

راهکارهای مقابله با گرایش به مصرف موادمخدر

مهری مولایی^۱، جواد هاشمی^۲

چکیده

اعتیاد یک مشکل جهانی است که تقریباً بیشتر کشورهای جهان با آن روبرو هستند. علاوه بر هزینه‌های مراقبت‌های بهداشتی و عدم بهره‌وری منابع انسانی، میلیاردها دلار هزینه اعتیاد به مواد مخدر است. اقدامات درمانی در بسیاری از موارد به نتایج مثبت منجر نمی‌شود. از این رو، اهمیت تلاش‌های پیشگیرانه و مقابله با تمایل به استفاده از آن یک اقدام غیرقابل انکار است. مقاله حاضر با هدف مرور نظری و پژوهشی بر راهکارهای مقابله با گرایش به مصرف موادمخدر انجام شد. بر این اساس راهکارهای مقابله‌ای در حوزه مقابله با گرایش به مصرف موادمخدر با استفاده از مبانی نظری و عملی مرور شد. روش مطالعه حاضر، تحلیلی-توصیفی و با استفاده از تحقیقات، کتب، اسناد و منابع کتابخانه‌ای مرتبط بود. در مجموع با توجه به نتایج پژوهش‌های انجام شده، می‌توان نتیجه گرفت که صرف نظر از عوامل زیست‌شناختی، راهکارهای مقابله فردی، خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی/مذهبی، اقتصادی و آموزشی در مدرسه بر مقابله با گرایش به مصرف موادمخدر تأثیر دارد. بنابراین اقدامات پیشگیرانه در حوزه آموزشی، اقتصادی، فرهنگی/مذهبی، خانوادگی و فردی جهت کاهش نگرانی‌ها، امنیت و رفاه اجتماعی و بهبود فضای اشتغال و اقتصاد جامعه ضروری است تا بتوان اقدامات و سیاست‌گذاری‌های مناسب جهت مقابله با مصرف موادمخدر را تدوین نمود.

کلیدواژه‌ها: گرایش به مصرف موادمخدر، راهکارهای مقابله‌ای، اعتیاد

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، اردبیل، ایران.
نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، باشگاه پژوهشگران جوان و

نخبگان، اردبیل، ایران. پست الکترونیک: j.hashemi30@gmail.com

مقدمه

اعتیاد یک مشکل جهانی است که تقریباً بیشتر کشورهای جهان با آن روبرو هستند. کشور ما هم به سبب شرایط جغرافیایی، تغییرات اقتصادی و اجتماعی، عوامل فردی و محیطی با این معضل روبرو است و به سبب نداشتن مداخله‌های پیشگیرانه مناسب در معرض گسترش و تشدید این بیماری است (بهراد، ۱۳۹۴). کمتر پدیده‌ای مانند اعتیاد، جوامع را مورد تهدید قرار می‌دهد. با وجود خطرات و عوارض ناشی از اعتیاد، هر روز بر تعداد قربانیان این دام مرگ‌بار افزوده می‌شود (فاریس^۱ و همکاران، ۲۰۱۶). اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است (گالانتر^۲، ۲۰۰۶). اعتیاد و سوءاستفاده از مواد، عوارض جسمانی، روان‌شناختی، اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی متعددی دارد و یک پدیده روانی، زیستی و اجتماعی است (نریمانی، ۱۳۸۱). امروزه در کنار سه بحران جهانی فقر و رشد جمعیت، نابودی محیط زیست و تهدیدات هسته‌ای، موضوع موادمخدر به عنوان بحران چهارم و بزرگ‌ترین شوک هزاره سوم سبب گردیده که بالغ بر ۱۷۰ کشور در جهان با این معضل دست و پنجه نرم کنند (جانسون و مکلیش^۳، ۲۰۱۶). سوءاستفاده از موادمخدر و دارو یکی از مشکلات بزرگ پزشکی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی است. اکثر جوامع بشری، سوءاستفاده مواد افیونی را به عنوان عاداتی نامقبول اجتماعی تلقی می‌کنند، اما با وجود این عدم مقبولیت، طبقات مختلف اجتماع با این مسئله به صورت جدی درگیر می‌باشند (سیام، ۱۳۸۶). این معضل یکی از آسیب‌های مهم اجتماعی است به طوری که نه تنها سلامت فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد، بلکه موجبات انحطاط روانی و اخلاقی افراد را نیز فراهم می‌آورد (پرویزی، احمدی، نیک‌بخت، ۱۳۸۳). مشکلات مرتبط با مصرف مواد شامل جرم و جنایت، سرقت، تجاوز، قتل، فروپاشی خانواده، از دست دادن شغل و رفتارهای پر مخاطره جنسی، اثرات منفی بر سلامت فردی، خانوادگی، آموزشی و شغلی ایجاد و زیان‌های مالی و بار اجتماعی سنگینی بر جامعه تحمیل می‌کند. با وجود هشدارهای پزشکی، اجتماعی، انتظامی و مذهبی، متأسفانه مشکل

سوء مصرف مواد مخدر، اختلال‌های ناشی از مصرف مواد و اعتیاد، یکی از مشکلات جدی موجود در جامعه جهانی امروز، ارزیابی می‌شود (واحد چوکده، حسین خانزاده، شاکری نیا و سیدنوری، ۱۳۹۴).

با توجه به عوامل تأثیرگذار در گرایش افراد به مصرف مواد مخدر، پرداختن به راهکارهای مقابله‌ای همه‌جانبه حائز اهمیت است. پیشگیری و مقابله با مصرف مواد مخدر، از ارزش و جایگاه ویژه‌ای برخوردار است و به سبب گسترش مواد صنعتی و ترکیبات شیمیایی مختلف و آثار مخربی که بر مغز می‌گذارند، کوشش‌های درمانی در بسیاری از موارد در عمل به نتایج مورد انتظار نمی‌رسند. مداخله‌های درمانی نیازمند انسجام بین مداخله‌های پزشکی، روان‌شناختی و اجتماعی هستند و هماهنگی و همکاری این عوامل در عمل بادشواری‌هایی روبرو است و تداوم این فرایند آثار بسیار جبران‌ناپذیری بر سرمایه‌های انسانی و مادی جامعه دارد. راهکارهای مقابله‌ای همیشه به‌عنوان عاملی که در ارتباط بین فشار روانی و اختلال‌های روان‌پزشکی مداخله می‌کنند، مورد توجه بوده است. از این رو بررسی ابعاد راهکارهای مقابله‌ای برای پیش‌بینی سوء مصرف مواد، بر دفعات مصرف، تکمیل دوره درمان و فرایند عود در میان معتادان دارای اهمیت است (بال، ۱۹۹۸). نداشتن مهارت‌های مقابله‌ای کافی، یک عامل خطر مهم در شروع مصرف مواد در افراد است (طوفانی و جوانبخت، ۱۳۸۰). همچنین بین راهبردهای مقابله‌ای ضعیف و شیوه‌های حل مسئله نامناسب با مصرف مواد در معتادان ارتباطات معناداری گزارش شده است (بال، ۲۰۰۴؛ حاجی‌پور، ۱۳۸۱). یکی از نگرانی‌های عصر حاضر در مباحث آسیب‌های اجتماعی، توسعه مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها است که نوجوانان و جوانان را مورد تهدید جدی قرار داده و به یکی از چالش‌های متولیان و متصدیان امر آموزش و تربیت بدل شده است. با وجود پیشرفت‌های علمی و افزایش غیرقابل تردید سطح آگاهی مردم، همچنان پدیده اعتیاد در حال گسترش می‌باشد و همه ساله افراد زیادی را به دام خود می‌کشد (عصاریان، امیدی و اکبری، ۱۳۸۴). از آنجا که اعتیاد موضوعی پیچیده و از نظر روان‌شناختی دارای ابعاد مختلفی است، هر نوع برخورد و مبارزه با رشد

بی رویه و خطرناک آن مستلزم اقداماتی فراگیر و گسترده در ابعاد مختلف اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و روان‌شناختی است (عصاریان و همکاران، ۱۳۸۴). عوامل و نابهنجاری‌های فردی، اجتماعی، اقتصادی، سیاسی، خانوادگی می‌توانند به‌عنوان یک عامل زمینه‌ساز و تقویت‌کننده در شروع و تشدید مصرف موادمخدر، مؤثر واقع شوند (جمشیدی‌منش، سلیمانی‌فر و حسینی، ۱۳۸۴). عوامل مختلفی از جمله فقر مالی، مشکلات خانوادگی، اختلافات زناشویی، وجود الگوهای نامناسب برای همسان‌سازی و در نهایت مسئله بیکاری از عوامل عمده گرایش به اعتیاد به شمار می‌آید. زمینه نظری حاکی از آن است که علل فردی و اجتماعی از عوامل عمده اعتیاد محسوب می‌شوند. همچنین بررسی‌ها نشان داده‌اند که نوجوانانی که به راهبردهای مقابله‌ای کارآمد مجهز نباشند و توانایی کمی برای درک هیجان‌های خود و دیگران داشته باشند، در برخورد با استرس‌ها و بحران‌های دوران نوجوانی توان کمتری خواهند داشت و مشکلات رفتاری بیشتری را به صورت پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و نگرش به اعتیاد نشان خواهند داد (الگار، آرلت و گراوز، ۲۰۱۳). با توجه به اهمیت موضوع مقاله حاضر، بهترین راهکارهای شناسایی شده مقابله با گرایش به مصرف موادمخدر جهت کاهش میزان گرایش به مصرف موادمخدر را مورد بررسی قرار داده و سهم هر یک از راهکارها را به‌طور جداگانه در تبیین گرایش به مصرف موادمخدر مورد بحث قرار داده است. مطالعه حاضر می‌تواند با ایجاد بستر مناسب برای جلب مشارکت مردم در جهت همکاری با کاهش مصرف موادمخدر الگویی را جهت پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر و کاهش رفتارهای پرخطر مرتبط با آن ارائه نماید تا هزینه‌ها و عوارض ناشی از این معضل کاهش یابد.

