



دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

گروه مدیریت رفاه اجتماعی

پایان نامه کارشناسی ارشد

رفاه اجتماعی

عنوان:

شناسایی فرآیند تاب آوری نوجوانان و جوانان محله دروازه غار تهران در برابر

سوء مصرف مواد سال ۱۳۹۰

نگارنده:

صلاح الدین کریمی

استاد راهنما:

دکتر مریم شریفیان ثانی

اساتید مشاور:

دکتر حسن رفیعی

دکتر فرحناز محمدی

شهریور ۱۳۹۰

شماره ثبت: ۱۵۵ - ۲۰۰۰



تقدیم به پدر و مادر

نماد همت و پشتکار

تقدیم به خواهر و برادرانم

مظهر مهر و حبت

آنانکه وجودم با وجودشان معنا یافته است

تقدیم به

ہمہ دوستانم

صادق صادق، سعید سلطانی، زہرا جرجران شوشتری، داوود رضوانی، سید حسین رجبی، سید حبیب رجبی، داود قاسم زادہ، شہربانو شفیعی

ابوالفضل سلیمی، محمود دہستانی، اورنگ تیموری، پوریا مارابی، میثم جعفری اقدم، محسن گلریز، میلاد بسطامی، شہباز زمانی، کمال اکبری، حمزہ بہارلویی، محمد سبزی، مجید رحیمی، صوفی مرادی، طاہر الہ امانی

یحییٰ بایزیدی، جہانگیر خسپی، محمود راوشی، فواد علیمرادی، سامان عزیزی

سلمان شجاعی، طیبی، نرگس اصغری، بیتا پورمعصوم

تقدیر و تشکر:

سپاس بیکران به درگاه الهی، که سعادت علم آموزی را به من عنایت فرمود تا شاکر نعمت های بیکران باشم.

اکنون که به یاری خداوند متعال این رساله را به پایان می برم بر خود لازم می دانم از کلیه سروران ارجمندی که ارائه این مجموعه بدون یاری آنها امکان پذیر نبود سپاسگزاری نمایم.

با سپاس فراوان از خانم دکتر شریفیان ثانی استاد محترم راهنما که بزرگواران در کلیه مراحل تحقیق با بذل محبت بی دریغ خود مرا یاری رساندند.

با تشکر فراوان از جناب آقای دکتر حسن رفیعی و سرکار خانم دکتر فرحناز محمدی اساتید محترم مشاور که با عنایت و مساعدت بی دریغشان راهگشای مشکلاتم بودند.

و در آخر از اساتید و همکاران گروه رفاه اجتماعی، دکتر شریفیان ثانی، دکتر حمیرا سجادی، دکتر میر طاهر موسوی، دکتر حسن رفیعی، دکتر احمد عبدالهی، دکتر علیرضا کلدی، دکتر عزت اله عباسیان، دکتر آمنه ستاره فروزان، دکتر کم حبیب پور، دکتر اکبر بیگلریان و خانمها فرانک صفری و سودابه سوادجان تشکر و قدردانی می نمایم.

چکیده:

طرح مساله: این مطالعه به شناسایی^۱ فرایند تاب آوری نوجوانان و جوانان محله دروازه غار تهران از طریق تحلیل تجارب زیسته آنها پرداخته است.

روش: این مطالعه کیفی بوده به روش مطالعه پایه ای با رویکرد استراوس و کوربین ۱۹۹۸-۱۹۹۰ انجام شده است. محیط مطالعه، محله دروازه غار شهر تهران سال ۱۳۹۰ بود. برای جمع آوری اطلاعات، از مصاحبه عمیق و انجام بحث گروهی متمرکز استفاده شد. در مجموع ۱۴ مصاحبه با ۱۲ نفر انجام شد و بحث گروهی متمرکز با حضور ۷ نفر برگزار گردید.

