



عنوان :

« بررسی نقش مدرسه در آگاه سازی نوجوانان نسبت به پدیده اعتیاد »

استاد:

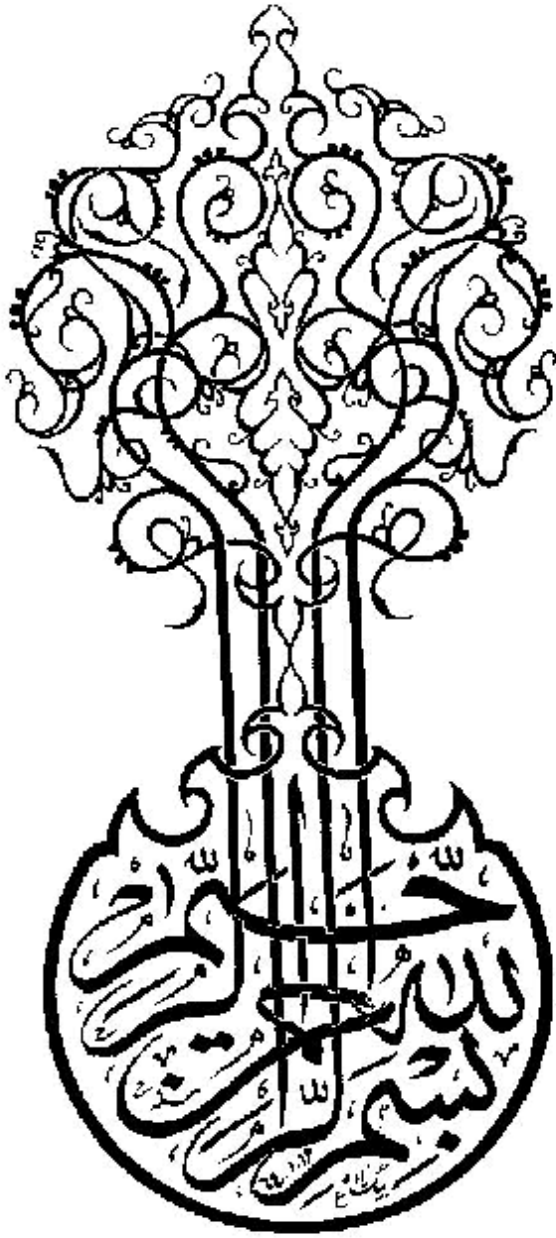
خانم دکتر توکلی

دانشجو:

علیرضا برنگی

881702431062

سال تحصیلی: 1390-91



فصل اول: کلیات تحقیق

2.....	بیان موضوع:
3.....	اهمیت و ضرورت تحقیق:
4.....	اهداف تحقیق:
5.....	فرضیه های تحقیق:
6.....	تعریف مفاهیم و واژگان:

فصل دوم: ادبیات نظری

8.....	مقدمه:
9.....	اعتیاد: انحراف اجتماعی
10.....	پدیده اعتیاد:
12.....	علل بالقوه ای که منجر به اعتیاد در نوجوانان می شود
13.....	نقش مدارس و مدیریت در مدارس
14.....	بهترین راهکار
15.....	انواع تقسیم بندی مواد مخدر:
16.....	توصیه پیشگیرانه به والدین
20.....	مراحل اعتیاد:
21.....	مدارس و اعتیاد:
23.....	سیر تاریخی در کشورهای مختلف و ایران
24.....	بهداشت مدارس:
27.....	نظریه ها و تئوریاها:
27.....	تئوری هویت اجتماعی
28.....	تئوری انتشار نوآوری ها

31	..... آشنایی با مواد اصلی اعتیاد آور در ایران
34	..... اصولی برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر در مدارس
36	..... آموزش به زبان همسالان در مدارس
39	..... آموزش بهداشت در مدارس
39	..... آگاه سازی نوجوانان:
42	..... آموزش مهارت های زندگی در مدارس
45	..... توصیه پیشگیرانه (دوستانه) به جوانان و نوجوانان

### فصل سوم: روش تحقیق

49	..... مقدمه
50	..... نوع پژوهش
50	..... جامعه پژوهش
50	..... حجم نمونه
51	..... متغیر های پژوهش
51	..... گام های تحقیق:
52	..... ابزار گردآوری داده ها
53	..... روش تجزیه و تحلیل اطلاعات:

### فصل چهارم: تجزیه تحلیل داده ها

55	..... مقدمه
55	..... آمار توصیفی
55	..... نوع مدرسه:
57	..... جنسیت
58	..... آمار استنباطی
58	..... آزمون فرضیه شماره یک
59	..... آزمون فرضیه شماره دو
60	..... آزمون فرضیه شماره سه

60 ..... آزمون فرضیه شماره چهار

61 ..... آزمون فرضیه شماره چهار

### فصل پنجم: نتیجه گیری و پیشنهادات

64 ..... مقدمه:

65 ..... فرایند تحقیق

66 ..... نتیجه گیری از فرضیات

66 ..... پیشنهادات

68 ..... منابع:

فصل اول:

کلیات تحقیق

## بیان موضوع:

مدرسه به عنوان یک ساختار اجتماعی، برای آموزش، محیطی را فراهم می نماید که کودک در آن سالیان حساس زندگی خود را سپری می کند. هنگامی که کودک، دبستان را آغاز می کند 6 سال از عمرش گذشته است و از محیط خانه به واحد اجتماعی مدرسه وارد و با محیط و خطرات تهدیدکننده سلامتی، تماس بیشتری پیدا می کند. به اعتقاد کارشناسان بهداشت، بیماری جسمی یا روحی دانش آموزان فقط یک فرد را تهدید نمی کند، بلکه آینده جامعه را به خطر می اندازد و به همین دلیل آموزش در مدارس می تواند تضمین کننده سلامت جامعه باشد. دانش آموزان دوره های مختلف رشد و دوره های حساس زندگی را طی می کنند، بنابراین هر گونه غفلت از سوی والدین، دانش آموزان، معلمان و مربیان، بهای سنگینی را از نظر مادی و معنوی به جامعه تحمیل می کند. آموزش عدم مصرف سوء موادمخدر در مدارس از وظایف خطیری است که در درجه اول به عهده معلمان و مربیان و در درجه دوم به عهده والدین نوجوانان است. (رمضانخانی، 1378)

### **اهمیت و ضرورت تحقیق:**

رفتارهای پر خطر مهمترین عامل به خطر افتادن سلامت جامعه اند. امروزه شیوع رفتارهای پرخطر بخصوص در نوجوانان و جوانان به یکی از مهمترین و گسترده ترین دل نگرانیهای جوامع بشری تبدیل شده است. علیرغم فعالیتهای پیگیرانه سه دهه گذشته رفتارهای مخاطره آمیز در سطح جهان دارای رشد تصاعدی بوده است. هزینه پزشکی و مراقبتی آن رو به افزایش است. حال آنکه پیشگیری، تنها راه مقابله تشخیص داده شده است. تغییر رفتارهای بهداشتی مردم مستلزم اطلاع و آگاهی آنهاست. در این میان مدرسه، خانواده و جامعه بیشترین شانس ارائه آگاهی و آموزش در رابطه با مسئله اعتیاد دارند. لذا میزان آگاهی و آموزش مستمر آنها حائز اهمیت است. در این راستا پژوهش با هدف بررسی نقش مدرسه در آگاه سازی نوجوانان نسبت به پدیده اعتیاد انجام گرفت. درونه و رضایی ، (1387).



### **اهداف تحقیق:**

الف - هدف کلی تحقیق:

Ø بررسی نقش مدرسه در آگاه سازی نوجوانان نسبت به پدیده اعتیاد در دبیرستان های شرق شهر تهران

ب - اهداف فرعی تحقیق:

Ø بررسی نقش فرهنگ حاکم بر مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق شهر تهران نسبت به پدیده اعتیاد.

Ø بررسی نقش برنامه های علمی - آموزشی مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق شهر تهران نسبت به پدیده اعتیاد.

Ø بررسی نقش برنامه های پرورشی مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق شهر تهران نسبت به پدیده اعتیاد.

Ø بررسی نقش تخصص معلمان و مدیران مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق شهر تهران نسبت به پدیده اعتیاد.

## فرضیه های تحقیق:

الف - فرضیه اعم:

Ø مدرسه در آگاه سازی نوجوانان نسبت به پدیده اعتیاد در دبیرستان های شرق شهر تهران موثر است.

ب - فرضیه های اخص تحقیق:

Ø فرهنگ حاکم بر مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق شهر تهران نسبت به پدیده اعتیاد موثر است.

Ø برنامه های علمی - آموزشی مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق شهر تهران نسبت به پدیده اعتیاد موثر است.

Ø برنامه های پرورشی مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق شهر تهران نسبت به پدیده اعتیاد موثر است.

Ø تخصص معلمان و مدیران مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق شهر تهران نسبت به پدیده اعتیاد موثر است.

## تعریف مفاهیم و واژگان:

الف) اعتیاد:

یک بیماری روانی، اجتماعی و اقتصادی است که از مصرف غیرطبیعی و غیر مجاز برخی مواد مانند تریاک، حشیش و... ناشی می شود و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژیک فرد مبتلا (معتاد) به این مواد می شود. و در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی وی تأثیرات نامطلوب بر جای می گذارد. درونه و رضایی، (1387).

ب) فرهنگ:

فرهنگ فرهنگ مجموعه پیچیده ای است که در برگیرنده دانستنیها، اعتقادات، هنرها، اخلاقیات، قوانین، عادات و هرگونه توانایی دیگری است که بوسیله انسان بعنوان عضو جامعه کسب شده است (تایلر، 1871). معهذا در هر بافت فرهنگی، سوء مصرف مواد به سلامت فرد، زندگی خانوادگی، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه آسیب می رساند.

فصل دوم:

## ادبیات نظری

### مقدمه:

با عنایت به اینکه گروه نوجوان و جوانان جامعه و عمدتاً دانش آموزان یکی از گروه های اصلی در معرض خطر برای رفتارهای پرخطر ایدز و اعتیاد می باشند، بدیهی است آموزش آنان بایستی در اولویت برنامه های آموزشی قرار گیرد و تاکید بر مشاوره بعنوان اساسی ترین راه پیشگیری از بروز و شیوع رفتارهای پرخطر در جامعه مد نظر قرار گیرد (درونه و رضایی ، 1387)

برخی از رفتارهای نسبتاً شایع در ایران مانند سوراخ کردن گوش در خانمها و یا خالکوبی در آقایان و خانمها از نظر مریبان بی خطر شناخته شده است. حال آنکه، این پدیده راه انتقال خونی بسیاری از بیماری ها است. این مسئله نشان می دهد، شیوه های انتقال خاصی که می تواند در فرهنگ ما خطر آفرین باشد، برای بسیاری شناخته شده نیست. در مجموع اطلاعات ناکافی در مورد راههای عمودی انتقال وجود داشت. از آنجاییکه مریبان بهداشت مدارس بیشتر با افراد کم سال و خانواده ها سروکار دارند، عدم اطلاع از این امر موجه به نظر نمی رسد، زیرا مریبان بهداشت مسئولیت حفظ بهداشت محیط را نیز به عهده دارند پیش بینی می شد که آنها در زمینه ضد عفونی کردن، جهت مقابله این ویروس، دانش بیشتر داشته باشند. همه این مسائل مسئولیت نظام بهداشتی را برای آموزش مجدد این عزیزان مورد تاکید قرار می دهد. (نفیسی، 1378).

## اعتیاد: انحراف اجتماعی

اعتیاد یک بیماری روانی، اجتماعی و اقتصادی است که از مصرف غیرطبیعی و غیر مجاز بر خی مواد مانند الکل، تریاک، حشیش و... ناشی می شود و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژیک فرد مبتلا (معتاد) به این مواد می شود و در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی وی تأثیرات نامطلوب بر جای می گذارد. بررسی پدیده اعتیاد در قالب علوم پزشکی، روان شناسی و جامعه شناسی صورت می گیرد. از سال 1964 میلادی، سازمان بهداشت جهانی استفاده از عبارت وابستگی دارویی یا وابستگی به دارو را به جای اصطلاح اعتیاد توصیه نموده است، اما استفاده از اصطلاح اعتیاد هنوز رایج است. انحراف (اعتیاد): رفتار به تنهایی انحراف خوانده نمی شود. مگر اینکه با تعریف انحراف قابل انطباق باشد. هوارد بکر از جامعه شناسان معاصر می گوید منحرف کسی است که بر حسب جرم با موفقیت به او زده شود. رفتار انحرافی رفتاری است که مردم آن را انحراف تعریف کنند. رفتار انحرافی رفتاری است که به طریقی به انتظارات رفتاری مشترک یک گروه خاص سازگاری ندارد و دیگر اعضای جامعه آن را ناپسند می دانند در واقع هر جامعه از اعضای خود انتظار دارد از ارزش ها و هنجارها تبعیت کنند. اشخاصی که براساس این ارزشها رفتار کنند سازگار و هم نوا و اشخاصی که برخلاف آن رفتار کنند ناسازگاری ناهموار خوانده می شوند. به پاره ای از رفتارهای انسانی که برخلاف هنجارها و قوانین اجتماعی می باشد جرم تلقی می شود و انحراف اجتماعی می گویند (رمضانخانی، 1378)

## پدیده اعتیاد:

وابستگی روانی و جسمی به یک دارو را اعتیاد می نامند که باعث احساس اجباری برای ادامه مصرف از بعد جسمی و برای فرار از درد و رنج و اضطراب که منجر به وابستگی روانی می شود. افراد معتاد، افرادی نامتعادل، مهاجم و سرخورده هستند که ارزش ها و ملاک های اجتماعی را در مقابل خود می بینند و در پدیده مکانیزم دفاعی قرار می گیرند. این دسته از افراد چه در سن میانسالی، جوانی و نوجوانی نسبت به خانواده و اجتماع حالت کینه و تنفر دارند که در واقع این معضل در کشور عزیزمان چالش برانگیز شده است؛ چرا که آمارها حاکی از افزایش تعداد روزافزون معتادان در جامعه است که صاحب نظران علل عمده آن را قابل دسترس بودن مواد می دانند.

وابستگی به موادمخدر را می توان به چند دسته تقسیم کرد:

الف - وابستگی به مواد افیونی که می توان به تریاک و مشتقات آن اشاره کرد.

ب - وابستگی به مواد محرک که می توان از کوکائین، آمفی تامین و همچنین کافئین نام برد.