مبانی نظری

عوامل گرایش به مصرف موادمخدر

اعتیاد یک بیماری جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی است. در واقع اعتیاد وابستگی جسمانی و روانی به انواع موادمخدر، مواد محرک و مواد توهم‌زا است که در صورت

کنار گذاشتن، علائم ترک و سندرم محرومیت از مواد در افراد ظاهر می‌شود (گالانتر، ۲۰۰۶). بازگشت به مصرف مواد پس از دوره‌ای از قطع در بین معتادان زیاد است. عوامل زیادی در شروع و تداوم اعتیاد نقش دارند که به نوعی بنیان آن در درون نظام خانواده و سپس جامعه ریخته می‌شود. عوامل مختلف اجتماعی، تربیتی، آموزشی، اقتصادی، سیاسی، فرهنگی، روانی، طبیعی یا فیزیکی می‌تواند در ایجاد اعتیاد مؤثر باشد. هیچ کدام از عامل‌های ذکر شده به تنهایی نمی‌توانند در گرایش افراد به مواد تعیین کننده باشند (فرانکوئیس، اوریاکومب، و تیگنول، ۲۰۰۰). با این حال برخی از عوامل در پژوهش‌های مختلف بیشتر مورد تأکید قرار گرفته‌اند. یکی دیگر از مهم‌ترین عوامل، عامل بین فردی است که در پژوهش‌های مختلف، معاشرت با دوستان معتاد و منحرف به‌عنوان مهم‌ترین عامل بین فردی در گرایش به اعتیاد و اعتیاد مجدد عنوان شده است (لوینسون، رویز، میلمان، لانگروود، ۱۹۹۷). در مطالعه محمودی، نورمحمدی، عزیزپورفرد و فرهادی (۱۳۹۴) کسب لذت و سرخوشی، تسکین دردها و ناراحتی‌های روحی و عصبی و فراموشی و رهایی از مشکلات زندگی جزء بیشترین علل فردی بودند. در مورد علل خانوادگی، وجود فرد معتاد در خانواده جزء بیشترین فراوانی بود. در مورد علل مربوط به دوستان، معاشرت و همنشینی با دوستان ناباب و مصرف تفنی در مهمانی‌های دوستانه مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اعتیاد بودند. در نهایت در مورد علل اقتصادی، بیکاری، فراوان، ارزان و در دسترس بودن مواد مخدر و مشکلات مالی و فقر اقتصادی جزء مهم‌ترین عوامل بودند. دوره نوجوانی دوره‌ای آکنده از تعارض و نوسان است. یکی از ویژگی‌های دوره نوجوانی هویت‌یابی، سست شدن روابط نوجوان با خانواده خود، افزایش گرایش او به همسالان و دوستان و الگویابی است. یک دوست منحرف به‌راحتی قادر است که رفیق خود را اغفال کند. یکی از مهم‌ترین علل اجتماعی اعتیاد نوجوانان، داشتن دوست ناباب است (جهانتاب، ۱۳۹۳).

در ادامه مهم‌ترین عامل‌های گرایش به مصرف مواد مخدر مورد بحث واقع می‌شود.

الف: عوامل فردی گرایش به مصرف موادمخدر

عوامل فردی و ویژگی‌های شخصیتی و روانشناختی مانند اضطراب، استرس، اختلال روانی، افسردگی و یأس و سرخوردگی، ضعف و فقر شخصیتی باعث جست‌وجوی فرد به دنبال عامل تسکین‌دهنده و شخصیت‌بخش می‌شود. مصرف موادمخدر یکی از این عوامل به‌ظاهر تسکین‌دهنده هست. این مسئله با توجه به فشارهای روانی در میان نوجوانان نقش مهمی در گرایش به موادمخدر دارد. دیگر عوامل فردی و شخصیتی که منجر به گرایش به سمت جرم در میان نوجوانان می‌گردد عبارتند از احساس دل‌تنگی، لذت و تفریح، احساس بزرگ شدن و مورد توجه دیگران قرار گرفتن، اعتماد به نفس، عدم امید به آینده و حس می‌توانم (هزار جریبی، ترکمان و مرادی، ۱۳۸۹). آدریان- مک‌گاورن، ولیتو، آشیر، کواس و استراسر^۱ (۲۰۱۴) افسردگی و بعضی تغییرات خلقی و شخصیت‌افسرده را از عوامل موثر فردی در گرایش به اعتیاد دانسته‌اند و بر این باور هستند که بیشتر افرادی که گرایش به اعتیاد دارند، افرادی گوشه‌گیر، مردم‌گریز و خجالتی هستند که انعطاف لازم را در کنش‌های متقابل اجتماعی از خود نشان نمی‌دهند. همچنین مطالعه وینبرگر، پیلور، دسای، مازور، مک‌کی^۲ (۲۰۱۳) نیز نشان داد که بسیاری از افراد مورد مطالعه که سوء مصرف مواد داشته‌اند، دچار افسردگی اساسی، دیس‌تایمیا و کج خلقی بوده‌اند که این علائم احتمال تداوم و عود مصرف سیگار را افزایش می‌دهد. مطالعه طوفانی و جوانبخت (۱۳۸۰) نشان داد که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای حل مسئله، ارزیابی شناختی و جلب حمایت اجتماعی، عوامل مؤثر فردی در کاهش گرایش به مصرف موادمخدر هستند. می‌توان آموزش مهارت‌های مقابله‌ای فردی را یک روش مؤثر برای غلبه بر استرس و در نتیجه پیشگیری از عود دانست. خادمی اشکذری (۱۳۹۱) در بررسی عوامل فردی خطر ساز در سوء مصرف مواد به این نتیجه دست یافت که متغیرهای فردی پیش‌بینی‌کننده معنادار مصرف انواع مواد عبارتند از خودکنترلی، نگرش، توانمندی اجتماعی، پیوند با خانواده و مدرسه و نگرش والدین به مصرف مواد. پرویزی و همکاران

1. Audrian-McGovern, Wileyto, Ashare, Cuevas & Strasser

2. Weinberger, Pilver, Desai, Mazure & McKee

(۱۳۸۳) در مطالعه خود نشان دادند که عدم وجود ثبات شخصیتی، اعتماد به نفس ناکافی، حس برتری جویی، گوشه‌گیری، جبران ضعف و کاستی‌ها از طرق مختلف، گرایش به لذت‌طلبي، نداشتن مهارت‌های اساسی زندگی، کنجکاوی و احساس خوشی کاذب به دنبال مصرف مواد از جمله علت‌های گرایش و تداوم اعتیاد بوده است.

ب: عوامل اجتماعی گرایش به مصرف مواد مخدر

عوامل اجتماعی و خانواده دو مسئله مهم در بررسی مسئله گرایش به خرده‌فرهنگ جرم می‌باشند. خانواده رکن اصلی و حیاتی جامعه و اولین محیطی است که فرد در آن رشد می‌کند و زیربنای شخصیتی وی شکل می‌گیرد. شرایط خانوادگی و سخت‌گیری یا آسان‌گیری افراطی، ازهم‌پاشیدگی و اختلافات درونی خانواده و عدم درونی کردن ارزش‌ها و هنجارهای صحیح در خانواده همگی در ایجاد انحراف‌ها نقش فراوانی دارند. امروزه به علت واگذاری کارکرد آموزشی خانواده به مدارس، آموزش و نظارت فرهنگی ارزش خانواده در نوجوانان و جوانان کمتر شده و همین مسئله، بعضاً موجب جامعه‌پذیری و آموزش غلط افراد در گروه‌های همسالان می‌شود و پدیده‌هایی مانند گرایش به مصرف مواد مخدر را به دنبال دارد. در این مسئله، به جامعه‌پذیری و نقش جامعه، ساختارها، نهادها، ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی در انحراف‌ها باید توجه بیشتری شود. از جمله این عوامل می‌توان به مسئله اختلال هنجاری پرداخت که به علت بعد هنجاری ساختار اجتماعی در جامعه بسیار بااهمیت است، ایجاد این اختلال می‌تواند حس همبستگی در جامعه را مختل کند و فرد را دچار آنومی و انحراف‌هایی از قبیل مصرف مواد مخدر نماید (هزارجریبی و همکاران، ۱۳۸۹). مطالعه حبیبی، فرید و غریبی (۱۳۹۳) نشان داد که علت اجتماعی گرایش به اعتیاد در کنار علل فردی، نقش مهمی در گرایش افراد به اعتیاد دارد. محیط اجتماعی نامناسب، اوضاع نابسامان خانواده در دوران کودکی و نوجوانی، راحتی تهیه مواد به دلیل شرایط محیطی نامناسب و پرخطر، سخت‌گیری یا آسان‌گیری بیش از حد خانواده، اعتیاد پدر و مواردی از این قبیل از جمله مهم‌ترین علت‌های گرایش به اعتیاد می‌باشند. یکی از علل آشفستگی خانواده، عمیقاً در سوء مصرف

مواد است. از این رو برنامه‌های پیشگیری مبتنی بر توانمندسازی خانواده باید در فعالیت‌های پیشگیرانه جامع گنجانده شوند و مداخله‌های پیشگیری مبتنی بر خانواده در پیشگیری از سوء مصرف مواد مدنظر قرار گیرد (نوروزی، حسینی و نجفی، ۱۳۹۴).