یافته ها: یافته های تحقیق نشان داد که ۵ عنصر اصلی فرایند تاب آوری نوجوانان و جوانان را شرح می دهند که عبارتند از: ۱- تلاش هدفمند و امید به آینده جهت کسب هویت ۲- به کارگیری استراتژی های حفظ خود، برای غلبه بر ۳- عوامل فرهنگی و جامعه انگ زنده، توسعه نیافتگی، محیط پر خطر و موضوعات نگران کننده آن ۴- کسب هویت و ۵- تجربه عوامل تسهیل کننده و مداخله گر. مهمترین عاملی که سایر عناصر، حول محور آن معنا و مفهوم می یابد و نظریه بر آمده از مطالعه را شکل میدهد، کسب هویت است.

نتایج: نتایج مطالعه حاکی از آن است که تأیید شدن، به معنای زندگی رسیدن و کسب موفقیت، عمده ترین مقوله هایی هستند که در فرایند تاب آوری نوجوانان و جوانان محله دروازه غار شکل می گیرند. فرایند تاب آوری نوجوانان و جوانان محله دروازه غار از آموزشهای دوران کودکی آغاز می شود و با تلاش ایشان برای غلبه بر موانع و کسب هویت، تداوم می یابد.

کلید واژه ها: تاب آوری، سوء مصرف مواد، کسب هویت، مطالعه پایه ای

¹) Exploration

فهرست مطالب:

صفحه	عنوان
	فصل اول (کلیات تحقیق)
۲.....	مقدمه.....
۴.....	بیان مساله.....
۷.....	اهمیت و ضرورت.....
۱۰.....	متغیر های پژوهش.....
۱۰.....	اهداف پژوهش.....
۱۱.....	رویکرد پژوهش.....
	فصل دوم: چارچوب نظری و ادبیات پژوهش
۱۴.....	مقدمه.....
۱۴.....	درآمدی بر اعتیاد و مشاوره با معتاد.....
۲۳.....	دیدگاه های مختلف درباره رفتار اعتیادی.....
۲۳.....	مدل اخلاقی.....
۲۳.....	مدل طبی.....
۲۴.....	مدل اصلاحی.....
۲۴.....	مدل داوطلبانه.....
۲۴.....	رویکردها و مدل های اعتیاد.....
۲۵.....	مدل های محیطی - اجتماعی.....
۲۶.....	مدل های وراثتی/فیزیولوژیکی.....

۲۷.....	مدلهای شخصیتی.....
۲۷	مدل های یادگیری اجتماعی.....
۲۸.....	مدل های تقویت.....
۲۸.....	مدل های رفتاری.....
۲۹.....	مدل های زیستی، روانی و اجتماعی.....
۲۹	سایر نظریه ها.....
۲۹	رویکردهای جامعه شناختی.....
۳۰.....	تئوری محرومیت نسبی.....
۳۱.....	نظریه های خرده فرهنگ.....
۳۱.....	نظریه پیوند افتراقی.....
۳۶	مبانی نظری تاب آوری.....
۳۹.....	موج های پژوهش در باره تاب آوری
۴۲.....	راهبردهای پرورش تاب آوری
۴۳.....	مدل های تاب آوری
۴۷.....	مدلهای مفهومی تاب آوری
۵۴.....	پیشینه پژوهشی.....
۷۱.....	خلاصه یافته های در زمینه تاب آوری.....
۸۵	جمع بندی.....
	فصل سوم: روش شناسی تحقیق
۸۷.....	مقدمه.....

جامعه ۸۷

نوع مطالعه ۸۹

روش اجرا ۹۲

روش تجزیه و تحلیل داده ها ۹۴

دقت و اعتبار داده ها ۱۰۳

ملاحظات اخلاقی ۱۰۵

فصل چهارم:

پارادایم مطالعه ۱۰۷

یافته ها ۱۱۰

ایجاد نظریه پژوهش ۱۳۹

فصل پنجم: تفسیر یافته ها

تفسیر یافته ها ۱۴۲

جمع بندی ۱۶۵

پیشنهادها ۱۶۷

منابع ۱۶۸

فهرست جداول

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲ عوامل محافظتی برای تاب آوری کودکان و نوجوانان.....	۷۱
جدول ۲-۲ خلاصه پژوهشهای مرتبط با تاب آوری.....	۷۲
جدول ۳-۲ خلاصه پژوهشهای مرتبط با متغیر های مدل.....	۸۴
جدول ۱-۳ مشخصات جمعیتی محله مورد مطالعه	۸۷
جدول ۲-۳ مشخصات مشارکت کنندگان در تحقیق	۸۹
جدول ۳-۳ نمونه کد گذاری واحد های معنایی.....	۹۸
جدول ۳-۴ دامنه و ویژگی طبقات	۱۰۰
جدول ۳-۵ زیر طبقات به دست آمده از تجارب نوجوانان و جوانان محله دروازه غار.....	۱۰۱
جدول ۴-۱ پارادایم مطالعه.....	۱۰۷
جدول ۴-۲ طبقات و زیر طبقات پارادایم.....	۱۳۳
جدول ۴-۳ خط داستانی توصیفی.....	۱۳۷
جدول ۵-۱ عوامل بازدارنده و تسهیل کننده تاب آوری.....	۱۶۳

فهرست شکلها

صفحه	عنوان
۴۴.....	شکل ۱-۲ مدل جبرانی.....
۴۵	شکل ۲-۲ مدل چالش.....
۴۶.....	شکل ۳-۲ عامل حفاظتی.....
۴۹	شکل ۴-۲ مدل‌های متمرکز بر متغیر.....
۵۱	شکل شماره ۵-۲ مدل تمام تشخیص تاب آوری.....
۵۳.....	شکل شماره ۶-۲ مسیره‌های تاب آوری.....
۱۴۷.....	شکل ۱-۴ دیاگرام مطالعه.....
۱۳۶	شکل ۲-۴ چرخه تاب آوری.....
۱۴۰.....	شکل ۳-۴ مدل نظری مطالعه.....

فهرست ضمایم

۱۷۸.....	ضمیمه ۱ نمونه سوالات مصاحبه.....
۱۷۹.....	ضمیمه شماره ۲ فرم رضایتنامه شرکت در تحقیق.....
۱۸۱.....	ضمیمه ۳ نمونه ای از متن مصاحبه ها و کدهای استخراج شده.....
۱۸۲.....	ضمیمه ۴ چکیده به زبان انگلیسی.....

فصل اول

۱-۱ مقدمه:

اعتیاد^۱ پیوستاری است که بر تکرار مصرف، تشدید مصرف و وابستگی استوار است. ورود به این پیوستار با کنجکاوای فرد برای آزمودن مواد آغاز می شود. مرحله دوم مصرف تفریحی و دسته جمعی است: فرد برای تقویت جایگاه اجتماعی خود مبادرت به مصرف می کند. در این مرحله مصرف نامنظم است و تنها در میان جمع اتفاق می افتد. مرحله سوم این پیوستار، مصرف موقعیتی نام دارد: فرد با قرار گرفتن در یک موقعیت ویژه به مصرف مواد می پردازد. در این شرایط فرد کنترل کمی بر خود داشته و هنوز پیامدهای منفی مصرف را تجربه نکرده است. در مرحله سوم شدت مصرف مشاهده می شود و زمانهای مصرف نیز به هم نزدیک می شوند. در مرحله پایانی، فرد به وابستگی رسیده است که به شکل های جسمی، روانی یا هر دو بروز می کند. وابستگی جسمی به صورت تحمل فرد به مواد مشاهده می شود، بدین معنا که فرد برای رسیدن به وضعیت مطلوب به مواد بیشتری نیازمند است. وابستگی روانی در حالی ایجاد می شود که فرد تصور می کند برای دستیابی به کارکرد مؤثر و حضور در موقعیتهای خاص به مصرف مواد محتاج است (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۷).