پ - وابستگی به مواد توهم زا که از جمله ال اس دی و اکستازی را می توان نام برد.

ج - وابستگی به حشیش و مشتقات آن که شامل ماری جوانا می شود.

د - وابستگی به داروهای مسکن و خواب آور

ه - وابستگی به نیکوتین که شاخص ترین ماده دارای نیکوتین سیگار است.

علاوه برطبقات فوق مواد استنشاقی مثل حلال ها، چسب ها و ... شامل طبقه دیگر وابستگی می شود که دارای اثراتی توهم زا هستند و یکی از رایج ترین آنها شیشه است.

به هر حال زیرگوش یکی از بزرگ ترین کشورهای تولیدکننده و صادرکننده موادمخدر هستیم و در امان ماندن از هجوم این مواد به داخل کشورمان نه پدیده ای جدید است و نه با توجه به هزینه های سنگین صرف شده در کوتاه مدت قابل حل شدن است. این وضعیت باعث شده که اعتیاد در ایران در میان سایر کشورها نسبت به جمعیتش رتبه اول را به خود اختصاص دهد؛ چرا که تقریباً طبق آمارهای غیررسمی ارایه شده از هر 20 نفر، یک شخص در ایران معتاد است.

به هر حال، آمار نامشخص دو یا چهار میلیونی معتادان به کابوسی منجر شده است که همچنان به جمعیت پنهان و مخفی معتادان افزوده می شود. با توجه به اینکه جمعیت معتادان در حال جوان تر شدن است و از سنین بالاتر به پایین می آیند متاسفانه گریبانگیر نوجوانان که آسیب پذیرترین گروه سنی هستند، هم شده است. 75 درصد معتادان در سنین کمتر از 15 سالگی اعتیاد را شروع می کنند. آمارها می گوید: نیم درصد دانش آموزان یا به عبارتی 70 هزار نفر از دانش آموزان معتاد هستند البته آمارهای رسمی از پنج هزار معتاد خبر می دهد. تعداد دانش آموزان پسر معتاد در معرض خطر اعتیاد بیش از دختران است. احتمال دسترسی به موادمخدر برای نوجوان نسبت به قبل از آن پنج برابر افزایش یافته است. 60 درصد معتادان کشور از دبیرستان شروع به استفاده از مواد می کنند، هر نوجوان معتاد می تواند تا 10 نفر را معتاد کند (رمضانخانی، 1383)



## علل بالقوه ای که منجر به اعتیاد در نوجوانان می شود

در اینجا ما باید از ریزفاکتورهای نام ببریم که منجر به این می شود که نوجوان به سمت این مواد کشیده می شوند و این ریزفاکتورها شامل سه عامل است. 1- ریزفاکتور فردی که شامل پرخاشگری دوران کودکی، طرد شدن از سوی همسالان و رابطه ناموفق با آنان، بیش فعالی در دوران کودکی، عملکرد ضعیف تحصیل و اخراج از مدرسه، افسردگی، اضطراب، خود تنظیمی پایین 2- ریزفاکتور خانواده که شامل غفلت و دیده نشدن فرد در جمع خانواده، مورد سوءاستفاده قرار گرفتن چه از لحاظ فیزیکی و چه احساسی، مصرف مواد در خانواده، چارچوب بسیار شدید و قانونمند یا بی ثباتی خانواده 3- ریزفاکتور محیط یا بافت اجتماعی که شامل در دسترس بودن مواد، فقر و محرومیت اقتصادی و زندگی در محیط های شلوغ اجتماعی.

البته باید این امر را در نظر داشت که ریزفاکتورهای فردی بسیار مهم هستند و اینکه معضل اعتیاد چند بعدی است و به تنهایی نمی توان گفت که کدامیک از علل آن به شمار می رود.

از همه مهم تر عوامل حمایت کننده یا عامل پیشگیری کننده است که خانواده در آن نقش بسزایی دارد. اینکه خانواده، فرزندش را به گونه ای تربیت کند که فرد قدرت حل مساله بالایی را داشته باشد، خود کارآمدی اش بالا باشد، از هوش نسبتا خوبی برخوردار باشد و در نهایت خانواده در همه جنبه ها بتواند حمایت گر مناسبی باشد و علاوه بر آن اعضای خانواده در تعامل با یکدیگر باشند و به فرزندان شان به راحتی «نه گفتن» را بیاموزند و اینکه فرد عملکرد تحصیلی مناسبی داشته باشد.

خانواده در زمینه پیشگیری تقدمش بیشتر است. اما به هیچ عنوان نمی توان منکر اجتماع شد، اعتیاد یک پدیده چند بعدی است فقط درصدهای هر کدام متفاوت است. در نوجوانان درصد و نقشی که خانواده دارد بیشتر است تا نسبت به افراد در گروه سنی بالاتر.

امروزه با توجه به آموزش و آگاه سازی که برای پیشگیری و کاهش استفاده از موادمخدر به انجام می رسد، اما باز ما شاهد افزایش استفاده از موادمخدر هستیم. آگاهی و آموزش لازم است اما کافی نیست؛ چرا که نوجوان ها در فرآیند خود هویت یابی هستند یعنی اینکه از لحاظ بیولوژیکی و فیزیولوژیکی می خواهند هر چیزی را تجربه کنند. نوجویی در نوجوان چه در موارد خوب و چه در موارد بد متاسفانه وجود دارد؛ اما عوامل حمایت کننده خانوادگی در این سن نقش مهم تری در آگاه سازی دارد.

نوجوانان کمتر به سراغ کوکائین و هروئین می روند چون نسبت به سایر مواد دیگر، گران تر هستند و نوجوانان کمتر به سمت آنان می روند. اما جدیداً کریستال یا همان شیشه به دلیلی که بسیار در دسترس است، استفاده اش هم بالطبع بیشتر است و مصرف شیشه به دلیل اینکه بویی از خود برجای نمی گذارد به نسبت سایر مواد، مصرف کنندگان بیشتری مخصوصاً در میان نوجوانان پیدا کرده است (درونه و رضایی ،

(1387)

### **نقش مدارس و مدیریت در مدارس**

مهم ترین شخص در مدرسه، معلم است، معلمان در فرآیند خود هویت یابی در دوران بلوغ نوجوان نقش مهمی دارند. لازم است که معلمان قبل از شروع تدریس برای اولین بار به کلینیک های مشاوره مراجعه یا حداقل یک کتاب روان شناسی رشد را مطالعه کنند. (منشی و همکاران، 1382).

## علل گرایش بیشتر پسران نسبت به دختران

می توان گفت اختلال سلوک و شخصیت ضداجتماعی پسران نسبت به دختران بیشتر است که این عامل همان طور که گفته شد مجموعه ریزفاکتورهای فردی است اما با توجه به شرایط فرهنگی در خانواده ها، آمار دختران معتاد را کمتر ارایه می دهند.

طی تحقیقاتی که در سال 85-86 انجام شد، نزدیک هفت هزار سایت وجود داشت که اعتیاد و استفاده از مواد مخدر را تبلیغ می کرد که امروزه طبق آمارها به بالای 50 هزار سایت رسیده، اما همان طور که گفتیم چه این سایت ها باشد چه نباشد، چه آگاهی ها داده شود، چه داده نشود، نوجوان در پی نوجویی است و تا زمانی که از لحاظ خود هویت یابی کامل نشود، به سمت مواد کشیده می شود. اگر 10 هزار سایت مروج اعتیاد می باشد، در کنارش 20 هزار سایت موجود است که به مضرات این مواد پرداخته است اما برای نوجوان فرقی نمی کند. فقط خانواده باید از همان اوان کودکی، جنبه حمایتی خود نسبت به فرزندش را دست ندهد. (درونه و رضایی، 1387)

## بهترین راهکار

متأسفانه خانواده ها اول به حفظ آبرو و حیثیت خود می پردازند و ناخواسته سایه حمایتی خود را از روی فرزندان شان بر می دارند با اینکه در بهترین کلینیک ها آنها را سم زدایی می کنند اما نوع ارتباط شان را با فرزندشان کم می کنند، از نادیده گرفتن آنها گرفته تا پرهیز از برخورد کلامی و چهره ای و توصیه من به عنوان یک روانشناس که در این کلینیک ها مشغول به کار هستم، این است پول زیاد و امکانات زیاد خانواده به درد فرزندشان نمی خورد. آنها در درجه اول باید بپذیرند که فرزندشان معتاد است، این پذیرش از لحاظ

فکری و احساس بسیار مهم است که باعث همدلی می شود و سپس اقدام های لازم را برای سم زدایی شروع کنند. از آنجا که اعتیاد دارای دو بعد جسمی و روانی است، باید به روان فرد معتاد نیز توجه شود و از روانشناسان، روانکاوها و مددکارهای اجتماعی در این زمینه کمک بگیرند.

اگر این بازگشت و عود نباشد، جای تعجب دارد. خانواده باید خود را آماده کند که حداقل چندین بار برای فرزندش این اتفاق می افتد و باید بیفتد تا در مسیر طبیعی ترک قرار گیرد. (مجلسی، 1357).

آنچه که حایز اهمیت است اینکه اعتیاد یک پدیده روانی است نه لزوما اجتماعی و جسمانی. عوامل روانی بیشترین تاثیر را دارد و باید برای درمان آن به جنبه روانی بیشتر تاکید کرد و اینکه خانواده ها بدانند اعتیاد یک معلول است و یک نتیجه و به عنوان یک علت به آن ننگرند. پیشگیری روانی و مخصوصا ریزفاکتورها نقش بسزایی برای رهایی از این معضل دارد. (نفیسی، 1378).

### **انواع تقسیم بندی مواد مخدر :**

برای مواد مخدر تقسیم بندی های متعددی در نظر گرفته شده است که از آن جمله است تقسیم بندی بر مبنای تهیه دارو و بر مبنای آن مواد مخدر را به دو دسته تقسیم می کنند :

- 1) داروهائیکه از منابع طبیعی (گیاهی) بدست می آیند مثل : تریاک ، حشیش و ماری جوانا .
- 2) داروهائیکه از منابع معدنی و صنعتی در لابراتوارها و آزمایشگاهها تهیه می شوند مثل: متادون ، لومینال ، ال اس دی و هروئین .

نوع دیگری از تقسیم بندی مواد مخدر بر مبنای نوع تأثیری است که بر روی بدن انسان دارند :

- 1) داروهای مخدر یعنی داروهائی که ایجاد رخوت و سستی می نمایند مثل تریاک .

2) داروهای مسکن مثل مرفین .

3) داروهای منوم (خواب آور) مثل لومینالها .

4) داروهای محرک مثل آمفتامین ها .

5) داروهای مهیج مثل کوکائین .

6) داروهای وهم آور و خیال انگیز مثل حشیش .

7) داروهای زایل کننده مثل ال اس دی .

که البته این نوع تقسیم بندی هرگز نمیتواند مرز مشخصی بین داروهای مورد نظر برقرار کند زیرا بسیاری از آنها دارای آثار و خواص مشترک هستند. (Berry , 1996).

### **توصیه پیشگیرانه به والدین**

1. درباره مواد اعتیادآور (علل و عوامل مؤثر در مصرف مواد، خطرات، عوارض و علائم آن ) اطلاعات کافی کسب کنید.
2. مهارت های تربیتی خود را افزایش دهید.
3. الگوی مناسبی برای فرزندان خود باشید و هرگز بر خلاف گفته خود عمل ننمایید.
4. فضایی ایجاد کنید که فرزندان در آن احساس آرامش کنند .
5. به صحبت های فرزندان خوب گوش کنید. با لبخند، تکان دادن سر و استفاده از جملات مثبت نظیر «چقدر جالب»، «من این را نمی دانستم». و ... آنها را به گفتن بیشتر تشویق کنید.
6. شرایطی ایجاد کنید که شما را محرم اسرار خود بدانند.
7. از فرزندان انتظار نداشته باشید آرزوهای برآورد نشده شما را تحقق بخشند.
8. از قبل، خود را برای پاسخگویی به سئوالات کنجکاوانه فرزندان آماده نمایید.

ممکن است روزی از شما بپرسند که آیا تاکنون مواد مصرف کرده اید؟ این فرصت خوبی است که علت عدم مصرف خود را به زبان سالهای جوانی به آنها منتقل کنید، یا اگر احیانا قبلا مصرف کرده اید علت گرایش خود به مواد و سپس کنار گذاشتن آن را به ایشان بگوئید و اینکه حالا چرا می خواهید ایشان اشتباه شما را تکرار نکنند . بیاد داشته باشید که نباید مسائل را بیش از اندازه تشریح کنید مبادا کنجکاوی آنها برانگیخته شود.

9. با تقویت قدرت اعتماد به نفس، تصمیم گیری و از بین بردن افسردگی و کم رویی فرزندان، آنها را در برابر شرایط آسیب زا مقاوم سازید.

10. راه مقاومت و پایداری در برابر فشار همسالان را در خصوص مصرف موادمخدر به فرزندانتان بیاموزید تا از « نه » گفتن به آنها نهراسند.

11. موانع را بردارید. به فرزندانتان انگیزه داده و از آنها حمایت کنید.

12. وقت بیشتری را با فرزندانتان صرف کنید. با آنان به رستوران، پارک، کوه، سینما و ... بروید. باتفاق آنان به موسیقی گوش دهید و از همه مهمتر به آنان ابراز عشق کنید و بگویید که دوستشان دارید.

13. سعی کنید حتی آهنگ صدایتان ملا یم و دوستانه باشد.

14. مواضع خود را برابر سیگار، مواد مخدر و الکل مشخص نموده، صریحاً آنها را به زبان بیاورید.

15. عقاید خود را به زور به آنها تحمیل نکنید.

16. نظم و قانون مناسب و سازنده مشخصی در خانواده برقرار سازید و برای سرپیچی از آن تنبیهات مناسبی در نظر بگیرید و قاطعانه آنها را به مرحله اجرا در آورید.

17. سعی کنید در ساعات غذا خوردن همه اعضاء خانواده را دور هم جمع کنید.

18 . فرزندان خود را قبل از رسیدن به سنین بحرانی نسبت به مضرات و عواقب ویرانگر مصرف مواد مخدر آگاه سازید.

19 . آنان را بیش از اندازه و بطور اغراق آمیز نترسانید.

20 . از چگونگی دوست یابی و معاشرت فرزندان خود با دیگران آگاه باشید. با والدین دوستانشان ارتباط برقرار کنید. در صورتی که به منزل دوستشان رفتند حتماً از حضور والدین ایشان در منزل مطمئن شوید و به حضور سایر اعضای خانواده اکتفا نکنید.