ج: فرهنگ و ارزش‌ها

هر انسانی تحت تأثیر ارزش‌ها، هنجارها، آداب و رسوم و ایده‌هایی است که در جامعه تبلیغ و منتشر می‌شود. اما در جوامع در حال گذر که تغییرات سریع فرهنگی حاصل می‌شود، فرد دچار آنومی شده و خودباختگی فرهنگی پدید می‌آید و ارزش‌ها روز به روز تغییر می‌کنند و اختلال هنجاری ایجاد می‌شود که همه این مسائل در ایجاد انحراف‌هایی تأثیر نیست. از سوی دیگر وجود فرهنگ استبدادی در خانواده که با عدم بروز خلاقیت‌ها، ایده‌ها و عدم ابتکار و اعتماد به نفس توأم بوده است، اکثر افراد را در هنگام رویارویی با مسائل مختلف، با مشکل مواجه کرده است و جوانان در مواجهه با مسائل مختلف زندگی به یأس و سرخوردگی مبتلا می‌شوند و همین موضوع در گرایش آن‌ها به موادمخدر تأثیر دارد. نباید از نقش تبلیغات نیز غافل ماند زیرا مصرف موادمخدر را در تسکین فکر و کاهش مشکلات ذهنی مؤثر می‌داند (هزارجریبی و همکاران، ۱۳۸۹). گاردنر (۲۰۰۲) در پژوهش خود نشان داد که عواملی نظیر فراوانی حضور در کلیسا، سطح بالای دینداری در اعضای خانواده و والدین و فراوانی بحث‌های دینی خانوادگی، اثر حمایت‌کننده در مقابل مصرف مواد در نوجوانان و جوانان دارد (به نقل از خدایاری فرد، شهابی و اکبری زردخانه، ۱۳۸۶). حسینی (۱۳۹۳) بیان می‌کند که آگاه‌سازی مهم‌ترین، ارزان‌ترین و مطمئن‌ترین روش پیشگیری است. نصیحت و بیان ساده مطالب به معنای آگاه‌سازی نیست، بلکه باید از فنون مختلف برای آگاه کردن افراد از عوارض و پیامدهای مواد اعتیادآور استفاده نمود. در آگاه‌سازی باید به سه مقوله تغییر دانش، نگرش و رفتار توجه نماییم. بر همین اساس به هر میزان عقلانیت نهفته انسانی تقویت شود و مهارت‌های او افزایش یابد به همان میزان می‌توان نسبت به تغییر نگرش افراد و کاهش میل به مصرف مواد اعتیادآور امیدوار بود.

د: عوامل اقتصادي گرايش به مصرف مواد مخدر

مشكلات اقتصادي، عدم اطمینان به آینده، بيكاري، فشار اقتصادي و نداشتن امكانات رفاهي، نابرابري اقتصادي و شكاف عميق بين طبقه‌ها و اقشار مختلف در جامعه از جمله عوامل موثر بر اعتياد هستند. در مقابل فقر و محرومیت‌ها، منزلت ثروت و ارائه تصوير آرزوهای بلندپروازانه از يك سو خود عاملی برای كسب ثروت از راه‌های غيرمجاز و غير مشروع مانند تجارت و قاچاق مواد مخدر می‌شود و از سوی ديگر كسانی که نتوانسته‌اند از راه‌های مشروع و غير مشروع كسب ثروت و منزلت کنند، اکثراً به یأس و سرخوردگی دچار شده و پتانسیل زيادی برای گرايش به مواد مخدر دارند. وجود مسائل اقتصادي به طور ملموس و به عنوان يك نگرانی میان نوجوانان از مواردی است که در بروز برخی انحرافات نقش فعالی دارد. تحقیقات اجتماعي ثابت کرده‌اند که گرايش به مواد مخدر ارزان قیمت در طبقات فقير و مستمند بیشتر از طبقات متوسط و رو به بالا است (هزار جریبی و همکاران، ۱۳۸۹). پروین و درویشی فرد (۱۳۹۴) نشان دادند که دستمزد کم، نداشتن کار دائمی، نداشتن پس‌انداز و امثال آن پیامدهایی مانند ذخيره غذایی کم، بیماری‌های مزمن و طولانی را در پی دارد و در عين حال سبب می‌شود که این افراد با گرو گذاشتن وسایل شخصی، خرید لباس‌ها و وسایل کهنه و مانند آن روزگار بگذرانند و در نتیجه سطح توليد آن‌ها پایین باشد، سواد و سرمایه نداشته باشند، در سندیكاهای کارگری مشارکت نکنند و در تعبیری کلی، در نظام اقتصادي جایگاهی برای خود نیابند.

نظریه های مربوط به گرايش به مواد مخدر

در بررسی دلایل گرايش به مصرف مواد مخدر پيش از هر چیز بایستی خاطر نشان کرد که برخی عوامل، زمینه‌ساز تغيير الگوی مصرف است و برخی ديگر متغیرهای اثرگذاري هستند که در مواقعی که عوامل زمینه‌ساز فراهم باشد، فرد را معجب به مصرف می‌کنند. در این قسمت به نظریه‌های فشار اجتماعي، نظریه آنومی، نظریه ارتباطات افتراقي، نظریه فقر فرهنگي و تئوری کنترل اجتماعي اشاره می‌شود که مکانیسم‌های علی قانع‌کننده‌ای را در اختیار می‌گذارند.

الف- نظریه فشار اجتماعي: مطابق این دیدگاه، افراد تحت تأثیر فشارهای اجتماعي،

گرایش به کجروی پیدا می‌کنند. رابرت مرتون، این فشار را ناشی از ناتوانی شخص در دستیابی به اهداف مقبول اجتماعی می‌داند. آلبرت کوهن، ناکامی در رسیدن به جایگاه عالی در جامعه را عامل فشار می‌شمارد و کلوارد و الین برخوردار نبودن اشخاص از فرصت‌های نامشروع را برای نیل به هدف، واردکننده فشار بر افراد و عامل راندن آنان به سوی کج رفتاری می‌دانند (سروستانی، ۱۳۸۶)، فقر اقتصادی و بیکاری و فشارهای ناشی از مهاجرت، متغیرهایی هستند که می‌توانند مخرج مشترک نظریه‌های فشار قرار بگیرند و از جمله عواملی هستند که در مطالعات مربوط به اعتیاد به آن‌ها اهمیت درخور توجهی داده شده است (کرباسی و وکیلیان، ۱۳۷۷). مطابق نظریه‌ها و پژوهش‌های انجام‌شده، می‌توان مکانیسم علی اثرگذاری این متغیرها را چنین ترسیم کرد:

فقر اقتصادی و بیکاری و مهاجرت ← برخوردار نبودن از حمایت‌های روانی و اجتماعی و فرهنگی ← آمادگی برای گرایش به مصرف موادمخدر.

ب- نظریهٔ آنومی دور کیم: دور کیم برای توصیف وضعیت اجتماعی، اصطلاح آنومی را غیرطبیعی به کار برده است که در آن انسجام اجتماعی به وسیله بحران‌هایی از قبیل رکود اقتصادی ضعیف می‌شود. این بحران‌ها باعث می‌شود، فرد بدون در نظر گرفتن جامعه به دنبال منافع شخصی خود باشد (ز کریایی، ۱۳۸۲). بر این اساس، می‌توان چنین گفت که هر چه یکپارچگی هنجاری خانواده ضعیف باشد، تنش در بین اعضای خانواده بیش تر شده و تعهد و پیوند بین افراد خانواده ضعیف تر می‌شود که این موضوع فرد را به محیط‌های آلوده و پذیرش الگوهای جدید مصرف موادمخدر می‌کشاند. بنابراین، پایین بودن سطح همبستگی و وجود آنومی، افزایش تنش میان خانواده و کاهش تعهدات خانوادگی، آمادگی برای مصرف موادمخدر را به دنبال دارد.

ج- نظریهٔ تداومی افتراقی: بر اساس نظریه همنشینی افتراقی ساترلند، افراد به این علت کج رفتار می‌شوند که تعداد ارتباط‌های انحرافی آنان بیش از ارتباط‌های غیرانحرافی شان است. این تفاوت تعامل افراد با کسانی که ایده‌های کج رفتارانه دارند نسبت به افرادی که از ایده‌های هم‌نویانه برخوردارند، علت اصلی کج رفتاری است (سروستانی، ۱۳۸۷). مطابق این نظریه می‌توان چنین گفت که تعامل و نحوه برخورد خانواده با فرد معتاد و

ميزان و نحوه تعامل فرد با دوستان و اطرافيانى كه مصرف مواد پرخطر را تشويق مي كنند، از جمله عوامل مؤثر بر گرايش فرد به سوى مصرف مواد مخدر است. بنابر اين نحوه تعامل فرد معتاد با خانواده (طرد يا طرد نكردن) + نحوه تعامل با اطرافيان ناباب = آمادگي براي گرايش به مصرف مواد مخدر.

د- نظريه فقر فرهنگي: فقر فرهنگي يا همان نبود آگاهي و شناخت پيامدهاي سوء مصرف مواد مخدر، از ديگر عوامل زمينه ساز گرايش به مصرف مواد مخدر است. به اين ترتيب نداشتن اطلاعات كافي از عوارض مواد مخدر نوين از سويي و پنداشتهاي نادرست درباره فوايد مواد مخدر مانند افزايش توانايي جنسي، رفع دردهاي مزمن، کاهش ناراحتي هاي ناشي از فوت بستگان نزديك و... از سوي ديگر سبب گرايش به مصرف مواد مخدر خطرناك مي شوند. بنابر اين، ناآگاهي يا پنداشت نادرست از عوارض مواد مخدر پرخطر ← آمادگي براي گرايش به مصرف مواد مخدر.

