

بررسی تاثیر آموزش مهارت های زندگی (ابراز وجود، توانایی نه گفتن و کنترل هیجان) بر اعتیاد پذیری سربازان یگان های انتظامی شهر بوشهر

عباس رحیمی ، بهمن ذاکری ، محسن جامه بزرگ

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۵/۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۶/۹

چکیده

زمینه و هدف: اعتیاد پدیده ای است که از شش هزار سال پیش به تدریج در تار و پود جوامع بشری رسوخ کرده است. خدمت سربازی ورود به محیطی که به دلیل نا آشنایی با آن همواره با ترس و دلهره سربازان و خانواده هایشان همراه است. زندگی نظامی دارای شرایط خاصی است. محیط های نظامی به علل مختلفی می توانند زمینه ساز ایجاد مصرف مواد باشند.

روش: مطالعه حاضر به منظور تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر اعتیاد پذیری سربازان است. روش تحقیق حاضر از نوع تحقیق نیمه آزمایشی است. جامعه آماری پژوهش شامل سربازان یگان های انتظامی شهر بوشهر بود. پس از طی مراحل مقدماتی و مرور ادبیات پژوهشی فرضیات آن تدوین گردیده و اطلاعات مورد نیاز از طریق پرسشنامه های استاندارد و جهت آزمون فرضیات پژوهش از یک نمونه ۱۰۰ نفری (۵۰ نفر گروه آزمایش و ۵۰ نفر گروه کنترل) که از سربازان یگان های انتظامی به شیوه نمونه گیری تصادفی انتخاب شده بودند، جمع آوری و ابزار گردآوری داده های این پژوهش پرسشنامه آمادگی اعتیاد زرگر (۱۳۸۵) بود.

یافته ها: نتایج حاصل از این پژوهش نشان می دهد که دوره آموزش مهارت های زندگی بر اعتیاد پذیری سربازان تاثیر گذار بوده و این گونه برنامه های پیشگیرانه از بروز رفتارهای پر خطر نظیر اعتیاد را کاهش می دهد.

نتیجه گیری: با توجه به یافته های تحقیق می توان گفت که آموزش مهارت های زندگی در کاهش اعتیاد پذیری سربازان نسبت به اعتیاد و مصرف مواد مخدر مؤثر بوده است. این یافته نشان می دهد که آموزش مهارت های زندگی می تواند به عنوان یک رویکرد اثرگذار در کاهش احتمال ابتلا به مصرف مواد مخدر توسط سربازان نسبت به پدیده ی اعتیاد، توسط مراکز مشاوره یگان های نظامی، روان شناسان و روان پزشکان مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: آموزش مهارت های زندگی، اعتیاد پذیری، سربازان یگان های انتظامی .

۱ - مربی گروه روانشناسی عمومی دانشگاه پیام نور واحد بوشهر (نویسنده مسئول) Abbas.rahimi123@yahoo.com

۲ - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی 44neshat@gmail.com

۳ - کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، نیروی انتظامی استان بوشهر

مقدمه و بیان مسئله

اعتیاد پدیده ای است که از شش هزار سال پیش به تدریج در تار و پود جوامع بشری رسوخ کرده است. بطوریکه امروزه طیف وسیعی از مردمان جهان را در کام خویش فرو برده و خانواده های بسیاری را به پیامدهای ناگوارش مبتلا ساخته و امنیت جوامع را به خطر انداخته است (چاسین، پرسون و روز، ۲۰۰۷). اعتیاد یا سوء مصرف مواد به حالتی گفته می شود که فرد علی رغم عواقب و علائم نامطلوب ناشی از مصرف اقدام به ادامه مصرف ماده ای را می دهد که در وی ایجاد تغییرات خلقی یا رفتاری داده و یا دچار اختلالات عصبی ناشی از آن رفتارها می گردد (آنگریس، ۲۰۰۸). هرم جمعیتی ایران لاحاکی از این است که بخش عظیمی از جمعیت کشور را جوانان تشکیل می دهند (بیش از ۳۳ درصد) که میزان بالایی از قشر ذکور آن برابر قوانین جاری و به منظور نگهداری و صیانت از جمهوری اسلامی، وارد خدمت سربازی می شوند (حاجی امینی، ۱۳۹۰). خدمت سربازی ورود به محیطی که به دلیل ناآشنایی با آن همواره با ترس و دلهره آنان و خانواده هایشان همراه است. زندگی نظامی دارای شرایط خاصی است. از جمله این شرایط باقی ماندن در سرزمین بیگانه، جدا بودن از خانواده و دوستان، سرما، گرما، گرسنگی، بی خوابی و سر و صدای زیاد را می توان نام برد. از طرفی سربازان جوان از استان های مختلف با فرهنگ های متفاوت و از خانواده های گوناگون دور هم جمع می شوند و مرحله جدیدی از زندگی و مسئولیت پذیری خود را آغاز می کنند. ورود به محیط نظامی در اوایل دوران جوانی و دوران پنجم رشد روانی بعنوان مقطع بسیار حساس در زندگی نیروی جوان و کارآمد هر کشوری به حساب می آید. بخصوص اینکه این دوران در سازمان نظامی با تغییرات شناختی، رفتاری، سازمانی، فرهنگی، قومی و قبیله ای همراه است. قرار گرفتن در چنین شرایط پرفشار، اغلب عملکرد فرد را تحت تأثیر قرار می دهد چرا که فرد باید بیاموزد چگونه نقش های سخت، خشن، صمیمیت و عواطف را ایفا کند و چه جایگاهی را در تعهدات و روابط خود اخذ نماید. روبرو شدن با این نقش ها و همچنین آموزش های سخت و مداوم، مأموریت های متعدد، فراگیری تخصص های مخاطره آمیز، تحمل فشار برای انجام تکلیف از دیگر عوامل استرس زای دوران سربازی به شمار می آید (حاجی امینی، ۱۳۹۰).