21 . به نحوه خرج کردن پول توسط فرزندان اهمیت بدهید.

22 . برای اوقات فراغت آنان برنامه ریزی کنید. همواره آنان را به مطالعه، ورزش و تفریحات سالم ترغیب نمائید و زمینه این امور را برایشان فراهم کنید.

23 . زمان مناسبی را به گفتگو اختصاص دهید. چرا که فرزند شما ارزش نصایحتان را با ارزش زمانی که به آن اختصاص داده اید می سنجد.

24 . راهنمایی های خود را از طریق مربیان و دبیران شان به آنها منتقل کنید. جوانان باورها و ارزش های خود را دارند. طبیعتاً اگر والدین بهترین نصایح را هم بگویند ممکن است آنها را نپذیرند. شنیدن نصایح شما از زبان مربیان و دبیران شان تأثیر بیشتری بر آنها می گذارد.

25 . بین فرزندان تبعیض قائل نشوید.

26 . تفکر انتقادی را که از ویژگیهای دوران بلوغ و نوجوانی است، در فرزندان خود سرکوب نکنید.

27 . آنان را به رعایت اصول مذهبی و انجام فرائض دینی تشویق کنید.

28 . در انجام فعالیت های منطقی به فرزندان خود استقلال و آزادی بدهید.

- 29 . در رفتارهای خود بیشتر دقت کنید. ممکن است با تمسخر یک معتاد و یا صحبت کردن با لحن افراد معتاد پیامی نادرست به فرزندتان منتقل کنید.
- 30 . اگر می خواهید مانع پویایی و رشد جسم و روان فرزندانتان نشوید، از انتقاد غیر سازنده، تمسخر و شرمندگی کردن آنان مخصوصاً در مقابل دیگران جداً پرهیزید.
- 31 . فرزندانتان را به خاطر رفتارهای مثبت آنان تشویق کنید.
- 32 . در موقعیت های بحرانی، فشارها و تنش های روحی، راهنما و همراه فرزندتان خود باشید.
- 33 . هرگز فضای خانه را متشنج ننموده و از مشاجره و بحث های بیهوده پرهیزید.
- 34 . مسئولیت و تکلیفی به فرزندتان خود بدهید که با توان آنان متناسب باشد.
- 35 . در روابط خود با فرزندانتان همواره صادق و مهربان باشید.
- 36 . از تنها گذاشتن فرزندتان خود در منزل، بویژه هنگامی که به مسافرت یا میهمانی می روید جداً خودداری نمائید.
- 37 . به حس ششم خود توجه کنید. هر گاه در درون خود احساس کردید که مشکل خاصی وجود دارد حتماً آنرا جدی بگیرید.
- 38 . در صورت شک و تردید، وسائل شخصی و لباسهای فرزندانتان را مخفیانه بازرسی نمائید.
- 39 . ترحم به معتادین محله تان را خیانت به فرزندتان خود بدانید.
- 40 . همواره در نظر داشته باشید که خانواده ها در زمینه پیشگیری از اعتیاد نقش بسیار مؤثرتری در مقایسه با نیروی انتظامی و سایر سازمان های مسئول بر عهده دارند.



41. رعایت بسیاری از نکات مذکور منحصر به والدین نبوده بلکه سایر اعضای خانواده بویژه برادران و

خواهران بزرگتر را نیز در برمی گیرد و چه بسا تاثیرپذیری جوانان و نوجوانان از آنها در بسیاری از

موارد بیش از پدر و مادر باشد. (نوری، 1373)

### **مراحل اعتیاد :**

#### **1- مرحله آشنایی**

این مرحله با تشویق دیگران (مخصوصاً دوستان ناباب) یا از روی غرور و کنجکاوی خود فرد شروع می شود.

#### **2 مرحله شک و تردید :**

در این مرحله فرد با مبارزه با امیال خود می پردازد.

#### **3 مرحله اعتیاد واقعی :**

در صورت ادامه مصرف در مرحله شک و تردید فرد به مرحله اعتیاد واقعی می رسد. در این مرحله پدیده باعث می شود که فرد به مرور زمان بر میزان « تحمل » مصرف خود بیفزاید تا به نشئگی قبلی برسد.

(هیوهاوز، 1379).

## مدارس و اعتیاد:

درا یران زمانی که معتادین مواد مخدر محدود به تعداد اندکی از جمعیت بزرگسال بود به عنوان یک مسأله اجتماعی و پایه آسیب های اجتماعی تلقی نمی شد، اما اکنون چنین نیست. کشور ما دارای جمعیتی جوان است. بیش از 50 درصد جمعیت کشور در سنین زیر 20 سال بوده و 62 درصد از این جمعیت در شهرها ساکن هستند. با توجه به ساختار جمعیت فعلی کشور و فراهم بودن بسترهای لازم برای شیوع مصرف این ماده در بین جوانان از قبیل افزایش نرخ بیکاری، اقتصاد بیمار، بالارفتن سن ازدواج و... حدود 44 میلیون نفر از جمعیت جوان کشور در معرض این آسیب و خطر جدی قرار دارند.

از نظر اکثر کسانی که با نوجوانان کار می کنند، مهم ترین خطر تهدید کننده این گروه این است که آنها به عنوان واکنشی در قبال قرارگرفتن مکرر در موقعیت های نامناسب از جمله احساس ناامنی، فشار، آشفتگی روانی، تعارض با والدین یا مشکلات زندگی روزمره، به مواد مخدر پناه ببرند، همچنین سوء مصرف مواد مخدر در بسیاری افراد از سنین دبیرستان آغاز می شود و از مهم ترین راه های کاهش مصرف در بزرگسالی، پیشگیری از آن در نوجوانی است.

متأسفانه برخی از تبلیغات رسانه ها نشان از توانایی بازگشت مجدد به زندگی عادی پس از یک دوره اعتیاد دارد. این تبلیغ به نوجوانانی که در حال رشد هستند، می آموزد اگر ناخواسته یا خواسته معتاد شدند می تواند پس از طی فرآیند زمانی به زندگی عادی برگردند در حالی که علم روانشناسی اثبات کرده است که این افراد نمی توانند به طور کامل از اعتیاد خود دست بکشند. شاید اگر در اطلاع رسانی مواد مخدر به جنبه پیشگیری توجه کنیم به طوری که نگرش نوجوانان و جوانان نسبت به مواد مخدر تغییر یابد و آنها به

عوارض استفاده از این مواد فکر کنند و بدانند که راه برگشتی پس از ابتلا به مواد مخدر نخواهند داشت، گام موثری برداشته ایم.

در ایران بیش از 14 میلیون دانش آموز در مقاطع مختلف تحصیلی درس می خوانند و موضوع ابتلا به اعتیاد و سایر آسیب های اجتماعی همواره مورد توجه آسیب شناسان اجتماعی قرار داشته است.

متأسفانه سن اعتیاد در کشور پایین آمده است. اگر این واقعیت تلخ را پنهان کنیم، مشکل حل نمی شود. با پاک کردن صورت مساله نمی توان مانع از گسترش یا تخریب های اعتیاد در نسل جوان شد. این در حالی است که مافیای بزرگی در این زمینه فعالیت می کند و به صورت تشکیلاتی برای گسترش اعتیاد در بین جوانان ما تلاش می کنند. در مناطق تحت کنترل آمریکا در افغانستان، سالانه هزاران تن تریاک، هروئین، شیشه و کریستال تولید و به سوی مرزهای ایران هدایت می شوند.

میزان مواد مخدر در مدارس عدد بسیار پایینی است، اما اگر منکر وجود مواد مخدر در مدارس شویم یا بگوییم هیچ دانش آموزی لب به مواد مخدر نزده است، دروغ می گوئیم. آموزش و پرورش باید مکانیزمی را برای شناسایی این دانش آموزان فراهم کند. تنها محیط آموزشی در اعتیاد دانش آموزان نقش نداشته و خانواده هم در این خصوص مقصر هستند. در جوامع سنتی نظیر ایران خانواده رکن اصلی در امر پیشگیری از اعتیاد در جوانان و نوجوانان محسوب می شود. این امر تا اندازه ای مهم است که گروه زیادی از متخصصان، اعتیاد را نشانه بحران خانوادگی می دانند (ستاد تحول بنیادین آموزش و پرورش، 1386)

## سیر تاریخی در کشورهای مختلف و ایران

تاریخچه بهداشت مدارس در کشورهای مختلف توجه به اهمیت و پرورش بهداشت مدارس در کشورهای مختلف جهان همزمان نبوده است و از نظر تاریخی کیفیت عمل و برنامه ریزی و فعالیت های بهداشت مدارس در کشورهای مختلف متفاوت می باشد. شاید اولین اقدام در زمینه بهداشت مدارس مربوط به کشور فرانسه باشد، این کشور همراه طرح آموزش علمی خود در سال 1793 میلادی ماده ای را در رابطه با بهداشت مدارس و انتخاب یک نفر پزشک به عنوان مسئول بهداشت مدارس به تصویب رساند اولین اقدام در زمینه بهداشت مدرسه را در سال 1837 (Alcott) در ایالات متحده آمریکا ویلیام الکتو درباره نحوه ساختمان و محیط مدرسه نمود در کشور هلند بهداری آموزشگاه ها در سال 1868 با استخدام دو نفر پزشک پایه گذاری شد، و سپس در سال 1942 اولین قانون مربوط به بهداشت مدارس به تصویب رسید. در انگلستان آغاز کار بهداشت مدارس از سال 1907 و تحت نظارت ادارات آموزش محلی درآمد، در سال 1919 ریاست پزشکان وزرات بهداری با حفظ سمت به ریاست بهداشت مدارس نیز مصوب شد و در بیشتر مدارس محل خاصی هم برای کادر بهداشتی در نظر گرفته شد .

تاریخچه بهداشت مدارس و تحولات سازمانی آن در ایران در سال 1290 شمسی مدارس جدید در ایران تاسیس گردید در سال 1293 هیاتی از پزشکان ایرانی و اروپایی مقیم تهران تشکیلاتی به نام مجلس حفظ الصحة برای مراقبت بهداشت عمومی بوجود آوردند. در اواخر همین سال دکتر علی اکبر خان (اعتمادالسلطنه) به سمت مفتش صحی مدارس منصوب شد. در سال 1314 سازمانی بنام "صحیه مدارس" در وزارت معارف و اوقاف و صنایع مستظرفه آلمان بوجود آمد. این اداره در سال 1318 ضمیمه دانشکده پزشکی تهران گردید . آیین نامه بهداری مدارس در سال 1315 در دو فصل و بیست و یک ماده تصویب

گردید . در سال 1320 دو باره به عنوان دفتر کل بهداری آموزشگاه ها به تشکیلات وزارت معارف پیوست و پس از آن به اداره کل بهداری آموزشگاه ها تغییر نام داد. در سال 1326 صحیه مدارس، مجدداً ضمیمه وزارت فرهنگ شد . در سال 1348 سازمان اداره بهداری آموزشگاه های کل کشور به اداره کل بهداری آموزشگاه های کشور تغییر نام یافت و در سال 1350 به منظور تربیت نیروی انسانی برای اولین بار دوره دو ساله آموزش مراقبین بهداشت برقرار گردید . در اسفند ماه سال 1375 اداره کل بهداری آموزشگاه ها با تغییر نام به اداره کل بهداشت مدارس، از وزارت آموزش و پرورش جدا و ضمیمه وزارت بهداری شد . پس از مدتی این اداره کل منحل و بهداشت مدارس بخشی از فعالیت های اداره کل بهداشت خانواده را تشکیل داد . در سال 1373 بعد از انتقال مراقبین بهداشت به آموزش و پرورش، بهداشت مدارس از اداره کل بهداشت خانواده منتزع گردید و به صورت اداره مستقل در وزارت بهداشت و درمان فعالیت نمود . در سال 1379 با تصمیم معاون بهداشتی وقت بهداشت مدارس ضمیمه دفتر بهداشت دهان و دندان گردید . در حال حاضر با تصویب ساختار تشکیلاتی جدید وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی وظیفه بهداشت مدارس قانونا به عهده دفتر سلامت جوانان و مدارس می باشد(رحیمی ، 1375)

### **بهداشت مدارس :**

بهداشت مدارس در جهان سابق های طولانی دارد. اولین اقدام در زمینه بهداشت مدارس مربوط به کشور فرانسه است. این کشور همراه طرح آموزش علمی خود در سال 1793 میلادی ماده ای را در رابطه با بهداشت مدارس و انتخاب یک نفر پزشک به عنوان مسوول بهداشت مدارس به تصویب رساند. در ایران نیز بهداشت مدارس سابقه ای طولانی دارد و به نوعی از اولین اقدامات در راه ایجاد بهداشت و درمان به سبک

نوین در ایران است. در سال 1290 شمسی مدارس جدید تاسیس شد و تنها 3 سال بعد از آن یعنی در سال 1293 هیاتی از پزشکان ایرانی و اروپایی مقیم تهران تشکیلاتی به نام مجلس حفظ الصحه رای مراقبت بهداشت عمومی به وجود آوردند. در اواخر همین سال دکتر علی اکبر خان (اعتمادالسلطنه) به سمت مفتش صحتی مدارس منصوب شد. در وزارت « صحیه مدارس » سال 1314 سازمانی به نام معارف و اوقاف و صنایع مستظرفه آن زمان به وجود آمد. این اداره در سال 1318 ضمیمه دانشکده پزشکی تهران گردید. آیین نامه بهداری مدارس در سال 1315 در 2 فصل و 21 ماده تصویب گردید. سال 1326 صحیه مدارس، مجددا ضمیمه وزارت فرهنگ شد. در سال 1348 سازمان اداره بهداری آموزشگاه های کل کشور به اداره کلبه داری آموزشگاه های کشور تغییر نام یافت و در سال 1350 به منظور تربیت نیروی انسانی برای اولین بار دوره 2 ساله آموزش مراقبان بهداشت برقرار گردید. در اسفند 75 اداره کل بهداری آموزشگاه ها با تغییر نام به اداره کل بهداشت مدارس، از وزارت آموزش و پرورش جدا و ضمیمه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی شد.

