

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



**گزارش پایان پروژه**  
**برای دریافت درجه کارشناسی حرفه‌ای ارشد**  
**در رشته پیشگیری از اعتیاد (M. A)**

**عنوان کلان پروژه:**

رویکرد اجتماعی شدن امر مبارزه با اعتیاد در محیط‌های کار

راهنمای کلان پروژه:

دکتر حمیدرضا صرامی‌فروشانی

مشاور کلان پروژه:

دکتر مهرداد احترامی

عنوان پروژه تخصصی:

ارزیابی پیشگیری اجتماع‌محور از اعتیاد

در محیط‌های کاری (کارمندی)

استاد راهنمای پروژه تخصصی:

دکتر حبیب‌اله مسعودی فرید

نگارنده:

مسعود مظاهری

باسمه تعالی

نام دانشگاه جامع علمی کاربردی	صور تجلسه دفاع از گزارش پایان پروژه تخصصی از کلان پروژه با عنوان : طراحی و اجرای مدل های مداخلتی پیشگیری از اعتیاد	نام دستگاه متقاضی
نام استان مجری: تهران	نام مرکز مجری : مرکز آموزش علمی کاربردی بهزیستی و تأمین اجتماعی استان تهران	عنوان رشته: کارشناسی حرفه ای ارشد پیشگیری از اعتیاد
نام و نام خانوادگی دانشجو: مسعود مظاهری	کد ملی: ۰۰۵۶۴۷۸۸۹۵	شماره دانشجویی: ۹۳۱۱۷۰۲۴۱۱۱۰۰۱۵
ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی)		
تاریخ تصویب پروپوزال: در بیست و ششمین جلسه کمیته تخصصی شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه طی نامه شماره ۹۵/۰۲/۲۲ ت ه مورخ ۹۵/۰۲/۲۲		

جلسه دفاع از گزارش پایان پروژه تخصصی با عنوان فوق در تاریخ ۹۷/۰۴/۲۱ با حضور دانشجوی نامبرده و اعضای هیات داوران در مرکز آموزش علمی کاربردی بهزیستی و تأمین اجتماعی استان تهران تشکیل گردید. در این جلسه میانگین نمرات از ۱۲ نمره مطابق جدول ذیل به عدد ۱۰.۶۶۶... به حروف ۱۰ و ۶۶۶... با توجه به نمره ۱۰.۶۶۶... از بخش اول گزارش کمیته راهبری و نمره ۱۰.۶۶۶... از بخش دوم گزارش کمیته راهبری، نمره نهایی گزارش پایان پروژه دانشجو به عدد ۱۰.۶۶۶... به حروف ۱۰ و ۶۶۶... می باشد.

۱.  قابل قبول با درجه عالی  بسیار خوب  خوب  متوسط  ار  شد.

۲.  غیر قابل قبول ارزیابی شد و به دانشجو تا تاریخ ..... (طبق آیین نامه حداکثر یک نیمسال) فرصت داده شد تا اصلاحات لازم را در پروژه به عمل آورد و صرفاً برای یکبار دیگر از گزارش پایان پروژه دفاع کند. نمرات درج شده در جدول ذیل مبنای محاسبه نمره دفاع از گزارش پروژه تخصصی نمی باشد.

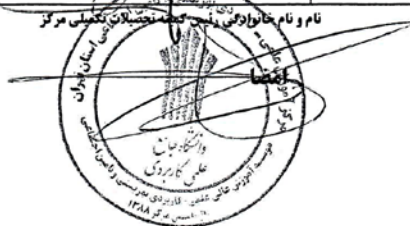
ردیف	نام و نام خانوادگی سمت	خواهشمند است در جدول زیر نمره دفاع از گزارش پروژه تخصصی از ۱۲ نمره ثبت گردد.	مرتبیه علمی / مدرک تحصیلی و مقطع	محل امضا
۱	راهبر کلان پروژه : دکتر حمیدرضا صرامی فروشانی	۱۰		
۲	مشاور کلان پروژه: دکتر علیرضا محسنی تبریزی	۱۱		
۳	استاد راهنما پروژه تخصصی: دکتر حبیب اله مسعودی فرید	۱۲		
۴	مشاور پروژه تخصصی: دکتر مهرداد احترامی	۱۲		
۵	ناظر پروژه تخصصی: دکتر رضا رزاقی	۱۰		
۶	عضو هیات علمی مرتبط با موضوع (مستقل از مرکز مجری): دکتر فرهاد طارمیان	۱۰		
میانگین				

نماینده تحصیلات تکمیلی استان:

دفاع از پایان نامه در تاریخ ۹۷/۰۴/۲۱ و با نمره ۱۰.۶۶۶... به تصویب رسید.

محمد باقر لطفعلی

نام و نام خانوادگی رئیس کمیته تحصیلات تکمیلی مرکز



نام دستگاه متقاضی:

نام استان مجری:

نام مرکز مجری:

عنوان رشته:

عنوان کلان پروژه:

استاد راهنمای محترم: جناب آقای دکتر حبیب اله مسعودی فرید

با سلام

اینجانب مسعود مظاهری دانشجوی رشته پیشگیری از آسیبهای اجتماعی با گرایش پیشگیری از اعتیاد به شماره دانشجویی ۹۳۱۱۷۰۲۴۱۱۱۰۰۱۵ آمادگی خود را جهت دفاع از پروژۀ تخصصی با عنوان ارزیابی پیشگیری اجتماعی محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی) اعلام می دارد. خواهشمند است در این خصوص اقدامات مقتضی صورت پذیرد.

امضای دانشجو تاریخ

راهبر محترم کلان پروژه: جناب آقای حمید صرامی

با سلام

به استحضار می رساند گزارش پایان پروژه تخصصی آقای/خانم مسعود مظاهری مورد بررسی قرار گرفت و نامبرده آماده دفاع می باشد، خواهشمند است در این خصوص اقدام مقتضی صورت پذیرد.

نام و نام خانوادگی: حبیب اله مسعودی فرید

امضای استاد راهنما

ریاست محترم کمیته تحصیلات تکمیلی مرکز: جناب آقای دکتر محسن فتا پور

با سلام

به استحضار می رساند گزارش پایان پروژه تخصصی خانم/ آقای مسعود مظاهری مورد بررسی قرار گرفت و نامبرده آماده دفاع می باشد خواهشمند است در این خصوص اقدام مقتضی صورت پذیرد. ضمناً گزارش بخش اول و دوم کمیته راهبری پیوست گردید.

نام و نام خانوادگی حمید صرامی

امضای راهبر کلان پروژه

ریاست محترم کمیته تحصیلات تکمیلی استان

با سلام، به استحضار می رساند گزارش پایان پروژه خانم/ آقای مسعود مظاهری در کمیته تحصیلات تکمیلی مرکز مورد بررسی قرار گرفت و نامبرده آماده دفاع می باشد، همچنین شرایط نامبرده از نظر قوانین آموزشی جهت برگزاری جلسه دفاع نیز قابل قبول می باشد. خواهشمند است در این خصوص اقدام مقتضی صورت پذیرد. ضمناً صورت جلسه کمیته تحصیلات تکمیلی مرکز نیز پیوست گردید.