محیط های نظامی و انتظامی به علل مختلفی که در بالا ذکر شد، می توانند زمینه ساز ایجاد مصرف مواد باشند. در ایران علی رغم اینکه مطالعات فراوانی درباره سوء مصرف مواد و اعتیاد انجام شده ولی آمار و یا پژوهشی که بتواند شیوع سوء مصرف در سربازان نظامی را نشان دهد وجود ندارد. با این وجود در بعضی از کشورها می توان آمارهای منطقه ای و به طور محدود آمارهای کشوری را به دست آورد. برای مثال شیوع مصرف مواد در بین نظامیان آمریکا قبل از اجرای وسیع برنامه های پیشگیری و دقت در استخدام پرسنل بسیار بالا بود به طوری که ۲۷٪ آن ها در یک ماه گذشته و ۳۶٪ آن ها در یک سال گذشته تاریخچه مصرف مواد را نشان می دادند. در نظامیان اروپایی قبل از شروع برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد، شیوع مصرف مواد را تا ۵٪ برآورد کرده اند. نهایتاً اینکه سوء مصرف مواد در بسیاری از مراکز نظامی یک مشکل اساسی و دردسر ساز محسوب می شود (اسماعیلی و همکاران، ۱۳۹۰). بنابراین لزوم انجام این گونه مطالعات در محیط های نظامی بسیار ضروری به نظر می رسد. البته بایستی توجه داشت که اساس آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد در قبل از دوران سربازی یعنی در دوران مدرسه و نوجوانی است زیرا در این برهه از زندگی چنین آموزش هایی هم مؤثرتر و هم شدنی تر است.

یکی از عوامل مهم در اقدام به رفتارهای داروجویانه و بروز وابستگی و تداوم سوء مصرف مواد، نگرش نسبت به اعتیاد است. مفهوم نگرش یکی از مفاهیم روان شناسی اجتماعی است و بیشتر نظریه پردازان آن را ضروری ترین و اصلی ترین مفهوم روان شناسی اجتماعی می دانند. این اهمیت ناشی از آن است که صاحب نظران مطالعه نگرش را برای درک رفتار اجتماعی ضروری دانسته اند و بر این فرض تأکید می کنند که نگرش ها تعیین کننده رفتارها هستند و معتقدند با تغییر نگرش ها می توانیم رفتارها را تغییر دهیم (کریمی، ۱۳۸۵). انسان در هر فعالیتی نگرشی دارد که اقدامات او را تحت تأثیر قرار می دهد. نگرش می تواند کارها را تسهیل کند یا فرد را به اشتباه اندازد. نگرش احساس فرد به یک شیء، نهاد یا گروه است. نگرش ها ویژگی هایی

1.Chassin
2.Presson
3.Rose
4.Angres

اكتسابی اند و تقریباً پیوسته در رفتار نمود می یابند. البته روشن است که رفتارها از عوامل متعددی ناشی می شوند و موقعیت های گوناگونی در شکل دهی آنها موثر است اما همه این عوامل رفتار را در زمینه هایی همساز با نگرش ها جهت می دهند (سید فاطمی و همکاران، ۱۳۸۷). نگرش به صورت مستقیم و غیرمستقیم بر رفتارهای اعتیادی تأثیر می گذارد. به همین دلیل با تغییر نگرش های مثبت افراد و تقویت نگرش های منفی آنان نسبت به مواد می توان از تمایل به سوء مصرف مواد و تداوم آن پیشگیری کرد (رحیمیان بوگر، طباطبایی و طوسی، ۱۳۹۳).

از سویی دیگر بر طبق نظریه استعداد اعتیاد، برخی افراد مستعد اعتیاد هستند و اگر در معرض مواد قرار بگیرند، معتاد می شوند اما اگر کسی استعداد اعتیاد نداشته باشد معتاد نمی شود (جندریو و جندریو، ۱۹۷۰). یافته های پژوهشی نیز حاکی است که در شکل گیری اعتیاد، زمینه های رشدی ناسالم و استعداد و آمادگی برای اعتیاد نقش اساسی دارند (هیروی و آگاتسوما، ۲۰۰۵). پژوهش های این حوزه بر وجود استعداد و آمادگی برای اعتیاد اتفاق نظر دارند اما هر یک علت آن را به عوامل دیگری نسبت می دهند. صفات شخصیتی موجود زمینه ساز اعتیاد، عوامل خطرزای روان پزشکی، مراقبت های والدینی سطح پایین، مشکلات و اختلال های روانپزشکی و رشد بیمارگون در شش زمینه روانی- اجتماعی (ویژگی های شخصیتی، رفتارها، شیوه زندگی، روابط اجتماعی و خانوادگی، افکار و عقاید و احساسات و عواطف) از علل مختلف اثرگذار بر اعتیادپذیری افراد می باشد. خوشبختانه در دو دهه گذشته پیشرفت های معناداری در ایجاد برنامه های مؤثر برای پیشگیری از مصرف مواد در اقشار مختلف رخ داده است. رویکردهای پیشگیرانه روی عوامل خطر ساز و محافظت کننده مرتبط با شروع مصرف مواد تمرکز می کنند و در این زمینه به افراد آموزش هایی می دهند. برنامه آموزش مهارت های زندگی برای جلوگیری از سوء مصرف مواد، برنامه پیشگیری اولیه مؤثری است که روی عوامل خطر ساز و محافظت کننده مرتبط با مصرف مواد تمرکز دارد و به خوبی مهارت های اجتماعی شایستگی شخصی را افزایش می دهد (بوتوین و گریفن، ۲۰۰۲). انسان اجتماعی به مهارت های حرفه ای برای زندگی نیاز دارد و آموزش مهارت های زندگی یعنی نحوه درست زیستن و گام برداشتن در زندگی. بدیهی است که هر چه این آموزش سریعتر آغاز شود متناسب با سطح چنین مهارت هایی در نوجوانان و جوانان احساس کفایت، توانایی، مؤثر بودن، غلبه کردن و توانایی برنامه ریزی به وجود می آورد. هدف اصلی این برنامه ارتقاء بهداشت روانی و پیشگیری اولیه از آسیب های اجتماعی مانند اعتیاد، خودکشی، بزهکاری و انواع بی بند و باری است.