با وجود تمامی کمبودها در چند سال اخیر اقدامات مفیدی در جهت ارتقای سلامت دانش آموزان برداشته شده است. طرح آه نیاری برای دانش آموزان دختر در سن بلوغ که از سال گذشته اجرا شد و هفته ای یک بار قرص آهن به آنها داده شد، طرح غربالگری و شناسنامه سلامت برای دانش آموزان کلاس اولی که شناسنامه سلامت دریافت کردند و شناسنامه سلامت سایر پایه های تحصیلی توسط اکیپ های بهداشتی آموزش و پرورش و علوم پزشکی در طول سال تحصیلی، توزیع شیر در مدارس، طرح بازدید از بوفه های مدارس، خدمات معاینه بینایی سنجی، شنوایی سنجی، دندان پزشکی و سایر معاینات پزشکی مورد نظر وزارت بهداشت در حدود 500 مدرسه محروم کشور و برگزاری کارگاه های آموزش مهارت های زندگی

برای پیشگیری از 7 رفتار پرخطر دانش آموزان شامل سلامت روان، اعتیاد، سیگار، ایدز، تغذیه، ورزش و

آسیب های عمومی حوادث از جمله اقدامات مثبتی بوده که در چند سال اخیر صورت گرفته است.

در حالی که وزارت آموزش و پرورش با مشکلات متعددی مواجه است و عملاً نتوانسته مریبان بهداشت

مدارس را نیز تامین کند رئیس اداره بهداشت مدارس وزارت بهداشت از اجرای فرم جدید مدارس مروج

سلامت خبر می دهد. دکتر گلایل اردلان با اشاره به مطرح شدن مدارس مروج سلامت با الگوی جدید از

حدود یک سال و نیم گذشته می گوید: مطرح «مدارس جامع نگر» در فرم قدیم این مدارس با عنوان بودند

که تنها روی مساله پیشگیری از اعتیاد در دبیرستان تاکید داشتند، اما فرم جدید مدارس مروج سلامت تمام

پایه ها و گروه های سنی را شامل می شود و علاوه بر بحث اعتیاد روی تمامی رفتارهای مرتبط با سلامت

تاکید دارد. دکتر اردلان با اشاره به تغییر دستورالعمل ها و پروتکل های فرم قدیم مدارس مروج سلامت در

فرم جدید ادامه می دهد: علاوه بر تغییر دستورالعمل ها، ستاد های کشوری از سطح وزارت بهداشت تا

مدرسه تعریف شد. وی با بیان این که با مطرح شدن مدارس مروج سلامت، پرونده سلامت مدرسه با کمک

وزارت آموزش و پرورش و تمامی دفاتر ذینفع در وزارت بهداشت بازنگری شد، ادامه می دهد: به این

ترتیب چک لیست ممیزی داخلی مدرسه از طرف وزارت بهداشت در اختیار مدیر مدرسه یا هر فردی که

آموزش و پرورش صلاح بداند قرار می گیرد و براساس «تغذیه سالم»، «آموزش جامع سلامت» آن 8

آیتم از جمله «معاینات دوره ای دانش آموز»، «محیط فیزیکی سالم»، «سلامت روانی دانش آموز» و «

سرویس های بهداشتی» مورد بررسی قرار می گیرد. به گفته رئیس اداره بهداشت مدارس وزارت بهداشت،

بررسی این 8 موضوع در مدارس مروج سلامت برای اولین بار در کشور اجرا می شود؛ چرا که در گذشته

تنها بحث محیط در مدارس ممیزی می شد، اما اکنون تلاش می شود که توانمند ی های محیطی معلمان،

دانش آموزان و حتی والدین به گونه ای باشد که بتوانند محیط را سالم نگاه دارند. (یارمحمدیان و قادری دهکردی ، 1380).

## **نظریه ها و تئوریا :**

### **تئوری هویت اجتماعی**

تئوری هویت اجتماعی بر اساس مفاهیم تأثیر درون گروهی و برون گروهی استوار است. پژوهشگران ثابت کرده اند که اشخاص به شدت تحت تأثیر افرادی هستند که با آنها یک هویت اجتماعی مشترک (به عنوان نمونه گروه های جنسی، فرهنگی، کاری یا ورزشی) دارند. هویت اجتماعی مشترک در واقع چارچوبی برای عضویت در درون یک گروه است؛ این در حالی است که اعضای بیرون از این گروه، ویژگی های متفاوتی با اعضای آن دارند. عضویت در یک گروه خاص، رفتار فرد را با دو مکانیسم عمده تحت تأثیر قرار می دهد که عبارتند از: تأثیر اجتماعی (هنجارها و انتظارات) و تأثیرگذاری از طریق اطلاعات. از ویژگی های اصلی هر گروه، هنجارهای آن گروه است که خود مبین وجود باورها، نگرش ها و رفتارهای ویژه در اعضای آن گروه می باشد. در ارتباط با اعضای یک گروه، تأثیر اجتماعی از طریق کانال هایی نظیر مواجهه (تعداد تماس هایی که با اعضای گروه صورت می گیرد) و مقایسه اجتماعی (الگو قرار دادن نگرش ها و رفتارهای مناسب یا دلخواه) عمل می کند (Botvin and Griffin , 2005) اما عضویت در گروه ، پایداری فرد را به تمام باورها و رفتارهای هنجار در گروه تضمین نمی کند. میزان همراهی و پیروی اعضا از هنجارهای یک گروه، به میزان تمایل آنها به پذیرفته شدن، به موقعیت آنها در درون گروه (پاداش ها) و این که توسط گروه طرد نگردد (تنبیه) بستگی دارد. (Berry , 1996)



تأثیرگذاری از طریق ارایه اطلاعات، دومین منبع قوی تأثیرگذاری در گروه است که به معنای پخش و انتشار اطلاعات بین اعضای یک گروه می باشد.. شواهد حاکی از آن است که زمانی که فرد آموزش دهنده یکی از اعضای خود گروه باشد، ارایه اطلاعات، بیشترین میزان تأثیر خود را دارد. پیام های منتقله توسط یکی از اعضای گروه، در جلب توجه مخاطب هم گروه موثرتر است، مخاطبی که به نوبه خود شاید برای پردازش و به کارگیری اطلاعات باید بیشتر تلاش کند (رحیمی ، 1375)

کاربرد تئوری هویت اجتماعی در آموزش همسالان پژوهش های صورت گرفته در زمینه هویت اجتماعی، حاکی از آن است که اعضای یک گروه، همسالان آموزش دهنده عضو گروه را بیشتر از نوجوانان بزرگسال آموزش دهنده قبول دارند. به علاوه پذیرش همسالان آموزش دهنده ای که ویژگی های اجتماعی و نوجوانی مشترک تری با گروه هدف دارند، بیشتر از همسالان آموزش دهنده ای است که تنها در زمینه یک ویژگی (نظیر سن) با گروه هدف هم خوانی دارند. پس لازم است در انتخاب همسالان آموزش دهنده، دقت و تدبیر لازم به عمل آید تا احتمال تأثیرگذاری عمیق بر دانش، نگرش و رفتار قشر نوجوان در زمینه مواد مخدر و روان گردان افزایش یابد (Botvin and Griffin , 2005).

## **تئوری انتشار نوآوری ها**

تئوری انتشار نوآوری ها به توصیف انتقال انتشار نوآوری ها در طول زمان و از طریق شبکه های اجتماعی می پردازد. نوآوری عبارت است از ارایه یک ایده، عمل یا پدیده جدید و نو. زمان لازم برای انتشار نوآوری از طریق یک شبکه اجتماعی بستگی به درک و برداشت اعضای آن شبکه از مزایا، سازگاری، پیچیدگی، قابلیت انجام و عینیت نسبی نوآوری مذکور دارد . اساس تئوری انتشار نوآوری ها این است که هرچه تعداد

بیشتری از اعضای یک گروه درباره اطلاعات خاصی بحث نمایند و یا رفتار خود را تغییر دهند، انتشار آن اطلاعات و رفتارها در درون گروه به همان میزان بیشتر خواهد بود. پیشگامان، اولین نوجوانانی که در جستجوی کشف یک رفتار جدید هستند و یا رفتاری را برای اولین بار انجام می دهند به طور معمول در گروه به خوبی ادغام شده و به آن ملحق می شوند و اغلب می توان آنها را رهبران نظری و عقیدتی گروه نامید.

اولین نوجوانانی که در یک گروه به اتخاذ رفتاری خاص اقدام می کنند، توانایی آن را دارند که اطلاعات آن رفتار در بستر حاکم بر گروه و نیز اطلاعات متناسب با فرهنگ خاص همان گروه را فراهم نمایند. اعضای گروه از طریق مشاهده و الگو قراردادن رفتار پیشگامان آن رفتار در گروه، رفتار مذکور را فرا می گیرند. از جمله موضوعات مهم در آموزش پیشگیری از مصرف مواد مخدر و روان گردان می توان به ایده نوآوری های پیشگیرانه، یعنی ایده های معطوف به پیشگیری از آسیب های مربوط به مواد مخدر و روان گردان اشاره کرد. شواهد اندک موجود در زمینه مزایا و منافع نوآوری های پیشگیرانه، از احتمال اجرای چنین برنامه هایی می کاهد. از راهکارهایی که می تواند به طور موفقیت آمیزی به انتشار نوآوری های پیشگیرانه منجر شود، می توان موارد زیر را نام برد: «راهکارهایی که در آنها از رهبران عقیدتی به عنوان قهرمان ترویج نوآوری های پیشگیرانه استفاده می شود، راهکارهایی که در آنها از حمایت های همسالان به منظور تغییر هنجارهای موجود در میان شبکه های اجتماعی استفاده می شود، راهکارهایی که در آنها از فعالیت های تفریحی و سرگرم کننده برای ارایه برنامه ها و ایده های آموزشی استفاده می شود، راهکارهایی که در آنها با استفاده از فعال سازی شبکه های همسالان، نوآوری های پیشگیرانه منتشر می شود.» کاربرد تئوری انتشار نوآوری ها

در آموزش همسالان این تئوری به حمایت از به کارگیری آن دسته از رویکردهای غیر رسمی در آموزش همسالان می پردازد که مبتنی بر تماس مداوم اعضای یک گروه همسال و فرهنگ غالب بر آن گروه است.

از جنبه نظری، همسالان آموزش دهنده می توانند نقش نوجوانانی را ایفا نمایند که در این تئوری به نام پیشگامان اتخاذ یک رفتار در یک گروه همسال شناخته می شوند. با تربیت رهبران عقیدتی گروه های همسالان در زمینه پیشگیری از مصرف الکل و سایر مواد مخدر و روان گردان، می توان از طرح های آموزش همسالان در راستای ایجاد بستری برای تأثیرگذاری پیشگامان اتخاذ رفتار سالم بر سایر اعضای گروه های همسال، بهره جست. شاید شکست برخی از طرح های آموزشی پیشگیری از مصرف مواد مخدر و روان گردان - حداقل تا حدودی - به این دلیل است که مزایای نسبی طرح های پیشگیرانه کمتر درک شده است اما آموزش همسالان، از اکثر ویژگی های راهکارهای مورد استفاده برای بهبود و تقویت انتشار نوآوری ها و طرح های پیشگیرانه برخوردار است که از جمله آنها می توان به موارد زیر اشاره نمود: قدرت و توانایی آموزش همسالان در تربیت رهبران عقیدتی گروه ها به عنوان همسالان آموزش دهنده قدرت و توانایی آموزش همسالان در تشویق همسالان آموزش دهنده در راستای حمایت از همسالان خود قدرت و توانایی آموزش همسالان در خلق محیط های تفریحی و نیز خلق فرهنگ خاص نوجوانان برای ارایه پیام های آموزشی مربوط به مواد مخدر و روان گردان قدرت و توانایی همسالان آموزش دهنده برای انتقال پیام های صحیح آموزشی در زمینه مواد مخدر و روان گردان به نوجوانان دور و نزدیک شبکه اجتماعی که خود در آن قرار دارند. (رحیمی ، 1375)

## آشنایی با مواد اصلی اعتیاد آور در ایران

### تریاک چیست؟

تریاک که در میان عموم مردم به «تل» نیز معروف است، از قدیمی ترین موادمخدری است که تاکنون مورد سوء مصرف بشر قرار گرفته است. ویژگی خاص مصرف تریاک این است که بسیاری از معتادین، در ماه ها و یا حتی سال های اول مصرف، احساس وابستگی جدی ای به این ماده ندارند، و اصطلاحاً خود را مصرف کننده تفننی یا به قول عوام «تلباز» می دانند. اما پس از مدتی، نشانه های وابستگی بروز کرده و فرد را درگیر می سازد. در این شرایط، وضعیت روحی، جسمی و مالی فرد روز به روز افت کرده و بیمار معتاد دچار مشکلات اساسی می گردد.

تریاک به شکل خمیر یا پلاستیکی شکل پذیر (شبهه قره قروت نسبتاً سفت) با رنگ قهوه ای تیره به فروش می رسد. البته بسته به میزان ناخالصی، رنگ آن تا مشکی تغییر می کند و بوی تند گیاهی مخصوص به خود دارد، که پس از یک بار استشمام، خاطره آن در ذهن باقی می ماند. تریاک به صورت استوانه های کوچک یا «لول 25» گرمی و هم چنین تکه های یک، نیم و ربع مثقالی به فروش می رسد.

### هروئین چیست؟

هروئین یکی از اعتیادآورترین موادمخدر افیونی است، و معمولاً در بین معتادین و فروشندگان مواد مخدر به "دوا" معروف است. هروئین در آزمایشگاه از تریاک ساخته می شود، و ده بار قوی تر از تریاک است، و اثرات آن بر مغز سریع تر اتفاق می افتد.

این ماده به شکل پودر است، و بسته به میزان ناخالصی آن، طیف رنگی از سفید تا قهوه ای دارد. هروئین موجود در ایران، رنگ، طعم، و ظاهری شبیه خاک مهر تا شیر خشک دارد. بسته بندی های هروئین که "گله" نامیده می شود، پودر پیچیده شده در کیسه پلاستیکی است که سر آن را با نخ می بندند. هم چنین در مقادیر کمتر، هروئین را در بسته های کاغذی به فروش می رسانند. هروئین مزه تلخ و گسی دارد.

### **کراک چیست؟**

کراک، نوعی هروئین است که به تازگی در مناطق همسایه ایران مانند افغانستان ساخته شده، و متأسفانه مصرف آن در کشور ما رواج پیدا کرده است. البته اصطلاح کراک در کشورهایمانند آمریکا برای نامیدن نوعی کوکائین خالص به کار می رود، اما آنچه در ایران تحت عنوان کراک مصرف می شود، همان هروئین خالص شده است که گاهی مواد و داروهای دیگر نیز به آن اضافه می شود.