نام و نام خانوادگی ریاست کمیته تحصیلات تکمیلی مرکز

استعلام از معاونت پژوهش و فناوری دبیر خانه شورای تحصیلات تکمیلی

نام دستگاه متقاضی:

نام استان مجری: تهران

نام مرکز مجری: بهزیستی و تامین اجتماعی استان تهران

عنوان رشته: آسیب شناسی اجتماعی با گرایش پیشگیری از اعتیاد

عنوان کلان پروژه: ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی)

جناب آقای دکتر رزاقی ناظر محترم پروژه تخصصی

با سلام

با توجه به اعلام آمادگی اعضای کمیته تحصیلات تکمیلی مرکز ذکر شده و دانشجو آقای مسعود مظاهری جهت دفاع از پروژه تخصصی با عنوان " ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی) " خواهشمند است نظر خود را در این خصوص اعلام فرمایید.

دبیر کمیته تحصیلات تکمیلی استان

امضا  
سید محمد علی  
۹۳/۱۲/۷

ریاست محترم کمیته تحصیلات تکمیلی استان

با سلام

به استحضار می رساند گزارش پایانی پروژه تخصصی خانم آقای مسعود مظاهری مورد بررسی قرار گرفت و برگزاری جلسه دفاع نامبرده قابل قبول  غیر قابل دفاع  با اعمال تغییرات قابل قبول  می باشد. گزارش اینجانب جهت ارائه به کمیته تخصصی پیوست گردید.

نام و نام خانوادگی

امضای ناظر  
سید محمد علی

توضیحات، پیشنهادات ناظر:

نام دستگاه متقاضی:

نام استان مجری: تهران

نام مرکز مجری: بهزیستی و تامین اجتماعی استان تهران

عنوان رشته: آسیب شناسی اجتماعی با گرایش پیشگیری از اعتیاد

عنوان کلان پروژه: ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی)

جناب آقای دکتر فرهاد طارمیان داور محترم پروژه تخصصی

با سلام

با توجه به اعلام آمادگی اعضای کمیته تحصیلات تکمیلی مرکز ذکر شده و دانشجو آقای مسعود مظاهری جهت دفاع از پروژه تخصصی با عنوان ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی) خواهشمند است نظر خود را در این خصوص اعلام فرمایید.

دبیر کمیته تحصیلات تکمیلی استان

امضا

ریاست محترم کمیته تحصیلات تکمیلی استان

با سلام

به استحضار می رساند گزارش پایانی پروژه تخصصی خانم آقای مسعود مظاهری مورد بررسی قرار گرفت و برگزاری جلسه دفاع نامبرده قابل قبول  تغییر قابل دفاع  با اعمال تغییرات قابل قبول  می باشد

نام و نام خانوادگی دکتر فرهاد طارمیان

امضای داور

توضیحات، پیشنهادها و تداور:

«فرم ایران داک»

باسمه تعالی

<p>نام دستگاه متقاضی</p>	<p>صور تجلسه بخش اول کمیته راهبری کلان پروژه با عنوان: پیشگیری اجتماعی محور از اعتیاد با رویکرد اجتماعی کردن</p>	<p>دانشگاه جامع علمی کاربردی</p>
<p>عنوان رشته: کارشناس حرفه ای ارشد پیشگیری از آسیبهای اجتماعی با گرایش اعتیاد</p>	<p>نام مرکز مجری: بهزیستی و تامین اجتماعی استان تهران</p>	<p>نام استان مجری: تهران</p>
<p>شماره دانشجویی: ۹۳۱۱۷۰۲۴۱۱۲۰۰۱۵</p>	<p>کد ملی: ۰۰۵۶۴۷۸۸۹۵</p>	<p>نام و نام خانوادگی دانشجو: مسعود مظاهری</p>
<p>تاریخ تصویب پروپوزال: در بیست و ششمین جلسه کمیته تخصصی شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه طی نامه شماره ۹۵/۳۸۹۳/ت ۹۵/۲/۲۲</p>	<p>عنوان پروژه تخصصی: ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی)</p>	
<p><b>شرح مذاکرات:</b></p> <p>پروژه تخصصی دانشجو آقای مسعود مظاهری با عنوان " ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی )" که هدف اصلی آن اهداف دانشی: گروه مخاطب درک درستی از پدیده سوء مصرف مواد در محیط های کار، آثار و علل آن و راههای پیشگیری از این معضل پیدا کنند. اهداف نگرشی: احساس خطر نسبت به سوء مصرف مواد در محیط های کار-گروه مخاطب ضرورت آموزش های پیشگیری از اعتیاد را بپذیرند و نسبت به تأثیرگذاری این آموزش ها نگرش مثبتی پیدا کنند. اهداف کنشی: گروه مخاطب بتواند هر یک از محورهای آموزشی را به نحوی کارآمد آموزش دهد.</p>		
<p>محل امضا</p> 	<p>خواهشمند است در جدول زیر نمره گزارش بخش اول پروژه تخصصی از ۳ نمره ثبت گردد.</p>	<p><b>ردیف</b></p> <p>نام و نام خانوادگی اعضا کمیته راهبری</p> <p>۱ راهبر کلان پروژه : آقای دکتر حمید رضا صرامی</p> <p>۲ مشاور کلان پروژه:</p> <p>۳ استاد راهنما پروژه تخصصی: آقای دکتر حبیب اله مسعودی فرید</p> <p>۴ مشاور پروژه تخصصی: دکتر مهرداد احترامی</p> <p>۵ ناظر پروژه تخصصی: دکتر رضا رزاقی</p> <p>میانگین</p>



باسمه تعالی

نام دانشگاه جامع علمی کاربردی	صور تجلسه بخش دوم کمیته راهبری کلان پروژه با عنوان: پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد با رویکرد اجتماعی کردن	نام دستگاه متقاضی
نام استان مجری: تهران	نام مرکز مجری: بهزیستی و تامین اجتماعی استان تهران	عنوان رشته: کارشناس حرفه ای ارشدپیشگیری از آسیبهای اجتماعی باگرایش اعتیاد
نام و نام خانوادگی دانشجو: مسعود مظاهری	کد ملی: ۰۰۵۶۴۷۸۸۹۵	شماره دانشجویی: ۹۳۱۱۷۰۲۴۱۱۱۰۰۱۵
عنوان پروژه تخصصی: ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی)		
تاریخ تصویب پروپوزال: در بیست و ششمین جلسه کمیته تخصصی شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه طی نامه شماره ۹۵/۲/۲۲ ه/۹۵/۳۸۹۳		
جلسه کمیته راهبری جهت بررسی پیشرفت پروژه تخصصی با عنوان فوق در تاریخ ..... با حضور دانشجوی نامبرده و اعضای کمیته راهبری تشکیل و میزان پیشرفت فعالیت های دانشجو:		
<p>۱. <input checked="" type="checkbox"/> قابل قبول ارزیابی شد و نمرات در جدول ذیل درج و مبنای محاسبه نمره بخش دوم پروژه تخصصی می باشد.</p> <p>۲. <input type="checkbox"/> غیر قابل قبول ارزیابی شد و به دانشجو تا تاریخ.....(طبق آیین نامه حداکثر ۲ ماه) فرصت داده شد تا روند فعالیت های خود را به سطح قابل قبول ارتقا دهد. نمرات درج شده در جدول ذیل مبنای محاسبه نمره بخش دوم پروژه تخصصی نمی باشد.</p>		
<b>توضیحات:</b>		
ردیف	نام و نام خانوادگی اعضا کمیته راهبری	خواهشمند است در جدول زیر نمره گزارش بخش اول پروژه تخصصی از ۵ نمره ثبت گردد.
۱	راهبر کلان پروژه آقای دکتر حمیدرضا صرامی	۵
۲	مشاور کلان پروژه:	۵
۳	استاد راهنما پروژه تخصصی: آقای دکتر حبیب اله مسعودی فرید	۵
۴	مشاور پروژه تخصصی: دکتر مهرداد احترامی	۵
۵	ناظر پروژه تخصصی: دکتر رضازقی	۵
میانگین		