ه- نظريه کنترل اجتماعي: نظريه پردازان کنترل اجتماعي معتقدند كه سطح تعهدات فرد به جامعه و نيز توانايي کنترل انحرافات از سوي جامعه، از جمله عوامل مؤثر بر كنج روي افراد است. تعهدات فردي را مي توان با پاييندي هاي اخلاقي و مذهبي افراد بررسي كرد. همان گونه كه برخي مطالعات نشان مي دهند، افزايش ميزان اعتياد در جامعه با ضعيف و كم رنگ شدن ارزش هاي مذهبي ارتباط دارد (كلانتري، ۱۳۷۷). کنترل اجتماعي نيز در محيط هاي آلوده كمتر است. در محيط هاي اجتماعي آلوده، داروها و مواد مخدر خطرناك به راحتی در دسترس است، بنابر اين هزينه تهيه اين مواد براي فرد معتاد پايين است. به اين ترتيب، بر اساس نظريه کنترل اجتماعي مي توان چنين گفت كه ضعف اخلاقي و مذهبي فرد معتاد و محيط اجتماعي آلوده، آمادگي براي گرايش به مصرف مواد مخدر را افزايش مي دهد.

و- نظريه انتقال فرهنگي^۱: نظريه انتقال فرهنگي بر اين نکته تاكيد دارد كه رفتار انحرافي از جمله گرايش به مصرف مواد مخدر از طريق معاشرت با دوستان ناباب آموخته مي شود. ادوين ساترلند (۱۹۳۹) به اين امر معتقد بود كه رفتار انحرافي از طريق معاشرت با

اغیار با پیوند افتراقی یعنی داشتن روابط اجتماعی با انواع خاصی از مردم مانند تبهکاران آموخته می‌شود (به نقل از ستوده، ۱۳۸۴). نظریه یادگیری معتقد است که جنایت و انحراف از طریق انتقال فرهنگی در گروه‌های اجتماعی واقع می‌گردد. ساترلند با این تحقیقات، خرده فرهنگ‌های گوناگون در شهرهای بزرگ را مورد توجه قرار داد و معتقد بود که در برخی مناطق شهری، کج رفتاری در جریان کنش متقابل با دیگران آموخته می‌شود. بخش اصلی یادگیری رفتار کجرو در اثر ارتباط صمیمی درون گروه انجام می‌گیرد و در جریان این یادگیری، روش‌های ارتکاب جرم، توجیه، انگیزه‌ها و گرایش‌ها آموخته می‌شود و الگوی رفتار انحرافی برای فرد مهم‌تر و ارزشمندتر از الگوی قانونی موجود تلقی می‌گردد. با توجه به فراوانی معاشرت، این رفتار به هنجار جا افتاده در فرد مبدل می‌شود. تنها زمانی رفتار انحرافی مانند مصرف موادمخدر آموخته می‌شود که توسط گروه‌های مختلف (به ویژه دوستان ناباب) و خرده فرهنگ‌های متفاوت در معاشرت بین افراد انتقال یابد و به قول هاوارد بکر اگر فردی به تنهایی و بدون یادگیری از موادمخدر استفاده کند نه تنها لذتی از آن نبرده، بلکه احساس نارضایتی و وحشت نیز خواهد کرد (هزارجریبی و همکاران، ۱۳۸۹).

ز- نظریه ناکامی منزلتی: این نظریه توسط جامعه‌شناس معاصر آمریکایی "آلبرت کوهن" مطرح شد. او معتقد است که طبقات پایین در جامعه از نظر دستیابی به منزلت دچار ناکامی هستند و این درحالی است که جامعه آن‌ها را به کسب منزلت تشویق می‌کند و امکان دستیابی را در اختیار آنان قرار نمی‌دهد. طبقات پایین در جامعه‌پذیری، آموزش و پرورش، هنجارها و ارزش‌ها با تبلیغ خصایص و ارزش‌های طبقه متوسط روبرو هستند در حالی که از تحرک اجتماعی و حضور در این طبقه محروم می‌باشند. همین مسئله موجب احساس ناامیدی، سرخوردگی و ناکامی در این طبقه می‌گردد. به علت شکست و سرخوردگی نوجوانان و جوانان در کسب منزلت و ارزش، به ناچار افراد به خرده فرهنگ‌های بزهکاری روی می‌آورند که در این خرده فرهنگ‌ها کج‌روی‌هایی مانند گرایش به موادمخدر، نوعی ارزش، راه حل و حتی راه رسیدن به منزلت تعریف می‌شود. میل به مصرف موادمخدر از این منظر نه با هدف سودگرایانه بلکه برای لذت جویی و

كسب منزلت انجام مي‌شود و ناكامي منزلتي چنين پديده‌اي را در ميان طبقه‌هاي پايين جامعه ايجاب و ايجاد مي‌كند (هزار جريبي و همكاران، ۱۳۸۹).

ح. مدل اختلالات شناختي:

فرض اين مدل بر اين اساس استوار است كه كورتكس پري فرونتال يعني ناحيه‌اي كه وظيفه‌ي ارزيابي، برنامه‌ريزي، قضاوت و ساير كاركردهاي اجرائي فعاليت‌هاي روزمره را به عهده دارد، در افراد معتاد دچار اختلال شده است. به عبارت ديگر، تكانه‌هاي فوري براي كسب لذت در اين قسمت پردازش مي‌شوند و پس از ارزيابي، كنترل شده يا به تأخير مي‌افتند تا نتيجه‌ي ديررس بهتري كسب شود. پس ناحيه‌ي اوربيتوفرونتال با سيگنال‌هاي مهاري خود، ناحيه‌ي دكمه‌ي شكمي و سيستم پاداش مغزي را كنترل مي‌كند. در اين مدل فرض بر اين است كه ناحيه‌ي مذكور در افراد معتاد كارايي لازم را ندارد و سيگنال‌هاي مهاري لازم را ارسال نمي‌كند، لذا قدرت قضاوت و كنترل تكانه‌ها در آنان كاهش و رفتارهاي تكانشي در جهت كسب آن افزايش مي‌يابد. در تأييد اين مدل مي‌توان از اثر داروهاي آفتمامين ياد كرد كه مدارهاي خاص مغزي از جمله سيكل فرونتواسترياتال كه وظيفه ارسال سيگنال‌هاي مهاري از كورتكس اربيتوفرونتال به سيستم پاداش را بر عهده دارد، از بين مي‌برد. در مطالعه‌ي ديگري نشان داده شد كه در افراد الكليك مزمن، ميزان گابا، واسطه‌ي شيميايي مهاري سيستم كورتكس اوربيتوفرونتال بر روي دكمه‌ي شكمي، پايين تر از حد طبيعي است. شاهد ديگري كه در تأييد اين مدل وجود دارد، همراهي اعتياد با اختلال شخصيت ضد اجتماعي است كه در اين اختلال هم نقص كاركردى ناحيه كورتكس اوربيتوفرونتال بارز است (فخرابي، ۱۳۸۷).

راهكارهاي مقابله با گرايش به مصرف موادمخدر

الف: راهكارهاي مقابله‌اي اجتماع محور

اين راهكار يعني مداخله در محيط‌هاي اجتماعي عمومي و شخصي فرد (نوجوان و اصغري، ۱۳۹۳). محيط اجتماعي عمومي يعني محيط اقتصادي، فرهنگي و سياسي کشور و محيط اجتماعي شخص يعني محله خانواده و ...، بنا بر اين راهكارهاي مقابله اجتماع محور

رویکردی است که در آن به نقش عوامل محیطی و اجتماعی در کیفیت زندگی و رفاه اجتماعی مردم توجه می‌شود. این راهکار رویکردی بر اساس الگوی محیطی-اجتماعی کامل و موثر ذی‌نفعان در یک اجتماع کوچک است که در آن اعضاء برای ارتقای شرایط خود، به عمل اجتماعی مطابق با برنامه‌ریزی‌های محلی اقدام کنند. این راهکار به نوعی برنامه پیشگیری اجتماع‌محور نیز است که محله‌ها، مراکز آموزشی و مراکز کار را پوشش می‌دهد. هدف عمده این گونه راهبردها، بالا بردن سطح سلامت و رفاه جامعه است و هدف‌های جزئی آن عبارتند از: کاستن از عوامل خطر ساز، افزایش عوامل محافظت‌کننده، کاهش اشاعه سوء مصرف موادمخدر و روان‌گردان‌ها، بالا بردن مشارکت مردم در امور رفاه اجتماعی و بهداشت، توانمند کردن افراد به حل مشکلات خود و آماده‌سازی محل اجرا برای به کارگیری راهبردها (نجفی ابرندآبادی، ۱۳۸۷).