کراک، شبیه تکه های خرد شده کشک می باشد. به راحتی تدخین می شود و برخلاف سایر مواد افیونی، بو و دود کمی ایجاد می کند. معمولاً کراک به صورت واحدی به نام "سوت" به فروش می رسد (هر گرم، برابر حدود 10 سوت است).

### **حشیش چیست؟**

حشیش، از رایج ترین مواد غیرقانونی است که به خصوص در سنین پایین و بین نوجوانان مورد مصرف قرار می گیرد. از نام های دیگر آن گراس یا علف، علف هرز، چای و ... می باشد. این ماده در خارج از

ایران به نام ماری جوآنا معروف است. حشیش، به شکل خمیر قهوه ای مایل به مشکی است که اکثراً

نوارهای قرمزی در کنار آن وجود دارد. حشیش به صورت گرمی خرید و فروش می شود.

حشیش از برگ ها و دیگر قسمت های گیاهی از خانواده شاهدانه تولید می شود و عموماً یک عطر

خاص گیاهی به همراه دارد. بقیه اشکال آن مثل گراس، ماری جوآنا و ... شبیه برگ یا علف خشک شده

(نظیر چای سبز خشک یا داروهای گیاهی) هستند، و مزه و بوی علف دارند.

### **شیشه یا متامفتامین چیست؟**

شیشه یا متامفتامین کریستال (بلور) شده، کی ترکیب محرک از خانواده مواد آفتامینی است که در

آزمایشگاه های صنعتی ساخته می شود و متأسفانه در چند سال اخیر رواج زیادی در بین جوانان ایرانی

پیدا کرده است.

معمولاً مصرف شیشه، وابستگی جسمی و روانی شدیدی در فرد ایجاد می کند، به طوری که شخص

پس از چند بار مصرف، در اکثر اوقات میل شدیدی برای مصرف مجدد آن احساس میکند. شیشه،

تقریباً بی رنگ است و ظاهری شبیه دان ههای درشت شکر یا بلورهای زاج سفید دارد. این ماده عموماً

به صورت سوتی و در داخل کیسه های پلاستیکی کوچک به فروش می رسد (هر 10 سوت تقریباً

معادل یک گرم است (اله وردی پور و همکاران، 1384)

## اصولی برای پیشگیری از مصرف مواد مخدر در مدارس

- i. اطلاع رسانی و آگاه سازی باید با توجه به سن، رشد عقلی مخاطبان، جنسیت، شرایط بومی و به صورت آرام، مستمر و عمیق راجع به عوارض، پیامدها و تبعات مصرف مواد مخدر دروازه ای (سیگار، قلیان)، مخدرهای سنتی (تریاک، هروئین فشرده و ...) آمفتامین ها (شیشه) و نیز الکل باشد تا موجبات شکل گیری
- ii. دانش صحیح نسبت به انواع مواد فراهم شود.
- iii. آموزش مهارتهایی چون حل مساله، تصمیم گیری، ارتباطات فردی و اجتماعی، تفکر و خلاقیت، مقاومت در برابر خواسته های نامشروع دیگران و نه گفتن، ابراز وجود، تقویت معنویت و موضوعات دینی، مراقبت و صیانت جنسی، خویشتنداری، استفاده مناسب از زمان و غنی سازی اوقات فراغت و خودشناسی می تواند کمک به سزایی در ایجاد نگرش منفی نسبت به مصرف انواع مواد شود و زمینه ساز مصونیت برای آینده سازان جامعه باشد.
- iv. باید با گسترش برنامه های ورزشی، اردوهای تفریحی، برگزاری نمایشگاه، مسابقات، جشنواره های هنری مختلف اعم از سرود، مقاله نویسی، روزنامه دیواری، تئاتر، کاریکاتور و ... ضمن توجه نمودن دانش آموزان نسبت به راه های پیشگیری از اعتیاد، زمینه های مسئول سازی و امید و نشاط در آنان را فراهم نمود.
- v. ارائه خدمات مشاوره ای به ویژه مشاوره های تلفنی و رایانه ای می تواند نیاز نوجوانان را به داشتن یک حامی تامین کند. بدون شک نیاز نوجوانان در معرض آسیب به چنین خدماتی به مراتب بیشتر از دیگران است.

- vi. تقویت کانون ها و تشکل های دانش آموزی برای انجام برنامه های پیشگیری از مصرف مواد، باعث رشد اجتماعی و عقلی آنها می شود؛ چنین تلاش هایی می تواند در ایجاد نهضت فراگیر اجتماعی پیشگیری از مصرف مواد نیز موثر واقع شود.
- vii. رسانه ها نقش به سزایی در همیاری با نهادهای آموزشی دارند. تهیه و تولید مستمر برنامه های دیداری (تلویزیون، تئاتر و سینما)، شنیداری (رادیو)، نوشتاری (کتاب، بروشور، نشریه و تراکت)، الکترونیکی (لوح های فشرده) و ایجاد تالارهای گفتگوی مجازی با موضوع پیشگیری و ضد الگو نشان دادن مصرف و خرید و فروش مواد مخدر و روا نگردان ها می تواند در نهادینه شدن برنامه های پیشگیری موثر واقع گردد.
- viii. ایجاد اتاق فکر در مدارس با هدف نهادینه سازی تفکر قبل از عمل، اقدامی مناسب است که هم اندیشی و تولید ایده های جدید را به همراه خواهد داشت.
- ix. ارتقای سطح آگاهی و آموزش والدین دانش آموزان، در مورد نحوه ارتباطات صحیح با فرزندان و شناخت علل و عوامل موثر در بروز اعتیاد نوجوانان از مهمترین عواملی است که بی شک نقش مهمی در کاهش مصرف مواد در دانش آموزان را به دنبال خواهد داشت.
- x. می توان چنین مباحثی را با توجه به گرو ههای سنی، به عنوان واحدهای درسی در کتاب ها گنجانند. این امر باعث افزایش آگاهی دانش آموزان نسبت به پیامدهای عوارض مصرف انواع مواد خواهد شد.
- xi. انجام مطالعات و پژوهش های کاربردی، به منظور شناخت عوامل تأثیرگذار در گرایش نوجوانان به آسیب های اجتماعی نیز می تواند گام مهمی در مهار و کنترل اعتیاد در طبقه دانش آموزی باشد .



اگر چه طی سال های اخیر برنامه های مناسبی برای پیشگیری از مصرف مواد در مدارس، با عنوان «پیشگیری مدرسه محور»، «مدارس مروج سلامت» و برنامه «مهارت های زندگی» آغاز شده، اما متولیان آموزشی و پرورشی باید نسبت به تقویت برنامه های پیشگیری از مصرف مواد، متناسب با سرعت آسیب های اجتماعی، برنامه ریزی و حرکت نمایند تا این روند در آینده به بحران تبدیل نشود. (نوری قاسم آبادی و محمد خانی، 1377).

### **آموزش به زبان همسالان در مدارس**

تا کنون آموزش توسط همتایان به برنامه های متفاوتی اطلاق شده است که در آن از گروهی از افراد برای آموزش گروهی دیگر از افراد همین گروه استفاده می شود. همتایان آموزش دهنده معمولاً دارای سن، جنس، طبقه اجتماعی یا خرده فرهنگ شبیه به گروه هدف هستند. یکی از راه های مناسب برای انتخاب همتایان آموزش دهنده در خصوص مواد مخدر و روانگردان ها این است که در ابتدا مشخص کنیم فرد مورد نظر از نظر مسئله مواد مخدر چه ارتباطی با گروه هدف دارد. برای مثال در آموزش دانش آموزان دبیرستانی می توان از همکلاسی های آنها برای تشکیل گروه همتا استفاده کرد. بنابراین اگر بتوانیم ابتدا مهمترین ویژگی های همتایان آموز شدهنده را مشخص نماییم، آن وقت می توانیم موثرترین افراد را برای آموزش انتخاب کنیم. شواهد موجود نشان می دهد در صورت استفاده درست از این روش، آموزش توسط همتایان یکی از قدرتمندترین روش های آموزشی برای نوجوانان در موضوعاتی نظیر پیشگیری از مصرف مواد، ارتکاب جرم، پرخاشگری و ارتقای سلامت جوانان خواهد بود. در ادامه به سه دلیل اهمیت این روش اشاره می شود:

1. آموزش توسط همتایان روشی است برای انتقال دانش شواهد عملی نشان دهنده موثر بودن این روش برای انتقال دانش است. جوانان به صحبت های افراد شبیه خود گوش م ی دهند و این یک ویژگی اساسی در انسان به عنوان یک موجود اجتماعی است. همتایان نه تنها می توانند اطلاعات را به آنهایی برسانند که به سختی در دسترس هستند بلکه می توانند اطلاعات خشک را به شکلی کاربردی انتقال دهند زیرا می دانند همتایان خود در چه بافت و محیط اجتماعی قرار دارند. در نتیجه وقتی اطلاعات در بافتی مناسب فراهم شود، تبدیل به دانش کاربردی می شود. به مشارکت گذاشتن اطلاعات برای هر دو طرف یعنی آموز شدهنده همتا و فرد نوجوان مفید است زیرا هر یک قادرند از داستان زندگی و تجارب فردی یکدیگر استفاده کنند.

2. آموزش توسط همتایان چون برخاسته از تجارب فردی است، قابل اعتماد است یکی از ویژگی های برجسته آموزش توسط همتایان آشنا شدن آنها با یکدیگر و بیان داستان ها و تجارب فردی است. این موضوع سبب شکل گیری روابط قوی و پایداری بین همتایان می شود. نوجوانان به عقل و خرد احترام می گذارند به خصوص زمانی که این خرد برخاسته از افرادی شبیه آنها و تجارب دشوارشان است.

بدیهی است اکثر افراد به صحبت های فردی که با او بتوانند ارتباط برقرار کنند، گوش می دهند. در واقع آموزش توسط همتایان از همان اصولی پیروی می کند که بنگاه های تبلیغاتی با صرف هزینه ای گزاف سعی بر متقاعد ساختن نوجوانان دارند. افراد به کسانی گوش می دهند و به اطلاعاتی توجه و عمل می کنند که توسط فردی ارایه شود که بتوانند با او همانندسازی کنند، به او احترام بگذارند و یا از او تقلید کنند. به همین

دلیل آموزش توسط همتایان اثربخش است زیرا همتایان آموزش دهنده، از اعتبار زیادی در نزد آموزش گیرندگان برخوردارند. انتقال اطلاعات درست در قالبی غیر تهدید کننده و صادقانه، بسیار تاثیرگذار است. به همین دلیل است که می توان از آموزش توسط همتایان برای آموزش مهارت های زندگی هم استفاده کرد.

3. روشی مناسب برای انتقال افکار و باورها همتایان آموزش دهنده می دانند که چگونه با همسالان خود ارتباطی معنادار و تاثیرگذاری را برقرارکنند؛ در واقع این نکته وجه تمایز این روش است. برای مثال همتایان آموزش دهنده وقتی درباره پیشگیری از سوءمصرف مواد صحبت می کنند، می توانند به موقعیت ها و برنامه هایی اشاره کنند که پیشگیری موفق یا ناموفق بوده و دلایل آن را نیز بیان کنند. در واقع در این روش، ابتدا همتایان مهارت ها و اطلاعاتی می آموزند و سپس آنها را به دیگران نیز انتقال می دهند. از این طریق همه آنها مطالب ارزشمندی بین خود تبادل می کنند. بنابراین همانگونه که در نوجوانان سوءمصرف مواد از این طریق آموخته می شود، با استفاده از همین روش می توان برای پیشگیری از سوءمصرف مواد نیز اقدام نمود. همتایان آموز شدهنده باید نگرش مثبتی به کار خود داشته باشند و این نگرش را به ه مگرو ههای خود نیز انتقال دهند. در عین حال باید بتوانند با دیگران همدلی داشته باشند. معمولاً در این روش آموزشی، به آموزش دهندگان به عنوان یک الگو توجه می شود؛ از این رو توانایی درک همتایان و برقراری ارتباط با آنها به ویژه انتقال پیام های مناسب پیشگیرانه، فرصتی ناب را برای تغییر در زندگی گروه هدف به وجود می آورد. باید به خاطر داشته باشیم که آموزش دهندگان به بازآموزی و نظارت منظم نیاز دارند. آموزش هایی نظیر احترام به حریم خصوصی افراد، مهارت های برقراری ارتباط، آموزش و به روز شدن درباره مواد، انجام

کار گروهی و آشنایی با قوانین و مسایل حقوقی مربوط به مواد مخدر و روا نگردا نها) (Egger & Spark, 1999).

### **آموزش بهداشت در مدارس**

سازمان جه انی بهداشت مفهوم کلی سلامت را بدین شرح تعریف می کند : سلامت عبارت است از رفاه کامل جسمی، روانی، اجتماعی و معنوی و نه فقط فقدان علیلی یا بیماری است و آموزش را اینگونه تعریف می کنند: آموزش یک اصطلاح کلی است که به تمام عوامل و تجربیات و فرایندهایی که بر نحوه کس ب اطلاع و طرز فکر و پرورش مهارت ها و تغییر رفتار افراد نفوذ دارند مربوط است.

در سال 1926 میلادی آموزش بهداشت به وسیله دکتر وود چنین تعریف شده است : آموزش بهداشت مجموعه تجربیاتی است که به نحو مطلوبی بر دانش، طرز تلقی و رفتار افراد جامعه موثر بوده و موجب سلامت فردی، اجتماعی و نژادی می شود آموزش بهداشت در مفهوم و معنای کلی خود روش تعلیمی است که از طریق آن می توان در ایجاد و بهبود عادات و رفتار مطلوب بهداشت فرد، خانواده یا جامعه نقش موثر، مفید و فزاینده ای داشت. (سازمان جهانی بهداشت، 1377)

### **آگاه سازی نوجوانان :**

مصرف مواد مخدر یکی از جدی ترین معضلات بشری در سالهای اخیر و یکی از پیچیده ترین پدیده های انسانی می باشد و تا بحال هیچ پدیده ای این قدر جامعه انسانی را به چالش نخوانده است . پدیده وابستگی به سوء مصرف مواد مخدر و عدم توانایی فرد برای قطع وابستگی از یکسو، عدم موفقیت بیشتر برنامه های درمانی برای افراد معتاد از سوی دیگر و همچنین احتمال عود بسیار و تمایل به شروع مجدد سوء مصرف

مواد در کنار عامل دیگری که همان وفور انواع مواد مخدر در جوامع می باشد، موجب گردیده است که بیشتر برنامه های مقابله با مواد مخدر به سمت. پیشگیری اولیه از سوء مصرف م واد گرایش پیدا کند. شیوع سوء مصرف مواد در سنین جوانی بیشتر از هر سنی می باشد. مصرف مواد مخدر علاوه بر اینکه در سنین جوانی شروع می شود، در هیچ گروه جمعیتی به این مقدار سرعت انتشار مصرف مواد مخدر و سیگار وجود ندارد.