گزارش نظارت بر بخش اول پروژه تخصصی دانشجویان مهندسی فناوری ارشد و کارشناسی حرفه ای ارشد

شماره ثبت گزارش اول:	نام و نام خانوادگی دانشجو: مسعودمظاهری راهبر کلان پروژه: جناب آقای دکتر حمید رضا صرامی مشاور کلان پروژه: استاد راهنمای پروژه تخصصی: جناب آقای دکتر حبیب اله مسعودی فرید مشاور پروژه تخصصی ۱: مشاور پروژه تخصصی ۲:	نام دستگاه متقاضی: نام استان مجری: تهران نام مرکز مجری: بهزیستی و تامین اجتماعی استان تهران عنوان کلان پروژه: ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی) عنوان پروژه گروهی: عنوان پروژه تخصصی: ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی)
----------------------	--	--

زمان تصویب پروژه تخصصی پیشنهادی (پروپوزال): در بیست ششمین جلسه کمیته تخصصی شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه طی نامه شماره ۹۵/۳۸۹۳/ت به تاریخ ۹۵/۲/۲۲	زمان شروع پروژه: ۱۳۹۵/۳/۱
--	---------------------------

اظهار نظر در خصوص عوامل انسانی فعال در پروژه تخصصی با ذکر مسئولیت اعضا:

عوامل انسانی این پروژه عبارتند از: ۱- جناب آقای دکتر حمید رضا فروشانی به عنوان راهبر کلان پروژه، مدیر کل دفتر آموزش و پژوهش ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور - پژوهشگر اعتیاد و مدرس رشته پیشگیری از اعتیاد. ۲- جناب آقای دکتر حبیب اله مسعودی فرید، عضو هیات علمی دانشگاه و معاون امور اجتماعی بهزیستی کشور.

اظهار نظر در خصوص انجام خدمات قید شده در پروژه تخصصی پیشنهادی (پروپوزال):

در بخش دوم اطلاعات از طریق پرسشنامه، مصاحبه و تحلیل محتوا جمع آوری شده است. همچنین برنامه های حوزه اعتیاد از طریق روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. همچنین بخشی از داده ها از طریق مصاحبه انجام شده است. پس از آن داده ها کدگذاری شده و با استفاده از نرم افزار SPSS اقدام به تجزیه و تحلیل گردید. پس از آن گزارش نهایی خود را ارائه خواهد شد.

موانع و مشکلات و ارایه پیشنهاد:

دربرخیز تحصیلات تکمیلی

آیا ارزیابی بخش اول پیشرفت فعالیت دانشجو توسط کمیته راهبری کلان پروژه انجام شده است؟  
بله  خیر   
نمره کسب شده از ۳ نمره ..... ۳..... می باشد، صورتجلسه کمیته راهبری پیوست گردید.

اینجناب دکتر رضا رزاقی ناظر پروژه تخصصی با عنوان ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی) صحت اطلاعات فوق را تایید می نمایم.

امضا

گزارش نظارت بر بخش دوم پروژه های تخصصی دانشجویان مهندسی فناوری آرد و کارشناسی حرفه ای آرد

شماره ثبت گزارش دوم:: تاریخ ثبت گزارش دوم::	نام و نام خانوادگی دانشجو: مسعودمظاهری راهبر کلان پروژه: جناب آقای دکتر حمید رضا صرایی مشاور کلان پروژه: استاد راهنمای پروژه تخصصی: جناب آقای دکتر حبیب اله مسعودی فرید مشاور پروژه تخصصی ۱: مشاور پروژه تخصصی ۲:	نام دستگاه متقاضی: نام استان مجری: تهران نام مرکز مجری: بهزیستی و تامین اجتماعی استان تهران عنوان کلان پروژه: ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی) عنوان پروژه گروهی: عنوان پروژه تخصصی: ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی)
--	--	--

زمان شروع پروژه: ۹۵/۳/۱	زمان تصویب پروژه تخصصی پیشنهادی (پروپوزال): در بیست و ششمین جلسه کمیته تخصصی شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه طی نامه شماره ۹۵/۳۸۹۳/ت به تاریخ ۹۵/۲/۲۲
-------------------------	--

اظهاری نظر در خصوص عوامل انسانی فعال در پروژه تخصصی با ذکر مسئولیت اعضا:

عوامل انسانی این پروژه عبارتند از: ۱- جناب آقای دکتر حمید رضا فروشانی به عنوان راهبر کلان پروژه، مدیر کل دفتر آموزش و پژوهش ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور - پژوهشگر اعتیاد و مدرس رشته پیشگیری از اعتیاد. ۲- جناب آقای دکتر حبیب اله مسعودی فرید، عضو هیات علمی دانشگاه و معاون امور اجتماعی بهزیستی کشور.

اظهاری نظر در خصوص انجام خدمات قید شده پروژه تخصصی پیشنهادی (پروپوزال):

در بخش دوم اطلاعات از طریق پرسشنامه، مصاحبه و تحلیل محتوا جمع آوری شده است. همچنین برنامه های حوزه اعتیاد از طریق روش تحلیل محتوا مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. همچنین بخشی از داده ها از طریق مصاحبه انجام شده است. پس از آن داده ها کدگذاری شده و با استفاده از نرم افزار SPSS اقدام به تجزیه و تحلیل گردید. پس از آن گزارش نهایی خود را ارائه خواهد

موانع و مشکلات و ارائه پیشنهاد:


درخواست سنوات ۲ ماهه جهت پیشرفت روند فعالیت ها:  خیر  بلی

توضیحات:

آیا ارزیابی بخش دوم پیشرفت فعالیت دانشجو توسط کمیته راهبری کلان پروژه انجام شده است؟  خیر  بلی

نمره کسب شده از ۵ نمره ..... می باشد، صورتجلسه کمیته راهبری پیوست گردید.

اینجانب دکتر رزاقی ناظر پروژه تخصصی با عنوان "ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط های کاری (کارمندی)" صحت اطلاعات فوق را تایید می نمایم.