ب: راهکارهای مقابله‌ای خانواده‌محور

اولین اجتماعی که فرد در آن پای می‌گذارد، محیط خانواده است. کودک از بدو تولد با تقلید از اطرافیان زندگی‌اش پایه‌گذاری می‌شود و اعمال اطرافیان در ضمیر او شکل می‌گیرد. بنابراین عوامل مختلفی از جمله تنش در خانواده، کمبود محبت، رفتار والدین و... می‌تواند روی رفتار کودک در محیط خانواده تاثیرگذار باشد و گاهی موجب گرایش فرد به مصرف موادمخدر و اعتیاد شود. مهم‌ترین شاخص‌های مقابله‌ای در محور خانواده عبارتند از: آلوده نبودن اعضای خانواده به موادمخدر و خودداری از تسکین دردها با موادمخدر، هماهنگی گفتار و رفتار افراد الگو در خانواده، معاشرت نکردن با خانواده‌های آلوده به موادمخدر، تعامل صحیح اعضای خانواده با یکدیگر، تلقین یک هدف مناسب به کودک و تشویق فعالیت‌های سالم و خلاق، متعادل و با ثبات بودن خانواده و رعایت میانه‌روی در فراهم کردن امکانات، آموزش مهارت‌های زندگی و الگوی خوب بودن برای کودکان، پیشگیری از گسست رشته‌های خانوادگی و آشفتگی و طلاق در خانواده، تقویت مبانی دینی، اعتقادی و معنوی خانواده‌ها، عدم سکونت خانواده در محله‌های آلوده به موادمخدر، توجه به بلوغ فرزندان و عبور آن‌ها از کودکی به نوجوانی، و وضع مقررات واضح در خانواده (اسعدی و اسعدی، ۱۳۸۹). در مطالعه

زاده باقري و همكاران (۱۳۸۴) آگاهي والدين و درك فرزندان، نظارت بر رفتار فرزندان، محيط امن و آرامش بخش در خانواده و افزايش مقاومت اعضاي خانواده با آموزش از جمله راهكارهاي مؤثر خانوادگي در پيشگيري و مقابله با مصرف مواد مخدر بودند. خسروي، كيامنش، بني جمالي و نيك منش (۱۳۸۶) در پژوهشي به اين نتيجه دست يافتند كه جنسيت، اهميت روابط گرم همراه با پذيرش در خانواده، داشتن الكوي مثبت و موثر براي دختران و كنترل موثر براي پسران به عنوان عوامل محافظتي عمل مي كنند. كارديا، پومرلا، روزك و ماركز^۱ (۲۰۰۳) اعتياد والدين را از عوامل پيش بيني كننده گرايش و وابستگي به مواد معرفي كردند. مطالعه بر روي افراد خانواده مي تواند در بررسي علل اعتياد كمك كننده باشد؛ چرا كه پژوهش هاي بسياري خانواده را به عنوان يكي از مهم ترين عوامل در پيشگيري و يا گرايش فرزندان به سمت مواد مخدر ذكر نموده اند (پيكو و كواكس^۲، ۲۰۱۰). وجود سه عامل محافظت كننده در خانواده (روابط مثبت بين والد و كودك، توجه كافي والدين و ارزش ها و نگرش هاي ضد مصرف مواد در والدين) تاثير مهم و زيادي بر مصرف نكردن مواد و ساير مشكلات رفتاري نوجوانان دارد (دمبو^۳ و همكاران، ۲۰۰۰).

ج: راهكارهاي مقابله اي آموزش محور

مهم ترين شاخص هاي مقابله اي آموزش محور عبارتند از آموزش برنامه هاي پيشگيري در مراکز آموزشي، صلاحيت دست اندر كاران مراکز آموزشي، آگاهي اوليا و مربيان از رفتار فرزندان، مشاركت جمعي دانش آموزان و دانشجويان در فعاليت هاي فوق برنامه، آموزش مهارت هاي بومي زندگي در مراکز آموزشي، استفاده از دروس مناسب در آموزش زبان هاي مصرف مواد مخدر، آموزش صحيح زبان هاي مصرف مواد مخدر در كتب درسي و كمك درسي، كنترل مسير مدرسه، خانه و اطراف مدرسه، توجه مسئولان آموزشي به نيازهاي افراد تحت آموزش و تسلط بر خود، برگزاري دوره هاي آموزشي يا روش هاي تغيير نگرش دانش آموزان، اصلاح روش تدريس و نحوه برخورد معلم با

دانش آموزان، و در نهایت ایجاد امکانات مشاوره و درمان برای افرادی که در معرض اعتیاد قرار دارند یا معتاد شده‌اند (اسعدی و اسعدی، ۱۳۸۹). یافته‌های تحقیقات نشان می‌دهد که علاوه بر تاثیر عوامل زیست‌شناختی، سیاست‌گذاری و اقتصادی، صاحب‌نظران بر این باورند که عوامل فردی، همسالان و عوامل خانوادگی نقش چشمگیری در شکل‌گیری اعتیاد دارند و شکل‌گیری اعتیاد دارای الگویی رشدی است و پیشگیری از آن نیز باید متناسب با رشد باشد. کودکان یک سوم از عمر مفید بیداری خود را در مدرسه سپری می‌کنند و اغلب کودکان به ضرورت وارد مدرسه می‌شوند و رسالت مهم مدارس آموزش و آماده‌سازی کودکان برای زندگی بزرگسالی است. مدارس محل پیوند خانواده‌ها با نظام آموزشی و ارتقاء سلامت هستند. بنابراین طراحی مداخله‌های پیشگیرانه مؤثر در چنین بافتی، به طور قطع بیش از هر نهاد دیگری با پیامدهای مطلوب و درازمدت همراه خواهد بود (بهراد، ۱۳۹۴). بررسی موانع و چالش‌های موجود در برنامه‌های پیشگیری خاص کودکان و نوجوانان و آشنایی با اصول پیشگیری در این گروه خاص به برنامه‌ریزان، تصمیم‌گیرندگان و مسئولان آموزشی و بهداشتی کمک می‌کند تا به اجرای طرح‌هایی در این حوزه خاص بپردازند که اثربخشی بالاتر و مشکلات اجرایی کمتری داشته باشند (نوری، ۱۳۹۳). نتایج پژوهش طاووسی، حیدرنیا، منتظری، طارمیان و احمدی (۱۳۸۹) تحت عنوان تاثیر مداخله آموزشی نظریه‌محور در پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان نشان داد که مداخله آموزشی باعث ارتقای متغیرهای مورد نظر شامل نگرش نسبت به رفتار، خودکارآمدی و نهایتاً افزایش قصد پرهیز از سوء مصرف مواد مخدر در گروه آزمون می‌شود اگرچه در میزان هنجارهای انتزاعی تاثیر معناداری ندارد. این مطالعه نشان داد که مداخله آموزشی در افزایش میزان قصد پرهیز از مصرف موادمخدر تاثیرگذار است. همچنین یافته‌ها نشان داد که این مداخله در کاهش گزارش مصرف موادمخدر و پیش‌زمینه‌های آن یعنی سیگار و قلیان نیز موثر واقع خواهد شد.

د: راهکارهای مقابله‌ای جامعه‌محور

راهکارهای مقابله‌ای مبتنی بر جامعه رویکردی است که در آن نهادهای مختلف جامعه علاوه بر بهره‌گیری از ابزارهای تعریف شده در نظام عدالت کیفری، با همکاری و

مشارکت همدیگر برای کنترل عوامل ایجادکننده جرم تلاش می کنند تا از رهگذر تغییر در ساختارهای سازمانی و روش های اجرایی، با مسئول دانستن خود در قبال شهروندان بتوانند از مشارکت حداکثری اجتماع در کنترل عوامل ایجادکننده گرایش به مصرف موادمخدر بهره ببرند. مهم ترین شاخص های مربوط به این رویکرد عبارتند از: اطلاع رسانی رسانه ها و سازمان های فرهنگی، بهره برداری از مراکز ورزشی و تفریحی، پر کردن اوقات فراغت با فعالیت های شاد و مفید، پیروی نکردن از گروه های منحرف، برقراری عدالت اجتماعی، دسترسی نداشتن به موادمخدر، آموزش خانواده و مسئولان، پیشگیری از بازگشت افراد در حال ترک، توسعه گروه های مشاوره، استمرار پژوهش ها و یافتن عوامل و مبارزه با آنها (اسعدی و اسعدی، ۱۳۸۹).

نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مرور نظری و پژوهشی بر راهکارهای مقابله با گرایش به مصرف موادمخدر انجام پذیرفت. مروری بر پژوهش ها نشان می دهد که راهکارهای مقابله فردی بر مقابله با گرایش به مصرف موادمخدر تاثیر دارد. راهکار مقابله فردی از جمله ارتقاء باورهای خودکارآمدی، سرسخت بودن، ارتقاء تصویر مثبت از خود، کنترل و احساس مسئولیت، داشتن توان نه گفتن در مقابل پیشنهاد مصرف موادمخدر و مهار هیجانات در پیشگیری از گرایش به مصرف موادمخدر موثر است. فرض بر این است که مجموعه ای از عوامل شناختی و شخصیتی زیربنایی (ویژگی های فردی) و مهارت های ارتباطی و تصمیم گیری (ویژگی های بین فردی) افراد را برای مصرف مواد و دیگر رفتارهای مشکل ساز مستعد می کند (بوتوین^۱، ۲۰۰۰). لذا با توجه به این رویکرد، این نکته قابل ذکر است که افراد دارای مهارت های فردی و اجتماعی ضعیف، نه تنها در برابر عوامل مشوق مصرف مواد، آسیب پذیر هستند، بلکه تمایل دارند از آن به جای راهکارهای مقابله ای سازگارانه استفاده کنند (بوتوین و گریفین^۲، ۲۰۰۴). سوء مصرف مواد، نظیر سایر رفتارهای انسان، حاصل تعامل پویای فرد با محیط او است. فشار اجتماعی برای مصرف با

آسیب‌پذیری فرد در تعامل قرار می‌گیرد. عده‌ای نیز به دلیل عوامل درون‌فردی نظیر اعتماد به نفس پایین، ضعف در کنترل فردی، درماندگی یا نیاز به هیجان تسلیم فشار گروهی می‌شوند؛ بنابراین، هرچقدر تعداد عوامل خطری که یک فرد را محاصره کرده‌اند، بیشتر باشد، بیشتر احتمال دارد که او یک مصرف‌کننده شود. زیرا وجود عوامل خطرزای متعدد هم با شروع مصرف و هم با شدت آن در ارتباط است (بوتوین، ۱۹۹۹). با توجه به الگوی مقابله‌ای معتادان که یک روش ناسالم را در کنار آمدن با شرایط فشارزا انتخاب می‌کنند، به نظر می‌رسد که این الگو گرایش به اعتیاد، مشکلات اجتماعی و روان‌شناختی فرد را افزایش داده و دور باطلی را به وجود می‌آورد (رنجبر نوشری، علیلو، اسدی مجره، قدرتی و نجار مبارکی، ۱۳۹۲).