مصرف مواد مخدر بطور قابل توجهی میان جوانان طی 1960 افزایش یافت و از سال 1992 استفاده - دهه 1970 از داروهای ممنوعه در میان جوانان و بخصوص در مدارس افزایش یافته است. بر اساس یک مطالعه در سال 2000 ، استفاده از داروهای ممنوعه برای گروه های سنی مختلف در یک ماه قبل ، برای سنین 12 تا 13 سال 9 درصد ، برای 3درصد، برای سنین 14 تا 15 سال 16 / 8 درصد ،برای سنین 18 تا 25 / سنین 16 تا 17 سال 15 / 4 درصد و از سنین 26 سالگی به بعد کاهش 2 / سال 9 درصدی مشاهده شده است .همچنین 25 درصد مرگها میان جوانان آمریکایی در هر سال بطور مستقیم و غیر مستقیم به سوء مصرف مواد ربط داده شده است. هرچند سیر صعودی مصرف مواد مخدر در کشورهای صنعتی و بخصوص آمریکا تا حدودی کاهش یافته است و در حال حاضر سیر نزولی در میان جوانان دارد اما بنظر می رسد در کشور ایران سوء مصرف مواد میان جوانان سیر پیش رونده ای را طی می کند . معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی گزارش کرده است که 4% معتادان خود معرف 15- 24 درصد در سنین 19 / کشور زیر سن 15 سال و 4 سالگی مصرف مواد مخدر را شروع کرده اند و در کل 3/56 درصد در سن زیر 24 سالگی مصرف مواد مخدر را شروع کرده اند. مطالعه دیگری که بر روی دانش آموزان شهر شیراز انجام گردید، میزان سوء مصرف مواد در میان 23 درصد گزارش گردید ه است و 5 / دانش آموزان پسر مطالعه دیگری توسط اله

وردی پور و همکارانش میزان 6 درصد / سو مصرف مواد در میان دانش آموزان تهران را 7 گزارش کرده است. مصرف داروهای ممنوعه و مواد مخدر توسط جوانان با کاهش طول زندگی، حوادث، حاملگی ناخواسته و خشونت میان جوانان ارتباط مستقیم دارد و اعتیاد جسمی و روانی جوانان به این مواد مشکل بهداشتی برای جوامع می باشد که نیاز به برنامه ریزی های صحیح و انجام مداخلات علمی برای پیشگیری از سوء مصرف داروهای ممنوعه را ضروری می سازد. از آنجاییکه هرگونه مداخلات درمانی و بازتوانی معتادان با شکست مواجه شده است و به عنوان (Demand Reduction) استراتژی کاهش تقاضا مؤثرترین روش شناخته شده است، بنظر می رسد پیشگیری از مواجهه جوانان با داروهای ممنوعه (پیشگیری اولیه)، کارآمدترین روش برای پیشگیری از بروز و افزایش شیوع اعتیاد در جامعه باشد از آنجاییکه اقدام به مصرف مواد مخدر پدیده پیچیده ای است که عوامل متعددی فرهنگی، اجتماعی و فردی در بروز آن نقش دارند، بهره گیری از هر برنامه آموزشی مهارت های مقاومت در برابر سوء مصرف مواد مخدر بایستی با تأکید بر تئوری های تغییر رفتار و براساس برنامه ریزی های آموزشی اثربخش انجام گیرد و در این راستا، این پژوهش با بکارگیری مدل فرایند موازی ویت (Extended Parallel Process Model) توسعه یافته به عنوان چارچوب اصلی تئوریک تغییر (Witte) رفتار تلاش شده است تا یک چارچوب تئوری تغییر رفتار با قابلیت پیش بینی رفتار قوی و دقیق طراحی گردد تا علاوه بر تحلیل و تبیین دقیق رفتار، اقدام به طراحی برنامه آموزش مهارت مقاومت در برابر مواد مخدر گردد و نتایج بدست آمده از این مطالعه قادر به طراحی یک مدل مصنوعیت رفتاری برای پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد مخدر در میان جوانان باشد (Egger & Spark, 1999).

## آموزش مهارت های زندگی در مدارس

امروزه این فلسفه پذیرفته شده است که بهداشت مستقیماً با اکتسابات آموزشی ارتباط مستقیم دارد . تحقیقات چه در کشورهای در حال توسعه و چه پیشرفته نشان می دهد که مدارس آن کشورهایی که برنامه مدون آموزش مهارت هایی را دارند از مسایل حاد بهداشتی کمتر رنج می برند. دیدگاه جدید سازمان جهانی بهداشت این است که برنامه های بهداشت مدارس نقش اساسی و محوری برای تحقق بهداشت برای همه دارد. سازمان جهانی بهداشت در سال 1993 ، در جهت پیشگیری اولیه و همچنین ارتقای بهداشت روان، برنامه مدونی با عنوان " آموزش مهارت های زندگی " آماده نمود هدف از اجرای این برنامه، افزایش توانایی های روانی اجتماعی کودکان و نوجوانان بود تا آن ها را قادر سازد که با تقاضاها و کشمکش های زندگی روزانه بطور منطقی مقابله کنند آموزش مهارت های زندگی توانایی های روانی اجتماعی فرد را که در ارتقای بهداشت و سلامت نقش مهمی دارد، بهبود می بخشد . مناسب ترین شیوه برای ارتقای توانایی های روانی اجتماعی کودکان و نوجوانان، مداخله از طریق آموزش مهارت های زندگی در محیط آموزشی حمایت کننده یعنی مدرسه است . مدارس باید به دانش آموزان، مهارت های زیر را بیاموزند:

- 1) مهارت های مربوط به امرار معاش مانند اینکه چگونه فرد مشغول کاری شود
- 2) مهارت های مراقبت از خود مانند مصرف غذاهای سالم، درست مسواک زدن و غیره
- 3) مهارت هایی که برای پرداختن به موقعیت های پر خطر زندگی استفاده می شوند مانند توانایی نه گفتن در مقابل فشار جمع استفاده از مواد مخدر.

به عبارت دیگر، مهارت هایی هستند که برای افزایش توانایی های روانی اجتماعی افراد، آموزش داده می شوند و فرد را قادر می سازند که بطور موثر با مقتضیات و کشمکش ها روبرو شود . و در نهایت از ایجاد

رفتارهای آسیب رسان به بهداشت و سلامت پیشگیری کند . با پذیرش این تعریف از مهارت های زندگی که: "مهارت های زندگی عبارتست از توانایی های تطابق و رفتار مثبت که افراد را قادر می سازد به شکل موثری با نیازها و مشکلات زندگی برخورد نماید " 0 در این صورت می توان گفت مهارت های زندگی بی شمارند و با توجه به موقعیت و فرهنگ می تواند بسیار متفاوت باشد . ولی برای اجرای برنامه ها در آموزش و پرورش کشور می توان مهارت های اصلی و اساسی زیر را در برنامه ارتقای سلامت کودکان و نوجوانان اجرا کرد:

- توانایی تصمیم گیری
- توانایی حل مشکل
- توانایی تفکر خلاق
- توانایی تفکر نقادانه
- توانایی برقراری ارتباط موثر
- توانایی برقراری ارتباط بین فردی
- توانایی آگاهی از خود
- توانایی همدلی و همدردی با دیگران
- برخورد مناسب با هیجان ها
- برخورد مناسب با فشارهای عصبی

آموزش مهارت های زندگی به دو صورت زیر قابل اجرا است :



1) آموزش مهارت های زندگی که با هدف ارتقای سلامت روان و ایجاد رفتارها و تعاملات سالم صورت می گیرد.

2) آموزش مهارت های اختصاصی و ویژه با هدف پیشگیری از یک آسیب مشخص.

در هر دو صورت فوق، پایه مطالبی که در آموزش مهارت های زندگی به کار برده می شود اطلاعاتی است که از نحوه یادگیری کودکان و نوجوانان از طریق مشاهده رفتار دیگران و پیامدهای آن بدست می آید و در واقع می باشد. در نظریه (Bendora بندورا 1977) (Social Learning Theory) مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی یادگیری بندورا، یادگیری فرایند فعال و مبتنی بر تجربه است و به همین جهت کودکان در جریان یادگیری و آموزش، فعالانه به امر یادگیری مهارت زندگی می پردازند. بنابراین در این آموزش از روش های زیر که شرکت فعال دانش آموزان در امر آموزش را تسهیل می کند، استفاده می شود:

تشکیل گروه های کوچک یا گروه های زوجی بارش افکار ایفای نقش مباحثه بنابراین آموزش مهارت های زندگی، آموزشی فعال و مبتنی بر تجربه است. در یادگیری غیر فعال، معلم فقط انتقال دهنده اطلاعات به دانش آموز است و دانش آموز فقط گیرنده اطلاعات می باشد در حالی که در آموزش مهارت های زندگی، معلم و شاگرد در یک فرایند پویایی یادگیری شرکت می کنند.

در یک پژوهش کشوری برای تدوین برنامه جامع بهداشتی برای دانش آموزان کشور انجام شد، تعداد 122 عنوان مهارت های بهداشتی برای زندگی (مولفه های برنامه درسی از دوره پیش دبستانی تا پایان متوسطه) تعیین و چگونگی آموزش این مهارت ها در پایه های مختلف تحصیلی سراسر کشور به تفکیک مناطق روستایی و شهری، استان های کشور بررسی شد. نتایج به دست آمده نشان می دهد که:

در کل کشور از 29000 نفر جامعه آماری نمونه (دانش آموزان مراکز پیش دانشگاهی) در باره مناسب بودن 6 درصد مطالب را کامل 20 / مطالب مرتبط با مهارت های زندگی موجود در کتب درسی دبیرستان اظهار نمودند 23/ 03 درصد کاملاً نامناسب اعلام نمودند دوره راهنمایی و 36 / درصد خیلی کم و 23 / 92 درصد در حد متوسط 85 / ابتدایی نیز وضعیت مشابه داشته است اهداف برنامه آموزش مهارت های زندگی، براساس ارزیابی ها و بررسی نیازها تعیین می شود برای آموزش مهارت های زندگی از آمارهای موجود در زمینه شیوع و بروز مشکلات بهداشتی اجتماعی مربوط به رفتار سالم و سلامت روانی استفاده می شود . بنظر می رسد کسب اطلاعات در زمینه موارد زیر گام اساسی در آموزش مهارت زندگی برای نوجوانان دانش آموز باشد.

- نوع و میزان مصرف مواد مخدر و سوء مصرف داروها در بین نوجوانان

- شیوع HIV/AIDS

- رفتارهای جنسی و بهداشت باروری

- میزان خودکشی نوجوانان و علل آن ها

- میزان بروز اختلالات روان پزشکی و مشکلات روانی اجتماعی دوران کودکی

- میزان خشونت در مدارس (سازمان جهانی بهداشت، 1377)

### **توصیه پیشگیرانه (دوستانه) به جوانان و نوجوانان**

1. خطرات و عوارض مصرف مواد اعتیاد آور را خوب بشناس.

2. به هر کس که به تو مواد تعارف کرد محکم و این که ما بتوانیم به دوست خودمون « نه » قاطع بگو بگیریم

خودش یک هنر است. افراد خوش فکر هر تعارفی « نه » که مخالف سلامتی شونه براحتی رد می کنند.

3. جوابهایی از قبل برای اصرار زیاد اطرافیان آماده کن. « خیلی کیف داره » به این جمله ها فکر کن و اگر

کمی تردید کنی میگو: « سر حال میشی » ، « پیشاپیش سنگول می شی اول تجربه کن بعد بگو بده » ، «

ترسویی » ، « بچه نه ای » ، « پس چرا فلانی کشید و معتاد نشد ؟ » ، « هنوز مرد نشدی » و ...

4. مواد مخدر راحتی یک بار هم امتحان نکن. هیچکس توی دنیا نمی تونه به تو اطمینان بده که یکبار

مصرف کردن معتادت نمی کنه. اصلا مگه معتادی وجود داره که بخاطر معتاد شدن مصرف مواد را شروع

کرده باشه؟ پس این همه معتاد از کجا اومدن؟ !!! یا دوست داری پریدن از طبقه بیستم یک ساختمان یا لمس

کردن سیم های بدون رو کش برق را حتی برای یکبار هم امتحان کنی؟

5. یادت باشه که کشیدن سیگار مقدمه ایه برای اسارت در چنگال اعتیاد به موادمخدر .

6. از رفت و آمد در مکان های آلوده و دوستی با افراد مشکوک پرهیز کن .

7. از دوستی با افرادی که اختلاف سنی او با تو زیاد خودداری کن .

8. مواد اعتیادآور سم کشنده ایه که اثراتش به تدریج ظاهر می شه.

9. به صحبت های پدر و مادرت که خیرخواه ترین دوستان تو هستن اطمینان کن. ارتباطت را با او نا محکم

کن .

10. اعتقادات و پایبندی مذهبی خودتو تقویت کن.

11. با مطالعه، ورزش و تفریحات سالم برای اوقات فراغت خودت برنامه ریزی کن.

12. اوئی که موادمخدر رو به جوونا معرفی می کنه، چهره اش فرقی با دیگران نداره . پس دوستان و نزدیکان خودتو خوب بشناس .

13. بعضیها فکر می کنن با بقیه فرق دارن و هر وقت که اراده کنن می تونن مصرف مواد رو کنار بگذارن، در حالی که این طرز تفکر منجر به اعتیاد می شه.

14 . به هنگام سختی و ناراحتی با پدر و مادر و یا یک بزرگتر مطمئن و قابل اعتماد مشورت کن.

15 . اگه نمی تونی حرفتو به اونا بزنی مشاورین نیروی انتظامی با جان و دل حرف های تو رو می شنون و کمکت می کنن. بیشترین تأثیر مخرب اعتیاد بر ارکان خانواده وارد می آید، همانطوری که مؤثرترین عامل پیشگیری از اعتیاد نیز نهاد خانواده است. (تامارا وسکانیان، 1376)

فصل سوم:

روش تحقیق

## مقدمه

تحقیق را می توان تلاشی منظم و سازمان یافته برای بررسی مساله ای خاص که به یک راه حل نیاز دارد توصیف کرد و شامل گامهایی است که طراحی و پیگیری می شوند تا پاسخ هایی برای مساله مورد علاقه ما در محیط کاری بدست آید (سکاران ، 1384). کار تحقیق کم و بیش به همان شیوه کار اکتشاف و استخراج نفت صورت می گیرد(کیوی و کامپنهود، 1388).