آموزش مهارت های زندگی بر عوامل زیربنایی مشترک در بسیاری از زمینه های ارتقاء بهداشت روانی و پیشگیری اولیه تأثیر گذاشته است. برنامه آموزش مهارت های زندگی در وهله اول بر عوامل عمده اجتماعی و روانی سوق دهنده افراد به شروع مصرف مواد متمرکز است. برخی از مطالب این برنامه مربوط به آموختن مهارت های عمومی زندگی و برخی دیگر مستقیماً مربوط به مسأله مواد می باشد. برای نمونه علاوه بر آموزش مهارت های عمومی نظیر ابراز وجود (مانند نه گفتن، درخواست کردن و بیان قاطع حقوق اجتماعی خویش) به افراد یاد داده می شود که برای مقاومت در برابر فشار مستقیم اطرافیان و گروه همسالانی که به مصرف سیگار، مشروبات الکلی یا حشیش می پردازند، این مهارت ها را به کار برند (عصمت پناه و خاکشور، ۱۳۸۸). برخی از کارآیی این برنامه به خوبی در تحقیقات خارجی نیز مشخص شده است (گریفن و بوتوین، ۲۰۰۲؛ بوتوین و نیکولز، ۲۰۰۶).

سوء مصرف مواد یک معضل جهانی است که هر جامعه با توجه به ویژگی های خاص افراد خود، به نحوی از آن رنج می برد. مشخصات فرهنگی، اجتماعی، نگرش و دیدگاه های موجود در هر جامعه به ویژه در مورد مشکل اعتیاد می تواند گروه های مختلفی از افراد هر جامعه را در معرض سوء مصرف مواد مخدر قرار دهد. عوارض بسیار جدی اعتیاد بر سلامت فرد، زندگی خانوادگی، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه بسیار گسترده و عمیق است.

1. Addict Prone Theory

2. Hiroi

3. Agatsuma

1. Griffin

2. Botvin

3. Nichols

مبانی نظری تحقیق

اعتیاد

در ادبیات علوم بهزیستی، اعتیاد عبارت است از یک پدیده زیستی که به ارگانیزم امکان می دهد خود را به تدریج با پاره ای مواد سمی سازش دهد و مصرف روزمره مقادیری از این مواد را که برای ارگانیزم کشنده است، تحمل کند (وائقی، ۱۳۸۱). همچنین سوء مصرف مواد مخدر یعنی این که مصرف مواد تا چه اندازه در زندگی فرد اختلال ایجاد می کند. بر این اساس، استفاده از این مواد تا آنجا که به تحصیل، شغل یا روابط افراد با دیگران آسیب می رساند، می تواند به عنوان سوء مصرف تلقی شود (جدیدی، ۱۳۸۶). فیزیولوژیست‌ها می گویند: «اعتیاد عبارت از حالتی است که استعمال متوالی یا متناوب ماده مخدر در فرد ایجاد می کند». یا استعمال مواد مخدر، تحریک پذیری سلول های عصبی و دستگاه عصبی افزوده می شود و در نتیجه داروی بیشتری لازم است که آن را به حال تعادل برگرداند. سازمان جهانی بهداشت در سال ۱۹۵۰ از اعتیاد چنین تعریفی ارائه می دهد: «اعتیاد به مواد مخدر، مسمومیت حاد یا مزمنی است که مضر به حال شخص و اجتماع می باشد و زائیده مصرف داروی طبیعی یا صنعتی به شمار می رود؛ به عبارت دیگر، اعتیاد یک وابستگی روانی یا جسمی به آثار داروهای اعتیادآور است به گونه ای که وقتی دارو به معتاد نرسد آثار روانی و جسمی که به آثار قطع دارو موسوم است در وی ظاهر می گردد» (وائقی، ۱۳۷۹).

معتاد

فردی است که در اثر استعمال مکرر و مداوم متکی به مواد مخدر و یا دارو و یا سایر مواد است و دارای مشخصات چهارگانه زیر می باشد:

اول: در اثر مصرف مکرر مواد و یا دارو عادت روانی ایجاد می شود و این عادت فرد را به علت نیاز و تمایل روانی به سوی مصرف مواد مخدر و یا دارو به حد وسواس تشویق و ترغیب نماید.

دوم: برای نگهداری اثری که منظور و مطلوب معتاد است مقدار مواد مصرفی رو به افزایش رود.