جامعه و در راس آن خانواده که به عنوان بخش مهمی در هر جامعه تلقی می‌شود، می‌تواند نقش اساسی را در سلامت روان و کارکرد بهنجار افراد داشته باشد. خانواده به عنوان اولین نهاد اجتماعی، پایه شکل‌گیری شخصیت آدمی است. سلامت جامعه از سلامت خانواده سرچشمه می‌گیرد. خانواده با کارکردهای مثبت خود، باعث امنیت روانی و عاطفی و حاصل آن، هم‌نوایی با جامعه خواهد بود (داداش‌زاده، ۱۳۸۶). از این رو راهکارهای مقابله خانوادگی نیز به عنوان یک راهکار موثر دیگر می‌باشد که بر مقابله با گرایش به مصرف موادمخدر تاثیر دارد. خطر اعتیاد در صورت وجود سوء مصرف مواد در یکی از اعضای خانواده افزایش می‌یابد. با توجه به چند بعدی بودن عوامل مربوط به گرایش به مصرف موادمخدر، عوامل خانوادگی از جمله روابط زناشویی والدین، وجود یک فرد معتاد در خانواده و روابط والدین و نوجوانان در گرایش افراد به مصرف موادمخدر نقش دارند. پرداختن به عوامل خانوادگی درگیر در مصرف مواد می‌تواند در پیشگیری از گرایش به مواد نقش مهمی داشته باشد. می‌توان گفت که هرچه یکپارچگی هنجاری خانواده ضعیف باشد، تنش در بین اعضای خانواده بیشتر شده و تعهد و پیوند بین افراد خانواده ضعیف‌تر می‌شود که این امر فرد را به محیط‌های آلوده و پذیرش الگوهای جدید مصرف موادمخدر می‌کشاند. بنابراین پایین بودن سطح همبستگی و وجود نابسامانی در خانواده موجب افزایش تنش میان خانواده و کاهش تعهدات خانوادگی شده

و آمادگي براي مصرف مواد مخدر را در ميان اعضاي خانواده افزايش مي دهد. متاسفانه علت سوء مصرف مواد، به طور عميقي در آشفتگي خانواده ريشه دارد. سوء مصرف مواد يک بيماري خانوادگي ناشي از سبک زندگي است که از علل محيطي، خانوادگي و ژنتيکي تاثير مي پذيرد، از اين رو برنامه هاي پيشگيري مبتني بر توانمندسازي خانواده بايد در فعاليت هاي پيشگيرانه جامع گنجانده شوند. راهکارهاي مقابله اي خانواده محور، پيوندها و ارتباطات خانوادگي را تقويت کرده و شامل مهارت هاي والديني، تمرين هايي در زمينه ايجاد بحث و اجرائي سياست هاي خانوادگي در مورد مصرف مواد است. در اين برنامه ها والدين با کسب اطلاعات از انواع مواد مخدر، دلایل مصرف توسط نوجوانان، سبک هاي تربيتي مناسب، اجرائي قاطع قوانين و يادگيري مهارت هاي مديريت خانواده، حمايت هاي لازم را از فرزندان خود داشته و مانع گرايش آن ها به سمت مصرف مواد مخدر مي شوند.

راهکارهاي مقابله اجتماعي نيز طبق نتايج مطالعات بر مقابله با گرايش به مصرف مواد مخدر تاثير دارد. حمايت اجتماعي را مي توان فراهم کردن پشتيباني، آرامش و اطمينان خاطري که خانواده يا ديگر نهادها و افراد جامعه از شخص در برابر رويدادهاي اجتماعي به عمل مي آورند، تعريف کرد. در واقع هسته ي بسياري از اختلال هاي عصبي - رواني، احساس انزوا و تنهائي است (اتکينسون، اسميت، اتکينسون، بوم و هوکسما، ترجمه براهني و همکاران، ۱۳۸۷). يکي از رويکردهاي مهم پيشگيري از سوء مصرف مواد مخدر، رويکرد نفوذ اجتماعي است. پژوهش هاي انجام شده حاکی از آن است که مدل هاي مبتني بر نفوذ اجتماعي، بسياري از اصول بنيادي برنامه هاي پيشگيري موثر را ادغام کرده اند (بوتوين، ۱۹۹۹). از ديده گاه رويکرد مذکور، رفتارهاي مشکل ساز افراد از قبيل مصرف مواد نوعي نشانه تلقي مي شود که از طريق آن افراد خود را ابراز کرده و با اضطراب ناشي از مشکلات مقابله مي کنند. افراد از طريق حمايت هاي اجتماعي مطلوبي که دريافت مي کنند، مي توانند موانع پيشروي خود را در رسيدن به اهداف بردارند و از يأس، سرخوردگي و خطرات موجود در محل زندگي در امان بمانند.

راهکارهاي مقابله فرهنگي / مذهبي نيز بر مقابله با گرايش به مصرف مواد مخدر تاثير دارد. اعتقادات ديني به عنوان مجموعه اي از اعتقادات، بايدها و نبايدها و نيز ارزش هاي

اختصاصی و تعمیم یافته، از موثرترین تکیه گاه‌های روانی به شمار می‌رود که قادر است معنای زندگی را در لحظه‌لحظه‌های عمر فراهم سازد و در شرایطی خاص نیز با فراهم‌سازی تکیه گاه‌های تبیینی، فرد را از تعلیق و بی‌معنایی نجات دهد (بهرامی احسان، ۱۳۷۸). مذهب به عنوان یک میانجی بر فرایند فکری و ارزیابی رویدادهای روزمره زندگی فرد تاثیر می‌گذارد. بدین ترتیب حتی بسیاری از رویدادهای به ظاهر منفی، مثبت و معنی دار ارزیابی می‌شوند. فرد با استفاده از مذهب، احساس پوچی و بی‌هدفی و ناامیدی در برابر محرومیت‌ها، ناملایمات و فشارهای روانی را برای خود حل می‌کند (ظهور و توکلی، ۱۳۸۱). مذهب تامین کننده مجموعه‌ای از شناخت‌های اجتماعی است که در تفسیر واقعیت، تعریف خود و منبعی از جهت‌گیری‌ها برای رفتار مشارکت دارد. در همین چهارچوب است که می‌توان پذیرفت، مذهب عرضه کننده افکار معناداری در مواجهه با رنج‌ها و تحمل سختی‌ها و دشواری‌ها است (بهرامی احسان، ۱۳۸۰). به طور کلی پیشگیری شامل سطح اولیه، ثانویه و ثالثه است. باورهای مذهبی در سطح پیشگیری اولیه شامل تحریم شروع مصرف مواد است که بیانگر آموزش مستقیم مردم درباره منع مصرف مواد و همچنین هدفمند کردن زندگی است که در این شرایط مصرف مواد عملی ناپسند است. تأثیر پیشگیرانه ثانویه مذهب، مداخله در جلوگیری از گسترش اعتیاد در افرادی است که به صورت تغنی مواد مصرف می‌کنند. از بعد پیشگیری ثالثه، مذهب، برنامه‌هایی را برای ترک و توانبخشی افراد معتاد پیشنهاد می‌کند. به هر ترتیب پژوهش‌های صورت گرفته بر روی نوجوانان نشان می‌دهد که پایبندی به مذهب ارتباط منفی با مصرف الکل و حشیش داشته است. مذهب از طریق برقراری یک نظم اخلاقی درونی می‌تواند تدوین قوانین، سوءمصرف مواد و رهایی از آن را تحت تاثیر قرار دهد (اسمیت، ۲۰۰۳). عقاید و باورهای مذهبی و معنوی به عنوان عوامل حمایتی یا حائلی هستند که از طریق دادن امید، قدرت و معنی بخشی به زندگی، فشار روانی زندگی را کم می‌کند و کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد و از این طریق مانع گرایش به اعتیاد می‌گردد. بنابراین مذهب و نهادهای مذهبی راهنمایی‌ها یا قواعد خاص اخلاقی به منظور کنترل خویشتن مانند امتناع از مصرف

مواد در اختيار فرد قرار مي دهند و به تسهيل تجربه معنوي کمک مي کنند. تجربه معنوي مي تواند تعهدات اخلاقي را تحکيم بخشد که اين نيز به نوبه خود مانع از مصرف مواد مي گردد. همچنين به استناد دستورات مذهبي مي توان قوانيني وضع کرد که مصرف مواد مخدر را ممنوع اعلام کند (نديمي، ۱۳۹۴). مذهب مي تواند منبع عظيم و بي نظيري براي سيستم معنادهي فرد باشد. بنابر اين مي توان نتيجه گرفت که چنانچه فرد داراي سطح دين داري افزون تری باشد به دنبال آن معنایی که به خود و جهان اطرافش مي دهد توام با احساس ارزشمندی و هدفمندی است؛ از اين رو احتمال کمتری وجود دارد که به اقداماتی نظير مصرف مواد دست زند و به احساس ارزشمند بودنش آسیب برساند و يا آن که مانع از رسيدن به اهدافش شود.

