده است، تفاوت پدید آمده قابل انتظار است. به منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های به دست آمده در جدول تحلیل واریانس از روش‌های تعقیبی توکی استفاده شده است.

جدول شماره ۶: مقایسه میانگین‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در ارتباط با متغیر دانش\*

معنی داری	تفاوت میانگین	گروه	گروه
۰/۹۶۵ ۰/۱۰۰ ۰/۵۴۷	-۰/۵۳۳ -۴/۹۰ ۸/۵۰	کنترل (پیش آزمون) آزمایش (پس آزمون) کنترل (پس آزمون)	آزمایش (پیش آزمون)
۰/۹۶۵ ۰/۱۰۰ ۰/۲۷۹	-۰/۵۳۳ ۴/۳۶ ۲/۰۳	کنترل (پیش آزمون) آزمایش (پس آزمون) کنترل (پس آزمون)	کنترل (پیش آزمون)
۰/۱۰۰ ۰/۱۰۰ ۰/۱۰۰	۴/۹۰ ۴/۳۶ ۶/۴۰	کنترل (پیش آزمون) آزمایش (پس آزمون) کنترل (پس آزمون)	آزمایش (پس آزمون)
۰/۵۴۷ ۰/۲۷۹ ۰/۱۰۰	-۱/۵۰ -۲/۰۳ -۶/۴۰	کنترل (پیش آزمون) آزمایش (پس آزمون) کنترل (پس آزمون)	کنترل (پس آزمون)

\* در این تجزیه و تحلیل با استفاده از روش پیش آزمون و پس آزمون و از طریق روش‌های تعقیبی (آزمون شوکی)، نتایج فوق به‌دست آمده است.

همان‌طور که نتایج حاصله از جدول شماره ۶ نشان می‌دهند، تفاوت میانگین گروه آزمایش در پیش آزمون با پس آزمون  $-۴/۹۰$  است که در سطح  $P < ۰/۱۰۰$  معنی‌دار است. همچنین، تفاوت میانگین گروه کنترل در پیش آزمون با گروه آزمایش در پس آزمون  $-۴/۳۶$  به دست آمده که در سطح  $P < ۰/۱۰۰$  معنی‌دار می‌باشد. تفاوت میانگین گروه آزمایش در پس آزمون با گروه کنترل در پس آزمون  $۶/۴۰$  می‌باشد که در سطح  $P < ۰/۱۰۰$  معنی‌دار است. از طرف دیگر، گروه آزمایش در پیش آزمون با گروه کنترل در پس آزمون تفاوت معنی‌داری نشان نداد. و همچنین، تفاوت گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی‌داری نشان نداد. همچنین، تفاوت گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون نیز معنی‌دار نیست. بنابراین، با توجه به یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس تکرار سنجش و آزمون توکی فرضیه اول تحقیق را تایید می‌کند. این بدان معناست که آموزش مهارت‌های زندگی به دانش آموزان، موجب ایجاد تغییرات معنی‌دار در دانش آنها نسبت به موادمخدر می‌شود. این تغییرات در نمودار شماره ۱ نیز نمایان است.



۱۰

کنترل —

..... آزمایش

نمودار شماره ۱: تغییرات میانگین متغیر دانش در گروه‌های آزمایش و کنترل در اثر آموزش مهارت‌های زندگی

جدول شماره ۷: تحلیل واریانس تکرار سنجش به منظور آزمون اثرات کاربردی آزمایشی در سطح درون آزمودنی متغیر نگرش

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
دانش	۴۲۹/۴۰	۱	۴۲۹/۴۰	۳۴/۰۲	۰/۰۰۰
گروه × دانش	۸۰۶/۰۰	۱	۸۰۶/۰۰	۶۳/۸۵	۰/۰۰۰
خطا	۷۳۲/۰۸	۵۸	۱۲/۶۲		

با توجه به نتایج حاصل از جدول شماره ۷،  $F$  به دست آمده از متغیر نگرش در سطح  $P < 0/000$  معنی دار است. همچنین مقدار  $F$  از اثر تعاملی گروه‌بندی در نگرش نیز با  $P < 0/000$  معنی دار است. بنابراین، اثر اصلی در متغیر نگرش تفاوت‌های معنی داری در پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

همچنین با توجه به اثرات تعاملی بین گروه و نگرش به نظر می‌رسد تفاوت‌های به دست آمده از مقادیر مختلف نگرش آزمودنی‌ها با گروه در ارتباط است. به عبارت

دیگر، بخشی از تفاوت به وجود آمده در سطح مختلف نگرش آزمودنی‌ها، به شکل گروه‌بندی بر می‌گردد.

جدول شماره ۸: تحلیل واریانس تکرار سنجش در سطح بین آزمودنی متغیر نگرش

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
گروه × دانش	۴۴۴/۶۷	۱	۴۴۴/۶۷	۱۹/۰۱	۰/۰۰۰
خطا	۱۳۵۶/۶۱	۵۸	۲۳/۳۹		۰/۰۰۰

همان‌طور که ملاحظه می‌شود نتایج حاصل از جدول شماره ۸ و مقدار F به دست آمده از F برای عامل گروه در سطح  $P < 0/000$  معنی دار است این امر نشان که بخش قابل توجهی از واریانس به وجود آمده ناشی از گروه بندی است. همان‌طور که قبلاً بیان شد گروه بندی در دو سطح انجام شد: گروه آزمایش که آموزش مهارت‌های زندگی را دریافت کرد و گروه کنترل که هیچ برنامه آموزشی را دریافت نداشتند. بنابراین تفاوت به وجود آمده قابل انتظار بوده است.

در این تحلیل نیز به منظور بررسی دقیق‌تر تفاوت‌های به دست آمده از جدول تحلیل واریانس در متغیر نگرش، از آزمون توکی استفاده شده است.

جدول شماره ۹: مقایسه میانگین‌های گروه‌های آزمایش و کنترل متغیر نگرش\*

معنی داری	تفاوت میانگین	گروه	گروه
۰/۶۱۷ ۰/۰۰۰ ۱/۰۰۰	۱/۳۳ ۸/۹۶ -۶/۶۶	کنترل (پیش آزمون) آزمایش (پس آزمون) کنترل (پس آزمون)	آزمایش (پیش آزمون)
۰/۶۱۷ ۰/۰۰۰ ۰/۵۷۹	۱/۳۳ -۱/۱۶	کنترل (پیش آزمون) آزمایش (پس آزمون) کنترل (پس آزمون)	کنترل (پیش آزمون)
۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰	-۸/۹۶ -۷/۶۳ -۹/۰۳	کنترل (پیش آزمون) آزمایش (پس آزمون) کنترل (پس آزمون)	آزمایش (پس آزمون)
۱/۰۰	۶/۶۶	کنترل (پیش)	کنترل (پس آزمون)

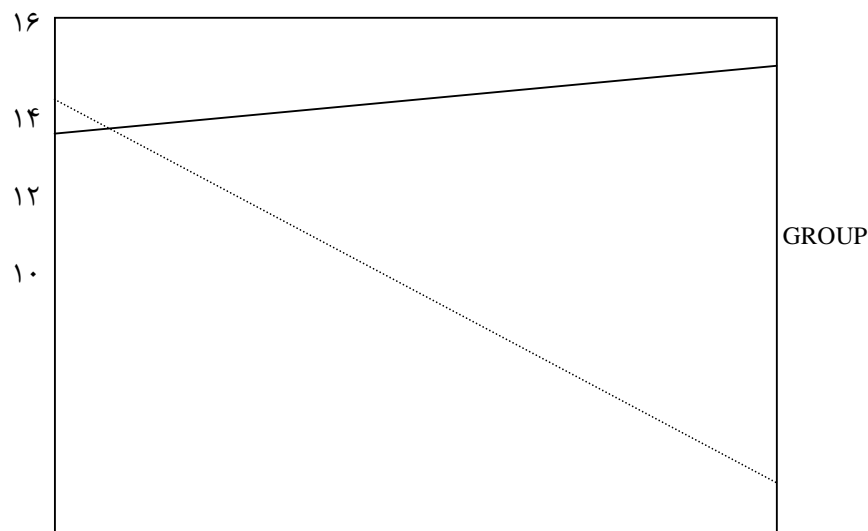
۰/۵۷۹ ۰/۰۰۰	۱/۴۰ ۹/۰۳	آزمون (پس آزمایش آزمون) کنترل (پس آزمون)	
----------------	--------------	--	--

\*برای تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از دو گروه از روش پیش آزمون - پس آزمون و روش‌های تعقیبی استفاده شده است.

همان‌گونه که نتایج جدول شماره ۹ نشان می‌دهد، تفاوت میانگین گروه آزمایش در پیش آزمون با پس آزمون ۸/۹۶ است که در سطح  $p < 0/000$  معنی‌دار بودن را نشان می‌دهد.

تفاوت میانگین گروه کنترل در پیش آزمون با گروه آزمایش در پس آزمون ۷/۶۳ است که در سطح  $p < 0/000$  معنی‌دار است. تفاوت میانگین گروه آزمایش در پس آزمون با گروه کنترل در پس آزمون ۹/۰۳- به دست آمده که در سطح  $p < 0/000$  معنی‌دار است. از طرف دیگر، گروه آزمایش در پیش آزمون با گروه کنترل در پس آزمون تفاوت معنی‌دار را نشان نمی‌دهد. همچنین، تفاوت گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون معنی‌دار نیست.

بنابراین با توجه به یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس، تکرار سنجش و آزمون توکی فرضیه دوم تحقیق مورد تایید قرار می‌گیرد. این بدان معناست که آموزش مهارت‌های زندگی به دانش‌آموزان موجب ایجاد تغییرات معنی‌دار در نگرش آنها نسبت به مواد مخدر می‌گردد. این تغییرات به صورت محسوس تر در نمودار شماره ۲- مشخص شده است.





۸

۶

۴

## آزمایش ..... کنترل

نمودار شماره ۲ تغییرات میانگین نمرات متغیر نگرش در گروه‌های  
آزمایش و کنترل در اثر آموزش مهارت‌های زندگی

جدول شماره ۱۰: تحلیل واریانس تکرار سنجش به منظور آزمون اثرات کاربردی درون آزمودنی

## متغیر عزت نفس

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
عزت نفس	۲۸۸/۳۰	۱	۲۸۸/۳۰	۱	۰/۰۰۳
گروه × عزت نفس	۴۰۳/۳۳	۱	۴۰۳/۳۳	۱	۰/۰۰۱
خطا	۱۷۵۶/۳۶	۵۸	۳۰/۲۸	۵۸	

با توجه به نتایج حاصل از جدول ۱۰، F به دست آمده از عامل عزت نفس در سطح  $P < 0/003$  معنی دار است. همچنین، مقدار F حاصله از اثر تعاملی گروه‌بندی در عزت نفس نیز با  $P = 0/001$  معنی دار است.

این بدان معناست که اثر اصلی در متغیر عزت نفس تفاوت‌های معنی‌داری را در پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. همچنین با توجه به اثرات تعامل بین گروه و عزت نفس به نظر می‌رسد، تفاوت‌های منتج شده از مقادیر مختلف عزت نفس آزمودنی‌ها با گروه در ارتباط است. به عبارت دیگر، بخشی از تفاوت به وجود آمده در سطوح مختلف عزت نفس آزمودنی‌ها ناشی از شکل گروه‌بندی است.

جدول شماره ۱۱: تحلیل واریانس تکرار سنجش در سطح بین آزمودنی متغیر عزت نفس

منبع واریانس	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری
--------------	---------------	------------	-----------------	---	-----------

گروه	۵۷۲/۰۳	۱	۵۷۲/۰۳	۹/۴۰	۰/۰۰۰
خطا	۳۵۲۷/۱۶	۵۸	۶۰/۸۱		

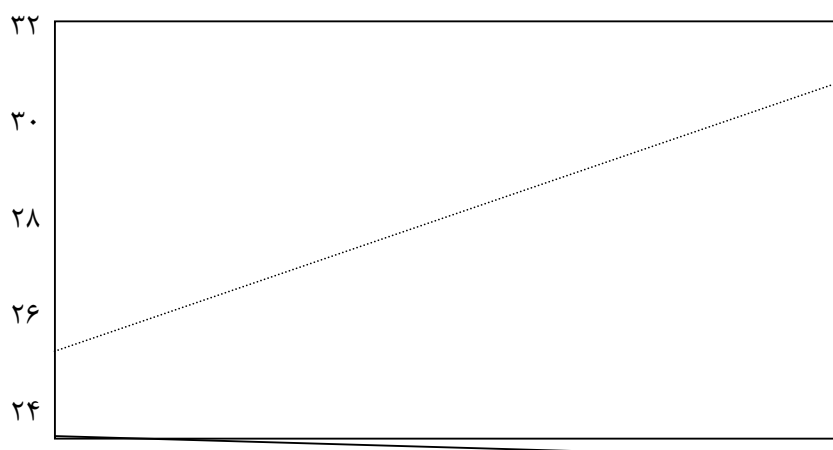
با توجه به یافته‌های حاصل از جدول شماره ۱۱،  $F$  به دست آمده برای عامل گروه در سطح  $P < ۰/۰۰۰$  معنی دار است. این بدان معناست که بخش قابل توجهی از واریانس به وجود آمده، ناشی از گروه‌بندی است. از آنجا که گروه‌بندی با توجه به دو گروه آزمایش، با دریافت آموزش مهارت‌های زندگی و کنترل، بدون دریافت هیچ برنامه آموزشی انجام شده است، تفاوت حاصله قابل انتظار بوده است.

جدول شماره ۱۲: مقایسه میانگین‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون عزت نفس به وسیله روش‌های تعقیبی

معنی داری	تفاوت میانگین	گروه	گروه
۰/۹۷۸ ۰/۰۰۱ ۰/۸۸۶	۰/۷۰۰ -۶/۷۶ ۱/۲۶	کنترل (پیش‌آزمون) آزمایش (پس‌آزمون) کنترل (پس‌آزمون)	آزمایش (پیش‌آزمون)
۰/۹۷۸ ۰/۰۰۰ ۰/۹۸۸	-۰/۷۰۰ -۷/۴۶ ۰/۵۵	کنترل (پیش‌آزمون) آزمایش (پس‌آزمون) کنترل (پس‌آزمون)	کنترل (پیش‌آزمون)
۰/۰۰۱ ۰/۰۰۰ ۰/۰۰۰	۶/۷۶ ۷/۴۶ ۸/۰۳	کنترل (پیش‌آزمون) آزمایش (پس‌آزمون) کنترل (پس‌آزمون)	آزمایش (پس‌آزمون)
۰/۸۸ ۰/۹۸ ۰/۰۰۰	-۱/۲۶ -۰/۵ -۸/۰۳	کنترل (پیش‌آزمون) آزمایش (پس‌آزمون) کنترل (پس‌آزمون)	کنترل (پس‌آزمون)

همان‌طور که نتایج جدول شماره ۱۲ نشان می‌دهند، تفاوت میانگین گروه آزمایش در پیش‌آزمون با پس‌آزمون  $-۶/۷۶$  است که در سطح  $P < ۰/۰۰۱$  معنی دار است. تفاوت گروه کنترل در پیش‌آزمون با گروه آزمایش در پس‌آزمون با گروه کنترل در پس‌آزمون  $۷/۴۶$  است که در سطح  $P < ۰/۰۰۰$  معنی دار است. از طرف دیگر گروه

آزمایش در پیش آزمون با گروه کنترل در پس آزمون تفاوت معنی دار را نشان نمی‌دهد. همچنین، تفاوت گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون معنی دار نیست. بنابراین، با توجه به یافته‌های حاصل از تحلیل واریانس تکرار سنجش و آزمون توکی فرضیه سوم تحقیق تایید می‌شود. این بدان معناست که آموزش مهارت‌های زندگی به دانش آموزان موجب ایجاد تغییرات معنی‌دار در عزت نفس آنها شده است. این تغییرات در نمودار شماره ۳ نمایان است.



۲۲

کنترل

آزمایش

نمودار شماره ۳ تغییرات میانگین نمرات متغیر عزت نفس در گروه‌های آزمایشی و کنترل در اثر آموزش مهارت‌های زندگی

### بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه اول تحقیق عبارت بود از: تأثیر اجرای مجموعه آموزش مهارت‌های زندگی بر تغییر دانش و آگاهی دانش آموزان نسبت به مواد مخدر اولین فرضیه پژوهش حاضر است که با توجه به نتایج جداول (۴،۵،۶) می‌توان به تفاوت معنی‌دار بودن میزان دانش

و آگاهی دو گروه آزمایش و گواه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون پی برد. در این تحلیل نکته قبل توجه این است که: در گروه کنترل نه تنها افزایشی دیده نمی شود، بلکه کاهش میزان اطلاعات هم دیده شده است؛ علت این امر می تواند عدم استفاده از اطلاعات و مرور نکردن آنها به خاطر نبودن فرصت بحث و گفتگو (فرصتی که برای گروه آزمایش فراهم بود) باشد. یکی از رویکردهای پیشگیری از اعتیاد، آگاه کردن گروه‌های مختلف مردم از خطرات و مضرات مصرف مواد است. (اطلاع رسانی) اگر هر فرد از تاثیر نامطلوب مصرف مواد بر سلامت جسمی و روانی و کارکرد شغلی و اجتماعی خود و خانواده اش مطلع باشد و آنرا باور کند، کمتر ممکن است به مصرف مواد مبادرت ورزند. سازمان‌های رسانه‌ای و اطلاع رسانی در یک پروژه ملی، در تقویت نگرش منفی نسبت به مصرف مواد غیر قانونی از طریق دادن اطلاعاتی بر ضد مواد با هم همکاری داشتند. نتایج حاصل از این همکاری نشان داد که اطلاع رسانی اشباع شده با تغییرات بسیاری در طول یک دوره یک ساله، همراه بوده است. در این نتایج، دانشجویان و کودکان در سال ۱۹۸۸ نسبت به سال ۱۹۸۷، نگرش منفی‌تری نسبت به مصرف کنندگان مواد داشتند و میزان کمتری از مصرف را در میان دوستان خود گزارش دادند (بلاک، ۱۹۸۹ به نقل از هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲) بنابراین، افزایش اطلاعات و دانش نسبت به مواد مخدر می تواند احتمال ایجاد نگرش منفی نسبت به مواد مخدر را افزایش دهد.

**فرضیه دوم تحقیق عبارت بود از:** در فرضیه دوم پژوهش به تأثیر اجرای مجموعه آموزشی مهارت‌های زندگی بر تغییر نگرش دانش آموزان نسبت به مواد مخدر پرداخته شده است. نتایج حاصل از آزمون این فرضیه نشان می‌دهد که با توجه به یافته های جداول (۷، ۸، ۹) تفاوت معنی‌داری بین نگرش گروه‌های آزمایش و گواه در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون وجود دارد. تحقیقات نشان داده است که بین شروع مصرف مواد و نگرش‌ها و باورهای نوجوانان دربارهٔ مواد، ارتباط وجود دارد. به واقع، نگرش‌های مثبت درباره مصرف مواد، تسهیل کننده زمان شروع مصرف (هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲). به عبارت دیگر، شروع سوء مصرف مواد یک فرایند رو به پیشرفت دارد. در آغاز فرد ممکن است نگرش مثبت نسبت به مواد داشته باشد، سپس مصرف آزمایشی را

شروع کند و سپس مصرف او شکل منظم و سنگین به خود بگیرد و در نهایت فرد را دچار سوء مصرف مواد یا وابستگی جسمی کند (دیویسن و نیل، ۲۰۰۱).