سوم: که در اثر قطع مواد مخدر و یا دارو علائم خاصی در معتاد ظاهر می گردد که آن علائم بستگی به نوع مواد مخدر و یا داروی مصرفی دارد.

چهارم: اعتیاد به مواد مخدر و یا داروی مورد مصرف برای فرد و یا جامعه زبان آور باشد (اختر محقی، ۱۳۸۵).

سوء مصرف

سوء مصرف هر ماده ای باعث تغییر حالت در فرد می شود. ملاک برای تشخیص این که ماده ای مورد سوء مصرف قرار گرفته یا نه، میزان مصرف نیست، بلکه میزان اثری است که این سوء مصرف روی فرد و زندگی اجتماعی او باقی می گذارد (موسوی چلک و حسینی، ۱۳۸۹).

ماده مخدر

به هر چیزی جز غذا گفته می شود که وقتی وارد جریان خون می شود ساختار یا کارکرد ارگانیزم زنده را تغییر دهد. جامعه شناسان، واژه مواد مخدر را در مورد موادی شیمیایی به کار می برند که: (۱) تأثیر مستقیم بر کارکرد جسمی، روانی و فکری مصرف کننده دارد؛ (۲) قابلیت سوء مصرف دارد؛ (۳) پیامدهای نامطلوب برای فرد و جامعه دارد (مونی و دیگران، ۱۹۹۷).

مواد مخدر سنتی

به مواد مخدری اطلاق می شود که منشاء گیاهی دارند مانند تریاک و مورفین که از گیاه خشخاش گرفته شده یا هروئین که یکی از مشتقات نیمه مصنوعی مورفین است و یا کانابیس (حشیش و ماری جوانا) که از گونه مؤنث گیاه شاهدانه به دست می آیند و کوکائین که از برگ کوکا تهیه می شود (موسوی چلک و حسینی، ۱۳۸۹).

مواد مخدر صنعتی

به دسته بزرگی از مخدرها اطلاق می شود که منشاء طبیعی ندارند و طی فرایندهای پیچیده شیمیایی در لابراتورهای صنعتی ساخته می شوند. تقسیم بندی های گوناگون و متنوعی از این مواد وجود دارد، اما به طور کلی این مواد را می توان در سه گروه طبقه بندی کرد:

توهم‌زاها

توهم‌زاها بر روی سیستم عصبی مرکزی تأثیر می‌گذارند و عملکردهای ادراکی را تغییر می‌دهند. مانند: فن سیکلیدین، اکستازی، دی متیل تریپتامین و گرد فرشته و ...

محرک‌ها

محرک‌ها با تحریک سیستم عصبی مرکزی حالت سرخوشی به وجود می‌آورند. مانند: آمفتامینها، متدرین، دکسدرین، آیس، شیشه، کریستال و ...

نارکوتیک‌ها (کند کننده‌ها)

نارکوتیک‌ها سیستم کنترل عصبی را دچار ضعف می‌کنند و می‌توانند درد را کاهش دهند، مانند: مورفین، کدئین، متادون، دمرول، هروئین، کراک ایرانی و ... (آبادینسکی، ۱۳۸۴).

کراک

این ماده از نظر مصرف کنندگان غذای آماده داروهای محرک است. انواع مختلف کراک ممکن است حاوی ترکیبی از باقی مانده های کوکائین خالص مثل کافئین غلیظ شده و یا آمفتامین‌های مختلف باشد. به نسبت دیگر مواد مخدر مدت زمان کمتری طول می‌کشد تا اثراتش ظاهر شود (آبادینسکی، ۱۳۸۴). کراک را نیز از کوکائین تهیه می‌کنند و در اواخر تابستان و اوایل پاییز سال ۱۹۸۵ میلادی به بازار شهر نیویورک عرضه کردند. با پختن کوکائین همراه با جوش شیرین کراک حاصل می‌گردد. کراک خطرناک ترین ماده اعتیادآوری است که تاکنون به بازار آمده و به حدی وابستگی آور است که یک بار مصرف آن، فرد را معتاد می‌کند. به شکل حب های سفید و یا قهوه ای رنگ می‌باشد، معمولاً با نشاسته، شکر، ویتامین سی و با پودر شیر و پودر تالک ترکیب می‌گردد. از نظر طبقه بندی فارماکولوژی، محرک سیستم اعصاب مرکزی است. نحوه مصرف آن استنشاق از راه بینی، تزریق وریدی، دود کردن توسط پیپ، جویدن برگ ها، بکار بردن در غشاء مخاطی دهان و مقعد است. کراک یک محرک می‌باشد و اثراتش بسیار زود از میان می‌رود (حدود ۳۰ دقیقه) که سبب می‌گردد، فرد حراف و یا کم حرف می‌شود، از میان رفتن تمرکز، تنفس کم عمق و نامنظم، رفتار خشونت آمیز، رعشه، از اثرات دیگر مصرف کراک است (موسوی چلک و حسینی، ۱۳۸۹).