راهکارهای مقابله اقتصادی از جمله راهکارهایی است که مي تواند بر مقابله با گرايش به مصرف مواد مخدر تاثير گذار باشد. لذا ارائه راهکارهای اقتصادی از جمله افزايش فرصت های شغلي بخصوص در مناطق حاشيه نشين شهری، ايجاد فرصت هایي براي افزايش مهارت کافي براي جذب شدن در بازار کار و کاهش مشکلات مالي و فقر اقتصادی از طريق اشتغال زايی، گامی مهم به سوی پيشگيري از گرايش به سوء مصرف مواد است. به عبارتی ديگر، پایگاه اقتصادی پايين عامل مهمی در عدم دسترسي مهاجران از روستا به شهرهای بزرگ که فرصت های قانونی برای بهبود وضعيت خویش است. بسیاری از اين افراد، ساختار جامعه را عامل اساسی بيکاري خود و اشتغال به شغل های کاذب نظير تکدی گری، دست فروشی و اعتياد می دانند. علاوه بر اين، کم سوادی و عدم مهارت های حرفه ای و ناتوانی آن ها برای حضور و پیوستن به روابط اقتصادی رسمی شهر و در نتيجه بيکاري های مداوم، زمينه های انحراف را برای آنان بیش از ساير شهروندان رسمی فراهم می کند، لذا ارائه راهکارهای اقتصادی از جمله کاهش مهاجرت از روستاها به شهرها و استفاده از رویکردهای مداخله ای همچون مددکاری اجتماعی با محور توانمندسازی اين افراد بخصوص در حوزه اشتغال زايی مي تواند موثر باشد.

داشتن شغل و مهارت های شغلي نقش مؤثري در پيش بينی ماندگاري درمان بهبود يافتگان از اعتياد دارد. با توجه به نقش مهم اشتغال زايی در جلوگیری از بازگشت

مجدد به مصرف مواد، بر ضرورت ایجاد فرصت‌های شغلی برای پیشگیری از بازگشت به چرخه اعتیاد تاکید می‌شود (شیخ الاسلامی و محمدی، ۱۳۹۵).

راهکارهای مقابله آموزشی در مدرسه نیز بر مقابله با گرایش به مصرف موادمخدر تأثیر دارد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که وجود فرد معتاد در گروه دوستان خطر آلودگی گروه همسالان را افزایش می‌دهد (بهرامی احسان، ۱۳۸۳). مصرف مواد، الکل و تنباکو در نوجوانان مقطع ۱۱ الی ۱۸ سال به خصوص در دوره دبیرستان، هنوز مسئله اساسی بسیاری از کشورها محسوب می‌شود (ماسون^۱ و همکاران، ۲۰۰۹)، لذا پرداختن به راهکارهای آموزشی و آگاه‌سازی در پیشگیری از گرایش به مصرف مواد در مدرسه می‌تواند گام مؤثری در این زمینه باشد. از جمله عوامل خطر ساز مصرف مواد در دانش‌آموزان می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: احساس خجالت نامناسب و رفتارهای پر خاشگرانه در کلاس درس، ناکامی و شکست تحصیلی، مهارت‌های اجتماعی و سازگاران ضعیف، برقراری رابطه با همسالان منحرف یا همسالانی که به رفتارهای انحرافی گرایش دارند و شکل‌گیری این برداشت که مصرف مواد در محیط مدرسه، بین همسالان و در محیط اجتماعی قابل قبول است. لذا ایجاد برنامه‌هایی در فعالیتهای مدرسه، مشارکت در فعالیتهای ورزشی (پیکو و فیتزپاتریک^۲، ۲۰۰۴) و ارائه راهکارهای آموزشی در مدرسه از جمله آگاه‌سازی دانش‌آموزان در شناسایی دوستانی که در معرض خطر قرار دارند، باعث می‌شود تا دانش‌آموزان با درایت عمل کرده و از این افراد اجتناب کرده و از طریق به کارگیری این راهکارها باعث کاهش این عامل استرس‌زا شوند. بی‌تردید برای موفقیت در فعالیتهای پیشگیری و مقابله‌ای، با توجه به عوامل گسترده‌ای که در وقوع این آسیب عظیم اجتماعی موثرند، همکاری نهادهای مختلف اجتماع شامل خانواده، مدارس، دانشگاه‌ها، شرکت‌ها و کارخانه‌ها، رسانه‌ها، نیروی انتظامی و سایر نهادهای درگیر ضروری است (قربانی، ۱۳۹۱).

در نهایت پیشنهادهاى زیر به عنوان راهکارهای مقابله‌ای ارائه می‌گردد: الف: آموزش مهارت‌های زندگی، مهارت‌های فرزندپروری به والدین، افزایش سطح سلامت روان افراد

1. Mason

2. Fitzpatrick

در معرض خطر، افزايش ميزان آگاهي و دانش افراد. ب: ايجاد فضاهاي تفريحي و فراغي سالم جهت پر کردن اوقات فراغت براي جوانان. پ: افزايش سطح سلامت روان خانواده‌ها، شناسايي افراد معتاد در خانواده‌ها و ارائه راهکارهاي پيشگيرانه و درماني. ت: تقويت مباني ديني، اعتقادي افراد و خانواده‌ها و پايبندي به انجام فريض ديني. ح: برگزاري کارگاه‌هاي آشنائي با مواد مخدر و راهکارهاي تغيير نگرش دانش آموزان نسبت به مصرف مواد مخدر و ج: افزايش فرصت‌هاي شغلي و کاهش مشکلات مالي و فقر اقتصادي.

منابع

- اتکينسون، ريتا ال؛ اتکينسون، ريچارد سي؛ اسميت، ادوارد اي؛ يم، داريل و هوکسما، سوزان نولون (۱۳۸۷). *زمينه روانشناسي هيگارد*. ترجمه محمدنفي برهني و همکاران. تهران: انتشارات رشد.
- اسعدي، سيد حسن و اسعدي، سيده نگار (۱۳۸۹). *پيشگيري از سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان*. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوي.
- بهرامی احسان، هادی (۱۳۷۸). *بررسی مولفه‌های بنيادين سازش يافتگی در آزادگان ايراني*. رساله دکتری روانشناسي دانشگاه تربيت مدرس، چاپ نشده، دانشگاه علوم انساني.
- بهراد، بهنام (۱۳۹۴). *پيشگيري مبتني بر مدرسه؛ بهترين راهبر د براي پيشگيري از اعتياد (خلاً نظريه و عمل)*. فصلنامه سلامت اجتماعي و اعتياد، ۲(۷)، ۶۲-۴۱.
- پروين، ستار و درويشي فرد، علي اصغر (۱۳۹۴). *خرده فرهنگ فقر و آسيب‌هاي اجتماعي در محلات شهري (مطالعه موردی محله هرندي)*. فصلنامه برنامه ريزي رفاه و توسعه اجتماعي، ۲۳، ۸۹-۵۲.
- پرويزی، سرور؛ احمدی، فضل... و نيکبخت نصرآبادی، علي رضا (۱۳۸۳). *اعتياد از نگاه نوجوانان: يک پژوهش کيفي*. اندیشه و رفتار، ۱۰(۳۰)، ۲۵۷-۲۵۰.
- جمشيدی منش، منصوره؛ سلیماني فر، پروين و حسيني، فاطمه (۱۳۸۴). *ويژگی‌هاي شخصيتي، اجتماعي و اقتصادي زنان معتاد زنداني*. مجله پرستاري، ۴۰(۱۷)، ۴۷-۵۴.
- حاجی پور، حسن (۱۳۸۱). *بررسی نگرش‌هاي ناکارآمد، ميزان استرس و راهبردهاي مقابله با استرس در مرکز معتادين خود معرف با افراد عادي*. پايان نامه کارشناسي ارشد روانشناسي باليني، چاپ نشده، انستيتو روانپزشکي تهران.
- حبيبي کليبر، رامين؛ فريد، ابو الفضل و غريبي حسن (۱۳۹۳). *واکاوي پديدارشناسانه علل گرايش به اعتياد و عامل‌هاي زمينه ساز ترک آن از ديد معتادان بهبود يافته*. فصلنامه سلامت اجتماعي و اعتياد، ۱(۲)، ۵۲-۴۱.

حسینی، سيدمهدی (۱۳۹۳). *پيشگيري از اعتياد، ماهنامه اجتماعي فرهنگي ايران پاک*، شماره ۷۳.