همچنین، بر اساس نظریه عمل متکی بر استدلال‌ها که توسط آیزن و فیش بین (۱۹۹۸) مطرح می‌شود، ارتباط میان اطلاعات و نگرش‌ها از یک سو و نگرش‌ها و رفتار از سوی دیگر مدنظر است؛ در واقع، بر اساس نظر فیش بین و آیزن شروع آزمایشی مصرف مواد، توسط «تصمیم‌گیری» نوجوانان در شروع رفتارهای ویژه مواد تعیین می‌شود. دو متغیر شناختی، تصمیم‌گیری را تحت تاثیر قرار می‌دهد: اول آن که قصد نوجوان برای مصرف مواد، تحت تاثیر نگرش وی در مورد مصرف مواد است؛ نگرش‌های مربوط به مصرف مواد هم تابع آثار و عوارض شخصی است که نوجوانان از مصرف ماده مخدر انتظار دارد (یعنی هزینه‌ها و منفعت‌ها) و هم تابع ارزش عاطفی است که نوجوان برای پیامدهای رفتار خود قایل می‌شود. بنابراین، اگر ارزیابی منفعت حاصل از مصرف مواد بیش از هزینه و انرژی آن باشد نگرش مثبتی به مصرف مواد پیدا خواهد کرد. دوم آن که قصد نوجوان برای مصرف مواد تحت تاثیر عقاید و باورهای او درباره هنجارهای اجتماعی موجود در این زمینه است؛ بنابراین، اگر نوجوان معتقد باشد (درست یا غلط) که دوستان صمیمی و اعضای خانواده او مصرف مواد را تایید می‌کنند، فشار زیادی را برای مصرف در خود احساس می‌کند (به نقل از طارمیان، ۱۳۷۸).

در فرضیه سوم تحقیق تأثیر اجرای مجموعه آموزشی مهارت‌های زندگی بر بهبود عزت نفس دانش‌آموزان مورد مطالعه قرار گرفته است با توجه به نتایج به دست آمده از جداول (۱۲ و ۱۱، ۱۰) می‌توان گفت بین میانگین نمرات عزت نفس در دو گروه آزمایش و کنترل، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همان‌طور که در تبیین نظریه تحقیر خود، کاپلان (۱۹۸۴، ۱۹۸۲، ۱۹۷۰) به نقل از طارمیان، (۱۳۷۸) اشاره شد، از نظر کاپلان و همکاران، عزت نفس عمومی اصلی در مصرف مواد مخدر و پیشگیری از آن است. در تحقیق کاپلان و همکاران (۱۹۸۲) که یک مطالعه بلندمدت دو ساله بود، به این نتیجه رسیدند که عزت نفس ضعیف بر ارتباط نوجوان با همسالان مصرف‌کننده تأثیر می‌گذارد؛ به علاوه، به طور غیر مستقیم هم مصرف مواد را متأثر می‌سازد (به نقل از طارمیان، ۱۳۷۸). همچنین، پژوهش کاملاً مرتبط (۱۳۷۳)

سلیمی (۱۳۷۵)، جعفر زادگان و زارعی (۱۳۸۰) نیز مؤید رابطه بین عزت نفس ضعیف با سوء مصرف مواد است. در نظریه تعامل خانواده، بروک و همکاران (۱۹۹۰). بر تاثیر برخی ویژگی‌های بین فردی در مصرف مواد تاکید دارند. این ویژگی‌ها عبارتند از: بی‌علاقگی و عدم توجه به پیشرفت، یکپارچگی ضعیف من یا توانمندی فرمان، افسردگی، عزت نفس پایین، پرخاشگری، نافرمانی و عدم تبعیت، آموزش هیجان طلبی. از طرف دیگر آموزش مهارت‌های زندگی علاوه بر پیشگیری در زمینه مصرف سیگار و دیگر مواد مخدر، مهارت‌های فرد را نیز افزایش می‌دهد (از جمله عزت نفس ابراز وجود و دیگر مهارت‌ها). آموزش مهارت‌های زندگی، فرد را توانمند می‌کند تا دانش، نگرش‌ها و ارزش‌هایش را به فعلیت برساند و فرد را قادر می‌سازد تا انگیزه و رفتار سالم داشته باشد (بوتوین و همکاران، ۱۹۹۷). همان‌طور که بیان شد آموزش مهارت‌های زندگی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد، بر این فرض استوار است: افرادی که مواد مصرف می‌کنند یک سری نقایص در کارکردهای درون فردی و بین فردی دارند. نقایص درون فردی شامل نداشتن مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری و تفکر انتقادی است و نقایص بین فردی شامل نداشتن مهارت‌های اجتماعی می‌شود.

بنابراین، هدف از آموزش مهارت‌های زندگی در این زمینه، آموزش و افزایش کارکردهای درون فردی و بین فردی برای اداره کردن و حل سازنده تر مشکلات زندگی است. همان‌طور که در فصل دوم و در تبیین دیدگاه بوتوین (۱۹۹۹) بیان شد، از نظر وی عوامل مختلف و متعددی در علت شناسی سوء مصرف مواد نقش دارند. او برای تبیین دیدگاهش از نظریه‌های یادگیری اجتماعی بندورا، (۱۹۹۷)، نظریه رفتار مشکل‌جسور (۱۹۹۷)، تحقیر خود کاپلان (۱۹۸۰) ارتباطات متقاعد کننده مک گوار (۱۹۶۸) گروه همسالان اوتنیگ (۱۹۸۷) و هیجان‌خواهی زاگرم (۱۹۷۹)، استفاده کرده است، به همین دلیل دیدگاهی تلفیقی دارد. از نظر بوتوین سوء مصرف مواد در تعامل پویایی عوامل فردی و محیطی مفهوم سازی می‌شود. آموزش مهارت‌های زندگی با توجه به این دیدگاه مشخص شده است. در تحقیق اسماعیلی (۱۳۸۰)، میانگین نمره عزت نفس دانش‌آموزان که درس مهارت‌های زندگی را گذرانده بودند، بالاتر از آنهایی بود که این درس را نگذرانده بودند؛ یا تحقیقات سازمان بهزیستی کشور (۱۳۷۱ و ۱۳۷۹) و همچنین

تحقیق طارمیان (۱۳۸۰) نیز منطبق با یافته‌های بوتوین بوده است. بنابراین، نتایج حاصل از تحقیق حاضر، هم بر یافته‌های تحقیقات فوق صحه می‌گذارد و هم حاضر بر تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی را بر دانش و نگرش نسبت به مواد مخدر و همچنین بر عزت نفس دانش آموزان تایید می‌کند. در بررسی بوتوین (۱۹۸۳) که به منظور ارزیابی کارایی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی انجام گرفت، مشخص شد که آموزش فشرده در همه شاخص های مصرف سیگار مؤثر بوده است. پژوهش حاضر نیز بر اساس آموزش فشرده صورت گرفت، ولی آنچه مسلم است برای مشخص شدن اثرات طولانی مدت این آموزش باید تحقیقات مکمل و پیگیرانه انجام پذیرد.

### پیشنهادها

- ۱- پیشگیری زمانی با موفقیت همراه است که بر اساس شناسایی و توجه به عوامل خطر و حفاظت کننده انجام شود. بنابراین، شناسایی دانش آموزان در معرض خطر از اهمیت ویژه ای برخوردار است. آنچه در این بین مهم است این که شناسایی باید با توجه به کلیه عوامل خطرآفرین صورت گیرد، تا بتوان با توجه به یک شناسایی دقیق و جامع، عوامل محافظت کننده را به کار برد.
- ۲- همان طور که ذکر شد، این تحقیق با توجه به آثار کوتاه مدت آموزش مهارت‌های زندگی انجام گرفته است. به عبارتی، یک مداخله کوتاه مدت، آثار کوتاه مدتی بر بهداشت روانی دارد؛ ایجاد دانش و تغییر نگرش حاصل این مداخله است، بنابراین، تغییر رفتار و ایجاد تغییرات معنی دار در رفتارهای سالم نیازمند تحقیقات گسترده تر و جلسات تقویتی و پیگیری است.
- ۳- پیشنهاد می‌شود با توجه به گستردگی موضوعات آموزش مهارت‌های زندگی، تحقیقاتی در زمینه افزایش توانایی تصمیم گیری، کنترل اضطراب، مهارت‌های اجتماعی و ابراز وجود، انجام پذیرد.
- ۴- آموزش مهارت‌های زندگی از سال ۱۳۷۷ به صورت رسمی وارد نظام آموزش و پرورش شده است، ولی تا زمانی که به این درس، همانند دروسی مثل انشاء و

- ورزش نگاه شود و توجه کافی به آن انجام نگیرد کارایی لازم را نخواهد داشت. یکی از ملزومات در این زمینه تربیت معلمان و دبیران ویژه درس «آموزش مهارت‌های زندگی» است.
- ۵- آموزش مهارت‌های زندگی نه تنها باید در آموزش و پرورش انجام پذیرد، بلکه پیشنهاد می‌گردد با عنوان یک واحد درسی اجباری در نظام آموزش عالی مورد استفاده قرار گیرد.
- ۶- انجام برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، به منظور پیشگیری از بروز آسیب‌های اجتماعی دیگر همچون، بزهکاری، پرخاشگری و خشونت، خودکشی و طلاق با توجه به این‌که آموزش مهارت‌های زندگی در جهت پیشگیری از آسیب‌های یاد شده در کشورهای متعددی صورت گرفته و نتایج قابل توجهی هم داشته است. (برای مطالعه بیشتر به سازمان جهانی بهداشت (۱۹۹۶) مراجعه شود).
- ۷- ارتقاء دانش و اطلاعات دانش آموزان در زمینه زبان‌های جسمی و روانی. به عبات دیگر، باید عوارض مختلف اعتیاد در جهت ایجاد نگرش منفی نسبت به مواد گوشزد شود.
- ۸- تدوین و اجرای قانون ممنوعیت مصرف سیگار در اماکن عمومی که حداقل دو اثر دارد: ۱- رعایت حقوق عمومی افراد جامعه و توجه به سلامتی دیگران ۲- عدم ارایه الگوی مصرف سیگار در سطح جامعه.
- ۹- افزایش و ارتقاء دانش و آگاهی دانش آموزان و به طور کلی افراد جامعه در ارتباط با باورهای غلط رایج در مورد مواد مخدر و ایجاد نگرش‌های صحیح در مورد مواد مخدر.
- ۱۰- شناساندن جنبه‌های روان‌شناختی، جامعه‌شناختی، زیست‌شناختی و آموزش ویژگی‌های نوجوانی و بلوغ به نوجوانان، در جهت شناخت خود و دوری‌گزیدن از جنبه‌های نامتعارف و آسیب‌رسان ابراز وجود و آموزش ابراز وجود منطقی.
- ۱۱- جهت‌دادن حس هیجان‌خواهی و ماجراجویی نوجوانان به سمت عناصر مثبت و منطقی از طریق آموزش، بدون آسیب رساندن به خود و دیگران و ضمن فراهم آوردن امکانات و وسایل لازم.



۱۲- آموزش نحوه مناسب برخورد والدین با فرزندان و آرایه الگوهای تربیتی در جهت پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی.

۱۳- همچنان که بیان شد، اعتیاد پدیده‌ای چند عاملی است؛ بنابراین، پیشگیری از این پدیده چند عاملی زمانی با موفقیت همراه است که سازمان‌ها و نهادهای مختلف ضمن هماهنگی و همدلی با هم در جهت رفع و یا حداقل کم‌رنگ کردن این پدیده قدم بردارند.

## منابع

- ۱- اسماعیلی، محمد. (۱۳۸۰). بررسی اثر آموزش درس مهارت های زندگی در تعامل با شیوه های فرزند پروری بر عزت نفسی دانش آموزان. استان اردبیل. فصلنامه پیام مشاور ۶- ۱۲۵- ۱۱۳
- ۲- جعفر زادگان، تورج؛ زارعی، فرامرز. (۱۳۸۰). بررسی رابطه عزت نفس و معرف سیگار در بین دانش آموزان پسر دبیرستان های استان قزوین. دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر آموزش و پرورش
- ۳- دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۷۸). *ارایه برخی یافته های تحقیقی گزارش*
- ۴- سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۷۸). *برنامه آموزش مهارت های زندگی گزارش*
- ۵- طارمیان، فرهاد. (۱۳۸۰). *بررسی مقدماتی اثر بخشی برنامه آموزش مهارت های زندگی به منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در دانش آموزان سال اول راهنمایی. دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر آموزش و پرورش*
- ۶- مهریار، امیر هوشنگ؛ جزایری، مجتبی. (۱۳۷۷). *اعتیاد: پیشگیری و درمان*. تبریز، نشر روان پور

## References

- ۱- Bangret Drowns. R.I. (۱۹۸۸). **The effect of school- Based substance abuse education.** Ameta analysis. Journal of drug Education.
- ۲- Baumrind, D.Mosell, K.A. (۱۹۸۵). **development perspective on adolescent drug abuse.** Alcohol substanc use Adolescent, ۴۵
- ۳- Botvin. G.J. Dusenbury. Baker. James. R ortiz. S. (۱۹۹۲). **Smoking Prevention among Buran minority Youth: Assessing effect on outcome and mediatic variable.** Health Psycholgy, ۱۱۵, ۲۹۰- ۲۹۹
- ۴- Botvin, G. J. Epstein. J. A. Baker, E. Diaz T. (۱۹۹۷). **School Based drug abuse perevention with inner city youth: the etiology and prevention of drug abuse aminority youth.**Journal of childhood adolescent substance abuse.۶:۱۵-۲۰
- ۵- Botvin G.J. Baker. E. Dusenbury I. D. (۱۹۹۹). **Longterm follow up results of randomized drug abuse prevention trai in white middle class populotion** Journal og the Americam medical association. ۲۷۳. ۱۱۰۶- ۱۱۱۷.
- ۶- Davison. G. C. Neal. J. M. (۲۰۰۲). **Abnormal psychology** john wiley sonsjnc
- ۷- Donalson. S. I. Graham. J. W. (۱۹۹۴). **testing the generaliz ability of interventing mechanism theories.** Unders tanging the effects of adolescent drug use preven tion. Journol of behavioral medicime; ۱۷. ۱۹۵. ۲۱۶
- ۸- Dryfos. J. G. (۱۹۹۳). **preventing substance use Retninking stratgies.** American Journal public health ۸۳. ۶. ۷۹۳. ۷۹۹

- ۹- Ellickson, P. I. Bell, R. M. (۱۹۹۰). **Drug prevention in Junir high a multisite longitudinal test.** Science ۲۹۷. ۱۲۹۹. ۱۳۰۵
- ۱۰- Hawkins, D. catanalo. F. Miller, J. (۱۹۹۲). **Risk and protective factor for Alcohol and other drug problem in adolescent and early adulthood.** Psychological Bulletin. Vol (۷۱۲. No. 1)
- ۱۱- Hurd, p. johnson. C. A. (۱۹۸۰) **Prevention of cigarette smoking in the ۷ th grade students** journal of behavior medicine. ۳. ۱۵- ۲۸
- ۱۲- MacAlister, A. perry, e. I. Killen j. maccoby, N. (۱۹۸۰). **Pilot study of smoking, Alcohol and drug abuse prevention** public health. ۷۰- ۷۱۹- ۷۲۱
- ۱۳- Newcomb. M. D Bentler. P. m. (۱۹۹۸). **Consequence of Adolescent Druge use: impact of lines of young Adults**
- ۱۴- Kearney. A. L. Hines. M. H. (۱۹۸۰). **evaluation of effectiveness of drug prevention education program.** Journal of drug Education. ۱۰. ۱۲۷- ۱۳۹
- ۱۵- Kim. S. (۱۹۹۸). **Short and longterm evaluation of her's looking at you journal of drug education.** ۷۰. ۲۳۵. ۲۴۲
- ۱۶- Pentz. M. a. mackinon, ... flay (۱۹۸۶) **longitudinal prevention preject on reu gular and experimental smoking in adolescents.**
- ۱۷- Shop. J. t. bileman. Klosa. D. D. (۱۹۹۲). **an elementary school based alcohol misuse prevention of study Alcohol.** ۵۳. ۱۰۴- ۱۲۷
- ۱۸- Tobler, n. s. (۱۹۸۶). **meta analysis of ۱۹۳ adolescent dtug prevention result of program participants compared to a control or comparison group drugissues.** ۷۶. ۵۳۷- ۵۶۷
- ۱۹- Oxford University press. (۱۹۹۷) . **Wold Drug Report**
- ۲۰- World health organization. (۱۹۹۶). **Life Skills Educations. Planing of research**



## بحث ویژه: اپیدمی HIV/AIDS و اعتیاد تزریقی؛ کاهش آسیب و برنامه‌های سرنگ و سوزن

دکتر بهنام فرهودی<sup>۱</sup>

### اپیدمی ایدز (HIV/AIDS) و نقش اعتیاد تزریقی در آن

اپیدمی HIV/AIDS در جهان در حال گسترش است. در پایان سال ۲۰۰۲ میلادی ۴۲۰ نفر در جهان به HIV/AIDS مبتلا بوده اند و تنها در همان سال پنج میلیون نفر به آن مبتلا گشته‌اند (۳). اگر چه در برخی از کشورهای توسعه یافته موفقیت‌های چشمگیری در کنترل اپیدمی به دست آمده، اما در کشورهای در حال توسعه، گسترش اپیدمی ادامه دارد (۳). طبق برآورد کارشناسان، در صورت ادامه روند کنونی (تا سال ۲۰۱۵) متوسط عمر در ۹ کشور آفریقایی که بیشترین شیوع HIV را دارند، ۱۷ سال کاهش خواهد یافت (۲) همچنین، پیش بینی می‌شود که اگر در ۱۲۶ کشور با درآمد اندک تا متوسط (از جمله ایران) روش‌های صحیح پیشگیری اعمال نشود ۴۵ میلیون نفر دیگر تا سال ۲۰۱۰ به عفونت HIV/AIDS مبتلا خواهند شد. اما در صورت اجرای کامل برنامه‌های پیشگیری می‌توان عدد فوق را به ۲۹ میلیون نفر تا سال ۲۰۰۵، کاهش داد (۳). در این میان، اعتیاد تزریقی نیز در جهان گسترش می‌یابد و ابتلای افراد به عفونت HIV در اثر تزریق مواد مخدر نیز به گونه‌ای هشدار دهنده بویژه در بسیاری از کشورهای در حال توسعه جهان، رو به افزایش است (۳). به طور مثال، در حالی که تا یک دهه قبل شیوع اعتیاد تزریقی در اندونزی در حد صفر بوده است، هم اکنون حدود ۱۲۴ تا ۱۹۶ هزار معتاد تزریقی در این کشور وجود دارد. این آمار تا پایان سال ۲۰۰۲، ۴۳ هزار نفر مبتلا به HIV/AIDS را شامل شده است، اگر اشتراک در سوزن ادامه یابد تا انتهای سال جاری میلادی نیز (۲۰۰۳) تعداد آنها ۲ برابر خواهد شد. در سرتاسر سایر نواحی آسیای جنوب شرقی، وضع مشابهی وجود دارد و

۱- کارشناس مسؤول کاهش آسیب مرکز مدیریت بیماری‌ها - معاونت سلامت وزارت بهداشت و درمان آموزش پزشکی

اعتیاد تزریقی سوخت اپیدمی HIV/AIDS شده است. در پژوهشی که در اواخر سال ۲۰۰۱ در کشور روسیه بین معتادان تزریقی انجام گرفت، نشان داد که ۵۶ درصد آنها به HIV/AIDS آلوده بوده‌اند که بخش قابل توجهی از آنها، ظرف ۲ سال قبل از مطالعه مبتلا بوده‌است (۳). موارد جدید عفونت HIV در آمریکا نیز اغلب در بین معتادان تزریقی و شرکای جنسی و کودکان آنها رخ می‌دهد (۲). در ایران نیز در حالی که تعداد مبتلایان به عفونت HIV/AIDS در سال ۱۳۸۰ به تنهایی حدود چهار برابر مجموع مبتلایان تا سال ۱۳۷۵ بوده است، سهم ابتلا از راه اعتیاد تزریقی طی همین سال‌ها (۷۵ تا ۸۰) از ۲/۲ درصد به ۶۶/۷ درصد در سال رسیده است (۱). با توجه به این که در مطالعه دکتر رزاقی و همکاران در سال ۱۳۷۹ در ایران، حداقل ۱۰۰ هزار معتاد عمده‌تاً از روش تزریقی استفاده کرده‌اند، خطر اپیدمی HIV در ایران بسیار جدی است. مطابق برآورد UNAIDS بین ۲۰۰ تا ۳۰۰ هزار معتاد تزریقی در ایران وجود دارد که حدود نیمی از آنها به طور مشترک از وسایل تزریقی استفاده می‌کنند (۳).