سوء مصرف مواد^۲ یکی از مهمترین معضلاتی است که گستره جهانی یافته است مصیبتی که زندگی را ویران و سرمایه های کلانی را صرف مبارزه با آن و جبران صدمات ناشی از آن می نماید و همه مرزهای فرهنگی خانوادگی و اجتماعی را درنوردیده است و سلامتی بشر را مورد تهدید قرار می دهد. سوء مصرف مواد، می تواند موجب مشکلات زیادی شود از جمله می توان به مرگهای زودرس، از هم گسیختگی خانواده، بزهکاری و اضطراب اشاره کرد (تورنر^۳ و همکاران ۱۹۹۸). مطالعه رفتارهای کاملاً پنهان چالشهای روش شناختی جدی پیش روی محققان می گذارد. گرایش به یک رفتار اولین گام در پدید آمدن آن رفتار است. گرایش به مصرف مواد مخدر نیز شروع وابستگی محسوب می شود. پنهان بودن این هسته اولیه و عدم تظاهر بیرونی آن به پیچیدگی فرآیند تمایل به مصرف تا وابستگی به مواد می افزاید. اعتیاد همچون کوه یخی است که تنها نوک آن دیده می شود. در یک جامعه آنچه همگان از اعتیاد می دانند، وجود نمایان بخشی از معتادان است، اما دامنه این کوه، بخش نادیده آن است که مقدمات شکل گیری و پیدایش این پدیده را در بر دارد (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۷).

^۱)Addiction

^۲)substance abuse

^۳)Turner

برکسی پوشیده نیست که عوارض بسیار جدی اعتیاد بر سلامت فرد، زندگی خانوادگی، اقتصاد، امنیت و رشد فرهنگی جامعه بسیار گسترده و عمیق است. مهار توسعه بر هم خوردن ثبات سیاسی تهدید روند دموکراسی در جوامع از عوارضی است که به معضل اعتیاد منتسب می شود (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۰). به موضوعات مربوط به مواد مخدر و وابستگی به آنها تنها به عنوان یک بیماری یا آسیب روانی یا یک معضل صرفاً اجتماعی نباید نگریست، بلکه اعتیاد پدیده ای است مزمن و عود کننده که با صدمه های جسمانی، مالی، خانوادگی و اجتماعی همراه است. درمان اعتیاد و شکستن چرخه معیوب آن، گران و دشوار است و سیستم درمانی جامعی با رویکردهای مختلف دارو درمانی، روان دمانی، و باز پروری را می طلبد. شواهد بیانگر این است که حتی موثرترین درمانها نیز عود بالایی داشته اند در چنین شرایطی پیشگیری به طور منطقی جایگزین درمان می شود (رفیعی، ۱۳۸۲). خوشبختانه روند توسعه سیاسی اجتماعی طی سال های گذشته موجب تغییرات اساسی در سیاست گذاری کلان کشور شده است. از یک سو مداخلات مبارزه با اعتیاد از مبارزه صرف با عرضه، به سمت ادغام برنامه های کاهش عرضه و تقاضا پیش رفته و باور به ضرورت درمان معتادان و پیشگیری^۱ از اعتیاد نهادینه و انکار ناپذیر شده است (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۸۰). در زمان ما مسئله مواد مخدر، شکل مخاطره آمیز و کاملاً جدی و خطرناک جسمی از قبیل ابتلا به بیماریهای عفونی و واگیردار همچون ایدز^۲، هیپاتیت، سل و عوارض و مشکلات عدیده اجتماعی از قبیل افزایش جرمهای مرتبط با مواد مخدر همچون جنایت و سرقت، فقر و تنگدستی، تکدی گری و هدر رفتن سرمایه های کلان کشور را به همراه داشته است پس باید تمهیداتی علیه آن اندیشیده شود (همان منبع).

امروزه کارشناسان و متخصصین برای مبارزه با اعتیاد، پیشگیری را در دستور کار خود قرار داده اند و یکی از رویکردهای پیشگیری، رویکرد ارتقاء سلامت است که یکی از مهمترین راهبردهای آن تاب آوری^۳ (Resiliency) است. توجه به تاب آوری محصول نگاهی سلامت نگر است. نگاهی که صرفاً سمت منفی سلامت از جمله عوامل خطر بیماری ها را نمی بیند و به ارتقاء^۴ سمت مثبت سلامت هم توجه می کند. تاب آوری به زبان ساده، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار

^۱) prevention

^۲) Acquired Immune Deficiency Syndrome

^۳) Resiliency

^۴) promotion

است (والر^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). تاب آوری بر این فرض بنا شده است که عده ای از افراد که در معرض خطر یک مشکل قرار می گیرند آن مشکل را تجربه نمی کنند.