- خادمی اشکذری، ملوک (۱۳۹۱). بررسی عوامل فردی خطر ساز در سوء مصرف موادمخدر در بین دانش - آموزان در معرض خطر دوره متوسطه. *مطالعات روانشناختی*، ۲۸(۲)، ۹۷-۱۲۱.
- خسروی، زهره؛ کیامنش، علیرضا؛ بنی جمالی، شکوه السادات و نیک منش، زهرا (۱۳۸۶). بررسی کیفی نقش عملکرد خانواده در بروز رفتارهای مخاطره آمیز نوجوانان. *مطالعات روان شناختی*، ۳(۴)، ۴۵-۴۸.
- خدایاری فرد، محمد؛ شهابی، روح اله و اکبری زردخانه، سعید (۱۳۸۶). *رابطه دینداری و خود کنترلی پایین با استعداد سوء مصرف در دانشجویان*. مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. ۱۳۲-۱۲۸.
- داداش زاده، فهیم (۱۳۸۶). نقش عوامل اقتصادی، رضامندی جنسی و عاطفی در گسست خانواده- شهر تهران. *مجله علوم انسانی*، ۱۴(۳)، ۳۹-۵۲.
- رنجبرنوشی، فرزانه؛ علیلو، مجید محمود؛ اسدی مجره، سامره؛ قدرتی، یلدا و نجارمبارکی، سیده مهسا (۱۳۹۲). مقایسه راهبردهای مقابله با استرس، کمال گرایی و خود کارآمدی در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد و افراد بهنجار. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۷(۲۵)، ۳۹-۵۶.
- زاده باقری، قادر؛ افشون، اسفندیار؛ توفیقیان، عبدالرحمن؛ عباسی، علی؛ کامکار، علی؛ براتی، مهین؛ ملک زاده، جانمحمد (۱۳۸۴). علل گرایش و روش های پیشگیری از استعمال موادمخدر در استان کهگیلویه و بویراحمد. *مجله ارمغان دانش*، ۱۱(۴)، ۸۱-۷۲.
- زکریایی، محمد (۱۳۸۲). جامعه شناسی مصرف موادمخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۲(۵)، ۵۵-۶۰.
- سروستانی، صدیق (۱۳۸۶). *آسیب شناسی اجتماعی*. تهران: سمت.
- سیام، شهره (۱۳۸۶). شیوع سوء مصرف مواد در بین دانشجویان پسر دانشگاه مختلف شهر رشت. *طیب اشراق*، ۴(۸)، ۲۷۹-۲۸۵.
- ستوده، هدایت ا... (۱۳۸۴). *آسیب شناسی اجتماعی (جامعه شناسی انحرافات)*. تهران: آوای نور.
- فخرایی، علی (۱۳۸۷). تکانشگری در افراد معتاد به موادمخدر. *فصلنامه اعتیاد*، ۳(۳)، ۵۰-۵۳.
- قربانی، مجید (۱۳۹۱). *مروری بر کلیات اعتیاد از مقابله با عرضه تا کاهش تقاضا*، مجموعه مقالات پژوهشی سوء مصرف موادمخدر در سالهای ۱۳۸۷-۱۳۸۹. تهران: انتشارات اطلاعات.
- طاووسی، محمود؛ حیدرنیا، علیرضا؛ منتظری، علی؛ طارمیان، فرهاد و احمدی، مهدی (۱۳۸۹). تاثیر مداخله آموزشی نظریه محور در پیشگیری از سوء مصرف موادمخدر در نوجوانان. *فصلنامه پایش*، ۹(۴)، ۹۹-۹۱.
- طوفانی، حمید؛ وجوآبخت، مریم (۱۳۸۰). شیوه های مقابله و نگرش های ناسالم در معتادان به موادمخدر و افراد سالم. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۷(۲۰۱)، ۵۵-۶۲.
- ظهور، علیرضا و توکلی، علی (۱۳۸۱). وضعیت نگرش مذهبی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی کرمان در سال ۱۳۸۰. *ارمغان دانش*، ۷(۲۸)، ۳۱-۱۸.

- عصاريان، فاطمه؛ اميدي، عبدالله و اكبري، حسين (۱۳۸۳). بررسي ويژگي‌هاي روانشناختي و شخصيتي معتادان زنداني در شهر كاشان. *فيض*، ۱۸(۱)، ۳۷-۴۲.
- كرباسي، محمد و وكيليان، محمد (۱۳۷۷). *مسائل نوجوانان و جوانان، تهران. دانشگاه پیام نور.*
- كلانتري، محمد (۱۳۷۷). نقش ارتباط با خداوند در پيشگيري از اعتياد. *ماهنامه علمي و فرهنگي و اجتماعي سراب، نشریه ديبرخانه شوراي هماهنگي مبارزه با موادمخدر شهرستان اصفهان، پيش شماره دوم.*
- محمودي، غفارعلي؛ نورمحمدي، حسن؛ عزيزپورفرد، يونس و فرهادي، علي (۱۳۹۴). بررسي علل گرايش به موادمخدر از نظر بيماران با تشخيص مسموميت موادمخدر و اعتياد مراجعه كننده به بيمارستان‌هاي آموزشي شهر خرم آباد. *فصلنامه علمي پژوهشي دانشگاه علوم پزشكي لرستان*، ۱۷(۱)، ۶۲-۵۵.
- نريمانی، محمد (۱۳۸۱). *اعتياد و روش‌هاي پيشگيري و درمان آن در اردبيل. انتشارات شيخ صفي الدين اردبيلي.*
- نديمي، محسن (۱۳۹۴). نقش مذهب و نهادهاي مذهبي در پيشگيري از سوءمصرف مواد. *فصلنامه سلامت اجتماعي و اعتياد*، ۲(۶)، ۹۰-۶۳.
- نوجوان، كمال و اصغري، محمود (۱۳۹۳). تعيين روش موثر پيشگيري براساس راهبردهاي کاربردي پيشگيري از اعتياد. *فصلنامه سلامت اجتماعي و اعتياد*، ۱(۳)، ۱۴۶-۱۲۱.
- نجفي ابرندآبادي و علي حسين (۱۳۸۷). *جزوه جرم شناسي، تهران: دانشگاه شهيد بهشتي.*
- هزارجربیی، جعفر؛ ترکمان، مهدي و مرادي، غلامرضا (۱۳۸۹). عوامل موثر بر گرايش نوجوانان و جوانان پسر شهرستان كرج به مصرف موادمخدر. *فصلنامه مديريت انتظامي*، ۲(۲)، ۳۳۸-۳۲۲.
- واحد چوكده، حسين؛ حسين خانزاده، عباسعلي؛ شاكري نيا، ايرج و سيدنوري، سيده زهرا. (۱۳۹۴). پيشگيري از اعتياد در محيط‌هاي آموزشي با تاكيد بر برنامه درسي پنهان. *فصلنامه سلامت اجتماعي و اعتياد*، ۲(۱)، ۷۸-۵۷.
- جهانتاب، محمد (۱۳۹۴). دوستان ناباب و اعتياد نوجوانان. *فصلنامه سلامت اجتماعي و اعتياد*، ۱(۴)، ۷۸-۶۳.
- نوروزي، حسن؛ حسيني، سيد جواد و نجفي، محمود (۱۳۹۴). اعتياد، خانواده و مداخله‌هاي خانواده‌محور. *فصلنامه سلامت اجتماعي و اعتياد*، ۲(۷)، ۱۲۲-۹۷.
- نوري، ربابه (۱۳۹۳). مدرسه و پيشگيري از مصرف مواد: نگاهی به رويکردها و اصول پيشگيري از مصرف مواد در کودکان و نوجوانان. *فصلنامه سلامت اجتماعي و اعتياد*، ۱(۱)، ۷۰-۵۹.
- شيخ الاسلامي، علي و محمدي، نسيم (۱۳۹۵). نقش شغل در درمان بهبوديافتگان از اعتياد. *فصلنامه سلامت اجتماعي و اعتياد*، ۳(۱۲)، ۳۸-۱۳.

Audrain-McGovern, J., Wileyto, E. P., Ashare, R., Cuevas, J., Strasser, A. A (2014). Reward and Affective Regulation in Depression Prone Smokers. *Biological Psychiatry*, 76(9), 689-697.

Ball, S. A (1998). Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: Dual Focus Schema Therapy. *Addictive Behaviors*, 23(6), 883-891.

- Botvin, G. J (1999). Long ° term follow up results of randomized drug abuse prevention trail middle class population. *Journal of the American medical association*, 273(14), 1106- 1112.
- Botvin, G. J (2000). Prevention drug abuse in school. Social and competence enhancement approaches targeting individual ° level etiological factors. *Addictive Behavior*, 25(6), 887 -897.
- Botvin, G. J., Griffin, k. W (2004). Life skills Training: Empirical Findings and future Directions. *The journal of primary prevention*, 25(2), 211-232.
- Dembo, R., Wothke, W., Shemwell, M., Pacheco, K., Seeberger, W., Rollie, M., Livingston, S (2000). A structural model of the influence of family problems and child abuse factors on serious delinquency among youths processed at a juvenile assessment center. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 10(1), 17-31.
- Elgar, J., Arlett, C., & Groves, R. (2013). Stress, coping and behavioral problems among rural and urban adolescents. *Journal of Adolescents*, 26(5), 574-585.
- Farris, S. G., DiBello, A. M., Heggeness, L. F., Reitzel, L. R., Vidrine, D. J., Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J (2016). Sustained smoking abstinence is associated with reductions in smoking-specific experiential avoidance among treatment-seeking smokers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 51-57.
- Franques, P., Auriacombe, M., & Tignol, J (2000). Addiction and personality. *Journal of Encephale*, 26(1), 68-78.
- Galanter, M (2006). Innovations: Alcohol & drug abuse, spirituality in alcoholics anonymous. *Psychiatric Services*, 57(3), 307-309.
- Johnson, A. L., McLeish. A. C (2016). The indirect effect of emotion dysregulation in terms of negative affect and smoking-related cognitive processes. *Addictive Behaviors*, 53, 187-192.
- Kardia, S. L., Pomerleau, C. S., Rozek, L. S., Marks, J. L (2003). Association of parental smoking history with nicotine dependence, smoking rate, and psychological cofactors in adult smokers. *Addictive Behavior*, 28(8), 1447-1452.
- Levinson J. h., Ruiz, P., Millman, R. B., langrod, J. G (1997). *Substance Abuse (A Comprehensive Text Book)*.3th Ed .Boston: Williams &Wilkins press.
- Mason, W. A., Kosterman, R., Haggerty, K. P., Hawkins, J. D., Redmond, C., Spoth, R. L (2009). Gender moderation and social developmental mediation of the effect of a family-focused substance use preventive intervention on young adult alcohol abuse. *Addictive behavior*, 34(6-7), 599-605.
- Piko, B. F., Kovacs, E (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use. *Addictive Behavior*, 35(1), 53-56.
- Piko, B. F., Fitzpatrick, K. M (2004). Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive behavior*, 29(6), 1095-1107.
- Smith, C (2003). Theorizing religious effects among American adolescents. *Journal for the scientific study of religion*, 42, 17-30.
- Weinberger, A. H., Pilver, C. E., Desai, R. A., Mazure, C. M., McKee, Sh. A. (2013). The relationship of dysthymia, minor depression, and gender to changes in smoking for current and former smokers: Longitudinal evaluation in the U.S. population. *Drug and Alcohol Dependence*, 127(1-3), 170-176