گسترش عفونت HIV در بین معتادان تزریقی می‌تواند به گونه‌ای انفجاری باشد. در ادینبورگ (اسکاتلند) در سال ۱۹۸۳، شیوع HIV در معتادان تزریقی ۵ درصد بود، ولی در سال ۱۹۸۵ این رقم به ۵۷ درصد رسید (۵). همچنین، در بررسی‌های دیده‌وری سرولوژیک که از سال ۱۹۸۷ تا ۱۹۸۸ در مراجعان به کلینیک‌های معتادان تزریقی در بانکوک انجام شد، شیوع عفونت HIV از ۱ درصد به ۴۳ درصد افزایش یافت (۶). در جاکارتا (اندونزی) نیز میزان شیوع HIV در معتادان تزریقی از حدود ۱ درصد در سال ۱۹۹۸ به تقریباً ۵۰ درصد در سال ۲۰۰۱ رسید (۳). بدین ترتیب، هم در ادینبورگ و هم در بانکوک، عامل اساسی در سرعت بخشیدن به گسترش عفونت HIV در بین معتادان تزریقی، عدم دسترسی به وسایل تزریقی استریل بوده که به شراکت وسیع سرنگ و سوزن در بین معتادان تزریقی منجر شده است (۵ و ۶).

با توجه به شیوع بالای رفتارهای پرخطر جنسی در معتادان تزریقی، اعتیاد تزریقی به صورت عامل موثری برای گسترش عفونت HIV در سایر گروه‌های اجتماعی عمل می‌کند. بنابراین، خطر HIV در بین این معتادان فقط محدود به خودشان نیست، بلکه در درجه اول شامل شرکای جنسی و فرزندان آنها و سپس سایر گروه‌های اجتماعی

می‌شود. به طور مثال، در نیویورک تقریباً همه ۱۷ هزار کودک مبتلا به HIV، از ابتلای یک یا هر دو والد خود که به HIV از راه اعتیاد تزریقی بوده است، ناشی می‌شود (۷). مطابق برخی تخمین‌ها، حدود ۳۰ درصد معتادان تزریقی در ایران متأهل هستند و بخش قابل توجهی از آنها روابط جنسی خارج از ازدواج دارند و استفاده از کاندوم نیز در آنها نادر است (۳). به نظر می‌رسد خطر گسترش عفونت HIV از معتادان تزریقی به سایر گروه‌های اجتماعی نیز در ایران بسیار جدی باشد.

### چگونه می‌توان از اثر اعتیاد تزریقی بر گسترش عفونت HIV کاست

متأسفانه، کشورهایی که در این زمینه استراتژی درمان و پیشگیری مناسبی دارند، اندکند و اغلب سیاست‌های آنها فقط حول محور «جنگ علیه مواد مخدر» دور می‌زند. این مسأله باعث استفاده زیر زمینی از مواد مخدر و تبدیل آن به یک مشکل غیر قابل کنترل شده است. اما، این نگرش که مشکل مواد مخدر فقط یک مسأله قانونی نیست، بلکه یک مسأله بهداشتی بسیار مهم است که در صورت عدم برخورد صحیح با آن (به علت نقش آن در گسترش عفونت HIV) می‌تواند اثرات اجتماعی-اقتصادی بسیار وسیعی داشته باشد، روز به روز جای بیشتری باز می‌کند. در طی دو دهه گذشته بسیاری از کشورها متوجه ضرورت استراتژی‌های علمی تر و انعطاف پذیرتر برای کاهش خطر انتقال عفونت HIV در بین معتادان تزریقی شده‌اند؛ چرا که، به نظر می‌آید خطرات گسترش عفونت HIV برای فرد و جامعه بیش از خود تزریق مواد مخدر باشد (۶). این استراتژی‌ها معطوف به کاهش رفتارهای پرخطری هستند که می‌توانند به انتقال ویروس HIV، در اثر اعتیاد تزریقی منجر شوند و تحت عنوان کاهش آسیب<sup>۱</sup> شناخته می‌شوند. در واقع، کاهش آسیب موثرترین راه شناخته شده برای کاهش اعتیاد تزریقی بر گسترش عفونت HIV است (۶).

### کاهش آسیب چیست؟

---

<sup>۱</sup>-Harm Reduction

کاهش آسیب یک اقدام جهانی است که در پاسخ به بحران فزاینده ایدز در سال‌های دهه هشتاد ایجاد شد و هدف آن کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد مخدر است که ضرورتاً با ترک اعتیاد همراه نیست (۶). کاهش آسیب، حتی قدم‌های کوچک و جزئی را در جهت کاهش آسیب ناشی از مصرف مواد قابل قبول می‌داند. مثلاً اگر فردی که هروئین خیابانی تزریق می‌کند به تزریق مواد مخدر تحت نظارت سیستم‌های بهداشتی روی آورد، یک گام به پیش است. اگر استفاده مشترک از سرنگ و سوزن را قطع کند، باز هم گامی به جلو برداشته است. اگر در برنامه‌های تعویض سرنگ و سوزن ثبت نام کند، گام دیگری به سمت کاهش آسیب برداشته است. اگر از مصرف تزریقی به مصرف خوراکی روی آورد، اقدامی مهم تر انجام داده است. اگر به استفاده از کاندوم و روابط جنسی مطمئن تشویق شود، پیشرفتی دیگر بی حاصل کرده است و اگر مواد مخدر را کنار بگذارد که به موفقیتی بزرگ نائل شده است؛ ولی، اجباری در حصول به این موفقیت بزرگ نیست (۶). رویکرد کاهش آسیب بر این پایه قرار دارد که می‌توان از عوارض نامطلوب یک عمل مضر (در این مورد استفاده از مواد مخدر) کاست، بدون آن که ضرورتاً با کاهش آن عمل همراه باشد. کاهش آسیب قبول دارد که خودداری یک هدف ایده‌آل است، ولی پذیرای روش‌های جایگزینی است که به کاهش آسیب‌های ناشی از یک رفتار پر خطر منجر می‌شود (۶).

در سال ۱۹۸۰، اولین نطفه‌های برنامه‌های کاهش آسیب در هلند، با استفاده از نظرات خود معتادان بسته شد و متعاقب آن گسترش یافت. این برنامه‌ها شامل مواردی چون توزیع مواد مخدر کم خطر تر به طور کنترل شده تا توزیع سرنگ و سوزن یک بار مصرف بود و همراه با افزایش خطر انتقال HIV/AIDS نیز آرایه این خدمات گسترده تر شد؛ به گونه‌ای که، به طور مثال میزان سرنگ‌های توزیعی از ۱۰۰ هزار در سال ۱۹۸۵ به ۷۸ هزار در سال ۱۹۸۸ افزایش یافت. برخلاف آنچه در ابتدا باعث نگرانی می‌شد، اجرای این برنامه با گسترش اعتیاد همراه نبود. مثلاً در سال ۱۹۷۶، ۱۰ درصد جوانان ۱۷ تا ۱۸ ساله حشیش می‌کشیدند. ولی در سال ۱۹۸۵ این نسبت ۲ درصد کاهش یافت (۶). موفقیت‌های برنامه مذکور منجر به تغییراتی در سیاست‌های مواد



مخدر در هلند شد که تحت عنوان «عادی سازی»<sup>۱</sup> مواد مخدر خوانده می‌شوند. «عادی سازی» در درجه اول معطوف به نیازهای معتادان و به حداقل رساندن همه آسیب‌هایی که در اثر رفتارهای کنترلی (و نه خود موادمخدر) ایجاد می‌شوند، است. در انگلستان نیز برنامه‌های کاهش آسیب از اواخر دهه هشتاد در برخی از نواحی آن شروع شد و به علت موفقیت آن، متعاقباً در نواحی دیگر نیز گسترش یافت (۶). در طی این برنامه‌ها، انواع وسیعی از خدمات نظیر تعویض سرنگ، آموزش، تجویز داروهای هم‌چون متادون، هروئین و کوکائین، مشاوره، کاربایی و خانه‌یابی ارائه می‌شود. به عبارت دیگر، ابتدا به کلیه مراجعہ کنندگان «درمان اعتیاد» ارائه می‌شود. اگر وی درمان را رد کند، آنوقت امکان‌های دیگر در اختیار وی قرار می‌گیرد تا آسیب کمتری به خود و به جامعه‌بزند (۶). این برنامه‌ها با موفقیت چشمگیری همراه بوده‌است؛ تا اندازه‌ای که شیوع عفونت HIV در بین معتادان تزریقی از ۱۱/۵ درصد در سال ۱۹۹۰ به ۳/۹ درصد در سال ۲۰۰۰ کاهش یافت (۷). در کشورهای در حال توسعه نیز اجرای برنامه‌های کاهش آسیب با موفقیت‌هایی همراه بوده‌است. از جمله استقرار زودرس مداخلات هدفمند در معتادان تزریقی در شهر کلکته، باعث پایین ماندن شیوع HIV در بین معتادان آن شهر طی سال‌های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۲ شده‌است (۸).

#### برنامه‌های سرنگ و سوزن به عنوان یک جزء مهم کاهش آسیب

یکی از برنامه‌هایی که در زمینه برنامه‌های کاهش آسیب اجرا شده و در مواردی موفقیت‌های قابل‌قبولی به دست آورده، برنامه‌های سرنگ و سوزن است. محور اصلی این برنامه‌ها آن است که معتادان را از استفاده مشترک وسایل تزریق برخوردار کند. اغلب این برنامه‌ها برای پیشگیری از عفونت‌های مسری از راه خون (به‌ویژه HIV) ارائه شده‌اند. این برنامه‌ها، گستره‌ای از خدمات را نظیر استفاده از وسایل استریل تزریقی، آموزش و ارائه اطلاعات درباره کاهش آسیب‌های ناشی از مصرف مواد، ارجاع به کلینیک‌های ترک اعتیاد، مراقبت‌های پزشکی و سرویس‌های خدمات قانونی و اجتماعی، در بر می‌گیرد. همچنین، ممکن است کاندوم توزیع شود و آموزش‌هایی

۱-normalization

درباره چگونگی انتقال بیماری‌های جنسی و روش های صحیح استفاده از کاندوم ارایه شود. بدین طریق با وارد کردن معتادان به سیستم های بهداشتی، کسانی که به تزریق مواد مخدر ادامه می دهند، آسیب کمتری به خود و به جامعه خواهند زد. همچنین، محل ارایه این برنامه‌ها، جای مناسبی برای جمع آوری وسایل تزریقی استفاده شده است تا از دفع نامناسب آنها جلوگیری شود. نخستین بار برنامه‌های سرنگ و سوزن در سال ۱۹۸۴ با استفاده از نظرات معتادان در آمستردام (هلند) اجراشد. در این برنامه‌ها، سرویس خدمات بهداشتی شهری هفته ای یک بار سرنگ و سر سوزن‌های یک بار مصرف را به اتحادیه ای از معتادان، برای توزیع آنها و جمع آوری مجدد سرنگ و سوزن های استفاده شده می داد. ظرف مدت ۳ سال، تعداد سرنگ های توزیع شده حدود ۸ برابر شد و با توجه به نقش مثبت آنها در کاهش گسترش عفونت HIV در هلند، متعاقباً بر ادامه و گسترش آنها تاکید شد (۶). همچنین، ارایه این برنامه ها همراه با سایر برنامه‌های کاهش آسیب، با افزایش میانگین سنی معتادان تزریقی از ۲۶/۸ سال در سال ۱۹۸۱ به ۳۰/۱ در سال ۱۹۸۷ و افزایش میانگین سنی افرادی که برای اولین بار تزریق می کنند، همراه بود (۶). در پی این اقدام، با افزایش دلایل حاکی از کارایی این برنامه ها، اکثر کشورهای اروپایی غربی و همچنین استرالیا، نیوزلند و کانادا نیز اقدام به اجرای برنامه هایی کرده اند تا وسایل استریل تزریق در دسترس معتادان قرار گیرد (۶). نخستین برنامه سرنگ و سوزن در سال ۱۹۸۶، در منطقه جنوب غربی استرالیا (سیدنی)، در قالب یک پروژه آزمایشی اجرا شد و سال بعد به سیاست مصوب دولت محلی همان منطقه تبدیل شد. اجرای این سیاست به زودی سایر نواحی و دولت های محلی را در بر گرفت. در سال ۲۰۰۰، بیش از ۳۰۰۰ برنامه سرنگ و سوزن در استرالیا در حال اجرا بوده است. اجرای این برنامه ها منجر شده که شیوع عفونت HIV در معتادان تزریقی کمتر از ۳ درصد و بروز آن کمتر از ۱ درصد باقی بماند. سودمندی این برنامه ها فقط شامل حال معتادان تزریقی نبوده است، بلکه کودکان آنها هم از آن بهره مند شده اند. به عنوان مثال، در یک فاصله زمانی معینی در ایالت جنوب غربی استرالیا که جمعیتی برابر با شهر نیویورک دارد. فقط ۴۲ مورد کودک مبتلا به HIV گزارش شده است؛ ولی در همین فاصله زمانی، بیش از ۱۷ هزار کودک مبتلا به HIV در شهر

نیویورک گزارش شده است که تقریباً در همه موارد یک یا هر دو والد آنها معتاد تزریقی بوده اند (۷). پایین ماندن شیوع HIV در معتادان تزریقی در منطقه گلاسکوی اسکاتلند، به رغم تعداد زیاد معتادان تزریقی در این منطقه، به اجرای زودرس برنامه هایی که منجر به سهولت دسترسی آنان به وسایل استریل تزریق می شود، نسبت داده شده است (۱۰). در شش مطالعه که توسط دولت های محلی در ایالات مختلف آمریکا حمایت شده، کارایی این برنامه ها در کاهش بروز عفونت HIV در بین معتادان تزریقی تایید شده است (۹). در دو مطالعه دیگر نیز اثرات سودمند برنامه های سرنگ و سوزن در پیشگیری از انتقال HIV ثابت شده است. در یک مطالعه داده های مربوط به ۷ هزار و سیصد معتاد تزریقی در پنج شهر از سرتاسر دنیا که بین سال های ۱۹۸۴ تا ۱۹۹۳ میزان ثابت و پایداری از عفونت HIV داشته اند، با شهرهایی همچون نیویورک که شیوع عفونت HIV در آنها فزاینده و بالا بوده، مقایسه و مشاهده شده است که در گروه اول، برنامه هایی که امکان تهیه سرنگ و سوزن استریل را برای معتادان تزریقی فراهم می کنند، به طور وسیعی در دسترس بوده اند (۱۱). در دومین مطالعه، یافته های تحقیقاتی درباره کارایی برنامه های سرنگ و سوزن در ۸۱ شهر (بین سال های ۱۹۸۴ تا ۱۹۹۴)، بررسی شده است. در این بررسی، مشاهده شد که در ۲۹ شهری که برنامه های سرنگ و سوزن در آنها اجرا شده است، شیوع HIV در معتادان تزریقی سالانه ۵/۸ درصد کم شده ولی در ۵۲ شهری که فاقد چنین برنامه های بوده اند، ۵/۹ درصد افزایش یافته است (۱۲). در مطالعه کاپلان و همکاران در نیوهاون نیز بروز HIV در اثر اجرای برنامه سرنگ و سوزن در مراجعان به این برنامه ها با ۳۰ درصد کاهش همراه بوده است (۷). در مطالعات مارمر و همکاران و بلونتال و همکاران نیز با توجه به اثر برنامه های تعویض سرنگ در کاهش اشتراک در وسایل تزریق، بر اهمیت این برنامه به عنوان روشی برای پیشگیری از عفونت HIV تاکید شده است (۱۳ و ۱۴).

آیا داده های مربوط به برنامه های سرنگ و سوزن قابل اعتمادند؟

اغلب داده هایی که در برنامه های سرنگ و سوزن به دست می آیند از مصاحبه با معتادان تزریقی درباره رفتارهای غیرقانونی و از نظر اجتماعی نامطلوب آنها است. بی شک، این روش جمع آوری اطلاعات منجر به نگرانی درباره صحت این داده ها خواهد شد. در حالی که، مطالعات متعددی دقت و صحت اطلاعات به دست آمده از معتادان تزریقی را تایید کرده اند. در یک بررسی متون مشاهده شده که داده های ناشی از مصاحبه با معتادان تزریقی قابل اعتمادند و ارزشمندند (یعنی با تکرار آزمایش، نتایج مشابهی به دست آمده است و اگر سری بودن داده ها و بی نام بودن آنها کاملاً رعایت شود، دقیق هستند (۶ و ۷). به عبارت دیگر، می توان به اعتبار و روایی مصاحبه ها اعتماد کرد.

#### آیا برنامه های سرنگ و سوزن هزینه - اثر بخش هستند؟

براساس مطالعه ای که در استرالیا انجام شده، این برنامه ها در سال ۱۹۹۱ در بدترین حالت از ۳۰۰ و در بهترین حالت بیش از ۱۰ هزار مورد و در حالت بینابینی از حدود دو هزار و نهصد مورد عفونت جدید HIV جلوگیری کرده اند؛ بدین ترتیب، در حالی که فقط ۱۰ میلیون دلار برای آنها هزینه شده است، منجر به ۲۶۶ میلیون دلار صرفه جویی شده اند. در این بررسی، صرفه جویی های ناشی از پیشگیری از هپاتیت B و هپاتیت C به حساب نیامده است. طبق محاسبات لوی و دراکر در صورتی که در ایالات متحده، همچون استرالیا از سال ۱۹۸۷ برنامه های سرنگ و سوزن اجرا می شد، تا سال ۱۹۹۵ از ۴ هزار و چهار صد تا ۱۰ هزار مورد جدید عفونت HIV پیشگیری می شد. این پیشگیری نیز به ۲۴۰ تا ۵۴۰ میلیون دلار صرفه جویی منجر شده است (۹). نتایج پنج بررسی که با حمایت دولت ایالات متحده اجرا شد، نشان داد که برنامه های سرنگ و سوزن در پیشگیری از عفونت HIV (بدون افزایش مصرف غیر قانونی مواد)، هم موثر و هم هزینه - اثر بخش هستند. این نتایج در کنفرانس انستیتو ملی بهداشت با هدف ایجاد اجماع نیز تایید شد (۷). در مطالعه هلنگریو و همکاران نیز نتیجه گیری

شده که اگرچه هزینه فراهم کردن امکان دسترسی همه معتادان تزریقی به وسایل استریل تزریق بالاست اما هزینه- اثر بخش است (۱۰).