۱-۲ بیان مسئله:

اعتیاد به عنوان یکی از مهمترین آسیبهای اجتماعی، معضلی حاد و فراگیر است که در ابعاد مختلف خسارات جبران ناپذیری به بار می آورد، شیوع روز افزون بیماریهای واگیر مثل ایدز و هپاتیت، خطرات و هزینه های اقتصادی و درمانی ناشی از اعتیاد را افزایش داده است. در دنیا تلاشهای زیادی برای مبارزه با بروز و شیوع اعتیاد و بهبود معتادین صورت گرفته، اما هنوز شیوه ای که بتوان معتادین را به صورت دائمی درمان نمود یافت نشده است زیرا پس از ترک نمی توان امیدوار بود که معتادین دوباره اعتیاد را از سر نگیرند و شرایطی به مراتب بدتر برایشان پیش نیاید. (مارلات و گوردون^۲ 1994) افزایش روز افزون معتادان مساله اعتیاد را به بحرانی تبدیل کرده و آنچه قابل تامل است، پایین آمدن میانگین سن ابتلا به اعتیاد و گرایش جوانان و نوجوانان به سوء مصرف مواد است که زمینه ساز سرعت انتقال و گسترش ابعاد پدیده اعتیاد، از جمله درگیر کردن نهادهای اجتماعی با این مساله و هم دامن زدن اعتیاد به آسیبا و مسائل اجتماعی دیگر می گردد، مطالعات نشان داده که از خطرناکترین مواقع برای آسیب پذیری بیشتر نسبت به پدیده سوء مصرف مواد، مراحل انتقالی زندگی است. این دوران گذار و انتقال (نوجوانی به جوانی، رسیدن به سن اشتغال، بیکاری و ...)، می تواند به سوء مصرف مواد بینجامد. (طارمیان، ۱۳۸۳) و هم اینکه وابستگی به مواد یکی از مشکلات مهمی است که اکثر جوامع با آن روبرو هستند و سالانه مسبب هزینه های زیادی برای کشورها می شود. (کاپلان و سادوک^۳ ۲۰۰۹) در کشور ما هم این مساله قابل توجه است، طبق آمارهای رسمی شیوع اعتیاد در ایران ۲.۸٪ بوده و تعداد افراد مصرف کننده در حدود ۲/۵ میلیون نفر برآورد شده است. (رزاقی و همکاران، نقل از مسعود محمدی ۱۳۸۴).

گزارشها حاکی از آن است که "سوء مصرف مواد" در جهان افزایش یافته است. بر اساس تخمین^۴ UNDP، دویست میلیون نفر از مردم جهان دچار سوء مصرف مواد هستند. به عبارت دیگر ۴.۳٪ جمعیت جهان یا ۷.۴٪ جمعیت بالای ۱۵ سال جهان به این دسته اختلالها دچارند. حدود ۱۶۳ میلیون

^۱) Waller

^۲) Marlat & Gordon

^۳) Kaplan & Sadok

^۴) UNAITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME

نفر آنان از مشتقات شاهدانه، ۴۲ میلیون نفر مواد محرک را از خانواده آمفتامینها، نزدیک به ۱۵ میلیون نفر مواد افیونی و بیش از ۱۴ میلیون نفر نیز به کوکائین سوء مصرف دارند (UNODC-2003 به نقل از احترامی، ۱۳۸۶).

ایران مقام اول در سوء مصرف مواد افیونی را بین کشورهای دنیا دارد و بیشترین آمار کشفیات مواد افیونی مربوط به ایران است، به طوری که در سال ۲۰۰۱، ۷۶٪ کشفیات تریاک، ۱۹٪ هروئین و مورفین و ۵٪ حشیش بوده است، طبق گزارش UNODC-2003 بین ۷.۲ تا ۸.۲٪ جمعیت بالای ۱۵ سال جهان، سوء مصرف کننده مواد هستند (UNODC-2003 به نقل از احترامی، ۱۳۸۶).