# تقديم

پاسگزارى

## چکیده

آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد در محیط کار به عنوان یکی از محیط‌های اصلی حضور افراد، یک مساله بسیار نگران‌کننده است. مصرف و سوء مصرف مواد در محیط کار بر عملکرد پرسنل و تولید، اثر معکوسی دارد. هدف این پژوهش ارزیابی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کاری (کارمندی) می‌باشد. این تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر روش توصیفی و همبستگی می‌باشد. که به بررسی رویکرد اجتماع مدار در معتادان محیط می‌پردازد. که اطلاعات از طریق پرسشنامه جمع آوری شد. نتایج با استفاده از نرم افزار spss تحلیل شد. نتایج نشان داد که بین اهداف کنشی، نگرشی و دانشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی (کاری رابطه معنی دار وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: پیشگیری اجتماع محور، اعتیاد، محیط‌های کاری

فصل اول: کلیات تحقیق

۱-۱ مقدمه .....	۱
۲-۱ بیان مسئله .....	۲
۳-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق .....	۳
۴-۱ اهداف تحقیق .....	۴
۵-۱ فرضیه‌های تحقیق .....	۴
۶-۱ روش‌شناسی تحقیق .....	۵

فصل دوم: ادبیات و مبانی نظری پژوهش

۱-۲ مقدمه .....	۶
۲-۲ مبانی نظری .....	۶
۳-۲ نظریه‌های روان‌شناختی .....	۹
۴-۲ رویکردهای جامعه‌شناختی .....	۱۰
۱-۴-۲ نظریه یادگیری اجتماعی .....	۱۰
۲-۴-۲ نظریه کنترل اجتماعی .....	۱۰
۳-۴-۲ نظریه پیوند افتراقی .....	۱۲
۴-۴-۲ نظریه انحراف ازهنجارها .....	۱۳
۵-۴-۲ نظریه انزوای طلبی مرتون .....	۱۳
۶-۴-۲ نظریه محرومیت نسبی .....	۱۴
۷-۴-۲ نظریه‌های خرده‌فرهنگ .....	۱۴
۸-۴-۲ نظریه انتقال فرهنگی .....	۱۵
۹-۴-۲ نظریه الگوی رشد اجتماعی .....	۱۶
۵-۲ انسان و نقش او در پیشگیری و ارتقای سلامت .....	۱۶
۶-۲ فلسفه سرشتی انسان و مبانی پیشگیری اجتماعی محور .....	۱۷
۱-۶-۲ تعریف اجتماع محور .....	۲۵
۲-۶-۲ هدف برنامه‌های اجتماع محور .....	۲۵
۳-۶-۲ مثال‌هایی از برنامه‌های اجتماع محور .....	۲۵

- ۲-۶-۴ ویژگی‌های فعالیت‌های اجتماع محور ..... ۲۶
- ۲-۶-۵ راهبردهای پیشگیری اجتماع محور ..... ۲۶
- ۲-۶-۶ علائم ناشی از مصرف کردن مواد مخدر در محیط‌های کار ..... ۲۷
- ۲-۶-۷ هزینه‌های سوء مصرف مواد برای سازمان‌ها ..... ۲۸
- ۲-۷-۷ اعتیاد ..... ۳۰
- ۲-۷-۱ عوامل خانوادگی مؤثر در اعتیاد جوانان ..... ۳۱
- ۲-۷-۲ اعتیاد در محیط کار ..... ۳۳
- ۲-۷-۳ نگاه سنتی با مشکل سوء مصرف مواد در محیط کار ..... ۳۵
- ۲-۷-۴ عوامل مؤثر بر اعتیاد در محیط کار ..... ۳۶
- ۲-۷-۴-۱ عوامل خطر مصرف مواد در محیط کار ..... ۳۷
- ۲-۷-۵ دلایل استرسی‌های کاری ..... ۳۸
- ۲-۷-۵-۱ شیفت‌های کار ..... ۳۸
- ۲-۷-۵-۲ ساعات کار زیاد ..... ۳۸
- ۲-۷-۵-۳ فن آوری ..... ۳۹
- ۲-۷-۶ پیشگیری ..... ۴۰
- ۲-۷-۷ عوامل محیطی و اجتماعی محافظت‌کننده ..... ۴۱
- ۲-۷-۷-۱ خانواده سالم ..... ۴۱
- ۲-۷-۷-۲ هوشیاری و حمایت خانواده، مدرسه و اطرافیان ..... ۴۱
- ۲-۷-۷-۳ ضد ارزش بودن مصرف مواد ..... ۴۲
- ۲-۷-۷-۴ دسترسی به خدمات ..... ۴۲
- ۲-۷-۷-۵ عدم دسترسی به مواد ..... ۴۳
- ۲-۷-۷-۶ تفریحات سالم ..... ۴۳
- ۲-۷-۸ نقش رفتارهای دینی و مذهبی در پیشگیری از اعتیاد ..... ۴۴
- ۲-۷-۹ جامعه و آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد ..... ۴۴
- ۲-۷-۱۰ کار با جامعه برای جوانان ۱۷ تا ۱۹ سال ..... ۴۵
- ۲-۸ اصول پیشگیری از سوء مصرف مواد ..... ۴۶
- ۲-۹ پیشینه تحقیق ..... ۴۹
- ۲-۱۰ جمع‌بندی پیشینه تحقیق ..... ۵۱



## فصل سوم: روش پژوهش

۵۲	۱-۳ مقدمه
۵۳	۲-۳ نوع و روش پژوهش
۵۳	۳-۳ جامعه و نمونه آماری
۵۳	۱-۳-۳ نمونه آماری و نحوه تعیین حجم آن
۵۴	۴-۳ روش گردآوری اطلاعات
۵۴	۱-۴-۳ بررسی اسناد و مدارک
۵۵	۵-۳ روایی
۵۵	۱-۵-۳ روایی محتوا
۵۵	۲-۵-۳ روایی سازه
۵۶	۱-۲-۵-۳ روایی همگرا
۵۶	۲-۲-۵-۳ روایی واگرا (تشخیصی)
۵۶	۳-۲-۵-۳ روایی تک بعدی بودن
۵۷	۳-۵-۳ پایایی
۵۷	۶-۳ روش تجزیه و تحلیل اطلاعات
۵۸	۱-۶-۳ آزمون کلموگروف - اسمیرنف
۵۸	۲-۶-۳ آزمون همبستگی
۵۹	۷-۳ تحلیل SWOT

## فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش

۶۱	۱-۴ مقدمه
۶۲	۲-۴ یافته‌های جمعیت شناختی
۶۲	۱-۲-۴ جنسیت
۶۳	۲-۲-۴ تحصیلات افراد پاسخگو
۶۴	۳-۲-۴ سن افراد پاسخگو
۶۵	۳-۴ آمار توصیفی معیارها
۶۵	۴-۴ یافته‌های تحلیلی
۶۵	۱-۴-۴ آزمون نرمال بودن
۶۸	۲-۴-۴ آزمون تی

۶۸	..... ۱-۲-۴-۴ آزمون تی معیارها
۶۸	..... ۳-۴-۴ آزمون همبستگی معیارها
۶۹	..... ۴-۴-۴ تحلیل سوات
۶۹	..... ۱-۴-۴-۴ عوامل داخلی
۷۰	..... ۲-۴-۴-۴ عوامل خارجی
۷۱	..... ۳-۴-۴-۴ ماتریس سوات

### فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۷۳	..... ۱-۵ مقدمه
۷۳	..... ۲-۵ خلاصه نتایج
۷۴	..... ۱-۲-۵ نتایج توصیفی
۷۴	..... ۲-۲-۵ یافته‌های استنباطی
۷۵	..... ۳-۵ نتیجه‌گیری و بحث
۷۷	..... ۱-۳-۵ استراتژی‌های WO
۷۷	..... ۲-۳-۵ استراتژی‌های SO
۷۸	..... ۴-۵ پیشنهادات
۷۸	..... ۱-۴-۵ پیشنهادات کاربردی
۷۹	..... ۲-۴-۵ پیشنهادات برای تحقیقات آتی
۷۹	..... ۵-۵ محدودیت‌های تحقیق
۸۰	..... فهرست منابع و مأخذ
۸۰	..... منابع فارسی
۸۱	..... منابع انگلیسی
۱۴۷	..... چکیده انگلیسی