### درس‌هایی از اجرای برنامه های سرنگ و سوزن در سایر کشورها

به رغم اجرای برنامه های سرنگ و سوزن در برخی از شهرهای جهان (از جمله مونترال و ونکوور)، عفونت HIV همچنان در بین معتادان تزریقی گسترش یافته است (۷).

در مطالعه ششتر و همکاران در ونکوور، شیوع عفونت HIV در معتادان تزریقی که از برنامه‌های سرنگ و سوزن استفاده کرده بودند، بیشتر بود (۵). این یافته به این نتیجه منجر شد که برنامه های سرنگ و سوزن، گسترش HIV را سرعت می‌دهند و باید متوقف شوند. اما ششتر عوامل مخدوش کننده‌ای را یافت که می‌توانست توجه‌گر شیوع بیشتر عفونت HIV در معتادان تزریقی استفاده کننده از برنامه‌های سرنگ و سوزن باشد. این افراد جوان‌تر بودند مو احتمال بی‌خانمان بودن، دفعات بیشتر تزریق، استفاده مکرر از کوکائین، اشتغال در کار تجارت جنسی، زندانی شدن در شش ماه قبل از مطالعه و شرکت در تزریق‌های گروهی در آنها به طور قابل توجهی بیشتر و احتمال شرکت آنها در برنامه های نگهدارنده متادون کمتر بود. احتمال این که چنین عواملی باعث شیوع بالاتر HIV در معتادان تزریقی استفاده کننده از برنامه های سرنگ و سوزن باشد، بیش از احتمال تشکیل شبکه های جدید تزریق مود مخدر به صورت مشترک است و متعاقباً نیز نشانه ای از وجود چنین شبکه هایی مشاهده نشد (۷). تجربه کانادا نیز نشان می‌دهد که اگرچه برنامه های سرنگ و سوزن مهم هستند، اما آنها تنها جزئی از یک برنامه جامع و هماهنگ با پیشگیری از عفونت های منتقل شونده از راه خون را تشکیل می‌دهند که باید عواملی نظیر رایه مشاوره و آموزش به معتادان، حمایت های اجتماعی، پزشکی قانونی، رایه مشاوره و آزمایش HIV، آموزش عمومی درباره اعتیاد و پیشگیری اولیه از اعتیاد، آموزش عمومی برای تغییر نگرش عموم درباره معتادان تزریقی، ایجاد مراکز رایه درمان دارویی مثل درمان اعتیاد با برنامه نگهدارنده

متادون و ارایه خدمات مشابه در زندان‌ها و درگیر کردن سازمان یافته معتادان تزریقی در کنترل اپیدمی را در برداشته باشد (۷ و ۱۶). از سوی دیگر به هنگام اجرای برنامه‌های فوق، باید توجه داشت که تعداد سرنگ‌های ارایه شده کافی باشد. در ونکوور اگرچه اجرای برنامه‌های سرنگ و سوزن نسبتاً به طور زودرس و در مراحل نخستین شروع اپیدمی HIV آغاز شد، اما تعداد سرنگ و سوزن‌هایی که ارایه می‌شد، به طور واضحی کمتر از آن بود که امکان استفاده یک بار مصرف از وسایل تزریق را فراهم سازد، به علاوه امکان دسترسی به مراکز درمان اعتیاد، مراکز ارایه درمان نگهدارنده متادون و مشاوره ناکافی بود (۷). همچنین، امکان دسترسی معتادان تزریقی به وسایل استریل تزریق به روش‌های دیگری به جز برنامه‌های سرنگ و سوزن- مثل امکان خرید از داروخانه‌ها- نیز باید فراهم باشد و برنامه‌های سرنگ و سوزن با شیوه‌های مختلف اجرا شود تا بتواند لایه‌های مختلف معتادان تزریقی را پوشش دهد (۱۶).

### آیا برنامه‌های سرنگ و سوزن در زندان‌ها قابل اجرا هستند؟

اگرچه زندان‌ها در همه دنیا نقشی حساس در گسترش یا پایداری اپیدمی HIV در جامعه داشته‌اند، اما در برخی از کشورها (از جمله ایران)، نقش آنها بسیار حساس و حیاتی است. در محیط بسته زندان، HIV می‌تواند به سرعت از طریق ارتباط جنسی و استفاده از سوزن مشترک گسترش یابد و هنگامی که HIV در داخل زندان گسترش یابد، تلاش برای کنترل آن در خارج از زندان موثر نخواهد بود. بدین ترتیب، با توجه به شیوع بالای رفتارهای پرخطر جنسی در معتادان تزریقی، خطر گسترش به سایر اقشار جامعه بسیار جدی است. احتمال ادامه تزریق مواد مخدر در داخل زندان، همان‌طور که در یک سری از مقالات به آن اشاره شده است، زیاد به نظر می‌رسد. به عنوان مثال، در یک مطالعه ۷۴ درصد زندانیان معتاد تزریقی در زندانیان نیز به تزریق خود ادامه داده بودند که ۱۹ درصد از آنان برای اولین بار در زندان اقدام به تزریق کرده بودند (۱۷). در همان مطالعه، نیمی از معتادان تزریقی که برای بیش از ۴ هفته در دو زندان اسکاتلند

بوده اند، به طور متوسط ۶ بار در طی ۴ هفته آخر قبل از این مطالعه، تزریق داشته اند (۱۷). در زندانیانی که به تزریق مواد مخدر در زندان ادامه می دهند، تقریباً همیشه اشتراک در وسایل تزریق رخ می دهد (۱۸). اگر در آن لحظه بحرانی که معتاد قصد تزریق مواد مخدر را دارد، وسایل استریل در دسترس نباشد، وی قطعاً به سمت اشتراک در استفاده از وسایل تزریقی خواهد رفت و زندان ها خود موجد شرایطی می شوند که خطر تزریق مواد مخدر را بالا می برد؛ چرا که، مواد مخدر به رغم آن که کاملاً در دسترس هستند، بسیار گراند (۱۷).

برابر برآورد UNAIDS در ایران احتمالاً ۱۰ درصد زندانیان تزریق می کنند و ۹۵ درصد کسانی که به تزریق در زندان ادامه می دهند، تزریق مشترک دارند (۳). با توجه به این حقیقت غیر قابل انکار که وسایل تزریق در زندان و خارج از آن به طور مشترک استفاده می شود و باعث گسترش عفونت HIV می شود، برقراری برنامه‌هایی که باعث شکستن این چرخه مخرب شود، یک اولویت اساسی است. بر اساس این که گروه قابل توجهی از معتادان تزریقی، زمان‌هایی از زندگی خود را در زندان می‌گذرانند، نباید این فرصت را برای پیشگیری و کاهش آسیب از دست داد.

موفقیت برنامه های سرنگ و سوزن در سطح جامعه باعث اندیشه به کارگیری آنها در زندان‌ها شده است. نخستین بار در تابستان ۱۹۹۴، یک پروژه پایلوت تعویض سرنگ و سوزن در زندان هیندل بانک<sup>۱</sup> در سوئیس اجرا شد و به علت موفقیت قابل توجه آن، متعاقباً گسترش یافت و در حال حاضر به طور جدی در کانادا، آلمان و اسپانیا مد نظر قرار گرفته است (۱۷). در این پروژه و در این زندان کوچک که ۸۵ زندانی و ۱۰۰ ورود و خروج در سال دارد، ۶ توزیع کننده اتوماتیک سرنگ و سوزن در نقاط کاملاً در دسترس ولی مخفی از دید عموم در جاهای مختلف زندان گذاشته شد (۱۹). این دستگاه‌ها به گونه ای عمل می کردند که وسایل تزریق تمیز، تنها در ازای تحویل یک سرنگ مصرفی ارابه می شد. اولین سرنگ نیز به طور دستی به معتاد تزریقی داده می شد.

---

۱-Hindlebank

به نظر بسیاری از مردم، دادن وسایل استفاده از موادمخدر غیرقانونی، به زندانی که به جرم‌های وابسته به مواد در زندان بسر می‌برند، رفتاری ضد و نقیض<sup>۲</sup> می‌آید. بیم آن وجود داشت که زندانیان از سرنگ‌های مصرفی به عنوان سلاح علیه پرسنل زندان استفاده کنند و دفع ناصحیح سرنگ باعث آسیب و انتقال بیماری‌های مسری از راه خون شود. چنین ترسی وجود داشت و هنوز هم وجود دارد که دادن سرنگ به معتادان در زندان، باعث تشویق مصرف موادمخدر شود. در سوئیس برنامه‌هایی در جهت کاهش آسیب در زندان‌ها از قبل نیز وجود داشت، از سال ۱۹۸۵ کتابچه‌های حاوی اطلاعات کاهش آسیب و استفاده از کاندوم برای زندانیان و حتی کارکنان، به طور روز افزونی فراهم بوده است. از سال ۱۹۸۹، به هنگام ورود زندانیان به زندان یک بسته حاوی کاندوم، مواد گندزدا و آموزش روش‌های پاک کردن سرنگ در اختیار زندانیان قرار می‌گرفت. برنامه‌های نگهدارنده متادون نیز در بخش ویژه‌ای از برخی از زندان‌ها، از سال ۱۹۸۹ در دسترس قرار گرفت. ولی هنگامی که بحث توزیع سرنگ مطرح شد، به رغم توصیه‌های شورای اروپایی سازمان جهانی بهداشت، مخالفت‌ها نیز شروع شد. به هر حال، بخش خدمات بهداشتی زندان «هیندل بانک» که با مشکل شیوع بالای استفاده از سرنگ و اشتراک آن توسط زندانیان رو به رو بود، متقاضی توزیع سرنگ در زندان شد. اداره فدرال بهداشت عمومی سوئیس نیز که حق برابری برخورداری از امکانات بهداشتی را به عنوان بخشی از استراتژی خود پذیرفته بود، از این درخواست حمایت کرد. در ابتدا، مقاومت‌هایی توسط مسؤولان اجرایی و سیاسی دیده شد، ولی سرانجام این مقاومت‌ها معلوم شد و در سال ۱۹۹۴ برنامه پیشگیری شامل آموزش، مشاوره اجتماعی-پزشکی، توزیع کاندوم و سرنگ استریل در زندان هیندل بانک آغاز شد (۱۹). همراه با اجرای این برنامه، ارزیابی آن نیز توسط گروهی از متخصصان مستقل اعمال شد. وسیله اصلی ارزیابی عبارت بود از مصاحبه ساختار یافته با زندانیان. در این ارزیابی، با زندانیان چهار بار مصاحبه شد؛ بار اول، قبل از شروع برنامه و سه مورد بعدی ۳ ماه، ۶ ماه و ۱۲ ماه پس از شروع آن بود. داده‌های این مصاحبه‌ها با نتایج آنالیز نمونه‌گیری

---

۲-paradoxical



داوطلبانه خون زندانیان و فایل های زندان تکمیل می شد. نتایج به دست آمده کاملاً امید بخش بود. ۵۳۳۵ سرنگ، بدون مشکلات اجرایی یا امنیتی توزیع شد. نشانه هایی وجود داشت که نه تنها مصرف مواد مخدر بیشتر نشد، بلکه استفاده مشترک از وسایل تزریق نیز برطرف شد. در طی این مطالعه هیچ کس دچار عفونت HIV با هپاتیت ویروسی نشد (۱۹). اگرچه این بررسی در شرایط خاصی انجام گرفت (زندان هیندل بانک، یک زندان کوچک بود و ساختار سیستم های بهداشتی و زندان ها از یک کشور تا کشور دیگر فرق می کند)، اما نتیجه مطالعات نشان می دهد که توزیع سرنگ در زندان می تواند امکان پذیر و موفق باشد.

### در صورت اجرای برنامه های سوزن و سرنگ چه نگرانی هایی ممکن است به وجود آید؟

همان طور که نیز گفته شد، اجرای برنامه های سوزن و سرنگ همواره با مخالفت هایی همراه بوده و موجب برخی از نگرانی ها شده است. برخی از این موارد در اینجا بحث خواهد شد:

۱. زیر سؤال رفتن اقتدار سیستم سیاسی و اجرایی: مجاز دانستن استفاده از سرنگ و حتی توزیع آن برای تزریق مواد مخدر توسط دولتی که این مواد را غیر قانونی اعلام کرده است، همواره باعث ایجاد یک تناقض (پارادوکس) می شود. اما، این پارادوکس ناشی از یک تناقض ظاهری است. امروزه ارتقاء سلامت تقریباً همواره جزء شعارهای همه دولت های جهان است. در هر کشوری، از جمله در ایران نیز اگر توزیع مواد مخدر غیر قانونی اعلام شده با هدف ارتقاء سلامت آحاد جامعه از طریق کاهش عرضه<sup>۱</sup> بوده است. آموزش جامعه و ایجاد شرایطی که باعث پیشگیری از روی آوردن افراد به اعتیاد و همچنین امکان ترک مواد مخدر توسط معتادان شود نیز از طریق کاهش تقاضا<sup>۱</sup> همین هدف را دنبال می کند. ضلع سوم این مثلث، کاهش آسیب<sup>۲</sup> است که به نظر می آید

۱-Supply reduction

۱-demand reduction

۲- Harm reduction

اهمیت آن در پیشگیری، از گسترش اپیدمی ایدز حتی بیش از دو ضلع دیگر باشد. توانایی یک سیستم قطعاً با ارتقاء سلامت افراد آن جامعه نه تنها کاهش نخواهد یافت، بلکه در دراز مدت افزوده خواهد شد. اما، چنانچه سیستمی نتواند با اعمال شیوه های صحیح پیشگیری، اپیدمی ایدز را کنترل کند، عوارض این اپیدمی برای آن سیستم و جامعه بسیار سنگین خواهد بود.

۲. خطر عدم پذیرش عمومی و مخالفت عامه مردم: با توجه عدم مقبولیت عمومی اعتیاد، به ویژه اعتیاد تزریقی همواره این خطر وجود دارد که اجرای برنامه های سرنگ و سوزن با مخالفت عمومی رو به رو شود. اگرچه، تجربه کشورهای دیگر مانند استرالیا، انگلستان و هلند، حاکی از پذیرش عمومی این طرح بوده است، اما در ارتباط با ایران ضرورت دارد درباره اجرای هر قسمت از برنامه های کاهش آسیب - از جمله طرح های رایبه سرنگ و سوزن - باید بستر سازی کافی در افکار عمومی صورت گیرد.

۳. خطر افزایش استفاده از مواد مخدر: نوسانات الگوهای استفاده از مواد مخدر، پدیده شایعی است (۷). شروع به استفاده از مواد مخدر (از جمله اعتیاد تزریقی). تحت تاثیر مجموعه پیچیده ای از عوامل اجتماعی، روان شناختی، فرهنگی و تاریخی صورت می پذیرد (۶). در یک ارزیابی از اجرای برنامه های سرنگ و سوزن که در سان فرانسیسکو بین سال های ۱۹۸۶ تا ۱۹۹۲ انجام گرفت، مشاهده شد که از مواردی که اقدام به تزریق مواد مخدر کرده بودند از ۳ درصد در ۱۹۸۹ به ۱ درصد در سال ۱۹۹۲ کاهش یافته بود. اگر برنامه های سرنگ و سوزن موجب تشویق استفاده از مواد مخدر شده بود، می بایست این نسبت افزایش می یافت. در مطالعه دیگری در استرالیا نیز مشاهده شد که متوسط سن شروع به استفاده از تزریق مواد مخدر بین سال های ۱۹۹۵ تا ۱۹۹۷ ثابت مانده است (۷). مطالعه دیگری در نوامبر ۱۹۸۶، آزمونی از یک برنامه سرنگ و سوزن در سیدنی در مجاورت یک واحد رایبه درمان نگهدارنده متادون اجرا شد؛ افزایش امکان دسترسی سرنگ و سوزن با افزایش وجود مواد مخدر قابل تزریق در ادرار مراجعان همراه نبود؛ همچنین، در مراجعان به برنامه های سرنگ و سوزن نیز کاهش در تعداد و تواتر تزریق ها در چندین مطالعه مشاهده شد (۷).

۴. خطر افزایش اعتیاد تزریقی و اشتراک در سرنگ های تحویل شده به معتادان تزریقی: تاکنون مطالعه ای که نشان دهنده افزایش اعتیاد تزریقی و اشتراک در وسایل تزریق در اثر اجرای برنامه های سرنگ و سوزن باشد، گزارش نشده است. تقریباً در تمام مطالعاتی که در باره رفتارهای پرخطر در افراد مراجعه کننده به برنامه های سرنگ و سوزن، انجام شده کاهش این رفتار یا حداقل، عدم افزایش آنها مشاهده شده است. (۶). اگرچه در برخی مطالعات، مراکز ارایه سرنگ و سوزن در محل هایی ایجاد شده اند که معتادان تزریقی مراجعه کننده به آنها، نسبت به سایرینی که وسایل تزریق مورد نیاز خود را از داروخانه می خریده اند، محروم تر بوده اند و این مسأله باعث مشاهده شیوع بسیار بالایی از رفتارهای پرخطر در مراجعان به این مراکز شده است، اما به نظر می رسد به همین علت در مطالعه ای که در طی سال های ۱۹۸۹ تا ۱۹۹۰ در فرانسیسکو انجام شد، در ۳۴۱ معتاد تزریقی که به یک مرکز درمان اعتیاد مراجعه می کرده اند، میزان اشتراک وسایل تزریق با آنهایی که هیچ گاه مراجعه ای به این برنامه ها نداشته اند، برابر بوده است (۷). در مطالعه فریشر و همکاران، میزان اشتراک در وسایل تزریق در مراجعان به برنامه های تعویض سرنگ و سوزن در گلاسگو (اسکاتلند) در فاصله سال های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۴، به طور معنی داری کمتر از کسانی بوده که از این برنامه ها استفاده نمی کرده اند. این فرضیه که مراجعان به این برنامه، سرنگ های خود را به دیگران می دهند، رد شد (۱۰). در همین مطالعه، کاهش معنی دار رفتارهای پرخطر جنسی در مراجعان به برنامه های سرنگ و سوزن مشاهده شده است. در ۶ مطالعه ای که توسط دولت های محلی در ایالات متحده آمریکا انجام شد، هیچ گونه نشانه ای حاکی از افزایش میزان استفاده مواد مخدر در اثر برنامه های تعویض سرنگ مشاهده نشد (۹). در مارس سال ۱۹۹۷ در ویندام (کانیکوت در ایالات متحده آمریکا)، یک برنامه سرنگ و سوزن که چندین سال مشغول به کار بود، بعد از ۱۰ ماه بحث داغ متوقف شد. با معتادان تزریقی ویندام، قبل از توقف برنامه فوق و سه ماه پس از آن مصاحبه شد. قبل از توقف این برنامه فقط ۱۴ درصد معتادان تزریقی از محل های غیر مطمئن مثل توزیع کنندگان خیابانی، سرنگ تهیه می کردند؛ ولی پس از توقف، این میزان به ۵۱ درصد رسید. همچنین، تعداد تزریق ها با هر سرنگ از ۳/۵ به ۷/۷ بار

رسید و میزان معتادان تزریقی که از وسایل تزریق به طور مشترک استفاده می کردند از ۱۶ درصد به ۳۴ درصد افزایش یافت. تعداد سرنگ ها و سوزن هایی که در اماکن عمومی رها شده بود، کم نشد و کاهشی هم در معتادان تزریقی (قابل مشاهده در اماکن عمومی) رخ نداد (۷).