در پژوهشی که توسط موسسه داریوش در خصوص ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران در سال ۱۳۸۳ انجام گردید، تعداد معتادان کشور بین یک میلیون و دویست هزار تا یک میلیون و هشتصد هزار نفر اعلام کرده اند و به شکل عملیاتی تعداد کل را یک میلیون و پانصد هزار نفر برآورد کردند. براساس این پژوهش جمعیت معتادان گروه سنی ۲۰-۳۴ سال بیشترین شیوع را دارد که نسبت به سالهای گذشته میانگین سن افراد معتاد کاهش یافته است.

در تحقیقی که نارنجی ها و همکاران (۱۳۸۴) انجام دادند برآورد معتادانی که نیازمند دریافت خدمات درمانی و باز توانی بودند یک میلیون و پانصد هزار نفر برآورد شد و طبیعی است که هزینه های زیادی را برای ترک و باز توانی به جامعه تحمیل می کنند. بنیا زاده و نادری (۱۳۸۱) پیرامون "ارزیابی اقتصادی عملکرد مراکز باز توانی سرپایی معتادین سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۸۰" نشان داد که هزینه یک دوره درمانی هر مراجعه کننده در مراکز باز توانی بطور میانگین ۲۴۶۸۹۷ ریال طی سال ۱۳۸۰ بوده است. تحقیق صادقیه اهری و همکاران (۱۳۸۳) میزان بالای عود اعتیاد معادل ۸۰ درصد را گزارش میکنند طبیعی است که عود اعتیاد باعث اتلاف هزینه های بیشتر خواهد شد. همه این آمارها نشان میدهد که با وجود هزینه های زیاد در درمان اعتیاد، در این زمینه موفقیت چندانی حاصل نشده است. یافته های تحقیق نارنجی ها و همکاران نشان میدهد که در مقایسه با سالهای گذشته میانگین سنی افراد معتاد کاهش یافته و بیشترین سنین افراد معتاد بین ۲۰ تا ۳۰ سال هستند و این نشان میدهد که افراد جوان ما بیشتر درگیر این معضل هستند.

بر اساس مطالعه ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران که به صورت مقطعی در سطح کشور در سال ۱۳۷۷ و ۱۳۷۸ توسط معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور و دفتر کنترل مواد مخدر سازمان ملل انجام گرفت، تعداد افراد وابسته به مواد مخدر یک میلیون و دویست هزار نفر و افرادی که گهگاه مصرف دارند، هشتصد هزار نفر برآورد گردید.

بر اساس نتایج تحقیق ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در ایران که توسط موسسه داریوش در سال ۱۳۸۶ انجام شد تعداد معتادان در خوشبینانه ترین حالت ۸۰۰ هزار نفر و در بدبینانه ترین حالت تعداد یک میلیون و هفتصد هزار نفر اعلام شد که به طور میانگین تعداد معتادان کشور یک میلیون و دویست هزار نفر اعلام گردید. البته این آمار مصرف کنندگان تفنی مواد را در کشور نشان نمی دهد. بر اساس نتایج همین تحقیق ۱/۷ درصد جمعیت کشور معتادند که ۹۵٪ آن مرد و ۵ درصد از جمعیت معتادان زن هستند. میانگین سن معتادان در سال ۱۳۸۶ حدود ۳۲/۸۲ سال ارزیابی شد. نتایج این تحقیق نشان داد که تریاک با ۳۲/۸ درصد پر مصرف ترین ماده مخدر کشور است و بعد از آن کراک (هروئین فشرده) با ۲۵/۷ درصد و هروئین با ۱۸/۸ درصد قرار دارند. براساس نتایج این تحقیق نخستین مصرف مواد در ۷۳٪ موارد در کنار دوستان بوده است. طبق آخرین گزارش از موسسه پژوهشی داریوش دو میلیون نفر از جمعیت ایران به سوء مصرف مبتلا اند.