## فهرست جدول‌ها

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۶۲.....	جدول ۴-۱ جنسیت افراد پاسخگو.....
۶۳.....	جدول ۴-۲ تحصیلات پاسخگویان.....
۶۴.....	جدول ۴-۳ سن افراد پاسخگو.....
۶۵.....	جدول ۴-۴ آمار توصیفی معیارها.....
۶۶.....	جدول ۴-۵ آزمون نرمال بودن داده‌ها.....
۶۶.....	جدول ۴-۶ نتایج همبستگی پیرسون بین اهداف دانشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی.....
۶۷.....	جدول ۴-۷ نتایج همبستگی پیرسون بین اهداف نگرشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی.....
۶۷.....	جدول ۴-۸ نتایج همبستگی پیرسون بین اهداف کنشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی.....
۶۸.....	جدول ۴-۹ آزمون تی معیارهای سیستم تامین.....
۶۹.....	جدول ۴-۱۰ تحلیل سوات عوامل داخلی (نقاط قوت).....
۷۰.....	جدول ۴-۱۱ تحلیل سوات عوامل داخلی (نقاط ضعف).....
۷۰.....	جدول ۴-۱۲ تحلیل سوات عوامل خارجی (فرصت).....
۷۱.....	جدول ۴-۱۳ تحلیل سوات عوامل خارجی (تهدید).....
۷۱.....	جدول ۴-۱۴ ماتریس سوات.....
۷۱.....	جدول ۴-۱۵ نتایج ماتریس سوات.....

## فهرست نمودارها

<u>صفحه</u>	<u>عنوان</u>
۶۲.....	نمودار ۱-۴ جنسیت افراد پاسخگو.....
۶۳.....	نمودار ۲-۴ تحصیلات پاسخگویان.....
۶۴.....	نمودار ۳-۴ وضعیت سنی افراد پاسخگو.....

## فصل اول: کلیات تحقیق

### ۱-۱ مقدمه

وابستگی مواد یا اعتیاد به مواد مخدر از عمده ترین معضلات جوامع انسانی می باشد و در کشور ایران نیز که سر راه ترانزیت این مواد قرار دارد و طبق گزارش سازمان ملل بیشترین میزان کشفیات مواد مخدر در آن صورت می گیرد، بیش از پیش جمعیت جوان آن در معرض خطر است وابستگی به مواد منجر به تغییرات روانشناختی جدی در فرد معتاد می گردد. (سادوک، ۲۰۱۰).

بدون تردید مصرف مواد در محیط کار یکی از اصلی ترین معضلات محیط های کاری است. با افزایش مشکل مصرف مواد در محیط کار اقدامات و تلاش های فراوانی در دنیا جهت مقابله با این معضل و اثرات مخرب آن توسط دست اندرکاران، مسئولان و صاحبان بخش های خصوصی، دولتی محیط کار انجام گرفته است. از نقاط ضعف و چال شهای اقدامات پیشگیری اولیه از اعتیاد در محیط کار، کمبود نیروی انسانی متخصص در سطح کشور می باشد. مشکل مربوط به مصرف مواد در محیط کار کشورمان به عنوان پیامد عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی و یا تحت شرایط خاصی در محیط کار یا ترکیبی از این عوامل قابل تامل است. این مشکلات نه تنها عوارض ناخوشایندی بر س المت زندگی خوب کارگران دارد، ممکن است مشکلاتی مانند کاهش جدی در عملکرد شغلی، حوادث، درگیری، و غیره را سبب شود. با توجه به اینکه مشکلات مربوط به مصرف مواد در

محیط کار سبب شناسی چندگانه‌ای دارد به همین ترتیب رویکردهای متفاوتی در پیشگیری، یاری‌رسانی، درمان و بازتوانی وجود دارد (گاسترفریند، ۲۰۰۱).

با توجه به افزایش روز افزون سوء مصرف مواد از لحاظ تعداد مصرف‌کنندگان، مقدار مصرف مواد و شدت نوع ماده مصرفی در محیط‌های کاری و متعاقب آن صدمات و لطماتی که صاحبان مشاغل، کارکنان، خانواده‌های کارکنان، افراد خدمات‌گیرنده از آن حرفه یا صنعت، مردم و نهایتاً جامعه متحمل می‌شوند اهمیت استفاده از برنامه‌های پیشگیری از مواد در محیط‌های کاری بیش از پیش احساس می‌شود. در واقع دلایل اجرای برنامه پیشگیری از سوء مصرف مواد در محیط کار شامل دسترسی به افراد در معرض خطر، سهولت فراهم‌آوری امکانات پیشگیری، برنامه‌ریزی و اجرا، ارتباط خاص مواد با کار، تحمیل هزینه‌های سنگین درمانی (اختلال کبدی، سرطان، هپاتیت، ایدز و نظایر آنها)، حضور طولانی فرد در اکثر ساعات بیداری (۸ تا ۱۰ ساعت) در محل کار، تراکم سنی سوء مصرف‌کنندگان در دوران کار و تلاش (۱۸ تا ۴۵ سالگی)، اعلام سازمان جهانی کار مبنی بر سوء مصرف مواد به عنوان یکی از مخاطرات جدی شغلی، محیط کار به عنوان مکانی ایده‌آل برای آغاز تغیرات رفتاری مثبت در شیوه زندگی و ارتقاء سلامت، تضییع حقوق کارکنان سالم و یا درمان شده در صورت تحمل کردن یا نادیده گرفتن مصرف مواد برخی از کارکنان توسط سیستم هستند. موسسات و مراکز متعددی برنامه‌های پیشگیری از مواد در محیط کار را تدوین و برای اجرا آماده ساخته‌اند. یکی از برجسته‌ترین سازمان‌های متولی برنامه پیشگیری از مواد در محیط کار سازمان جهانی کار می‌باشد که برنامه‌های محیط کار امن (Safe Work) و بدون استرس، خشونت، مواد و الکل، اچ‌آی‌وی، و دخانیات (SOLVE) را برای ارتقای سلامت و پیشگیری از مصرف الکل و مواد در محیط کار معرفی کرده است. همچنین سازمان‌های معتبر دیگر نیز برنامه‌های مبتنی بر شواهدی در پیشگیری از مصرف مواد دارند که اهم مراحل آن شامل تشکیل کمیته راهبری اصلی و گروه‌های فرعی، سیاست‌گذاری و تعیین خط مشی، نیازسنجی / تحلیل وضعیت، برنامه آزمایش مواد جزو برنامه سازمان جهانی کار نیست، آموزش و تربیت سرپرستان، آموزش و تربیت کارکنان، برنامه کارمندیاری پیشگیری، درمان، بازتوانی و ارزشیابی می‌باشد. در این کتاب آموزشی سعی شده تا بطور اختصار راجع به برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد توضیح داده شود (دیجونگ، ۲۰۰۲).

بنابراین این تحقیق به دنبال بررسی رویکرد اجتماع محور در پیشگیری از اعتیاد در محیط کاری می‌باشد.