۵. آیا برنامه های سرنگ و سوزن به افزایش مشاهده سرنگ و سوزن های مصرف شده در اماکن عمومی منجر می شوند؟ تا کنون هیچ مطالعه ای، چنین افزایشی را نشان نداده است. در مطالعه اولیور، تعداد سرنگ های مشاهده شده در اطراف یک مرکز ارایه برنامه سرنگ و سوزن را از ۳/۵ ماه قبل از شروع آن تا ۲۰ ماه بعد بررسی کردند (۷). قبل از شروع برنامه به طور متوسط در هر ماه ۵/۱ سرنگ در اطراف مرکز مشاهده می شد که پس از شروع برنامه به ۱/۹ کاهش یافت. در مطالعه دیگری که در ۳۲ شهر در بالتیمور (مریلند) انجام شد، ۲ ماه پس از شروع برنامه های سرنگ و سوزن افزایش چشمگیری در سرنگ های قابل مشاهده در اماکن عمومی دیده نشد. در تاسمانی ۹۹ درصد سرنگ های توزیع شده در سال های ۱۹۹۷ تا ۱۹۹۸ به طور صحیح دفع شده بود. هم چنین، در آمستردام نیز در میزان آسیب های ناشی از فرو رفتن سوزن هایی که به درستی دفع نشده بودند، قبل و بعد از اجرای برنامه های سرنگ و سوزن تغییری مشاهده نشد. تاکنون نیز هیچ موردی از ابتلا به HIV، HBV، HCV در اثر فرو رفتن سوزن و سرنگ های نامناسب دفع شده گزارش نشده است (۷).

### بحث و نتیجه گیری

خطر اپیدمی اچ آی وی/ ایدز در ایران جدی است. گسترش این اپیدمی می تواند اثرات نامطلوب اقتصادی، اجتماعی و سیاسی گسترده ای داشته باشد و کنترل آن یک وظیفه ملی است. مداخله فوری در گروه های پر خطر، به ویژه معتادان تزریقی، کلید حل این مسأله است. در صورت عدم اقدام به موقع در گروه های پرخطر و گسترش اپیدمی به سایر گروه های اجتماعی، فرصت ها و منابع بسیاری از دست خواهند رفت و کنترل اپیدمی بسیار دشوارتر خواهد شد. اجرای این برنامه ها اگرچه ممکن است با

مشکلات، دشواری ها و عوارض همراه باشد، اما در صورت اجرای دقیق و به موقع آنها هم مؤثر و هم هزینه- اثر بخش خواهند بود.

#### منابع

۱. HIV/AIDS در ایران، گزارش سه ماهه اول، اداره کل پیشگیری و مبارزه با بیماری ها، ۱۳۸۱/۴/۱
۲. "بررسی سریع وضعیت سوء مصرف مواد رزاقی، عمران محمد: رحیمی موقر، آفرین؛ حسینی، مهدوی، مدنی، سعید ایران"، معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور و برنامه کنترل مواد مخدر سازمان ملل ۱۳۷۹.

#### References

۳. Anonymous: AIDS epidemic update, December ۲۰۰۲. UNAIDS/WHO ۲۰۰۲ available at: <http://www.unaids.org>. Accessed June ۲۰۰۳.
۴. Maher D, Floyd k, Raviglione M, "Strategic framework to decrease the burden of TB/HIV". WHO, ۲۰۰۲.
۵. Roberstson JR, Bucknall ABV, Welsby PD, et al. "Epidemic of AIDS related virus infection among intravenous drug users". British Med J ۱۹۹۸; ۲۹۲: ۵۲۷- ۳۹.
۶. Marlatt G.A. ۱۹۹۸. "Harm Reduction Pragmatic strategies for managing high risk behaviours". The Guilford Press, Loundon.
۷. Anonymous (۲۰۰۰). "Needle and syringe Programs: a review of the evidence". Australian National council on AIDS, Hepatitis C and Related Disease. May ۲۰۰۰.
۸. Panda S, Saha U, Pahari S, et al "Drug use among urban poor in Kolkata", behavior and environmental correlates of low HIV infection. Naft Med J India ۲۰۰۲, ۱۵: ۱۲۸- ۱۳۴ (abstract).

٩. Lurie P, Druckev E. **“An opportunity lost: HIV in fections asso ciated with lack of a national needle – exchange programmein the USA”**. Lancet ١٩٩٧; ٣٤٩: ٦٠٤- ٠٨.
١٠. Frischer M, Taylor A, Goldberg D, Elliot L. **“Direct evaluation of needle and syringe exchange programmes”**. Lancet ١٩٩٦; ٣٤٧: ٧٤٨.
١١. Des Jarlais D C, Hagan H, Friedman SR, et al(١٩٩٥) **“Maintaining low HIV seroprevalence in population of injecting drug users”**. J Am Med Assoc ١٩٩٥; ٢٧٤: ١٢٢٦- ١٢٣١.
١٢. Hurley SF, Jolley DJ and Kaldor JM. Effectiveness of needle- exchange programs for prevention of HIV. Lancet ١٩٩٧; ٣٧٩: ١٧٩٧- ١٨٠٠.
١٣. Marmor M, Shore RE, Titus S, et al. **“Drug injection rates and needle exchange use in New York city, ١٩٩١- ١٩٩٦”**. J Urban Health ٢٠٠٠; ٧٧: ٣٥٩- ٦٠.
١٤. Bluthenthal RN, Kral AH, Gee I, et al. **“The effect of syringe exchange use of high risk injection drug users”**: a cohort study. AIDS ٢٠٠٠; ١٤: ٦٠٥- ١١.
١٥. Holtgrave DR, Pinkerton SD , Jones TS, et al. **“Cost- effectiveness of increasing access to strile syringe and needles as an HIV prevention intervention in the United States”**. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviol ١٩٩٨: ١٨ supp ١: s ١٣٣- ٩ (abstract).
١٦. CDC. Update: **“syringe exchange progtrams- United States”**, ١٩٩٨. MMR. ٢٠٠١, ٥٠: ٣٨٤- ٣٨٧.
١٧. Brid AG, Gore SM, Hutchinson SJ, et al. **“Harm reduction measures and injecting inside prison versus mandatory drugs testing”**: results of a cross sectional anonymous questionnaires survey. BMJ ١٩٩٧; ٣١٥: ٢١- ٢٤.
١٨. lifson AR. **“Harm reduction and needle exchange programmes”**. Lancet ١٩٩٨; ٣٥١: ١٨١٩.
١٩. Nelles A, Fuhrer A, **“Hirsbrunner HP, Harding TW Provision of syringe: the cutting edge of harm reduction in prison”**? BMJ ١٩٩٨; ٣١٧: ٢٧٠- ٢٧٢.

## چکیده پایان نامه های کارشناسی ارشد و دکتری

### بررسی ابعاد (فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی) خانواده در پیشگیری و درمان معتادان و مقابله با مصرف مواد مخدر در اردوگاه کار معتادین بیستون

علی احمد نادری<sup>۱</sup>

#### مقدمه

بدون شک برای رسیدن به یک جامعه سالم نیاز به شناخت و تشخیص نابسامانی های موجود در آن جامعه است. تا با سامان رساندن آنها در جهت توسعه جامعه و تحقق آرمان های آن برای رسیدن به سلامت و امنیت همه جانبه گام برداشته شود. جامعه ای که نتواند به درمان نابسامانی های اجتماعی خود پردازد نه تنها به آن هدف مهم دست نخواهد یافت بلکه روز به روز سیر قهقرایی خواهد پیرو تا جایی که ممکن است شیرازه آن جامعه از هم بپاشد و در نهایت به تاریخ پیوندد.

اعتیاد نیز گونه ای از برنامه های اجتماعی است که می تواند در سلامت شخص و به تبع آن در سلامت خانواده و اجتماع تاثیرات مخرب و ویران کننده ای بگذارد. پیدایش مواد مخدر و سوء مصرف آن را باید در اجتماعات اولیه انسان ها جستجو کرد؛ ولی گسترش و اشاعه آن مربوط به چند سده اخیر است. به گونه ای که به عنوان یکی از معضلات و مشکلات مهم جامعه امروزی شناخته شده است. در قرن حاضر ما با مشکلات عدیده و حل نشده ای رو به رو هستیم که یکی از همین مشکلات دامنگیر آدمی اعتیاد به مواد مخدر است که عوارض همچون اختلالات جسمی، روانی، خانوادگی، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی را در بر می گیرد.

---

۱- پایان نامه کارشناسی ارشد رشته جامعه شناسی؛ دانشکده تحصیلات تکمیلی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک؛ استاد راهنما: دکتر علیرضا محسنی تبریزی، ۸۰- ۱۳۷۹

بدین ترتیب، تحقیق حاضر در نظر دارد ابعاد فرهنگی، اجتماعی و اقتصاد خانواده را در پیشگیری و درمان متادان و مقابله با مصرف مواد مخدر در اردوگاه کار معتادان بیستون در سال ۱۳۸۰ را مورد مطالعه قرار دهد.

### اهداف تحقیق

اهداف اصلی این پژوهش، بررسی نقش، کنش های بیمارگونه سازمان و روابط خانوادگی در تشکیل شخصیت جوان معتاد خانواده خواهد بود. اهداف علمی تحقیق نیز بررسی رابطه بین تئوری های مختلف جامعه شناسی پیرامون خانواده و نا به هنجاری و بررسی پژوهش های انجام گرفته پیشین و همچنین کشف نکات قوت و ضعف آنها و رسیدن به یک نظریه هماهنگ در این رابطه و هدف کاربردی نیز دادن اطلاعات و آگاهی دقیق به موسسات و ارگانهایی که به نحوی وظیفه خدمات دهی به جامعه را دارند، با هدف ارایه آموزش صحیح و دقیق و به کارگیری اصول و روش هایی مشخص و همگن در این راه، ضرورت خاص این تحقیق را با توجه به جایگاه اعتیاد در کشور بویژه استان کرمانشاه را فراهم می کند.

### فرضیه های تحقیق

در پژوهش حاضر با خوشه بندی فرضیه های تحقیق در ۸ بخش اصلی زیر، نتایج استخراج و تجزیه و تحلیل می شوند:

- بین پایگاه اجتماعی فرد و خانواده با اعتیاد رابطه وجود دارد.
- بین فقر اقتصادی فرد و خانواده با اعتیاد رابطه وجود دارد.
- بین از هم گسیختگی خانواده با اعتیاد رابطه وجود دارد
- بین سابقه اعتیاد در خانواده با اعتیاد سایر اعضا رابطه وجود دارد
- بین اختلافات و ناراحتی های ناشی از محیط خانوادگی با اعتیاد رابطه وجود دارد



- بین میزان اهمیت و پایبندی خانواده به ارزش‌ها و هنجارهای دینی با اعتیاد رابطه وجود دارد
- بین تضعیف اقتدار حاکم بر محیط خانواده با اعتیاد رابطه وجود دارد
- بین عدم آگاهی و آگاهی کاذب فرد و خانواده نسبت به مواد با اعتیاد رابطه وجود دارد

### روش پژوهش

در روش تحقیق با استفاده از پیمایش در برهه زمانی، قطعی بر اساس مطالعه ژرفانگر و نگاهی تحلیلی و توصیفی در اردوگاه کار و همچنین گروه کنترل مورد نظر جامعه آماری غیر معتاد (دانش آموزان، دانشجویان، کارمندان و سایر مشاغل آزاد) پرسشنامه‌ها در اختیار افراد قرار گرفته است. به طور کلی در این پژوهش از طریق مطالعات کتابخانه‌ای، اسنادی، مصاحبه و از طریق پرسشنامه و تحقیق پیمایشی اقدام به جمع‌آوری و تحلیل و تجزیه اطلاعات شده است.

**جامعه آماری:** جامعه آماری این پژوهش را دو گروه تجربی (معتادان) و گروه کنترل (غیر معتاد) تشکیل می‌دهند که گروه تجربی را معتادان اردوگاه کار معتادان بیستون (جمعاً ۱۱۱۰ نفر) و گروه کنترل را دانش آموزان، دانشجویان، کارمندان و سایر مشاغل آزاد تشکیل می‌دهند.

**روش نمونه‌گیری و تعداد نمونه:** با توجه به خصوصیات جامعه آماری مورد مطالعه از روش تصادفی برای انتخاب افراد نمونه استفاده شده است. حجم نمونه این بررسی نیز با توجه به فرمول شارپ کوکران ۲۵۰ نفر از بین معتادان و ۱۵۰ نفر غیر معتاد بوده است؛

**ابزار پژوهش:** مهمترین ابزار اندازه‌گیری پژوهش حاضر را دو گونه پرسشنامه، یکی مربوط به گروه تجربی (معتاد)؛ ۴۳ سؤال و دیگری مربوط به گروه کنترل (غیر معتاد) با ۳۹ سؤال بود. برای سنجش فرضیه‌ها از آزمون  $\chi^2$  (کای اسکور) و جداول دو بعدی استفاده شده است.

شیوه تجزیه و تحلیل آماری: برای بررسی فراوانی مشاهده شده، ابتدا به استخراج داده های آماری مبادرت شد، سپس بر اساس جداول یک بعدی (توصیفی) و دو بعدی، فرضیه های مورد نظر با استفاده از آزمون  $\chi^2$  (کای اسکور) محاسبه شد.

### یافته های پژوهش

با توجه به نتایج حاصله ۵۱ درصد لذا در اردوگاه بیستون بین سنین ۲۰-۲۹ سال هستند و بیش از ۵۰ درصد آنان بیان داشته اند که برای اولین بار در سنین ۱۵-۲۰ سالگی به اعتیاد گرفتار شده اند. از نظر تحصیلی نیز ۷۸ درصد پدران و ۸۸ درصد مادران این افراد بی سواد یا تا پایه پنجم ابتدایی تحصیل کرده بودند و خود آنها نیز به میزان ۷۵ درصد بی سواد یا تا پایه سوم راهنمایی تحصیلات داشته اند.

شغل والدین افراد معتاد نیز بیانگر این واقعیت است که ۲۶ درصد بیکار، ۲۶/۴ درصد شغل آزاد و ما بقی مشاغلی نظیر رانندگی، کارگری و کشاورزی داشته اند. فقط ۷ درصد افراد معتاد (و پدرانشان) کارمند بوده اند.

۶۰ درصد معتادان در این تحقیق در مناطق فقیر نشین زندگی می کرده اند؛ ۴۱ درصد کل افراد نمونه مجرد و ۴۴ درصد متأهل بوده اند، ۱۰ درصد طلاق، ۳۶ درصد جدا از هم و ۱۷ درصد طلاق داشته اند. همچنین ۲۵ درصد روابط بین والدین خود را مشاهده آخر عنوان کرده اند و ۷۵ درصد به نوجود تبعیض والدین در مورد فرزندان و ۳۳ درصد نیز به سابقه فرار از خانه پدری انسان داشته اند. ۳۲ درصد بر وجود سابقه اعتیاد در خانواده تاکید کردند و بیش از ۴۶ درصد بیان داشته اند که والدینشان نسبت به رعایت اصول مذهبی بی تفاوت بوده اند. همچنین ۵۱ درصد گفته اند که رفت و آمدهای آنان در بیرون از منزل (حتی از نوع مشکوک) کنترل نمی شده یا این که والدین قدرت برخورد با آنها را نداشته اند. در مقابل نیز ۵۲ درصد گفته اند که والدین برای حرف آنها در خانه ارزش قایل نبوده اند. ۶۸ درصد نیز بیان داشته اند که والدینشان درباره مواد و مضرات آن هیچ گونه توصیه ای نکرده اند.

به طور کل با توجه به نتایج حاصله از جداول توصیفی و دو بعدی از مجموع ۸ فرضیه مطرح شده بین ۷ فرضیه (پایگاه اجتماعی خانواده، فقر اقتصادی خانواده، از هم گسیختگی خانواده، اختلافات خانوادگی، اهمیت و رعایت اصول مذهبی، تضعیف اقتدار

حاکم در خانواده و عدم آگاهی درباره مواد) با اعتیاد رابطه وجود داشته است و فرض خلاف ( $H_1$ ) در این موارد پذیرفته شده و فقط یک فرضیه مربوط به سابقه اعتیاد در خانواده (حداقل در این پژوهش) پذیرفته نشد.

بررسی میزان شیوع مسمومیت ناشی از مواد مخدر در افراد مراجعه کننده به  
بیمارستان لقمان در تابستان و پائیز ۱۳۷۷

**مقدمه**

به رغم ممنوعیت مصرف مواد مخدر، جمعیت معتادان و وفور مواد تخریبی از یک طرف و مشتقات صناعی در اشکال دارویی و سهولت دسترسی به این مواد و ابداع روش های نسبتاً عجیب قاچاق مواد مخدر از سوی دیگر، موجب شده است تا وجود فرهنگ غلط تجویز دارو یا مواد دارویی توسط افراد غیر مسؤول که گاهی اوقات برای هر بیماری مانند دیابت و بیماری های عفونی و بیماری های صعب العلاج و انواع دردهای مزمن و اسهال، تریاک تجویز می شود، منجر به بیشتر شدن مراجعه کنندگان با مسمومیت ناشی از این گونه داروها به بخش های مسمومین (بویژه بخش اورژانس اطفال) می شود. در بعضی موارد اقدام به ترک دادن فرد معتاد بدون نظارت پزشک و حمایت دارویی موجب می شود که تعدادی از این افراد پس از چند روز از ترک دارو و تحمل علائم ترک به دلیل وابستگی فیزیکی و روانی به مواد مخدر، دوباره به سراغ این گونه ترکیبات رفته و اقدام به مصرف مقداری از آن کنند که در نهایت می تواند بسیار خطر آفرین باشد و حتی به مرگ وی منجر شود.

**اهداف پژوهش**

**هدف کلی** بررسی میزان شیوع مسمومیت ناشی از مواد مخدر در افراد مراجعه کننده به بیمارستان لقمان در تابستان و پائیز سال ۱۳۷۷، هدف کلی پژوهش حاضر را در بر می گیرد.

**اهداف اختصاصی** در این تحقیق برای بررسی میزان شیوع مسمومیت ناشی از مواد، موارد زیر به عنوان هدف اختصاصی در نظر گرفته شده است:

- ۱- مقایسه علل و انواع مسمومیت با مواد مخدر
- ۲- مقایسه گروه های سنی مختلف در بیماران مذکور

۱- پایان نامه دکتری رشته داروسازی؛ دانشکده رشته داروسازی؛ دانشکده داروسازی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی شهید بهشتی تهران؛ اساتید راهنما: دکتر ناصر جلالی و دکتر حمید رضا راسخ، ۷۹-۱۳۷۸

- ۳- مقایسه شغل و مقایسه میزان تحصیلات در این بیماران
- ۴- مقایسه نحوه درمان و مقایسه نحوه تماس ماده مصرفی در بیماران فوق الذکر
- ۵- مقایسه اقدامات درمانی و مقایسه بهبودی پس از درمان
- ۶- مقایسه وضعیت تأهل و مقایسه جنسیت بیماران

### روش پژوهش

روش تحقیق این بررسی از نوع مطالعات مقطعی (Cross sectional) بوده است، ضمن این که متغیرهای مورد بررسی شامل سن و جنس، میزان تحصیلات و شغل و وضعیت تأهل و نوع مسمومیت و علل مسمومیت و نحوه تماس و علام بالینی و نحوه درمان و مدت بستری و اقدامات درمانی و بهبودی و سابقه اعتیاد و اقدامات انجام شده قبل از ورود به بیمارستان است. در این مطالعه میزان مراجعه افراد مسموم با مواد مخدر به بخش مسمومین بیمارستان لقمان مورد بررسی قرار گرفته است.