نهایتاً می توان گفت که به نظر می رسد یکی از علل کاهش میانگین سنی جمعیت معتادان و افزایش شیوع اعتیاد در گروههای سنی جوانتر جامعه حاکی از ضعف اقدامات پیشگیرانه در طول سالهای گذشته است، پس باید اقداماتی مقتضی صورت پذیرد. به نظر می رسد اگر بخواهیم با رویکرد پیشگیرانه به اعتیاد پردازیم بهتر است مولفه ها و عوامل مرتبط با پیشگیری را بشناسیم و به بهترین نحو از آن استفاده کرده، در جهت تقویت آن گام برداریم. این تحقیق به دنبال شناسایی عوامل تسهیل کننده و بازدارنده تاب آوری در برابر گرایش به اعتیاد است، تا بتوان نتایج آن را در کاهش این بلای خانمانسوز به کار برد. از آنجا که تاب آوری دیدی سلامت نگر دارد و درصدد کنترل عوامل خطر و ارتقاء و تقویت عوامل محافظ است بالطبع به نظر می رسد با شناخت عوامل تاب آوری در برابر سوء مصرف بتوان به طور موثرتری از گرایش به اعتیاد پیشگیری کرد و از هزینه ها و بار این آسیب کاست و هم زمینه ایجاد محیطی سالم را فراهم کرد که در سایه آن توسعه پایدار صورت گیرد. هرچه شناخت ما از فرآیند تاب آوری بیشتر شود، برنامه های پیشگیرانه، هدفمند تر و موثرتر و با ضریب اطمینان بیشتری طرح ریزی شده و از اتلاف منابع، سرمایه و امکانات جلوگیری می شود. در نتیجه پژوهش حاضر قصد دارد به دانش موجود در حوزه تاب آوری بیفزاید تا از این طریق کمکی به موارد ذکر شده صورت گیرد.

۱-۳ اهمیت و ضرورت پژوهش:

نوجوانان آسیب پذیرترین قشر در برابر رفتارهای پرخطر هستند و به واسطه ویژگی های این دوره بیش از سایر گروهها دست به رفتارهایی می زنند که سلامت جسمی و روانی حال و آینده شان را تهدید میکند. (YARBSS - 2003^۱)، به نقل از سلیمانی نیا) مطالعات نشان داده که اغلب رفتارهای پرخطر^۲ از جمله مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر قبل از ۱۸ سالگی آغاز می شود. (برگمن و اسکات^۳ ۲۰۰۱، مک و ویلیامز^۴ 2001 به نقل از سلیمانی نیا ۱۳۸۴) سوء مصرف نوجوانان، آنها را در معرض خطر افت تحصیلی، سازگاری پایین، احتمال ابتلا به بیماریهای آمیزشی^۵ و در نتیجه کاهش فرصتهای شغلی و کسب و کار قرار میدهد. (دیویس^۶ و همکاران ۱۹۹۹، به نقل از مشکه و پاترسون^۷) پاترسون^۷) امروزه نوجوانان در شرایط منفی از جمله بیکاری، بی توجهی و ... به سر می برند و نگرانی کشورها از مواجهه نوجوانان با مسائل و مشکلات گوناگونی است که طی رشد با آن روبرو می شوند، علیرغم توجه عمومی مبتنی بر بالا رفتن احتمال ابتلا نوجوانان به اعتیاد مشاهده می گردد، بسیاری از آنان این دور آنها را بدون هیچ مشکلی و بدون اینکه به سمت مصرف مواد گرایش پیدا کنند، سپری می کنند، سوالی که اینجا مطرح است این است که این افراد چه ویژگی هایی دارند که به سمت مصرف گرایش پیدا نمی کنند؟