شیشه یا کریستال

این ماده هروئین است که به شکلی خالص تر و بلوری درآمده و قدرت اعتیادآوری آن فوق العاده بالاست. این ماده علائم مصرف هروئین را ایجاد می‌کند اما با شدت بیشتر. مصرف این ماده حرکات قلب را کند نموده تا جایی که به مرگ فرد مصرف کننده منجر می‌شود (اختر محقق، ۱۳۸۵). کریستال یا شیشه یکی از مواد مخدر جدیدی است که در بازار قاچاق عرضه می‌شود آیس، شیشه یا کریستال نام های دیگر آن است. به این دلیل به آن در کشور ما شیشه گفته می‌شود که شکل ظاهری این ماده، شبیه شیشه ای که خرد و پودر شده می‌باشد و یا تکه های ریز یخ و یا خرده های ریز نبات است و در اروپا و آمریکا بیشتر به نام آیس شناخته می‌شود. شابو که در آسیای جنوب شرقی رواج دارد نیز شباهت هایی با این ماده دارد. تحقیقات نشان می‌دهد که مهمترین ترکیب این ماده مخدر آمفتامین است. مت آمفتامین از مشتقات کلاسیک آمفتامین است و در آزمایشگاه‌های غیرقانونی از داروهای ساده و ارزان ساخته می‌شود. این ماده با اشکال مختلف خوراکی، تزریقی یا استنشاقی و تدخینی مانند سیگار استفاده می‌شود. کریستال ماده ای شدیداً اعتیادآور است و به شکل پودری سفیدرنگ، بدون بو و تلخ وجود دارد که به راحتی در نوشابه های الکلی و غیر الکلی حل می‌شود. این ماده نیز مانند اکستازی، تأثیرات خطرناکی بر سلامتی انسان دارد. افت حافظه، پرخاشگری و تهاجم، رفتارهای جنون آمیز و آسیب های قلبی و مغزی از عوارض مصرف آن است. با مصرف این ماده حالاتی مثل هیجان زدگی، بی تابی، تکلم صحیح و تند، کاهش خواب و اشتها و افزایش فعالیت های فیزیکی به وجود می‌آید (موسوی چلک و حسینی، ۱۳۸۹).

اکستازی

اکستازی برای اولین بار در سال ۱۹۱۲ توسط شرکت آلمانی به عنوان داروی اشتهاآور ساخته شد. استفاده غیرقانونی از آن در دهه ۱۹۸۰ و ۱۹۹۰ در آمریکا رایج شد. اکستازی غالباً به همراه مواد دیگر استفاده می شود و لیکن به ندرت همراه با الکل از آن استفاده می شود چرا که برخی بر این باورند که الکل اثر آن را خنثی می سازد. استفاده از این ماده بیشتر در اماکنی چون کلوب های شبانه، میهمانی های آخر شب و در کنسرت های موزیک راک رایج است. مدت اثر این ماده ۴ تا ۶ ساعت است. مصرف اکستازی با ایجاد پدیده تحمل همراه است. این ماده در فرم قرص و کپسول موجود است و از راه خوراکی استفاده می شود. استعمال کنندگان این ماده می گویند، این ماده احساس بسیار مثبتی را ایجاد می کند، حس نزدیکی به دیگران، از بین رفتن اضطراب و ایجاد آرامش فوق العاده را نیز به دنبال دارد. همچنین نیاز به غذا خوردن، نوشیدن و خواب را از بین برده و لذا به فرد تحمل شرکت در میهمانی های ۲ تا ۳ روزه را می دهد و لذا در برخی موارد ایجاد فرسودگی بیش از حد به همراه کم آب شدن بدن می کند. از اثرات دیگر این دارو می توان به تهوع، توهم، تب و لرز، تعریق، لرزش اندامها، دردهای عضلانی و تاری دید اشاره نمود (موسوی چلک و حسینی، ۱۳۸۹).

ماده‌ی مخدر ال اس دی^۱

ال اس دی مخفف اسید لیزرژیک دی اتیل امید ، ماده نیمه ترکیبی است که در لابراتور به دست می آید. این ماده به صورت طبیعی در چاودار آفت زده وجود دارد. بر روی آن قارچی به رنگ مس نشو و نما می کند که آرگو نامیده می شود. این قارچ حاوی اسیدی به نام اسیدلیزرژیک می باشد و مشتقات آن توهم زا می باشد. در کاغذهای مربعی شکل کوچک که معمولاً روی آنها طرح و نقوش مختلفی وجود دارد به صورت قرص های ریزی به شکل مایع، کپسول و ژلاتین نیز موجود می باشد. نحوه استعمال آن به صورت استنشاق، دود کردن، تزریق و خوراکی است. از عوارض مصرف آن تیره شدن مردمک چشم و ایجاد خطوط رنگین به هنگام بسته شدن چشمها در منطقه بینایی است. عمق تصاویر و اشیاء در نظر مصرف کننده تشدید شده و اشیای ثابت ممکن است در نظرش به حرکت درآیند، گاهی حالت تهوع، سرد شدن بدن و لرزش احساس می شود. قدرت شنوایی تشدید شده و زمزمه های نامفهوم به گوش می رسد. حس زمان و گذشت آن در حد بسیار زیادی کند می شود. ال اس دی نخستین دارویی است که در گروه توهم زاها قرار گرفت. ال اس دی ماده بلوری روشن یا سفید و بی بو است. مزه ای نسبتاً تند دارد و غالباً از آن به عنوان اسید نام برده می شود. ال اس دی معمولاً به شکل قرص، بسته و گاهاً شکل های مایع فروخته می شود (آبادینسکی، ۱۳۸۴).