**جامعه آماری:** جامعه مورد مطالعه این پژوهش را تمامی مسمومین با مواد مخدر که در بخش مسمومین بیمارستان لقمان حکیم (بخش بستری و سرپایی) بوده اند، شامل می شود

**روش نمونه گیری و تعداد نمونه:** تعداد نمونه ها، شامل ۴۶۹ بیمار مسموم با مواد مخدر بوده است که از بین ۹۷۴۲ نفر مراجعه کننده مسموم در بخش سرپایی و بستری در تابستان و پاییز سال ۱۳۷۷ به صورت نمونه های در دسترس به طور تصادفی، انتخاب شده اند.

**ابزار پژوهش:** ابزار مورد استفاده در این پژوهش، پرسشنامه ای با ۳۳ سؤال بود که میزان مسمومیت با مواد مخدر و فاکتور مربوط به آن را در مورد ارزیابی قرار می داد. همچنین از مصاحبه حضوری برای پرکردن پرسشنامه ها استفاده شد. البته به دلیل کافی نبودن اطلاعات به پرونده مسمومین نیز مراجعه می شد.

**شیوه تجزیه و تحلیل آماری:** در پژوهش حاضر، تمامی داده ها پس از استخراج از پرسشنامه ها با استفاده از آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و با استفاده از نمودارهای ستونی و دایره ای نمایش داده شده است.

### یافته های پژوهش

بر اساس نتایج به دست آمده از تحقیق حاضر به یافته‌های زیر اشاره می شود:

- مسمومیت ناشی از مواد مخدر ۴/۸ درصد کل مسمومیت ها را در این بیمارستان طی فاصله زمانی مورد نظر (تابستان و پاییز ۷۷) تشکیل می دهد. به رغم این که مرگ و میر ناشی از مسمومیت با مواد مخدر ۲۳/۲ درصد کل مرگ و میر ناشی از مسمومیت ها را طی این فاصله زمانی تشکیل داده است.

- همچنین بر اساس یافته های این پژوهش، ۷ درصد مسمومیت ها ناشی از مصرف خوراکی مواد مخدر و ۸۱/۱ درصد از طریق تزریق و ۱۱/۹ درصد در اثر مصرف استثنایی دچار بیماری شده بودند.

به طور کل نتایج نشان می دهد که مسمومیت با مواد مخدر یکی از شایع ترین علل مرگ و میر ناشی از مسمومیت ها در بیمارستان لقمان بوده است که به نوبه خود به بررسی های بیشتری برای ارزیابی میزان شیوع مسمومیت و بهینه کردن روش های تشخیص و درمان انواع مسمومیت با مواد مخدر است.

## بررسی عوامل بازگشت مددجویان بازپروری شده به مراکز نگهداری در استان لرستان از دیدگاه کارشناسان و مددجویان

مهران شهبازی<sup>۱</sup>

### مقدمه

کودک تا زمانی که به پختگی و رشد برسد، مصرف کننده است و جامعه به منظور آموزش و پرورش او سرمایه گذاری می کند، به این امید که او بتواند به نوبه خود برای جامعه خویش مفید واقع شود. معتادان نه تنها مفید و سودمند نیستند، بلکه زیان هایی برای اجتماع خود نیز به بار می آورند، آنان از عوامل توزیع و فروش مواد مخدر به شمار رفته و روز به روز جامعه را از نیروی انسانی غیر قابل استفاده پر می کنند. همچنین، اغلب معتادان مجبورند که از راههای غیر قانونی مانند دزدی، تجاوز و فحشاء درآمدی تأمین کنند و این کار به نوبه خود باعث افزایش کجروی و انحرافات اجتماعی در جامعه می شود.

بدین ترتیب، اهمیت مطالعه و بررسی جنبه های مختلف اعتیاد و شناخت انواع مواد مخدر و داروهای روانگردان به اندازه زیاد و مسایل وابسته به آن به حدی گسترده و جهانی است که هر گونه پژوهشی در این زمینه با ارزش و مهم است، بویژه ارزش یافته

---

۱- پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی؛ دانشکده تحصیلات تکمیلی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) استاد راهنما: دکتر سید احمد احمدی، ۱۳۷۶

های به دست آمده از این پژوهش ها، برای کسانی که مصرف بعضی داروها که بی نهایت خطرناک هستند را دست کم می گیرند، دو چندان است. چرا که کم نیستند کسانی که اسپرین، قرص های خواب آور، آرام بخش، ضد افسردگی را چیزی در حد قرص نفع بی ضرر یا وسیله تمرکز حواس می دانند و از دارو باری فرار و فراموش کردن مشکلات روزمره خود استفاده می کنند، یا ممکن است تحت تاثیر دوست یا همکاری، ناباب یا ناآگاه به این باور برسند که مثلاً ال اس دی، حشیش یا کوکائین چون اعتیاد آور نیستند، پس خطرناک هم نمی تواند باشد

### اهداف پژوهش

پژوهش حاضر سعی دارد به هدف ها زیر نایل شود:

- ۱- به دست آوردن اطلاعات دقیق در مورد خصوصیات فردی-اجتماعی مددجویان مورد مطالعه
- ۲- بررسی و شناسایی عواملی که موجب بازگشت مجدد مددجویان بازپروری شده می شود.
- ۳- طرح برنامه هایی در جهت پیشگیری، درمان و بازپروری معتادان جامعه، به صورتی که از اعتیاد مجدد آنان جلوگیری کند.
- ۴- راهگشایی و ایجاد انگیزه برای سایر پژوهش ها در این زمینه

### سؤال های پژوهش:

- در تحقیق حاضر سؤال های زیر مورد بررسی قرار می گیرد:
- آیا از دیدگاه مددجویان و کارشناسان عامل بازگشت مددجویان بازپروری شده به مراکز نگهداری (زندانی یا بازپروری)
- ۱- مشکلات عاطفی و روانی است؟
  - ۲- بیکاری است؟
  - ۳- تاثیر دوستان معتاد است؟
  - ۴- تاثیر برخی مشاغل است؟



- ۵- نارسایی شخصیتی است؟
- ۶- تاثیر و جاذبه مواد مخدر است؟
- ۷- عدم پذیرش از طرف اجتماع است؟
- ۸- نبودن سیستم پیگیری بعد از ترخیص است؟
- ۹- اجرا نشدن روش های صحیح بازپروری است؟
- ۱۰- سست بودن اعتقادات مذهبی است؟
- ۱۱- فراوان و در دسترس بودن مواد مخدر است؟
- ۱۲- بی سواد یا پایین بودن سطح سواد والدین مددجویان است؟
- ۱۳- بی سواد یا پایین بودن سطح سواد مددجویان است؟
- ۱۴- ناراحتی های جسمی است؟
- ۱۵- وجود اعتیاد در سایر اعضاء خانواده است؟

### روش پژوهش

روش این تحقیق زمینه یابی (پیمایشی) است و به بررسی عوامل بازگشت مددجویان بازپروری شده به مراکز نگهداری در استان لرستان از دیدگاه کارشناسان و مددجویان می‌پردازد. از این روش به لحاظ مطالعه جمعیت های مختلف اعم از کوچک و بزرگ) از طریق نمونه گیری آماری استفاده شده است.

**جامعه آماری:** جامعه آماری این پژوهش را مددجویان مرد بازگشتی به مرکز بازپروری لرستان در نیم سال دوم سال ۱۳۷۵ و چهار ماهه اول یال ۱۳۷۶ تشکیل داده اند که تعداد آنها ۶۸۶ نفر در زمان مطالعه در این مرکز یاد شده اقامت داشتند. ۳۳ نفر کارشناسان امور بازپروری در شهرستان بروجرد نیز جزء جامعه تحقیق بودند.

**روش نمونه گیری و تعداد نمونه:** نمونه های این تحقیق ۲۳۳ نفر بودند. از این میان، ۲۰۰ نفر مددجو که سابقه ترک اعتیاد در مراکز نگهداری (بازپروری و زندان) داشتند، از طریق فرمول نمونه‌گیری انتخاب شدند و ۲۳ نفر از کارشناسان امور بازپروری در شهرستان بروجرد که از طریق روش سرشماری (نمونه های در دسترس)

برای این مطالعه انتخاب شدند، نمونه‌های آماری این پژوهش را تشکیل داده اند. روش نمونه گیری نیز به روش تصادفی دیشماتیک صورت گرفت.

### ابزار پژوهش:

برای جمع آوری اطلاعات، از ابزارهای پرسشنامه، مصاحبه و مطالعه پرونده‌ها و دفاتر مشخصات مددجویان استفاده شده است. ابزاری اصلی جمع آوری اطلاعات پرسشنامه بود که به صورت یک مقیاس پنج درجه ای (بسیار زیاد، زیاد، متوسط، کم و خیلی کم)؛ پرسش های بسته و یک پرسش باز کلی تهیه و تدوین شده بود. برای استاده از این وسیله سنجش، ابتدا روایی و پایانی آن تعیین شد و سپس مورد استفاده قرار گرفت. نوع مصاحبه نیز مصاحبه آزاد (غیر رسمی) بود که برای جمع آوری اطلاعات کیفی و عمیقاً استفاده شد.

### شیوه تجزیه و تحلیل آماری:

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفته است. در سطح توصیفی با استفاده از مشخصه های آماری نظیر فراوانی، درصد، میانگین وزنی به تجزیه و تحلیل داده ها پرداخته شده است در سطح استنباطی متناسب با سطح سنجش داده ها و نوع سؤال ها از آزمون های زیر استفاده شده است:

الف) آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (ANORA)،

ب) آزمون Hsd توکی

ج) آزمون t برای گروه های مستقل.

### یافته‌های پژوهش

از نظر کارشناسان کلیه سوال های مطرح شده (۱۵ سؤال) تایید شد و از دیدگاه مددجویان بجز سؤال‌های چهارم (تاثیر برخی مشاغل، دوازدهم (بی سواد یا پایین بودن سطح سواد مددجویان)، سیزدهم (بی سواد یا پایین بودن سطح سواد والدین مددجویان و پانزدهم (وجود اعتیاد در سایر اعضاء خانواده)، بقیه سؤال های تحقیق مورد تایید قرار گرفت.

مقایسه نظرات کارشناسان با مددجویان نشان می‌دهد که بین نظرات این دو گروه بجز در مورد سؤال‌های زیر، در بقیه سؤال‌ها تفاوت معنی‌دار وجود داشته‌است. این سؤال‌ها عبارتند از:

سؤال اول (مشکلات عاطفی و روانی)، سؤال هشتم (نبودن سیستم پیگیری بعد از ترخیص) و سؤال نهم (اجرا نشدن روش‌های صحیح بازپروری).

مقایسه نتایج سوال‌های تحقیق بر حسب گروه‌های سنی مددجویان نشان داده است که به جز در مورد سؤال دهم است بدون اعتقاد مذهبی، اختلاف سنی مددجویان باعث تفاوت نتایج سؤال‌های چهارم (تأثیر برخی مشاغل)، پنجم (نارسایی شخصیتی)، ششم (تأثیر و جاذبه مواد مخدر)، دهم (سست بودن اعتقادات مذهبی) و سیزدهم (بی‌سوادی یا پایین بودن سطح سواد والدین مددجویان) شده و در سایر سؤال‌ها نشده است.



## معرفی کتاب

### اصول مربوط به کاهش تقاضا (اپیدمیولوژی، پیشگیری و درمان)

اغلب بررسی‌هایی که تاکنون در زمینه سه ستون اصلی برنامه‌های کاهش تقاضا، یعنی اپیدمیولوژی، پیشگیری و درمان به عمل آمده است، در کشورهای صنعتی یعنی کشورهای آمریکای شمالی، اروپای غربی و استرالیا بوده است. این امر بیشتر به این دلیل بوده که این کشورها، سهم بیشتری نسبت به کشورهای در حال توسعه در رابطه با اعتیاد به مواد مخدر و مشکلات مربوط به امراض ناشی از آن داشته‌اند. بنابراین، از آن جا که الگوی سوء مصرف مواد از یک کشور به کشور دیگر (و در اغلب مواقع در داخل یک کشور) متغیر است، طراحی و اجرای یک برنامه واحد در زمینه پیشگیری و درمان کارساز نخواهد بود. این امر درباره اجرای برنامه‌ای تبیین شده برای کشورهای صنعتی که در کشورهای در حال توسعه اجرا می‌شود، بیشتر عینیت پیدا می‌کند.

از آن‌جا که ایران به عنوان کشوری در حال توسعه از جامعه سنتی فاصله گرفته و به سوی جامعه‌ای صنعتی در حال گذار است، کتاب حاضر، اثری بسیار سودمند برای برنامه نویسان کنترل و پیشگیری از اعتیاد خواهد بود. در واقع، این کتاب که بر گرفته از آخرین گزارش‌های جهانی مواد مخدر است طی سه فصل به سه رکن اصلی کاهش تقاضا می‌پردازد. به عبارت دیگر، خواننده در فصل اول کتاب با جدیدترین روش‌ها و الگوهای مطالعات همه‌گیر شناسی آشنا می‌شود. در فصل دوم، بحث پیشگیری از سوء مصرف مواد با تأکید بر رویکردهای جدید مطرح است و، فصل سوم نیز از درمان به عنوان استراتژی کاهش تقاضا یاد می‌کند.

کتاب حاضر که در قطع رقعی آراسته شده، برای اولین بار توسط اداره کل روابط بین الملل دبیرخانه ستاد به فارسی روان برگردانده شده است، این اثر در ۱۱۳ صفحه به اساسی ترین مفاهیم اصول کاهش تقاضا پرداخته است. از این میان، جداول، نمودارها، آمار و اطلاعات جهانی از جمله مواردی است که به جذابیت بیشتر کتاب افزوده است.

به طور کل ، فصل اول تحت عنوان مطالعات اپیدمیولوژیک، ابتدا بیانیه راهنمای اصول کاهش تقاضای موادمخدر را طرح می‌کند؛ سپس، ضمن اشاره به جنبه‌های تمرین همه‌گیرشناسی روش‌های نوظهور را معرفی می‌کند و در خاتمه مشکلات نظارت بر سوء مصرف موادمخدر و چشم اندازهای آینده را بر می‌شمرد.

همان‌طور که گفته شد، فصل دوم تحت عنوان پیشگیری، ابتدایی‌ترین اقدامات پیشگیرانه را تا استفاده از رویکردهای مدرن مرور می‌کند. سپس اشاره ای به اساس برنامه های مؤثر پیشگیری دارد. در این زمینه آسیب ها و خطرات ناشی از مواد مخدر و عوامل حفاظتی مورد بررسی قرار می‌گیرد و در ادامه آن نیز به اهداف و انواع برنامه های پیشگیری اشاره می‌شود. در این فصل به بحث درباره محیط اجتماعی یا زمینه های پیشگیری نیز توجه شده است؛ که در این میان، به نقش و تأثیر والدین و خانواده، مدارس، برنامه‌های خارج از مدارس برای جوانان ، گروه های مذهبی، محل های کار و رسانه های جمعی بر پیشگیری از سوء مصرف مواد اشاره شده است.

فصل آخر نیز ابتدا درمان را به عنوان استراتژی کاهش تقاضا مورد بررسی قراردادده است که طی آن در سه قسمت، اثر بخشی درمان، درآمدهای ناشی از جرایم موادمخدر و تأثیر درمان بر تقاضای کلی برای مواد را توضیح می‌دهد. در قسمت دوم نیز اقدامات درمانی نظیر سم‌زدایی، دارودرمانی، درمان وابستگی به مواد افیونی، درمان اعتیاد به کمک سایر مواد به‌طور خلاصه مورد بررسی قرار گرفته‌است. در بخش آخر نیز اشاره‌ای مختصر به اقدامات غیردارویی همچون اقدامات زیست فیزیکی، اقدامات روان‌شناختی یا مشاوره، جوامع و انجمن‌های درمانی، درمان سنتی دارد.

بازگشت به جامعه، مراقبت های پس از درمان و کاهش عواقب منفی بهداشتی و اجتماعی سوء مصرف مواد نیز دو موضوع چالش برانگیز است که با چشم اندازی از آینده درمان مورد بررسی قرار گرفته‌است.

در نهایت، به نظر می‌رسد خواندن کتاب ” اصول مربوط به کاهش تقاضا (اپیدمیولوژی، پیشگیری و درمان)“ برای هر متخصص یا کارشناسی که در حوزه پیشگیری و درمان و یا به نوعی در برنامه‌ریزی کاهش تقاضا فعالیت دارد، مفید و مؤثر است. همچنین،

بسیاری از دانش آموختگان رشته‌های روان‌شناسی، جامعه‌شناسی، روانپزشکی، سنجش و اندازه‌گیری و مدیریت و برنامه‌ریزی نیز می‌توانند از این کتاب بهره‌گیرند.

### پیشگیری و کنترل اعتیاد

سوء مصرف مواد و الکل، یک معضل بین‌المللی است که تقریباً تمام کشورهای دنیا را (چه توسعه یافته و چه در حال توسعه)، تحت تأثیر قرار داده است. مشکلات متعدد بهداشتی و حتی مرگ و میرهای ناشی از سوء مصرف مواد نتیجه یک سری تداخل‌های پیچیده میان عوامل مختلف دارویی (خصوصیات دارویی یا سمی آن)، فردی (وضعیت شخصی و سلامتی او) و در نهایت، موقعیت و حالت سوء مصرف مواد است. تعیین دقیق کل خسارت‌های وارده بر جامعه، که در اثر مصرف هر کدام از گروه‌های دارویی ایجاد می‌شود کار بسیار مشکلی است؛ اما، با وجود این نقص اطلاعاتی، بدون شک می‌توان گفت که همه کشورهای دنیا متحمل مخارج ناشی از مصرف مواد و الکل به طور مستقیم یا غیر مستقیم می‌شوند.

در این کتاب، چکیده‌ای از فعالیت‌های سازمان جهانی بهداشت در طی سال‌های اخیر عرضه می‌شود. هدف از انجام این کار، مروری بر شواهد و مدارک موجود در زمینه پیشگیری از اعتیاد و همچنین، پیدا کردن بهترین و مؤثرترین راهبردها به منظور کاهش تقاضای مصرف‌کنندگان مواد اعتیاد آور است. برای رسیدن به این هدف، در کتاب حاضر روند فعلی پیشگیری از مصرف داروهای وابستگی‌زا و مواد مخدر در کشورهای جهان و زمینه‌های مختلف رشد و ادامه این روند در سال‌های آینده مرور شده است. در حال حاضر، سوء مصرف مواد در بسیاری از کشورهای جهان حتی در کشورهایی که قبلاً این معضل وجود نداشت، در حال افزایش است. بنابراین، لازم است اقدامات مؤثری در زمینه پیشگیری، برنامه‌ریزی شود و هرچه سریع‌تر به مرحله اجرا درآید. بدون شک، دولت‌های همه کشورهای جهان، تلاش خود را زمینه کنترل و محدودکردن روند تهیه و توزیع مواد (قاچاق مواد)، مضاعف خواهند کرد؛ اما نیاز به یک راه حل بلندمدت در زمینه کاهش تقاضای مصرف‌کنندگان احساس می‌شود. لذا این کتاب به منظور کمک به این روند تهیه شده است.