تحقیق را به دو منظور متفاوت انجام می دهند. نخست حل مشکلاتی که در حال حاضر در محل کار وجود دارد و دوم، افزودن به مجموعه ی دانش بشری در زمینه ی خاصی که مورد علاقه محقق است. در این فصل کلیه مراحل روش شناسی تحقیق شامل: روش تحقیق، جامعه آماری مورد مطالعه، نمونه آماری، ابزار جمع آوری اطلاعات، اعتبار یابی ابزار پژوهش، روش تجزیه و تحلیل داده ها و آزمونهای آماری استفاده شده، مورد بررسی قرار گرفته است.

### **نوع پژوهش**

این تحقیق از نظر نوع، کاربردی مقطعی و بر حسب نحوه گردآوری داده ها از نوع تحقیق توصیفی محسوب می گردد.

### **جامعه پژوهش**

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش دانش آموزان دبیرستان های شرق شهر تهران می باشد.

### **حجم نمونه**

از بین کلیه دانش آموزان دبیرستان های شرق به دلیل زیاد بودن می بایست نمونه گیری نماییم. جهت انتخاب نمونه به طور تصادفی 3 مدرسه دخترانه و 3 مدرسه پسرانه انتخاب نموده و از هر مدرسه تعداد 15 دانش آموز انتخاب می کنیم. بنابراین تعداد نمونه آماری برابر با 90 نفر می باشد.

## متغیر های پژوهش

متغیر مستقل تحقیق حاضر فرهنگ حاکم بر مدرسه، برنامه های علمی - آموزشی مدرسه، برنامه های پرورشی مدرسه و تخصص معلمان و مدیران مدرسه می باشد.

متغیر وابسته تحقیق حاضر آگاهی نوجوانان نسبت به پدیده اعتیاد می باشد.

## گام های تحقیق:

در راستای بررسی نقش مدرسه در آگاه سازی نوجوانان نسبت به پدیده اعتیاد در دبیرستان های شرق شهر تهران گام های زیر را انجام دادیم:

(1) مراجعه به دانشگاه ها و کتابخانه ها،

(2) مطالعه و بررسی پژوهش ها تحقیقات مشابه،

(3) طرح مساله و اهداف و فرضیات،

(4) مشخص نمودن جامعه آماری و نمونه آماری،

(5) تدوین ابزار گردآوری اطلاعات

(6) توزیع پرسشنامه،

(7) جمع آوری اطلاعات،

(8) تجزیه و تحلیل داده های آماری:

(9) نتیجه گیری و ارائه پیشنهادات لازم:



## ابزار گردآوری داده ها

ابزارهای مورد استفاده در تحقیق حاضر شامل اسناد و مدارک و پرسشنامه می باشد، که جهت اخذ اطلاعات کلی در مورد مدرسه، تعداد دانش آموزان، وضعیت تحصیلی، آیین نامه ها و ... از روش بررسی اسناد و مدارک استفاده گردیده است. و جهت آزمون فرض دادهها را از طریق پرسشنامه گردآوری می نمایم. این ابزار یکی از ابزار های رایج تحقیق و روش مستقیم برای کسب داده های تحقیق است. پرسشنامه مجموعه ای از سوالهاست که پاسخ دهنده با ملاحظه آنها پاسخ لازم را ارائه می دهد که این پاسخ ها داده های مورد نیاز پژوهشگر را تشکیل می دهد. از طریق سوالات پرسشنامه می توان دانش، علاقه، نگرش فکری فرد را مورد بررسی قرار داد. (بازرگان و همکاران، 1386)

پس از تدوین طرح مقدماتی پرسشنامه تلاش گردید تا میزان روایی و پایایی پرسشنامه تعیین شود.

جهت تعیین پایایی پرسشنامه ها اینگونه عمل می نمایم که یک نمونه اولیه شامل 35 پرسشنامه پیش آزمون گردید و سپس با استفاده از داده های به دست آمده از این پرسشنامه ها و به کمک نرم افزار آماری SPSS میزان ضریب اعتماد با روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه 83%، بدست آمد. این اعداد نشان دهنده آن است که پرسشنامه مورد استفاده، از قابلیت اعتماد و یا به عبارت دیگر از پایایی لازم برخوردار می باشد.

همچنین جهت روایی پرسشنامه ها با انجام تست خبرگان، نظرات افراد متخصص در زمینه تحقیق در طراحی پرسشنامه اعمال شده و اصلاحات لازم بعمل آمده و بدین ترتیب اطمینان حاصل گردید که پرسشنامه همان خصیصه مورد نظر محقق را می سنجد.

### جمع آوری پرسشنامه:

پرسشنامه تحقیق به منظور جمع آوری داده های مورد نیاز در بین اعضای جامعه آماری توزیع شد. که با مراجعات و پیگیری های مکرر محقق هر 90 پرسشنامه توزیع شده جمع آوری گردید.

### روش تجزیه و تحلیل اطلاعات:

تجزیه و تحلیل داده های بدست آمده از تحقیق حاضر شامل دو بخش به شرح زیر می باشد: بخش اول آمار توصیفی است که به منظور توصیف یافته ها، از جداول فراوانی<sup>1</sup> و همچنین نمودارهای میله ای<sup>2</sup> استفاده گردید. و بخش دوم مرتبط با آمار استنباطی است که از آزمون **T – Student** (آزمون مقایسه میانگین تک نمونه - ای) استفاده می شود.

---

1- Frequency Tables

2 - Bar Chart

فصل چهارم:

تجزیه و تحلیل داده ها

## مقدمه

در تحقیق حاضر برای بررسی بررسی نقش مدرسه در آگاه سازی نوجوانان نسبت به پدیده اعتیاد در دبیرستان های شرق شهر تهران بعد از تعیین اهداف و فرضیات به طراحی پرسشنامه اقدام نموده و سپس به گردآوری داده ها پرداختیم، بعد از گردآوری داده ها نوبت به تجزیه و تحلیل آنها می باشد. که در دو بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی به تجزیه و تحلیل خواهیم پرداخت تا به صحت و سقم فرضیه پی ببریم و یا به عبارتی فرضیات را با استفاده از نرم افزار spss مورد آزمون قرار داده و نتیجتاً آنها را پذیرفته یا رد نماییم.

## آمار توصیفی

در این بخش از تجزیه و تحلیل آماری به بررسی چگونگی توزیع نمونه های آماری از حیث متغیرهایی همچون؛ جنسیت و نوع مدرسه دانش آموزان می پردازیم.

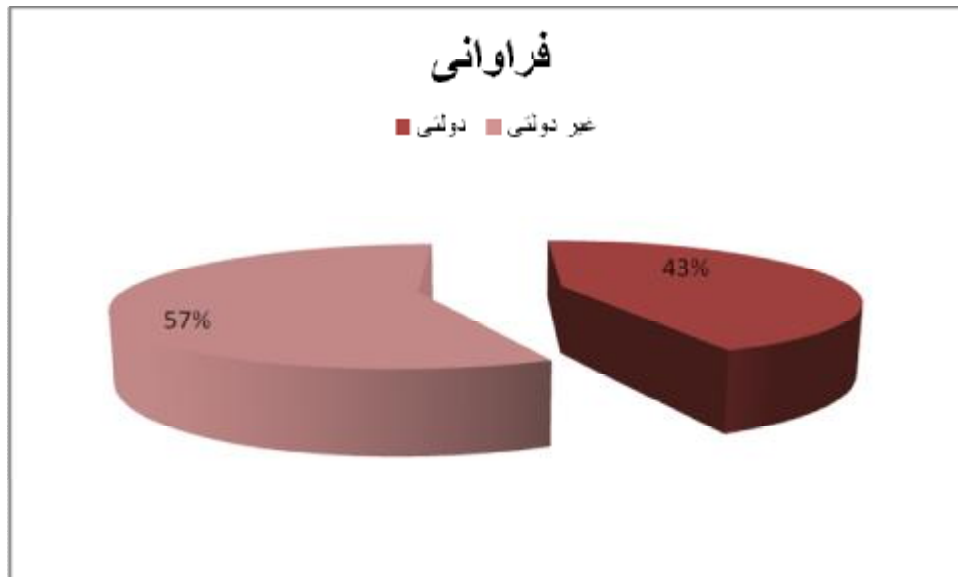
## نوع مدرسه:

همانطور که در جدول زیر مشاهده می گردد، دانش آموزان مدارس دولتی، 43 درصد و دانش آموزان مدارس غیردولتی، 57 درصد می باشند. بنابراین بیشترین فراوانی مربوط به دانش آموزان مدارس غیردولتی و کمترین فراوانی مربوط به دانش آموزان مدارس دولتی می باشد. نمودار درصد فراوانی مربوط به نوع مدرسه دانش آموزان در ذیل آمده است.

جدول فراوانی مربوط به نوع مدرسه در جامعه هدف

نوع مدرسه	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
دولتی	39	43	39
غیر دولتی	51	57	90
جمع	90	100	

نمودار درصد فراوانی مربوط به نوع مدرسه در جامعه هدف

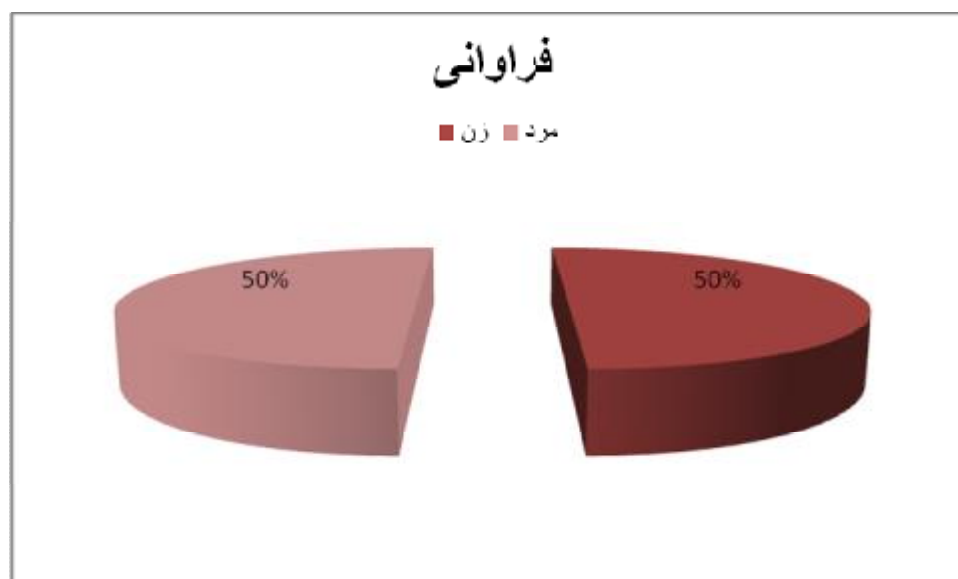


## جنسیت

همانطور که در جدول زیر مشاهده می شود 50 درصد از پاسخ دهندگان مرد و 50 درصد باقی مانده زن بوده اند. نمودار فراوانی و درصد فراوانی مربوط به جنسیت پاسخ دهندگان در ذیل آمده است.

جدول فراوانی مربوط به جنسیت در جامعه هدف

جنسیت	فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی تجمعی
زن	45	50	45
مرد	45	50	100
جمع	90	100	



نمودار فراوانی مربوط به جنسیت در جامعه هدف

## آمار استنباطی

برای بررسی تأثیر نقش رسانه دیداری در پیشگیری از اعتیاد در مدارس دخترانه فرزندان منطقه 9 تهران از آزمون T تک نمونه (T – Student) استفاده می‌کنیم. با توجه به اینکه در این تحقیق از نرم‌افزار آماری spss استفاده شده است و با عنایت به اینکه این نرم‌افزار پس از محاسبه، عدد معنی‌داری (P-Value) را ارائه می‌کند. لذا چنانچه در نتایج تحلیل‌ها هرگاه عدد معنی‌داری (P-Value) کمتر از 0/05 باشد این نتیجه حاصل شده است فرضیه تحقیق مبتنی بر تأثیر معنادار متغیر مستقل موردنظر بر متغیر وابسته تایید می‌شود و در پایان جهت اولویت بندی ابعاد متغیر مستقل از آزمون فریدمن استفاده می‌نماییم.

## آزمون فرضیه شماره یک

**فرضیه فرعی اول :** فرهنگ حاکم بر مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق شهر تهران

نسبت به پدیده اعتیاد موثر است.

یافته های پژوهش به شرح زیر است:

نتایج آزمون T تک نمونه: فرهنگ حاکم بر مدرسه بر آگاه سازی

آگاه سازی				فرهنگ حاکم بر مدرسه
نتیجه آزمون	عدد معناداری P-Value	درجه آزادی t	سطح معناداری	
معنادار است	0/00	104	0/05	

همانطور که جدول مشاهده می‌شود با فرض پذیرش مقدار حد وسط 3 به بالا (با توجه نمرات پرسشنامه: 1،

2، 3، 4 و 5) در هنگام استفاده از آزمون t تک نمونه به علت اینکه عدد معنی‌داری (P-Value) برابر با 0/00

می باشد و کمتر از 0/05 است این نتیجه حاصل می شود که فرضیه تحقیق مبتنی بر تاثیر معنادار متغیر مستقل موردنظر بر متغیر وابسته، تایید می شود. یا به عبارتی فرهنگ حاکم بر مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق شهر تهران نسبت به پدیده اعتیاد موثر است.

## آزمون فرضیه شماره دو

- فرضیه فرعی دوم: برنامه های علمی - آموزشی مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق شهر تهران نسبت به پدیده اعتیاد موثر است.

یافته های پژوهش به شرح زیر است:

نتایج آزمون T تک نمونه: برنامه های علمی - آموزشی مدرسه بر آگاه سازی

آگاه سازی				برنامه های علمی -
نتیجه آزمون	عدد معناداری P-Value	درجه آزادی t	سطح معناداری	آموزشی مدرسه
معنادار است	0/00	89	0/05	

همانطور که جدول مشاهده می شود با فرض پذیرش مقدار حد وسط 3 به بالا (با توجه نمرات پرسشنامه: 1، 2، 3، 4 و 5) در هنگام استفاده از آزمون t تک نمونه به علت اینکه عدد معنی داری (P-Value) برابر با 0/00 می باشد و کمتر از 0/05 است این نتیجه حاصل می شود که فرضیه تحقیق مبتنی بر تاثیر معنادار متغیر مستقل موردنظر بر متغیر وابسته، تایید می شود. یا به عبارتی برنامه های علمی - آموزشی مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق شهر تهران نسبت به پدیده اعتیاد موثر است.