بنابراین با توجه به مطالب فوق، پژوهشگر به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا آموزش مهارت‌های زندگی (ابراز وجود، توانایی نه گفتن و کنترل هیجان) بر اعتیاد و اعتیادپذیری سربازان یگان‌های انتظامی شهر بوشهر مؤثر است؟

اهمیت و ضرورت تحقیق

امروزه سوء مصرف مواد یکی از مشکلات اصلی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. در جامعه امروز به دلیل افزایش آثار نامطلوب صنعتی شدن، افزایش جمعیت و فراوانی بیماری‌هایی چون ایدز و سوء مصرف مواد، مشروعیت خود را از دست داده است. ایران مقام اول در سوء مصرف مواد افیونی را در جهان دارد. طبق گزارش دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد بین ۷/۲٪ تا ۸/۲٪ جمعیت بالای ۱۵ سال در سال ۲۰۰۳ مصرف کننده مواد افیونی بوده اند. طبق آخرین آمار مربوط به سوء مصرف مواد در کشور، دو میلیون نفر در ایران درگیر مواد مخدر هستند. از سوی دیگر مشاغل نظامی به دلیل نوع مأموریت آن نیازمند افراد سالم و قوی است. چون مصرف مواد نه تنها مستقیماً به انسان آسیب می رساند بلکه چون این افراد در مقایسه با افراد سالم به سلامتی و بهداشت خود کمتر اهمیت می دهند توجه به این افراد جایگاه ویژه ای دارد.

علاوه بر این اعتیاد تمام گروه های اجتماعی را تهدید می کند و اجرای برنامه های پیشگیری برای آنان اهمیت دارد ولی جوانان بیش از هر گروه و طبقه دیگری در معرض این خطر قرار دارند. در مجموع اعتیاد یک بیماری زیستی، روانی و اجتماعی است به طوری که عوامل متعددی در تعامل با یکدیگر منجر به شروع مصرف و سپس اعتیاد می شوند. درک و شناسایی علل و عوامل

1.LSD

1.D-lysergic acid diethylamide

4.United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)

زمینه ای موجب می شوند تا روند پیشگیری، درمان و پیگیری به طور هدفمند طرح ریزی شود. بعد از سال ها تلاش و به دست آمدن موفقیت های کم و شکست های زیاد، متخصصان و صاحب نظران دریافته اند که درمان سوء مصرف مواد بسیار مشکل، پرهزینه و طاقت فرساست. علاوه بر این نتایج پژوهش های درمانی نشان می دهد که میزان عود بسیار بالاست و کار را از این هم که هست سخت تر و ناامید کننده تر می کند. لذا طی سال های اخیر برنامه ریزان و متخصصان اعتیاد چاره را در پیشگیری یافته اند. به اعتقاد آنان، پیشگیری از اعتیاد نسبت به درمان به مراتب فراگیرتر، کم هزینه تر، امیدبخش تر و موثرتر است

روش

الف- جامعه آماری، نمونه و روش اجرای تحقیق:

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سربازان حاضر در یگان های انتظامی شهر بوشهر بود. نمونه اولیه پژوهش به روش تصادفی چندمرحله ای از بین یگان های انتظامی موجود در شهر بوشهر انتخاب و در نهایت ۱۰۰ نفر که واجد ملاک های ورود به گروه ها بودند، گزینش شدند. نمونه به صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۵۰ نفر) تقسیم شدند. روش انجام تحقیق با توجه به ماهیت موضوع پژوهش که به تاثیر آموزش مهارت های زندگی بر اعتیاد پذیری در سربازان پادگان های انتظامی شهر بوشهر می پردازد، نیمه آزمایشی بود که با روش پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. به این طریق که گروه آزمایش تحت مداخله آزمایشی (آموزش مهارت های زندگی) قرار گرفت و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. در همین راستا هر دو گروه قبل و بعد از مداخله مورد ارزیابی قرار گرفتند و داده های تحقیق با استفاده از پرسشنامه مربوطه جمع آوری شد. لازم به ذکر است که برای آموزش مهارت های زندگی از یک بسته آموزشی که در طی ۸ جلسه تکمیل گردید استفاده شد. طرح پژوهشی حاضر پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود.

ب- ابزار سنجش:

جهت بررسی میزان اعتیاد پذیری سربازان از پرسشنامه آمادگی اعتیاد که یکی از سه خرده مقیاس MMPI-2 استفاده شده بود که توسط وی^۱ و همکاران (۱۹۹۲، به نقل از زینالی و همکاران، ۱۳۸۷) ساخته شده و دارای ۳۹ ماده می باشد و در ایران، زرگر (۱۳۸۵) به ساخت مقیاس آمادگی اعتیاد با توجه به فرهنگ ایرانی پرداخت. این مقیاس شامل ۳۶ ماده همراه با ۵ ماده دروغ سنج است و نمره گذاری هر سؤال بر روی یک پیوستار از صفر (کاملاً مخالفم) تا ۳ (کاملاً موافقم) می باشد و دارای دو عامل آمادگی فعال و آمادگی منفعل است. پایایی این پرسشنامه در مطالعه زرگر و غفاری (۲۰۰۹) با آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه گردید. آلفای عامل اول (فعال) ۰/۹۱ و عامل دوم (منفعل) ۰/۷۵ بود، همچنین در پژوهش حاضر پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۷۶، برای آمادگی اعتیاد فعال ۰/۸۵ و برای آمادگی اعتیاد منفعل ۰/۷۹ بدست آمد که مطلوب می باشد.