اثر حاضر، تحت نظارت دکتر آونی آریف<sup>۱</sup> و دکتر گریت ادواردز<sup>۲</sup> از کشورهای مختلف جمع‌آوری شد و طی یک سری جلسات مشاوره‌ای، با دقت مورد بازبینی قرار گرفت. سپس از دکتر ژان کارولز نگریت<sup>۳</sup> خواسته شد تا گزارشی مقدماتی در زمینه پیشگیری از معضلات ناشی از سوء مصرف مواد تهیه کند و در این گزارش به نتایج مشورت‌ها و تبادل نظرها اشاره کند. گزارش‌های او در ژوئن ۱۹۸۵ توسط گروهی از متخصصان مورد بازبینی قرار گرفت و بالاخره تجدید نظر نهایی در مورد این گزارش‌ها انجام شد. صندوق کنترل سوء مصرف مواد (وابسته به سازمان ملل) تا اندازه‌ای از این موضوع حمایت کرد. به طور کل، بخش اعظم مطالب کتاب، قبل از شناخت کافی نشانگان نقص ایمنی اکتسابی (AIDS) یا به اثبات رسیدن ارتباط میان استفاده تزریقی از مواد با انتقال ویروس ایدز، تهیه شده بود. نویسندگان کتاب تصمیم گرفتند بدون این‌که کل کتاب را در یک اقدام گذشته نگر، مورد بازبینی قرار دهند و منابع و مآخذ مربوط به ایدز را در آن وارد کنند، به طور کلی از ارائه هر گونه مبحث خاصی در ارتباط ایدز با سوء مصرف مواد خودداری کنند.

در واقع، کتاب پیشگیری و کنترل اعتیاد که توسط یکی از کارشناسان زبده حوزه درمان اعتیاد به فارسی روان برگردانده شده، از جمله آثاری است که تا چندی بعد توسط مرکز مطالعات، پژوهش و آموزش به چاپ خواهد رسید. این کتاب در ۹ فصل به مباحث عمده پیشگیری و کنترل اعتیاد می‌پردازد. به عبارت بهتر، در فصل اول بیشتر به مشکلات رفتاری، بهداشتی و اجتماعی اعتیاد و هزینه‌های ناشی از آن پرداخته شده است. فصل دوم نیز به بافت اجتماعی - فرهنگی جامعه و استفاده‌های غیرقانونی از مواد اشاره دارد. اما در سومین فصل کتاب به موضوع اثر حاضر، یعنی پیشگیری پرداخته شده است. در این فصل پس از تعریف پیشگیری و اهداف آن، به سطوح و روش‌های آن پرداخته است. در فصل چهارم نیز، بحث کنترل تولید، توزیع و دسترسی به مواد و ارتباط بین جرم و جنایت با مصرف مواد مورد بررسی قرار گرفته است. کاهش تقاضای مصرف مواد نیز عنوان فصل پنجم است که بیشتر موضوعات اقدامات لازم برای

۱-Awni Arif

۲-Griffith Edwards

۳-Jvan carlos negrete



پیشگیری از سوء مصرف مواد و آموزش اطلاع رسانی در این زمینه را شامل می‌شود. در فصل ششم، درمان و نحوه شناسایی افراد معتاد مورد بررسی قرار گرفته است. سه فصل آخر کتاب نیز به ترتیب، بحث آمار و اطلاعات (ارزیابی سطوح مصرف، نیازهای درمانی و دسترسی به مواد)، نیروی انسانی که شامل کارکنان نظام بهداشتی - درمانی، رفاه اجتماعی، آموزش دهندگان و مأموران مبارزه با مواد را در بر گرفته است. همچنین به طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه‌های پیشگیری (اعم از اهداف و سیاست ها) پرداخته است.

یقیناً این کتاب ۲۵۰ صفحه‌ای، مجموعه‌ای غنی از منابع مربوط به پیشگیری و کنترل اعتیاد را برای مدیران و دست‌اندرکاران امر مبارزه با موادمخدر، پزشکان، روان شناسان جامعه شناسان و دانشجویان رشته‌های وابسته به علوم رفتاری و مسؤولان آموزشی جامعه است. از طرفی دیگر با توجه به فقدان تحقیقات در زمینه معضل اعتیاد در کشور، مطالعه آن می‌تواند زمینه‌ساز صدها طرح تحقیقاتی باشد.

#### معتادان گمنام: چگونگی عملکرد برنامه معتادان گمنام

هر روز هزاران نفر معتاد در سراسر جهان با مراجعه به مراکز درمانی اقدام به قطع مصرف مواد مخدر می‌کنند و پس از تحمل چند روز ناراحتی، مصرف مواد را کنار می‌گذارند. در اغلب موارد سعی معتاد در دراز مدت، مؤثر باقی نمی‌ماند و به دلایلی که برای خودش و حتی درمانگر او مشخص نیست بدون توجه به رنجی که متحمل شده است به مصرف مجدد رو می‌آورد. از آنجا که بیماری اعتیاد در سه بعد جسمی، روانی و اجتماعی شکل گرفته است، بدون درمان خاص هر یک از ابعاد، بهبودی «معتاد تازه ترک»، مقطعی و ناپایدار خواهد بود.

در کتاب چگونگی عملکرد برنامه معتادان گمنام، جنبه‌های روانی و روحی بیماری اعتیاد به تفصیل مورد بررسی قرار گرفته است. در این اثر، خواننده به خوبی متوجه می‌شود که چه عواملی موجب عود بیماری و بازگشت به مصرف مواد خواهد شد و در نتیجه قادر می‌شود با شناخت این عوامل تا حد امکان از آنها اجراز کند. در واقع، محور اصلی کتاب آن است که هر معتاد به منظور بهبود یافتن باید برنامه‌ای مرتب و دراز مدت برای خود انتخاب کند و آن را به نحو احسن دنبال کند.

از سوی دیگر، با توجه به اهمیتی که ماده مخدر برای معتاد دارد ترک پایدار، تنها پس از ایجاد تغییرات بنیادی در تفکر و برداشت معتاد از زندگی مسیر خواهد شد. کتاب حاضر تا حد زیادی مبانی این دگرگونی را در اختیار افرادی که علاقمند به رهایی از دام اعتیاد هستند، می‌گذارد.

به طور کل، کتاب «معتادان گمنام؛ چگونگی عملکرد برنامه معتادان گمنام» طی دو بخش کلی به بررسی ۱۲ قدم و ۱۲ سنت برای معتادان گمنام می‌پردازد. این اثر که نسخه درمانی دقیقی برای بهبودی معتادان از بیماری اعتیاد و حاصل تجربیات شصت ساله میلیون‌ها معتاد بهبود یافته (معتادانی که توسط خودشان سلامتی را باز یافته‌اند) است، برای معتادانی که طالب بهبودی هستند، کتابی مناسب و کاربردی است. در واقع کتاب حاضر سعی دارد در قالب حدود ۲۵۰ صفحه، درک جدیدی از بهبودی (بدون استفاده از روش‌های رایج درمان پزشکی) برای معتاد فراهم سازد. به همین منظور، در بخش اول کتاب (کتاب اول) قدم‌های دوازده‌گانه را شرح می‌دهد و در بخش دوم (کتاب دوم) به بررسی سنت‌های دوازده‌گانه می‌پردازد.

اولین قدم از قدم‌های دوازده‌گانه بر این اعتقاد استوار است که می‌گوید: «ما اقرار کردیم که در مقابل اعتیاد خود عاجز بودیم و زندگیمان آشفته شده بود». در قدم دوم «ما به این باور رسیدیم که نیرویی برتر از خودمان می‌تواند سلامت عقل را به ما بازگرداند»، قدم سوم می‌گوید: «ما تصمیم گرفتیم که اراده و زندگی خود را به خداوند، بدان گونه که او را درک می‌کردیم، بسپاریم»؛ در قدم چهارم «ما یک ترازنامه اخلاقی بی‌باکانه و جستجوگرانه از خود تهیه کردیم». قدم پنجم نیز می‌گوید: «ما چگونگی دقیق خطاهای خود را به خداوند، به خودمان و به یک انسان دیگر اقرار کردیم». این باور که «ما کاملاً آماده شده ایم که خداوند تمام این نواقص شخصیتی ما را برطرف کند»، ششمین قدم از مراحل دوازده‌گام است. معتادان گمنام در قدم هفتم به آنجا می‌رسند که می‌گویند: «ما با فروتنی از او خواستیم کمبودهای اخلاقی ما را برطرف کند». این مرحله از قدم‌ها، معتادان را در قدم هشتم به این اعتقاد می‌رساند که: «ما یک فهرست از تمام کسانی که آزار دیده بودیم تهیه کردیم و خواستار شدیم تا از تمام آنان جبران خسارت کنیم». قدم نهم آنان نیز بر این باور استوار است که «ما به طور مستقیم

در هر جا که امکان داشت از این افراد جبران خسارت کردیم، مگر در مواردی که اجرای این امر به ایشان یا دیگران زیان وارد کند». در قدم دهم، آنان روی این اعتقاد کار می کنند که «ما به تهیه تراز نامه شخصی خود ادامه دادیم و هر گاه در اشتباه بودیم سریعاً بدان اقرار کردیم». در قدم یازدهم می گویند «ما از راه دعا و تفکر جویای بهتر کردن رابطه آگاهانه خود با خداوند، بدان گونه که او را درک می کردیم شدید و دعا کردیم، فقط برای آگاهی از اراده او برای خودمان و قدرتی که آن را به انجام رسانیم». معتادان گمنام در آخرین قدم نیز با طی کردن مراحل روحانی یاد شده، همه با هم جمله زیر را زمزمه می کنند: «ما با یک بیداری روحانی که در نتیجه این قدم ها یافتیم، سعی کردیم این پیام را به معتادان برسانیم و این اصول را در تمام امور خود به اجرا در آوریم.»

در بخش دوم کتاب معتادان گمنام (کتاب دوم)، اصول روحانی نهفته در هر سنت - نه قواعد خشک - مورد بررسی قرار می گیرد. به عبارت دیگر، با طرح کردن هر یک از سنت های زیر طی مراحل دوازده گانه زمینه ای برای تبادل عقاید در جلسات فراهم می شود:

سنت اول) منافع مشترک ما باید در رأس قرار گیرد؛ بهبودی شخصی ما به اتحاد معتادان گمنام بستگی دارد.

سنت دوم) در رابطه با هدف گروه ما، فقط یک مرجع نهایی وجود دارد - خداوندی مهربان که به گونه ممکن، خود را در وجدان گروه ما بیان می کند. رهبران ما خدمتگزاران مورد اعتماد هستند. آنان حکومت نمی کنند.

سنت سوم) تنها شرط عضویت، تمایل به قطع مصرف است.

سنت چهارم) هر گروه باید مستقل باشد، به استثناء مواردی که بر گروه های دیگر یا معتادان گمنام در کل اثر می گذارد.

سنت پنجم) هر گروه فقط یک هدف اصلی دارد، رساندن پیام به معتادی که هنوز در عذاب است.

سنت ششم) یک گروه معتادان گمنام هرگز نباید هیچ موسسه مرتبط یا سازمان انتفاعی خارجی را مورد تایید قرار دهد، در آنها سرمایه گذاری مالی کند یا نام معتادان گمنام را

به آنها به عاریت بدهد، زیرا ممکن است مشکلات پولی، مالکیت یا شهرت، ما را از هدف اصلی خود منحرف سازد.

سنت هفتم) هر گروه معتادان گمنام، باید کاملاً متکی به خود باشد و کمک های مالی از خارج دریافت نکند.

سنت هشتم) معتادان گمنام باید برای همیشه غیر حرفه ای باقی بمانند، مراکز خدماتی ما می توانند کارمندان مخصوص استخدام کنند.

سنت نهم) معتادان گمنام تحت این نام هرگز نباید سازماندهی شوند، اما می توانیم هیأت های خدماتی و کمیته هایی ایجاد کنیم که مستقیماً در برابر کسانی که به آنها خدمت می کنند مسؤوول باشند.

سنت دهم) معتادان گمنام هیچ عقیده ای در مورد موضوعات خارجی ندارد؛ بنابراین نام معتادان گمنام هرگز نباید به بحث اجتماعی کشیده شود.

سنت یازدهم) خط مشی روابط عمومی ما بر اصل جاذبه است تا تبلیغ. ما همیشه نیاز داریم گمنامی شخصی را در سطح مطبوعات، رادیو و فیلم حفظ کنیم.

سنت دوازدهم) گمنامی، اساس روحانی تمام سنت های ما است و همیشه یادآور ماست که اصول را به شخصیت ها ترجیح دهیم.

کتاب حاضر یکی از اثر های کاربردی برای معتادانی است که دوره ترک اعتیاد (وابستگی جسمی) را پشت سر گذارده اند و تصمیم دارند در مرحله ترک باقی بمانند. از آنجایی که مشکل اکثر معتادان، پس از ترک وسوسه های مصرف مجدد مواد است، اثر یاد شده می تواند در آشنایی آنان با گروه های معتادان گمنام، دستور العمل ها و چگونگی فرایند بهبودی در گروه بسیار موثر باشد. این کتاب که توسط انجمن معتادان گمنام (جمعی از نویسندگان با تجربه و صاحب نظر) تألیف شده، توسط هوتن گل سرخی که سال ها در آمریکا با انجمن معتادان گمنام همکاری داشته است، به فارسی روان برگردانده شده است. هر چند که تمامی روان شناسان، مددکاران اجتماعی، جامعه شناسان، روانپزشکان، مشاوران و سایر رشته های علوم رفتاری نیز می توانند از آن برای درمان معتادان استفاده کامل ببرند.





## معرفی سایت‌های مرتبط با مواد مخدر و اعتیاد

در دومین شماره از فصلنامه اعتیاد پژوهی، بخشی از مهم‌ترین سایت‌های مرتبط با مواد مخدر و سوء مصرف آن از حرف A معرفی شدند. در این شماره نیز ادامه سایت‌های مذکور تا انتهای حرف D از نظر می‌گذرد. با توجه به اهمیت دستیابی به آخرین یافته‌های پژوهشی و استفاده کاربردی از آن اطلاعات در انجام طرح‌های تحقیقاتی و حتی برنامه‌ریزی پیشگیری و کنترل اعتیاد، امید می‌رود تداوم این بخش از فصلنامه موجب بهره‌برداری هر چه کاربردی‌تر از مطالب فصلنامه حاضر را فراهم آورد. گرچه بازخوردهای حاصل از اولین شماره معرفی سایت‌ها، اهمیت استفاده از آن را نشان داده است. در زیر ۲۲ سایت مرتبط با مواد و سوء مصرف آن آمده است:

### ۱. نام سایت: **Bandolier**

یک نشریه چاپی و تحت وب در زمینه بهداشت است، این سایت متون پزشکی را شامل می‌شود و هدف آن فراهم آوردن اطلاعاتی در زمینه بیماری‌ها برای متخصصان بهداشت و سایر حوزه‌های مرتبط است. این نشریه همچنین مطالب مناسبی را در زمینه مواد مخدر ارائه می‌دهد.

آدرس: <http://www.jr۲.ox ux/bandolier>

### ۲. نام سایت: **Behavioral and Brain Sciences**

از طریق این سایت دستیابی به متن کامل کلیه مقالات ارائه شده در نشریه BBS امکان پذیر است. این مقالات در زمینه‌های علوم رفتاری است و اطلاعات جامعی در زمینه تاثیر اعتیاد و مواد مخدر بر بخش‌های مختلف بدن ارائه می‌دهد.

آدرس: <http://www.bbsonline.org>

۳. نام سایت: **Behavenet Clinical Capsules Terminology of Behavioral**

این سایت در واقع ترمینولوژی یا فرهنگ لغات بهداشت و علوم رفتاری است. در این سایت مجموعه کاملی از لغات و اصطلاحات مربوط به این دانش فراهم شده است و علاوه بر این در برگیرنده بخش عظیمی از اصطلاحات مربوط به اعتیاد و مواد مخدر را در بر می گیرد.

آدرس: <http://www.behavenet.com>

۴. نام سایت: **Boston Globe**

یک وب سایت عمومی است که اطلاعات جامعی را در زمینه های مختلف اجتماعی ارایه می دهد. این سایت به آمریکا مربوط می شود.

آدرس: <http://www.boston.com>

۵. نام سایت: **British Medical Journal**

این سایت در بر گیرنده متن کامل همه مقالاتی است که در هفته نامه BMJ از ژانویه ۱۹۹۴ تا کنون منتشر شده است. همچنین شامل منابع منحصر به فرد دیگری نیز هست.

آدرس: <http://www.bmj.com>

۶. نام سایت: **California Society of Addiction Medicine**

این سایت جدیدترین اطلاعات پزشکی را در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد در اختیار متخصصان قرار می دهد.

آدرس: <http://www.csam-asam.org>

۷. نام سایت: **Cascade**

Cascade در حقیقت نام سایتی است که به ارایه خدمات اطلاع رسانی در زمینه داروهای مخدر می پردازد و برای جوانان ایجاد شده است. این سایت به وسیله جوانان اداره می شود.



دسترسی به این سایت برای همگان آزاد است و برای کسانی که علاقه‌مند به دانستن اطلاعاتی در این زمینه هستند، مصرف کنندگان داروهای مخدر، والدینی که نگران فرزندان خود هستند و حتی متخصصان علاقه‌مند به این موضوع می‌توانند مفید و موثر باشد. تهیه کنندگان این سایت کلیه اطلاعات موجود به گونه ای در سایت قرارداده‌اند که دسترسی به آن‌ها به سادگی و بدون هیچ مشکلی امکان پذیر است. فهرست جامعی از انواع مخدرها به ترتیب از حروف A تا Z اطلاعاتی راجع به داروها و دیابت، مشکلات ناشی از سوء مصرف برخی مخدرها، داروهای مخدر و قوانین و مقررات حقوقی، تست‌های جامعی درباره سنجش شناخت از داروها برای افراد، آموزش شناخت و پیشگیری از سوء مصرف مواد، از تسهیلاتی است که این سایت در اختیار بازدید کنندگان خود قرار می‌دهد. همچنین، منابع منتشر شده توسط Cascade از طریق سفارش برای کتابخانه‌ها و مراکز اطلاع‌رسانی امکان‌پذیر است.

آدرس: <http://www.cascade.u-net.com>

#### ۸. نام سایت: CBS up the Minute

یک سایت خبری در گستره جهانی در زمینه‌های مختلف به‌ویژه اعتیاد و مواد مخدر است. آدرس: <http://uttm.com>

#### ۹. نام سایت: Cenikor Foundation Inc .

موسسه Cenikor جزء موسسات سازمانی غیر انتفاعی است که خدمات رایگانی را در زمینه‌های مربوط به درمان، آموزش و پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر برای زنان و مردانی که بیش از ۱۸ سال دارند، فراهم می‌سازد. برنامه‌های مربوط به هر کدام از مواد فوق و شیوه‌های اجرا و انجام آن‌ها در سایت مربوط به این سازمان قابل دسترسی است. همچنین، دسترسی به نتایج پژوهش، مقالات و ... به صورت تمام متن از طریق این سایت در زمینه‌های اشاره شده امکان‌پذیر است.