افراد تاب آور در مقابله با مشکلات غیر معمول زندگی می توانند به صورت مثبت عمل کنند. (ادوارد^۸ ۲۰۰۱) افزایش فاکتورهای محافظت کننده در زندگی نوجوانان یکی از استراتژیهای است که می تواند آینده ملتها را حفظ کند. یکی از مسائلی که در باب وابستگی به مواد در سایر دیدگاههای پیشگیرانه قابل توجه است، مسئله عوامل خطر و محافظتی در برابر وابستگی به مواد است (سیمکین دبور ۲۰۰۱) پس با در نظر گرفتن عمق فاجعه اعتیاد و عوارض آن که می تواند تبعات فردی (فعالیتهای جنسی زود هنگام، رفتارهای بزه کارانه، مشکلات زناشویی، خانوادگی،

^۱Yough Risk Behaviors Survilance System

^۲High Risk Behavior

^۳Bergman&Scatt

^۴Mace&Williams

^۵Sexual Transmitted Disease

^۶Davis

^۷Meschke&Patterson

^۸Edward

اجتماعی، اقتصادی و ...) را در بر داشته باشد توجه به عوامل تاب آوری ضروری به نظر می رسد. (بروک و بروک ۱۹۹۰ کاپلان و جانسون ۱۹۹۰ نیو کامب و بتلر ۱۹۹۸، به نقل از گیس، ۲۰۰۲).

تاب آوری مهارتی مناسب است برای پشت سر گذاشتن مشکلات زندگی حتی وقتی که شرایط نامطلوب و سخت وجود دارد (فولر^۱ ۱۹۹۸) تاب آوری به توانایی یک انسان گفته می شود که به طور موفقیت آمیز شرایط نامطلوب را پشت سر گذاشته و با آنها تطابق می یابد (دیویس^۲ ۱۹۹۹). تاب آوری یعنی تطابق مثبت در واکنش به شرایط ناگوار (والر^۳ ۲۰۰۱، به نقل از محمدی). تئوری تاب آوری اساسش بر اعتقاد بر این است که افراد می توانند بر ناملایمتهای غلبه کنند اگر عوامل محافظت کننده را در خودشان به وجود آورند. (کروتز^۴ ۱۹۹۹).

اما برای پیشگیری باید عوامل خطر یا اثر عوامل خطر را کم کرد یعنی باید اقداماتی صورت گیرد که فرد با وجود مواجهه با عوامل خطر، دچار عوارض آن نشود. پس اگر عواملی مثل فقر را نمی توان به سرعت کاهش داد، پس بهترین روش این است که فعالیتها یی صورت گیرد که فقیران و ساکنین این محلات علاوه بر فقر دچار اعتیاد نیز نشوند پس بهترین اقدامات پیشگیرانه برای نوجوانان در معرض سوء مصرف مواد باید به طور خاص طراحی و به صورت فردی، اجتماعی و در سطح جامعه ریسک فاکتورها را کاهش و فاکتورهای محافظت کننده را افزایش دهد. پیشگیری و مداخلات اثر بخش در برنامه های سوء مصرف مواد نیازمند بنیانهای تئوری و شواهد تجربی است که هر کدام اساسشان بر تحقیق، نظریه و تصمیم گیریها در فرآیندهای سیاست گذاری در سطوح خرد و کلان است.

مطالعات تاب آوری می تواند برای تدوین سیاستها، برنامه های پیشگیری و مداخلات معطوف به ارتقاء توانمندیهای فردی، اجتماعی و یا تخفیف مشکلات و ناهنجاریها در زندگی کودکان و نوجوانان آگاهی بخش باشد با شناخت بیشتر مولفه های تاب آوری به عنوان یک توانایی مهم انسانی میتوان اقدامات لازم را در جهت پرورش شخصیتهای تاب آور در سطوح فرد، خانواده و جامعه انجام داد، تا در نهایت از شیوع اعتیاد و تبعات آن جلوگیری کرد. اما پروژه تاب آوری (گروتبرگ ۲۰۰۰ به نقل از کوکس^۵ ۲۰۰۴) تلاشی بود در جهت اینکه فرهنگهای مختلف

¹)Fuller

²)Davis

³)Waller

⁴)Krovetz

⁵)Cox