یافته ها

جدول شماره ۱ توزیع فراوانی ها بر حسب سن، تاهل و تحصیلات

درصد کل	درصد	فراوانی	متغیرها	
			سن	تاهل
۱۰۰	۳۸	۳۸	۱۷-۱۹ سال	تاهل
	۲۶	۲۶	۲۰-۲۲ سال	
	۲۰	۲۰	۲۳-۲۵ سال	
	۱۶	۱۶	۲۵ سال و بالاتر	
۱۰۰	۱۷	۱۷	تاهل	تاهل
	۸۳	۸۳	تجرد	
۱۰۰	۳۰	۳۰	زیر دیپلم	تحصیلات
	۴۵	۴۵	دیپلم	

	۲۵	۲۵	لیسانس و بالاتر
--	----	----	-----------------

داده های جدول شماره ۱ نشان می دهد که سن ۳۸ نفر از آزمودنی ها بین ۱۷ تا ۱۹ سال و ۲۶ نفر بین ۲۰ تا ۲۲ سال و ۲۰ نفر از آنها بین ۲۳ تا ۲۵ سال و ۱۶ نفر نیز ۲۵ سال و بالا تر می باشند ، بدین ترتیب ۳۸ درصد از آزمودنی ها ۱۷ تا ۱۹ سال و ۲۶ درصد از آنان بین ۲۰ تا ۲۲ سال و ۲۰ درصد از آنها بین ۲۳ تا ۲۵ سال و ۱۶ درصد نیز ۲۵ سال و بالا تر هستند. همچنین ۱۷ نفر از آزمودنی ها متاهل و ۸۳ نفر از افراد شرکت کننده مجرد بوده بنابراین ۱۷ درصد از آزمودنی ها متاهل و ۸۳ درصد از آزمودنی ها مجرد می باشند. تحصیلات ۳۰ نفر از آزمودنی ها زیر دیپلم و ۴۵ نفر دیپلم و ۲۵ نفر نیز لیسانس و بالاتر هستند که بر همین اساس ۳۰ درصد از آزمودنی ها زیر دیپلم و ۴۵ درصد از آزمودنی ها دیپلم و ۲۵ درصد هم لیسانس و بالاتر می باشند.

جدول شماره ۲ نمرات آزمودنی ها در پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در متغیر اعتیاد پذیری

منبع تغییر	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	۷۰/۸۶	۴/۲۴
کنترل	۷۱/۸۰	۴/۶۱
پس آزمون	۴۱/۰۶	۱۲/۵۵
کنترل	۶۹/۲۲	۶/۷۶

داده های جدول شماره ۲ نشان می دهد در مرحله پیش آزمون میانگین گروه آزمایش در متغیر اعتیاد پذیری ۷۰٫۸۶ و انحراف استاندارد ۴٫۲۴ می باشد و میانگین گروه کنترل در مرحله پیش آزمون ۷۱٫۸۰ و انحراف استاندارد ۴٫۶۱ و ۳۵ می باشد. همچنین میانگین گروه آزمایش در متغیر اعتیاد پذیری و در مرحله پس آزمون ۴۱٫۰۶ و انحراف استاندارد ۱۲٫۵۵ و می بوده و میانگین گروه کنترل در این متغیر و در مرحله پس آزمون ۶۹٫۲۲ و انحراف استاندارد ۶٫۷۶ می باشد.

جدول شماره ۳ تعیین تأثیر عوامل بین آزمودنی ها

آماره متغیر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	Partial η^2
مدل تصحیح شده	۱۹۸۳۰/۷۵۱	۲	۹۹۱۵/۳۷۶	۹۶/۵۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶۶
عرض از مبدأ	۱۳۱۷/۲۳۹	۱	۱۳۱۷/۲۳۹	۱۲/۸۲۲	۰/۰۰۱	۰/۱۱۷
گروه	۱۹۶۷۳/۲۳۵	۱	۱۹۶۷۳/۲۳۵	۱۹۱/۴۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۶۴
خطا	۹۹۶۵/۲۸	۹۷	۱۰۲/۷۳۵			
کل	۲۹۷۹۶/۰۴	۱۰۰				

داده های جدول شماره ۳ نشان می دهد که دوره آموزش مهارت های زندگی بر اعتیاد پذیری سربازان تاثیر داشته است همانطور که مشاهده می شود $Partial\eta^2 = 0/664$ ، $P < 0/001$ ، $F = 191/495$ بوده که کمتر از $0/05$ می باشد. $F = 191,495$ و $(df = 1)$