## ۱-۲ بیان مسئله

آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد در محیط کار به عنوان یکی از محیط‌های اصلی حضور افراد، یک مساله بسیار نگران‌کننده است. مصرف و سوء مصرف مواد در محیط کار بر عملکرد پرسنل و تولید، اثر معکوسی دارد بین سلامت در محیط کار و سلامت اجتماعی با ابعاد مختلف آن رابطه بسیار نزدیکی وجود دارد ارتقای سلامت روانی - اجتماعی باعث تغییرات مثبتی در محیط کار می‌شود افراد بالغ ۶۰ درصد ساعات بیداری خود را در محیط کار

می گذرانند بنابراین محیط‌های کار از نظر تاثیر بر سلامتی کارکنان به عنوان زمینه‌ای برای ارتقای سلامت بسیار حائز اهمیت می باشد. آنچه در سال‌های اخیر موجب نگرانی‌های جدی شده است کاهش سن اعتیاد و افزایش آمار معتادان به دلایل مختلف است و در این میان وجود آمارهای رسمی و غیر رسمی اعتیاد در مراکز آموزشی و مدارس و بخصوص محیط کاری شدت گرفته است (جلائی فر، بابایی و امامی‌نوده، ۱۳۹۴). از سوی دیگر علی‌رغم دستاوردهای بزرگ بشریت در عرصه‌های مختلف علمی، فناوری، اقتصادی و اجتماعی، جامعه جهانی در حالی وارد قرن بیست و یکم شده که تهدیدهای ناشی از معضلات اجتماعی بر پیشرفت و سعادت انسان‌ها سایه افکننده و رفاه انسان‌ها را با خطر، مواجه ساخته است. در این عرصه اعتیاد و موادمخدر در رأس تهدیدهای اجتماعی قرار گرفته به گونه‌ای که بعنوان یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم تلقی شده است (بھاری، فرشاد، ۱۳۸۸). اعتیاد به مواد مخدر یکی از پیچیده ترین معضلاتی است که بشر با آن مواجه شده است. یکی از دلایل این پیچیدگی این است که عوامل مختلف اجتماعی، خانوادگی و فردی در بروز آن نقش دارند و به همین دلیل برای برخورد با این پدیده بایستی از رویکردهای چند وجهی بهره جست که به میزان کافی این عوامل مختلف را تا حدی پوشش دهد (احترامی، مهرداد، ۱۳۸۵). یکی از بسترهای شناخته شده اعتیاد محیط کار است. در دنیای امروز بخش عمده‌ای از ساعات فعال هر فرد در محیط کار سپری می‌شود و از سوی دیگر مشکلات یک جامعه در حال گذار الزاما محیط‌های کار را با تنش‌ها و استرس‌های خاصی روبرو می‌کنند. به همین دلیل می‌توان به جرات ادعا نمود که بدون توجه کافی به اعتیاد در محیط‌های کار هر برنامه پیشگیری از اعتیاد ناقص و ناکارا خواهد بود. از سوی دیگر پیشگیری همان طور که از نام آن پیداست به معنی اجرای اقدامات و تدابیری است که از به وقوع پیوستن امر یا واقع‌های منفی جلوگیری می‌کند و یا از احتمال وقوع آن می‌کاهد (رحیمی و همکاران، ۱۳۷۶) پیشگیری از اعتیاد با رویکرد اجتماع محور نیز رویکردی است در پیشگیری که در آن به نقش عوامل محیطی و اجتماعی در کیفیت زندگی و رفاه اجتماعی مردم توجه می‌شود. رویکرد اجتماع محور، رویکردی بر اساس مدل محیطی اجتماعی و مداخله کامل و مؤثرذی نفعان در یک اجتماع کوچک و یا جامعه است که در آن اعضاء برای ارتقاء شرایط خود، به عمل اجتماعی مطابق برنامه‌ریزی‌ها اقدام می‌کند (فیگر و راجرز، ۱۹۸۹). لذا با توجه به مطالب گفته شده بالا این تحقیق به بررسی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی (کاری) می‌پردازد.

### ۳-۱ اهمیت و ضرورت تحقیق

با توجه به شیوع بالای اعتیاد در کشور و روند رو به رشد سوءمصرف مواد بخصوص در میان جوانان بایستی در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد حوزه‌های مختلف مرتبط با این مسئله را مد نظر قرار داد و از رویکردهای تک بعدی پرهیز نمود. نظر به اینکه جامعه ما یک جامعه در حال گذار محسوب می‌شود بروز معضلات و استرس‌های مرتبط با محیط‌های کار از جمله ناامنی شغلی، تضاد ارزشها و نگرش‌ها در میان کارگران و نیز میان کارگران و کارفرمایان و مسایلی از این دست قابل پیش بینی به نظر می‌رسد و به همین جهت در هر برنامه پیشگیری از اعتیاد باید برای مقوله

پیشگیری از اعتیاد جایگاه مهمی قایل شد. از سوی دیگر بر اساس اعلام سازمان ملل متحد (سال ۲۰۰۷) حدود ۲۰۸ میلیون نفر از جمعیت بین سنین ۱۵ تا ۶۴ سال (معادل ۴/۸ درصد) در ۱۷۰ کشور جهان حداقل سالی یک بار اقدام به مصرف موادمخدر و روان‌گردان‌ها می‌نمایند. و در عصر جهانی شدن هم کشور جمهوری اسلامی ایران نیز همانند سایر کشورها با پدیده شوم اعتیاد و موادمخدر مواجه بوده به گونه‌ای که حداقل ۲ میلیون نفر معتاد قطعی و تفرنی در کشورمان اقدام به مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها می‌نمایند. بر اساس شواهد موجود میانگین سن شروع اعتیاد رو به کاهش بوده و اعتیاد در همه سطوح تحصیلی - مشاغل مختلف - طبقه اقتصادی و اجتماعی نفوذ کرده و هیچ فرد و هیچ محیطی از این پدیده شوم در امان نمی‌باشد. در این راستا سیستم هوشمند اعتیاد در محیط‌های کاری اعم از صنعتی - اداری و پادگان‌ها نیز نفوذ کرده و موجبات نگرانی را برای مدیران و مسئولین اینگونه مراکز در سطح جهان فراهم نموده است. بر این اساس ضرورت دارد با پرهیز از هرگونه انکار و پنهان کردن - نفی و سکوت و ناچیز تلقی کردن مصرف اعتیاد در محیط‌های کار، با توسعه فعالیت‌های همه‌جانبه برای پیشگیری از این پدیده شوم، گام‌های اساسی برای مصون‌سازی کارکنان در محیط‌های کاری برداشته شود.

#### ۱-۴ اهداف تحقیق

- ۱) اهداف دانشی: گروه مخاطب درک درستی از پدیده سوءمصرف مواد در محیط‌های کار، آثار و علل آن و راه‌های پیشگیری از این معضل پیدا کنند.
- ۲) بررسی اهداف دانشی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی (کاری)
- ۳) اهداف نگرشی: احساس خطر نسبت به سوءمصرف مواد در محیط‌های کار - گروه مخاطب ضرورت آموزش‌های پیشگیری از اعتیاد را بپذیرند و نسبت به تأثیرگذاری این آموزش‌ها نگرش مثبتی پیدا کنند. بررسی اهداف نگرشی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی (کاری)
- ۴) اهداف کنشی: گروه مخاطب بتواند هر یک از محورهای آموزشی را به نحوی کارآمد آموزش دهد. بررسی اهداف کنشی پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی (کاری)

#### ۱-۵ فرضیه‌های تحقیق

- ۱) بین اهداف دانشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی (کاری) رابطه معنی‌دار وجود دارد.
- ۲) بین اهداف نگرشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی (کاری) رابطه معنی‌دار وجود دارد.



۳) بین اهداف کنشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی (کاری رابطه معنی‌دار وجود دارد.