## آزمون فرضیه شماره سه

فرضیه فرعی سوم: برنامه های پرورشی مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق شهر

تهران نسبت به پدیده اعتیاد موثر است.

یافته های پژوهش به شرح زیر است:

نتایج آزمون T تک نمونه: اخبار و اطلاعات رسانه دیداری بر پیشگیری از اعتیاد

آگاه سازی				برنامه های
نتیجه آزمون	عدد معناداری P-Value	درجه آزادی t	سطح معناداری	پرورشی مدرسه
معنادار است	0/00	104	0/05	

همانطور که جدول مشاهده می شود با فرض پذیرش مقدار حد وسط 3 به بالا (با توجه نمرات پرسشنامه:

1, 2, 3, 4 و 5) در هنگام استفاده از آزمون t تک نمونه به علت اینکه عدد معنی داری (P-Value) برابر با

0/00 می باشد و کمتر از 0/05 است این نتیجه حاصل می شود که فرضیه تحقیق مبتنی بر تاثیر معنادار متغیر

مستقل موردنظر بر متغیر وابسته، تایید می شود. یا به عبارتی برنامه های پرورشی مدرسه بر آگاه سازی

نوجوانان دبیرستانی شرق شهر تهران نسبت به پدیده اعتیاد موثر است.

## آزمون فرضیه شماره چهار

فرضیه فرعی چهارم: تخصص معلمان و مدیران مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق

شهر تهران نسبت به پدیده اعتیاد موثر است.

یافته های پژوهش به شرح زیر است:

نتایج آزمون T تک نمونه: تخصص معلمان و مدیران مدرسه بر آگاه سازی

آگاه سازی				تخصص معلمان و مدیران مدرسه
نتیجه آزمون	عدد معناداری P-Value	درجه آزادی t	سطح معناداری	
معنادار است	0/00	104	0/05	

همانطور که جدول مشاهده می شود با فرض پذیرش مقدار حد وسط 3 به بالا (با توجه نمرات پرسشنامه: 1، 2، 3، 4 و 5) در هنگام استفاده از آزمون t تک نمونه به علت اینکه عدد معنی داری (P-Value) برابر با 0/00 می باشد و کمتر از 0/05 است این نتیجه حاصل می شود که فرضیه تحقیق مبتنی بر تاثیر معنادار متغیر مستقل موردنظر بر متغیر وابسته، تایید می شود. یا به عبارتی تخصص معلمان و مدیران مدرسه بر آگاه سازی نوجوانان دبیرستانی شرق شهر تهران نسبت به پدیده اعتیاد موثر است.

#### آزمون فرضیه شماره چهار

– فرضیه اصلی: مدرسه در آگاه سازی نوجوانان نسبت به پدیده اعتیاد در دبیرستان های شرق شهر تهران موثر است.

یافته های پژوهش به شرح زیر است:

نتایج آزمون T تک نمونه: مدرسه در آگاه سازی نوجوانان نسبت به پدیده اعتیاد

آگاه سازی نوجوانان نسبت به پدیده اعتیاد				مدرسه
نتیجه آزمون	عدد معناداری P-Value	درجه آزادی t	سطح معناداری	
معنادار است	0/00	104	0/05	

همانطور که جدول مشاهده می شود با فرض پذیرش مقدار حد وسط 3 به بالا (با توجه نمرات پرسشنامه:

1، 2، 3، 4 و 5) در هنگام استفاده از آزمون t تک نمونه به علت اینکه عدد معنی داری (P-Value) برابر با

0/00 می باشد و کمتر از 0/05 است این نتیجه حاصل می شود که فرضیه تحقیق مبتنی بر تاثیر معنادار متغیر

مستقل مورد نظر بر متغیر وابسته، تایید می شود. یا به عبارتی مدرسه در آگاه سازی نوجوانان نسبت به پدیده

اعتیاد در دبیرستان های شرق شهر تهران موثر است.

**فصل پنجم:**

**نتیجه گیری و پیشنهادات**

### **مقدمه :**

در ایران بیش از 14 میلیون دانش آموز در مقاطع مختلف تحصیلی درس می خوانند و موضوع ابتلا به اعتیاد و سایر آسیب های اجتماعی همواره مورد توجه آسیب شناسان اجتماعی قرار داشته است. متأسفانه سن اعتیاد در کشور پایین آمده است. اگر این واقعیت تلخ را پنهان کنیم، مشکل حل نمی شود. میزان مواد مخدر در مدارس عدد بسیار پائینی است، اما اگر منکر وجود مواد مخدر در مدارس شویم، دروغ می گوئیم. آموزش و پرورش باید مکانیزمی را برای شناسایی این دانش آموزان فراهم کند. تنها محیط آموزشی در اعتیاد دانش آموزان نقش نداشته و خانواده هم در این خصوص مقصر هستند. از مهمترین بخش های یک تحقیق فصل نتایج و پیشنهادات آن باشد. همه گام های تحقیق جهت دستیابی به نتایج دقیق و صحیح می باشد و در ادامه می بایست راهکارهای مناسب، مطلوب و سازنده ارائه گردد تا تحقیقات کاربردی باشند. در ادامه به نتیجه گیری و ارائه پیشنهادات در خصوص نقش شرایط خانواده در پیش گیری از اعتیاد در بین جوانان 13 تا 17 ساله مرکز شهر تهران می پردازیم:

## فرایند تحقیق

هدف از انتخاب روش تحقیق آن است که محقق مشخص نماید چه شیوه و روشی اتخاذ کند تا او را هر چه سریع تر، دقیق تر، آسان تر و ارزان تر در دستیابی به پرسش های تحقیق یاری نماید. این تحقیق به صورت کتابخانه ای و میدانی انجام گرفته، و با انجام مراحل زیر به فرضیات تحقیق پاسخ داده شده است:

(1) بررسی تحقیقات مشابه

(2) مطالعات علمی پیرامون موضوع با استفاده از کتب و مقالات فارسی و لاتین

(3) تعیین روش تحقیق و تعیین جامعه و نمونه آماری

(4) تهیه و تنظیم پرسشنامه بر اساس ادبیات موضوع

(5) جمع آوری اطلاعات

(6) تجزیه و تحلیل داده های آماریبا استفاده از نرم افزار Spss

(7) نتیجه گیری و ارائه پیشنهادات لازم

## نتیجه گیری از فرضیات

پس از انجام آزمون آماری ضریب همبستگی توسط نرم افزار SPSS و تحلیل خروجی این نرم افزار به

این نتیجه رسیدیم که:

شماره	فرضیه	نتیجه فرضیه
فرضیه فرعی اول	بین فرهنگ خانواده در پیش گیری از اعتیاد در بین جوانان 13 تا 17 ساله مرکز شهر تهران رابطه معناداری وجود دارد.	تایید شد
فرضیه فرعی دوم	بین تعداد اعضاء خانواده در پیش گیری از اعتیاد در بین جوانان 13 تا 17 ساله مرکز شهر تهران رابطه معناداری وجود دارد.	تایید شد
فرضیه فرعی سوم	بین سطح تحصیلات خانواده در پیش گیری از اعتیاد در بین جوانان 13 تا 17 ساله مرکز شهر تهران رابطه معناداری وجود دارد.	تایید شد
فرضیه فرعی چهارم	بین محل سکونت خانواده در پیش گیری از اعتیاد در بین جوانان 13 تا 17 ساله مرکز شهر تهران رابطه معناداری وجود دارد.	تایید شد
فرضیه اصلی	بین شرایط خانواده و پیش گیری از اعتیاد در بین جوانان 13 تا 17 ساله مرکز شهر تهران رابطه معناداری وجود دارد.	تایید شد

## پیشنهادات

از نظرات کسانانی که با نوجوانان کار می کنند (معلمان)، مهمترین خطر تهدید کننده این گروه این است که آنها به عنوان واکنشی در قبال قرارگرفتن مکرر در موقعیت های نامناسب از جمله احساس ناامنی، فشار، آشفتگی روانی، تعارض با والدین یا مشکلات زندگی روزمره، به مواد مخدر پناه ببرند، همچنین سوء مصرف مواد مخدر در بسیاری افراد از سنین دبیرستان آغاز می شود و از مهم ترین راه های کاهش مصرف در بزرگسالی، پیشگیری از آن در نوجوانی است.

با توجه به نظرات کارشناسانه فوق، نتیجتاً محقق به پیشنهادات زیر می رسد:

- ۱ آموزش همراه با پرورش تا کودکان و نوجوانان منافع اجتماع را بر منافع خود ترجیح دهند .
- ۲ همکاری و همدلی با نوجوانان دانش آموز و اهمیت دادن و شخصیت دادن به آنها جهت ایجاد حس مسئولیت در قبال خانواده و جامعه
- ۳ لزوم وجود مشاوره روانشناسی و مددکار اجتماعی در مدارس جهت رفع مشکلات عاطفی اخلاقی و خانوادگی دانش آموزان .
- ۴ آموزش دانش آموزان از زیان های مصرف مواد مخدر در مدارس.
- ۵ تدوین محتوی کتب درسی در جهت کمک به از بین بردن انحرافات اجتماعی و بالاخص اعتیاد و همچنین در جهت رشد و شکوفایی استعداد انسانی نوجوانان .
- ۶ رسیدگی به مشکلات معلمان تا علاقمند و امیدوار به حرفه خود ادامه داده و در امر آموزش نهایت تلاش خود را بکار برند .



**منابع:**

1. «پروژه تدوین مهارت های بهداشتی برای زندگی»، دفتر همکاری های علمی بین المللی آموزش و پرورش، پژوهشگر، دکتر علی رمضانخانی، سال 01378
2. Berry Mayall ,Children's Health in Primary Schools. The falmer press, London. 1996.
3. Botvin',G. , Griffin , K. ( 2005 ) . school - Based Programs . In J.H. Lowinson - P. Ruiz. , R. B. Mill man and J. G . langrod ( Eds ). substance abuse : a comprehensive textbook ( pp1211- 1228).
4. Egger. G .Spark. R, Lawson. j , Health Promotion Strategies and Methods, Revised Edition. Mc Fraw Hill sydney, 1999.
5. بازرگان، عباس؛ سرمد، زهره ؛ حجازی، الهه، روش های تحقیق در علوم رفتاری -انتشارات آگاه- 1386.
6. درونه، جعفر و محمد حسین رضایی. «منشور تحول بنیادین آموزش و پرورش از نگاه مقام معظم رهبری»، دبیرخانه اجرایی ستاد تحول بنیادین آموزش و پرورش، 1387.
7. دلاور، علی ، (1390)، روش تحقیق در روان شناسی و علوم تربیتی ، دانشگاه پیام نور .
8. دیدگاه های تحول آفرین، « الگوی تحول بنیادین آموزش و پرورش از نگاه مقام معظم رهبری»، دبیرخانه اجرایی، ستاد تحول بنیادین آموزش و پرورش، 1386.
9. رحیمی موقر آ. «پیشگیری از اعتیاد». تهران : معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی، 1375.

10. رمضانخانی علی، «کتاب جامع بهداشت عمومی»، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، 1383.
11. سازمان جهانی بهداشت، «برنامه آموزشی مهارت های زندگی»، ترجمه ربابه نوری قاسم آبادی، پروانه محمد خانی، سازمان بهزیستی کشور، مرداد 1377.
12. سازمان جهانی بهداشت، «مدارس مروج بهداشت افق هایی جدید در بهداشت مدارس»، ترجمه علی رمضانخانی . دانشگاه علوم پزشکی بابل، چاپ اول، بهار 01377
13. سازمان جهانی بهداشت، کتاب منبع معلم بهداشت فردی، از مجموعه کتاب های، «برنامه آموزش بهداشت مدارس ابتدایی با گرایش به جنبه های عملی آن»، ترجمه علی رمضانخانی، تامارا وسکانیان، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، چاپ اول، تابستان 1376.
14. سکاران، اوما، روش های تحقیق در مدیریت، ترجمه محمد صائبی و محمود شیرازی، تهران، انتشارات مرکز آموزش مدیریت دولتی، 1384.
15. کیوی و کامپنهود، (1388)، روش تحقیق در علوم اجتماعی، ترجمه عبدالحسین نیک گهر، انتشارات توتیا.
16. مجلسی، دکتر فرشته، فصل هشتم، بهداشت مدارس . در: عالمی، دکتر علی اکبر . اصول و کلیات خدمات بهداشتی . 1357.
17. منشی، غلامرضا؛ سموعی، راحله و والیانی، محبوبه (1382). «نقش آموزش مهارتهای زندگی بر پیشگیری از اعتیاد جوانان شهر مشهد». بزه دیدگان مجموعه مقالات اولین همایش تبیین علمی بزه دیدگان و راهکارهای پیشگیرانه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان .

18. نفیسی، عبدالحسین . «بررسی نارسایی های ارتباط نظام های آموزش و پرورش و بازار کار و ارائه

راه حل های اصلاحی»، 1378.

19. نوری، محمد رضا. بهداشت مدارس، چاپ اول، بهار 1373 ، انتشارات واقفی.

20. نویدی، احد و دیگران. «آموزش فنی و حرفه ای»، جلد 3.

21. اله وردی پور حمید، حیدرنیا علیرضا، کاظم نژاد انوشیروان، ویت کیم، شفیع فروغ، آزاد فلاح

پرویز . «بررسی وضعیت سو مصرف مواد مخدر در دانش آموزان و تلفیق عامل خود کنترلی در مدل

EPPM». مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید صدوقی

یزد، سال سیزدهم ، شماره 1، 1384.

22. هیوهاوز، «ارتقاء بهداشت در مدارس»، مترجمین : دکترسیامک عالی خانی، شهناز دزفولیان، چاپ

رفاه، نوبت اول، زمستان 01379

23. یارمحمدیان ، محمد حسین ، قادری دهکردی ، صغری (1380). «بررسی تأثیر یک برنامه آموزشی

پیشگیری از اعتیاد بر روی عزت نفس ، نگرش و آگاهی نوجوانان در مورد سوء مصرف مواد

مخدر». دانش و پژوهش ، شماره 10 .