جدول شماره ۴ بر آورد اندازه اثر آموزش مهارت های زندگی بر اعتیاد پذیری سربازان

برای تدوین مداخلات درمانی مناسب، بررسی‌های زیادی در مورد شناخت عوامل شخصیتی و شناختی این‌گونه افراد و نیز عامل‌های خطر ساز محیطی انجام شده است. بنابراین امروزه رویکردهای پیشگیرانه روی عوامل خطر ساز و محافظت‌کننده مرتبط با شروع مصرف مواد تمرکز می‌کنند و در این زمینه به افراد آموزش‌هایی می‌دهند. در همین راستا رویکرد آموزش مهارت‌های زندگی با اتخاذ برنامه‌هایی همچون شیوه‌های صحیح حل مسئله، ابراز وجود، مهارت نه گفتن و کنترل هیجان می‌تواند نقش بازدارنده مؤثری در زمینه مصرف و انتظارات غیرمنطقی درباره اثربخشی مواد مخدر را ایفا کند. بسیاری از افراد جامعه به خصوص افراد سوءمصرف‌کننده مواد در مقابل مسائل و مشکلات زندگی روزمره فاقد توانایی‌های لازم و به خصوص مهارت‌های زندگی هستند و ارتقاء مهارت‌های زندگی نقش بسیار مهمی در پیشگیری از گرایش به مصرف مواد دارد. در برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، سربازان می‌آموزند که چگونه تصمیم‌گیری منطقی و درست داشته باشند، ابراز وجود کنند، نظریات و خواسته‌های خود را مطرح کنند و پاسخ قاطع به تقاضای دیگران بدهند. با توجه به این‌که مهارت‌های زندگی در جهت ارتقاء توانایی‌های روانی اجتماعی عمل می‌کنند و در نتیجه سلامت روانی، جسمانی و اجتماعی را تأمین می‌کنند، آموزش این مهارت‌ها، فرد را قادر می‌سازد تا باورها، ارزش‌ها و انتظارات خود را به توانایی‌های بالفعل تبدیل کند. بدین معنا که فرد بدانچه کاری باید انجام دهد و چگونه آنرا انجام دهد. این مهارت‌ها می‌توانند منجر به یک زندگی سالم‌تر شوند. همچنین، بر احساس فرد از خود و دیگران و ادراک دیگران از وی تأثیرگذار خواهد بود (زینالی، ۱۳۸۷).

منابع فارسی :

- ۱- احمدی طهور سلطانی، محسن، عسگری، محمد و توقیری، امینه (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش عوامل خطر ساز و افزایش عوامل محافظت‌کننده سوء مصرف مواد در نوجوانان کانون اصلاح و تربیت. فصلنامه اعتیادپژوهی، سال هفتم، شماره ۲۷، ۱۶۰-۱۴۹.
- ۲- احمدی، خدابخش، کرمبخش، علیرضا، مهرآزما، علی رضا، ثالثی، محمود و نجفی منش، زهرا (۱۳۹۲). بررسی الگوی سوء مصرف مواد در سربازان. مجله طب نظامی، دوره ۱۵، شماره ۴، ۲۴۳-۲۳۵.
- ۳- اختر محقق، مهدی (۱۳۸۵). جامعه‌شناسی اعتیاد. تهران: نشر بیجا.
- ۴- اسماعیلی، ایرج، توکلی، محمود، قیاسی، محمد، حکمت پور، ابوالقاسم و فرهادی، محمد حسن (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر تغییر نگرش نسبت به مواد مخدر در میان سربازان وظیفه شاغل در زندان‌های استان تهران. مجله توانبخشی، دوره دوازدهم، شماره پنجم، ۲۶-۲۱.
- ۵- جدیدی، محسن (۱۳۸۶). مروری بر وابستگی به مواد، مجموعه مقالات نخستین همایش علمی- کاربردی ارتقاء امنیت اجتماعی. گرگان: انتشارات پیک ریحان.
- ۶- رحیمیان بوگر، اسحق، طباطبایی، سید موسی، طوسی، جلیله (۱۳۹۳). نگرش نسبت به سوء مصرف مواد و پیامدهای آن: نقش پیش بین صفات شخصیت و عوامل جمعیت شناختی. مجله علوم پزشکی رازی، شماره ۱۲۹، ۵۰-۳۹.
- ۷- زینالی، علی، وحدت، رقیه و عیسوی، محسن (۱۳۸۷). زمینه‌های مستعد کننده پیش اعتیادی معتادین بهبود یافته. مجله روانپزشکی و روانشناسی ایران، سال ۱۴، شماره ۱، ۷۹-۷۱.
- ۸- سیدفاطمی، نعیمه، خوشنوی فومنی، فاطمه، بهبهانی، نسرین و حسینی، فاطمه (۱۳۸۷). نگرش جوانان نسبت به مصرف اکستازی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران، دوره چهاردهم، شماره ۳۴، ۶۳-۶۸.
- ۹- کریمی، یوسف (۱۳۸۵). روان‌شناسی اجتماعی. تهران: ارسباران، چاپ هفدهم.

- ۱۰- موسوی چلک، سیدحسین و حسینی، سید محمدرضا (۱۳۸۹). مواد مخدر صنعتی و نوین و پیامدهای اجتماعی آن. تهران: انتشارات شلاک.
- ۱۱- واثقی، منصور (۱۳۸۱). مواد مخدر و اعتیاد. اصفهان: انتشارات گل‌های محمدی.

منابع غیر فارسی

1. Adame, M., Carrasco-Giménez, T. J., & Del Mar Rueda-García, M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a smoking prevention program based on the 'Life Skills Training' approach. *Health education research*, 28(4), 673-682.
 2. Angres, D. H., & Bettinardi-Angres, K. (2008). The disease of addiction: origins, treatment, and recovery. [Review]. *Dis Mon*, 54(10), 696-721.
 3. Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2002). Life skills training as a primary prevention approach for adolescent drug abuse and other problem behaviors. *International journal of emergency mental health*.
 4. Gendreau, P., & Gendreau, L. (1970). The "addiction-prone" personality: A study of Canadian heroin addicts. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 2(1), 18.
 5. Hajiamini Z., Zamani M., Fathi-Ashtiani A., Ebadi A., Khamseh F., Ghoreyshi S. H. (2011). Demographic characteristic correlate to emotional reactions of soldiers. *J Mil Med*; 12 (4) :211-216.
 6. Hiroi, N., & Agatsuma, S. (2005). Genetic susceptibility to substance dependence. *Molecular psychiatry*, 10(4), 336-344.
- Tomer, J. F. (2001). Addiction are not rational: A socio-economic model of addictive behavior. *Journal of Socio-Economic*, 30, 3, 243-261