## ۱-۶ روش‌شناسی تحقیق

این تحقیق از نظر هدف کاربردی و از نظر روش توصیفی و همبستگی می‌باشد. که به بررسی رویکرد اجتماع‌مدار در معتادان محیط می‌پردازد.

این پژوهش، در دو بخش کمی و کیفی به ارزشیابی برنامه پیشگیری اجتماع محور پرداخته است. در بخش کمی جهت تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق دو روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده می‌شود در بخش آمار توصیفی برای نمایش بهتر اطلاعات از جداول فراوانی و نمودارها استفاده می‌شود. در بخش آمار استنباطی، این تحقیق به منظور آزمون معناداری روابط میان سؤالات و متغیرها و همچنین پس از بررسی روایی سؤالات پرسشنامه به منظور بررسی روابط میان متغیرهای تحقیق از آزمون پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل همسان شده با استفاده از نرم افزار Spss استفاده شده است.

در بخش کیفی اسناد مربوط به مشارکت اعضاء در جلسات برنامه‌ریزی و اجرای برنامه بررسی شده، با بحث گروهی متمرکز اطلاعات مربوط به اهداف خودتعیین کرده سازمان‌های اجتماع‌محور، جمع‌آوری گردیده است.

شناسایی و کنترل عوامل خطر و محافظ محیطی

خدمات مشاوره‌ای، معاینات دوره‌ای سلامت روان و آزمایش تصادفی و بی نام اعتیاد

خدمات حمایتی و مددکاری برای همه کارکنان، سرپرستان، مدیران و خانواده‌های ایشان

## فصل دوم: ادبیات و مبانی نظری پژوهش

### ۱-۲ مقدمه

برای بررسی موضوع قبل از هرچیزی باید به بررسی مبانی نظری نظریه‌های مختلف پرداخته شود تا ابعاد مختلف موضوع مورد بحث به طور کامل شناسایی شود و بتوان از دیدگاه‌های مختلف به آن نگریست. بنابراین در این فصل ابتدا به مبانی نظری رویکرد اجتماع محور و پیشگیری مواد مخدر پرداخته می‌شود و در پایان تحقیقات انجام شده در این حوضه نمونه‌های ذکر می‌شود.

### ۲-۲ مبانی نظری

علیرغم دستاوردهای بزرگ بشریت در عرصه‌های مختلف علمی، فناوری، اقتصادی و اجتماعی، جامعه جهانی در حالی وارد قرن بیست و یکم شده که تهدیدهای ناشی از معضلات اجتماعی بر پیشرفت و سعادت انسان‌ها سایه افکننده و رفاه انسان‌ها را با خطر، مواجه ساخته است. در این عرصه اعتیاد و موادمخدر در رأس تهدیدهای اجتماعی قرار گرفته به گونه‌ای که بعنوان یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم تلقی شده است. بر اساس اعلام سازمان ملل متحد (سال ۲۰۰۷) حدود ۲۰۸ میلیون نفر از جمعیت بین ۱۵ تا ۶۴ سال (معادل ۴/۸ درصد) در ۱۷۰ کشور جهان حداقل سالی یک بار اقدام به مصرف موادمخدر و روان‌گردان‌ها می‌نمایند. در عصر جهانی شدن کشور جمهوری اسلامی ایران نیز همانند سایر کشورها با پدیده شوم اعتیاد و موادمخدر مواجه بوده به گونه‌ای که حداقل ۲ میلیون نفر معتاد قطعی و تفننی در کشورمان اقدام به مصرف موادمخدر و روان‌گردان‌ها می‌نمایند. بر

اساس شواهد موجود میانگین سن شروع اعتیاد رو به کاهش بوده و اعتیاد در همه سطوح تحصیلی - مشاغل مختلف - طبقه اقتصادی و اجتماعی نفوذ کرده و هیچ فرد و هیچ محیطی از این پدیده شوم در امان نمی‌باشد. در این راستا سیستم هوشمند اعتیاد در محیط‌های کاری اعم از صنعتی - اداری و پادگان‌ها نیز نفوذ کرده و موجبات نگرانی را برای مدیران و مسئولین اینگونه مراکز در سطح جهان فراهم نموده است.

بر این اساس ضرورت دارد با پرهیز از هرگونه انکار و پنهان کردن - نفی و سکوت و ناچیز تلقی کردن مصرف اعتیاد در محیط‌های کار، با توسعه فعالیت‌های همه‌جانبه برای پیشگیری از این پدیده شوم، گام‌های اساسی برای مصون‌سازی کارکنان برداشته شود. هر ساختار اجتماعی - فرهنگی خاص، انواع خاصی از مسائل اجتماعی را به همراه دارد. در این دیدگاه مسائل اجتماعی، ابعاد و پیامدهای ناخواسته، غیر مستقیم و پیش‌بینی نشده الگوهای جدید رفتار و نظام اجتماعی اند؛ به دیگر سخن، مسائل اجتماعی، هزینه‌های اجتماعی سازمان خاصی از زندگی اجتماعی اند. در واقع اگر بپذیریم که مدرنیسم و الگوهای مدرن شده زندگی اجتماعی برای جوامع ارمغان‌های زیادی داشته است و رفاه، آسایش و تحرک اجتماعی و آزادی‌های فردی را در جوامع گسترش داده است، تلویحاً باید هزینه‌های این پیشرفت را نیز بپردازیم. مسائل اجتماعی عصر ما هزینه‌هایی است که ما باید برای اتخاذ الگوهای مدرن در جامعه خویش در نظر بگیریم؛ یا الگوهای سنتی زندگی اجتماعی را در پیش‌گیریم و از مزایای پیشرفت در عرصه‌های مختلف زندگی اجتماعی، اقتصادی محروم شویم و در عوض مشکلات اجتماعی زندگی معاصر را نداشته باشیم و یا با جایگزین کردن ساختار اقتصادی - اجتماعی مدرن، از زندگی نسبتاً مرفه و آزاد برخوردار شویم، اما توان آن را با شیوع مسائل اجتماعی جدید، بپردازیم (عربیان، ۱۳۸۲). یکی از روش‌های مطرح شده در مباحث جدید برای پیشگیری مصرف مواد رویکرد اجتماع محور می‌باشد.

مدیریت خطر بحران اجتماع محور به عنوان روشی نوین در مدیریت بحران به منظور مشارکت تمام اقشار جامعه به کار می‌رود و از رویکردهای نوین در زمینه مخاطرات می‌باشد. که به علت اینکه دربرگیرنده مؤلفه‌های اجتماع محوری است، تأثیر بسزایی در کاهش آسیب پذیری و در نتیجه ارتقاء و افزایش پایداری شهرها دارند. بنابراین شناسایی مؤلفه‌های نظری و کاربردی CBDRM و استفاده و بهره‌گیری از چارچوب‌های نظری این رویکرد در کاهش اثرات ناشی از مخاطرات طبیعی احتمالی در سطح نواحی شهری و ارتقاء پایداری شهری مؤثر می‌باشد.