آدرس: <http://www.cenikor.org>

۱۰. نام سایت: **Center for Alcohol and Addiction Studies**

مرکز مطالعات الکل و اعتیاد وابسته به دانشگاه براون Brown است که هدف آن ترویج، شناسایی، پیشگیری و درمان موثر مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد مخدر موجود در جامعه از طریق پژوهش، آموزش و کار آموزی و سیاست های وکالتی (دفاعی) است. پژوهش های انجام شده توسط این مرکز از جمله گزارش های سالانه و پروژه های پژوهشی، بخشی به صورت تمام متن و بخشی دیگر به صورت چکیده از طریق وب سایت آن قابل دسترسی است.

آدرس: <http://www.caas.brown.edu>

۱۱. نام سایت: **Center for Substance Abuse Prevention (CASAP)**

CASAP یک سازمان ائتلافی منحصر به فرد است با مسؤولیت بهبودی و دسترس پذیر ساختن خدمات پیشگیری از سوء مصرف مواد. این مرکز در تحقیق، نقش رهبری ملی را در توسعه سیاست ها، برنامه ها و خدمات در پیشگیری از شروع استفاده و غیر قانونی از داروها، استفاده افراد کم سن و سال از تنباکو و همچنین کاهش نتایج منفی استفاده غیرقانونی از داروها را بر عهده دارد. این سازمان، اطلاعات جامع خود را در زمینه پیشگیری از سوء مصرف مواد، انواع داروهای مخدر، برنامه ها و طرح های جامع پیشگیری و همچنین آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد از طریق سایت خود در دسترس قرار می دهد.

آدرس: <http://www.prevention.samhsa.gov>

۱۲. نام سایت: **Center for Substance Abuse Prevention**

این سایت به وسیله بخش خدمات مدیریت بهداشت روانی و سوء مصرف مواد در آمریکا طراحی شده است که در واقع اطلاعات جامعی در زمینه اعتیاد و الکل و خدماتی از قبیل کنفرانس از راه دور برای تبادل اطلاعات دو سویه ارائه می دهد.

آدرس: <http://www.samhsa.gov/css>

**۱۳. نام سایت: Center on Addiction and Substance Abuse ( CASA )**

از طریق این سایت می توان به اطلاعات اقتصادی و هزینه های اجتماعی سوء مصرف مواد و تاثیر آن بر زندگی افراد دست یافت. همچنین اطلاعاتی در زمینه پیشگیری، درمان، قوانین و مقررات و ایجاد انگیزه در افراد و سازمان ها برای پذیرفتن مسؤولیت مبارزه با سوء مصرف مواد و اعتیاد به دست آورد.

آدرس: <http://www.casacolumbia.org>

**۱۴. نام سایت: Dawson Software**

یک برنامه کامپیوتری است که میزان وابستگی به متادون را مشخص می کند.

آدرس: <http://www.dawson.com>

**۱۵. نام سایت: DAWN Network**

این سایت دربرگیرنده راهنمای امکانات موسسات، سازمان ها، متخصصان بهداشت در سراسر جهان در زمینه داروهای مخدر و الکل است. سایت مذکور به شبکه اطلاع رسانی . dar Drug and Alcohol Recovery نیز متصل است.

آدرس: <http://www.samhsa.gov/oas/dawn>

**۱۶. نام سایت: Do it Now Foudition**

این سایت در واقع ناشر منابع علمی در زمینه پیشگیری و درمان اعتیاد است، منابع تمام متن از جمله کتب و مقالات، اخبار و سایر منابع صوتی و تصویری نیز از طریق این سایت، قابل دسترسی است.

آدرس: <http://www.doitnow.org>

### ۱۷. نام سایت: **Do Not Risk Using Get Smart ( Drugs )**

سایت **Drugs** به‌رغم اطلاعاتی که در زمینه اعتیاد و مواد مخدر ارائه می‌دهد، دسترسی به مطالب منحصر به فرد را از طریق ارائه شرح زندگی تعدادی از افراد مبتلا به داروهای مخدر، اخبار، مطالعات کاربردی و ... امکان پذیر می‌سازد. علاوه بر این، بخش ویژه‌ای برای پرسش و پاسخ در زمینه‌های مربوطه تعبیه شده است که ضمن پاسخگویی، نتایج آن نیز در دسترس همگان قرار می‌گیرد. در بخش‌های دیگر آن اطلاعات آماری در زمینه سوء مصرف در میان نوجوانان و جوانان در سال‌های مختلف ارائه شده است. تعاریف مربوط به داروها و ذکر انواع مختلف داروهای مخدر از جمله ویژگی‌های دیگر این سایت است.

آدرس: <http://www.druguse.com>

### ۱۸. نام سایت: **Drug Abuse is Life Abuse ... Breaking All Boundaries**

این سایت در واقع با تمرکز بر روی جوانان، خانواده‌ها و محیط‌های کاری و از طریق آگاه‌سازی، آموزش و اجرا قصد دارد نوعی تغییر نگرش را در زمینه‌های مربوط به سوء مصرف مواد، ایجاد کند. به همین منظور: خانواده‌ها را یاری می‌دهد تا ضمن شناخت مواد مخدر فرزندان خود را از طریق دستیابی به منابع مکتوب و قابل دسترسی به برنامه‌های مشاوره، از خطرات سوء مصرف مواد آگاه سازند. همچنین این سایت اطلاعاتی را به اشخاص حقیقی و به شاغلین کارهای دولتی و غیر دولتی که به نحوی درگیر داروهای مخدر هستند، ارائه می‌دهد.

بخش عظیمی از پژوهش‌ها و تحقیقات انجام گرفته در زمینه اعتیاد و مواد مخدر از طریق این سایت به صورت تمام متن در دسترس است.

آدرس: <http://www.duila.org>

### ۱۹. نام سایت: **Drug Text**

این سایت اطلاعات جامع و معتبری را در زمینه سوء مصرف مواد ارائه می‌دهد این اطلاعات شامل مقالات کتب، گزارش‌ها، قوانین و مقررات و جدیدترین اخبار در این زمینه است.

آدرس: <http://www.Drugtext.org>

**۲۰. نام سایت: Drughelp**

این شبکه اطلاع رسانی در واقع اطلاعات تخصصی را در زمینه موضوعات مربوط به درمان اعتیاد و اطلاعاتی را درباره برنامه‌های درمان، گروه‌های حامی خانواده و محیط‌های بحرانی در سراسر آمریکا ارائه می‌دهد.

آدرس: <http://www.Drughelp.org>

**۲۱. نام سایت: Drugscope**

Drugscope یکی از موسسات خیریه پیشرو در زمینه داروها است. این مرکز در واقع جدیدترین اطلاعات مورد نیاز متخصصان و عموم مردم را فراهم می‌سازد و از نظر علمی پشتوانه محکمی برای انجام پژوهش‌های تخصصی است. سیاست‌های مربوط به داروها و سایر موضوعات وابسته به آن را تهیه و توسعه می‌بخشد و راه‌های موثر برای استفاده از داروها را ارائه می‌دهد و اثرات داروها را بازگو می‌کند.

آدرس: <http://www.drugscope.org.uk>

**۲۲. نام سایت: Drugstrategies**

این سایت، روش‌های کارآمد حل مشکل را در زمینه مصرف داروهای مخدر ارائه می‌دهد و تلاش‌های فردی و عمومی را برای کاهش تقاضای سوء مصرف مواد از طریق پیشگیری، درمان، آموزش، مسایل حقوقی و ابتکارات اجتماعی در این زمینه پشتیبانی می‌کند.

آدرس: <http://www.Drugstrategies.org>



## **The Role of Life Skills in Attitude Towards Narcotic Drugs and Students' Self-Esteem**

Mansoor Bagheri, M.A.  
Hadi Bahramie Ehsan, Ph.D.

### **Abstract:**

The research seeks to examine the role of life skills concerning attitude towards narcotic drugs and students' self-esteem. The research design is experimental and includes pilot plans as well as pre-test and post-test control group designs. The sample groups include 60 male students (30 students in the pilot group and 30 students in the control group). The research results are as follows:

1. Offering life skills' training to students has caused meaningful variations ( $P < .001$  level) in students' knowledge towards the issue of drugs.
2. Offering life skills' training to students has caused meaningful variations ( $P < .001$  level) in students' attitude towards drugs
3. Offering life skills' training to students has caused meaningful variations ( $P < .001$  level) in students' self-esteem

**Key Words:** Life Skills, Knowledge, Attitude, Self-Esteem and Narcotic Drugs.

### **Comparing the Attributional Theory (Learned Helplessness Model) Among Addicted and Non-Addict Youths of the City of Yazd**

Mansoureh Haj Hosseini, M.A.  
Mahnaz Akhavan Tafti, Ph.D.

#### **Abstract:**

The aim of this research is to look into the impacts of Attributional theory over the rate of youths' tendency towards addiction. In order to reach this goal, it has been assumed that learned helplessness is far more among addicted youths compared to non-addict youths. On the basis of the six dimensions of Attributional theory six subsidiary assumptions were formulated. The statistical grouping under study included all the youths from the age of ۱۸ to ۲۸ residing in Yazd (within the framework of two addicted and non-addict groups). The census method was used for selecting the addicted sample and the random method was applied for selecting the non-addict sample. Eventually ۹۷ addicts and ۱۰ non-addicts were selected. The Attributional theory questionnaire was used for collecting data. It was later analyzed using the statistical T test. It was finally indicated that addicted youths are more suffering from learned helplessness compared to non-addict youths.

**Key Words:** Addiction, Attributional Theory, Learned Helplessness.



## **Classification, Epidemiology and Comorbidity of Addiction Disorders**

By: Hamid Taherkhani, M.D.

### **Abstract :**

Revised only twice in the ۲۸ – year period from ۱۹۵۲ to ۱۹۸۰, the American Psychiatric Association’s Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) has been amended two more times in half as many years, with the publication of DSM – III – R in ۱۹۸۷ and of DSM – IV in ۱۹۹۴. The DSM counterpart in use outside of North America, the International Classification of Diseases (ICD), also underwent modification during this time period. Requirements for the addictive disorders, or as termed here, psychoactive dependence or abuse disorders, were not immune to change for good reason and to a good end. Unlike other psychiatric disorders, for which ICD and DSM criteria often were the same, a schism existed between the DSM and ICD criteria for addictive disorders. ICD criteria were shaped by an influential article that introduced the construct of a dependence syndrome, but this conceptualization was not operationalized in the DSM system until the publication of DSM – IV. With this latest revision, criteria for substance dependence now closely matches those in the ICD – ۱۰ system, establishing for the first time what may be considered a worldwide classification system for addictive disorders .

**Key Words :** Addictive Disorders, Classification of the DSM & ICD, Epidemiology, Comorbidity.

- γ. Does the APS scale aimed at identifying students that are prone to drug abuse enjoy reliability?
- ϕ. Does the MAC.R scale aimed at identifying addiction-proned students who are also exposed to it enjoy reliability?
- Δ. Does the addiction test enjoy favorable qualitative and quantitative norms?

The results of this research indicated that there was a meaningful variation between the results of the addicted groups and students and these scales have the ability to distinguish between addicts and ordinary individuals.

The test's reliability was calculated on the basis of (total of three AAS, APS & MAC.R subscales) which is equal to  $0.5338$  and it was equal to  $0.5332$  by using the halving method.

**Key Words:** Normalization, Drug Abuse, Drug Addiction Test

**Assessment of the Scientific Validity, Reliability and  
Normalization of APS, AAS and MAC-R Tests for Spotting  
Vulnerable Individuals Exposed to Drug Abuse Among the Male  
High School Students in the City of Tehran**

Mahmoud Minooe, M.A.  
Dr. Mahdieh Salehi, Ph.D.

**Abstract:**

Bearing in mind the growing trend of drug abuse in societies, the application of appropriate tools for identifying drug abusers and those who are exposed to the high risk of drug abuse is one of the basic requirements of the current Iranian society. At the moment, the only way for identifying drug addicts is the use of morphine- detecting kits that examine the person's urine and is based on a medical model. It only indicates the existence of morphine in urine and cannot be relied upon as a certain method for detecting the person's addiction. Within this framework, it seems necessary to use psychological tests for identifying individuals that are exposed to the risk of drug abuse. Based on this necessity and with the aim of normalization and preparation of three sub-scales of addiction acknowledgement scale

(AAS), addiction potential (APS) and Mac Andrew Alcoholism Scale Revised (MAC.R) from the Minnesota Multi-Phasic Personality Inventory a questionnaire is prepared comprising ۹۰ questions. The plan was conducted among ۱۰۰۰ male high school students of Tehran using the random sample-taking from ۴ districts (۷,۵,۳,۱۸) as well as ۲۰۰ volunteers who seek to give up addiction. The following questions were raised:

۱. Does the addiction test for identifying students exposed to addiction risk enjoy reliability?
۲. Does the AAS scale aimed at identifying students that suffer from drug abuse enjoy reliability?

#### ۲۲۳□English Abstract

---

and indirect observations. The statistical grouping of the research includes the admitted students and eventually ۴۸۳ female and ۵۳ male students in seven provinces constituted the statistical samples of the study. It was concluded that the separation plan is facing numerous problems at the current juncture. The relevant procedures and the manner of inter-organizational cooperation are not sufficient and the admission process has to undergo changes. Welfare facilities at the centers are not sufficient and keeping the students at the dorms for a long time will bring about many problems for them. Hence, the existence of a strong observation system as well as social workers are among the requisites for keeping up the implementation of the plan. Moreover, attention must be paid to other substitute methods so that the student would be able to study in his normal living environment and in this way reduce possible risks.

**Key Words:** Separation Centers, Incompetent Parents, Addiction, Student.

## **Assessing the Efficiency Level of Separation Centers**

**Dormitories related to the separation center for students with  
addicted parents that lack competency to take care of their children**

By: Molouk Khadem Ashkezari, Ph.D.

### **Abstract:**

Addiction to drugs is one of the social problems the negative consequences of which are not merely limited to the addicted person. On the other hand, such negative consequences will also overshadow the person's family and society and inflicts irreparable damage on them. Such consequences may in some cases lead to the perpetration of crimes such as child abuse in the family. In this way the family will no longer remain as a safe place for the child and the child will start doing misdeeds, become addicted and end up as a person who suffers from behavioral abnormalities. The setting up of separation dorms is within the framework of taking into account the problems related to these children. The current research has made an assessment of the efficiency of the said centers after the launching of their activities. The basic goal pursued by the research is to see whether the goals set for the separation plan have been materialized and to see whether those participating in the plan were admitted or discharged based on relevant sets of rules. There is full supervision over the implementation of the plan and the second part goes to surveying the level of individuals' satisfaction over the plan. Moreover, the level of contribution by membering organizations in the implementation of the plan and the rate of its success and solutions for the improvement of the plan were taken into account. The method of research applied is based on documented evidence and surveys.

The collection of data in this research was carried out through indexing, filling questionnaires, interviews as well as direct

As far as the mental health of abusers is concerned, ۱۲.۵ percent of abusers were healthy and ۸۷.۵ percent were suspicious of mental disorder. Moreover, a meaningful relationship was observed between drug abuse in prison and disorders, physical pains, obsession, depression and psychosis. Based on the results, opium was the major drug used in prisons. High-risk behaviors were also observed among prison inmates.

**Key Words:** Drug Abuse, Addiction, Drugs of Use, High-Risk Behaviors , Psychological Disorders.

## Assessment of Drug Abuse in Iran's Prisons

By : Jafar Bolhari, M.D. & colleagues.

### Abstract:

Drugs are consumed in all prisons throughout the world in such a way that the matter has turned into a challenging issue for the governments. The current research seeks to determine the level of the spread of drug abuse among prison inmates in the country's prisons. To name the other objectives pursued by this research one can refer to the distinction of demographic features of the abusers, determining the type of drugs distributed, the method of consumption in prisons, existence of high-risk behaviors and its level among prison inmates as well as taking into consideration the spread of mental disorders along with drug abuse. Such a research has been carried out in the form of a qualitative and quantitative study. The collection of the required data in the qualitative study was conducted by using detailed questionnaires and through interviews in four groups comprising male and female inmates who have committed drug-related crimes or other offences, prison wards as well as prison authorities. In the quantitative study that was conducted on male inmates questionnaires related to demographic and general specifications, the assessment of the situation of drug abuse and individuals' view towards drug abuse as well as SCL-۹۰-R were used. The group under study includes all prison inmates, prison wards and prison authorities in Iran. The individuals under study were selected from prisons in five different provinces using the cluster sample-taking and random methods. The number of individuals in the sample reached ۱۴۳۶ people. In order to



#### ۲۲۷□English Abstract

---

clarify the outcome, frequency tables, mode, mediam, mean, standard deviation as well as X & Z tests were used. The result of the research implies that the comparison of drug abuse before and after entering the prison indicates a meaningful relationship. Meanwhile no meaningful difference was observed among age groups.



## Table of Contents

- ◆ **Evaluation of Drug Abuse in Iran's Prisons (۲۰۰۲)**  
Jafar Bolhari, M.D & colleagues
- ◆ **Assessment of the Efficiency Level of Separation Centers**  
Molouk Khademi Ashkezari, Ph.D.
- ◆ **Assessment of the Scientific Validity, Reliability and Normalization of APS, AAS and MAC-R Tests for Spotting vulnerable Individuals Exposed to Drug Abuse Among Male High School Students in the City of Tehran**  
Mahmoud Minooe , M.A & Mahdeh Salehi, Ph.D.
- ◆ **Classification, Epidemiology and Comorbidity of Addiction Disorders**  
Hamid Taherkhani, M.D.
- ◆ **Comparison of Attribution Style (Learned Helplessness Model) Among the Addicted and Non-Addict Youths of the City of Yazd**  
Mansooreh Hajhosseini, M.A.& Shahnaz Akhavan Tafti, Ph.D.
- ◆ **The Role of Life Skills in the Existing Attitude towards Narcotic Drugs and Students' Self-Esteem**  
Mansoor Bagheri, M.A. & Hadi Bahramie Ehsan, Ph.D.
- ◆ **Special Feature: HIV/AIDS Epidemics and Intravenous Addiction; Harm Reduction and the Syringe Program**  
Behnam Farhoudi, M.D.
- ◆ **Abstracts of M.A. & Ph.D. Dissertations**
- ◆ **Introducing Books, Web – Sites, etc.**



# Research of Addiction

*Quarterly Journal of Psychosocial Pathology of  
Drug Abuse and Addictive Behavior*

Vol. 1/NO . ۳/ Summer ۲۰۰۳

---

<b>Editorial Board :</b>	Amirhooshang Mehriyar Asghar Askari Khaneghah Gholam Abbas Tavassoli Mohammad Ashouri Rahmatollah Seddigh Mohammad Mirzaie Jaleh Shaditalab Alireza Mohseni Tabrizi Jafar Bolhari Akbar Bayanzadeh Taghi Azad Alireza Jazayeri Azaraksh Mokri Habib Aghabakhshi
<b>Managing Director:</b>	Ali Hashemi
<b>Editor – in – Chief:</b>	Mohammad Ali Zakariyae
<b>Executive Director and Editor:</b>	Majid Ghorbani
<b>Design &amp; Type:</b>	Zohreh Anvarizadeh
<b>Publisher :</b>	Center for Studies Education &, Research Drug Control Headquarters
<b>Address :</b>	No.-۲۶, Naft St., Dastgerdi Ave, Modarres Highway, Tehran , Iran
<b>Tel / Fax :</b>	+ ۹۸ - ۲۱ - ۲۹۰۱۲۳۲