مدیریت خطر بحران اجتماع محور، فرآیندی است که در آن اجتماعات در معرض خطر برای شناسایی، تحلیل، اجرا، بازنگری و ارزیابی خطر بحران به منظور کاهش آسیب‌پذیری‌ها و افزایش ظرفیت‌ها، به طور فعالانه‌ای شرکت می‌نماید. این بدان معناست که مردم در مرکز و قلب تصمیم‌سازی و اجرای فعالیت‌های مدیریت خطر بحران می‌باشند. مشارکت اکثر مردم آسیب پذیر در مقابل بحران در این فرآیند ضروری و حمایت و پشتیبانی از کمترین آسی بپذیران نیز ضروری می‌باشد. در این فرآیند دولت ملی و محلی مشارکت داشته و حامی جریان می‌باشند (ابرقوز<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶). مدل اجتماع محور، یک رویکرد مدیریتی پایین به بالا است که به مشارکت مردم در حل

<sup>۱</sup> . Aberquez

بحران‌های ناشی از عوامل مختلف توجه دارد (یادمانی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). در این رو کیرد اجتماعات محلی تاب‌آور به عنوان جوامعی که توانایی عمل و مشارکت دارند در نظر گرفته شوند نه جوامعی که باید به آنها کمک کرد و یا اینکه آنان ناتوان هستند. از این رو، این رویکرد از همکاری اجتماع محلی و مشارکت محلی در فرایند مدیریت مشکلات مختلف استقبال می‌کند (بوکل<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰).



شکل ۱-۲ گروه‌ها و ارکان در رویکرد اجتماع محور

سابقه طراحی و اجرای نخستین برنامه‌های اجتماع محور در کشور به دهه هشتاد خورشیدی باز می‌گردد. در این سال‌ها سازمان بهزیستی کشور، اقدام به اجرای برنامه‌های پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد با دیدگاه‌های ارتقای سلامت و مدل‌های محیطی- اجتماعی نمود (گزارش سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۲). این فعالیت‌ها در سه بستر اجتماع کوچک شامل محیط‌های آموزشی، محیط‌های کار و محله‌ها رشد و نمو کرد و در فرآیند رشد و بالندگی با مشکلات و موفقیت‌هایی روبه‌رو شد. مطالعات محدودی در خصوص دلایل این فراز و فرودها صورت گرفته است. کمبود ادبیات اختصاصی در کشور و تغییرات رویکرد در مدیریت کلان در مورد اقدامات و فعالیت‌های غیردولتی و نیز کاربرد ظاهری آن بدون حفظ اصول برنامه‌های اجتماع محور و بی‌توجهی به معنای مشارکت داوطلبانه در شرایط کنونی، چالش‌های مهمی بر سر راه این برنامه ایجاد کرد، اما به موازات آن تولید ادبیات در سطح نسبتاً گسترده، ایجاد گروهی کارشناس متبحر در این زمینه و تدوین برنامه‌های بینابینی بر اساس طیف مشارکت، دستاوردهای انجام این برنامه در سطح کلان و تغییرات پیشگیرانه در سطح برخی محله‌ها، موفقیت‌های آن در سطح محله‌ای بوده است.

<sup>۱</sup> . Yodmani

<sup>۲</sup> . Buckle

در حال حاضر می توان ادعا کرد این برنامه‌ها جای خود را در بین کارشناسان، قوانین و برنامه‌های کشوری باز کرده‌اند.

تاکنون روان‌شناسان، روان‌پزشکان، جامعه‌شناسان، محققان و متخصصان، تئورهای مختلفی را در ارتباط با پدیده اعتیاد ارائه داده‌اند. گروهی بر این عقیده‌اند که آمادگی روانی، شخصیت نابهنجار، بیماری‌های درناک و صعب‌العلاج علت اصلی اعتیاد است، عده‌ای دیگر ناهنجاری‌ها و نابسامانی‌های موجود در خانواده و معاشرت با دوستان منحرف (گروه هم‌سالان) را علت اصلی اعتیاد فرد می‌دانند. گروهی دیگر علل اعتیاد را در اجتماع جستجو کرده و بحران‌ها و بی‌سازمانی‌های اجتماعی را علت اصلی اعتیاد به مواد مخدر می‌دانند.

## ۲-۳ نظریه‌های روان‌شناختی

بسیاری از روان‌شناسان انحراف را بر حسب نقص شخصیت توجیه می‌کنند؛ به این معنا که برخی از گونه‌های شخصیت بیش‌تر از گونه‌های دیگر به انحراف اجتماعی گرایش دارند. (کوئن، ۱۷۶: ۱۳۸۵).

روان‌شناسان برای توضیح انواع کج‌روی‌ها اختلالات روانی و شخصیتی را به سه دسته تقسیم می‌کنند:

نقص فکری یا عقب‌ماندگی ذهنی.

روان‌پریشی یا جنون.

اختلالات از نوع نژندی یا روان‌نژندی. (سخاوت، ۱۳۸۰: ۱۸).

زیگموند فروید در تحلیل روان‌کاوانه خود با بکارگیری مفاهیمی چون غرایز سکس و پرخاشگری، عقده ادیپ و هم‌چنین «نهاد»، «خود» و «فراخود» به‌عنوان عناصر اساسی ساختار شخصیت، استدلال کرده است که خلاف‌کاران، کسانی هستند که غرایز و تمایلات آن‌ها در دوران کودکی بویژه در سنین ۴ یا ۵ سالگی از سوی قواعد و فرهنگ حاکم بر خانواده و اجتماع، سرکوب شده و دچار عقده اودیپ شده‌اند؛ زیرا تمایلات شخصی افراد در ضمیر ناخودآگاه آن‌ها یعنی «نهاد» پیوسته در تلاش است که خود را بروز دهد و «فراخود» آگاهانه وظیفه دارد تمایلات شخص را جرح و تعدیل کرده، آن‌هایی را اجازه بروز می‌دهد که در سطح جامعه و فرهنگ مقبولیت داشته باشند و «خود» نیز جنبه کنترلی دارد. حال کسانی که دارای رفتار ناسازگارانه هستند، بدلیل این است که «فراخود» از وظیفه خود غفلت ورزیده است. بنابراین به راحتی فرد می‌تواند اصول حاکم در جامعه و عزت نفس خود را زیر پا گذاشته و دست به رفتار انحرافی بزند (گیدنز، ۱۳۷۳: ۱۳۸-۱۳۷).

هورنای معتقد است شخص برای فرار از اضطراب ممکن است به انکار وجود آن به هر وسیله ممکن پردازد که در این صورت شخص با آگاهی و اصرار گرایش به انجام رفتارهای انحرافی از قبیل مصرف الکل و مواد مخدر پیدا می‌کند. ویلکر [۱۶] نیز معتقد است که فرد معتاد قادر به حل مشکلات خود نیست و نمی‌تواند درگیری‌های عاطفی خود را به صورت مورد پسند حل کند. بنابراین به مواد مخدر روی می‌آورد (شایسته، ۱۳۷۵: ۲۳).

از نیمه دوم قرن بیستم به بعد، تبیین‌های روان‌شناسی رفتار انحرافی مورد تردید و انتقاد دانشمندان به ویژه جامعه‌شناسان قرار گرفت. آن‌ها چنین استدلال می‌کنند که این قبیل نظریه‌ها، عوامل اجتماعی و فرهنگی را در تبیین انحرافات نادیده می‌گیرند. هم‌چنین در روش مطالعات روان‌شناختی اتفاق نظر چندانی وجود ندارد. در میان روان‌شناسان توافق ناچیزی در مورد علل تشکیل دهنده سلامت ذهن و چگونگی سنجش ویژگی‌های شخصیتی وجود دارد. از سوی دیگر بسیاری از جامعه‌شناسان، اولویت دادن به تجارب دوران کودکی را مردود می‌دانند، زیرا این برداشت سبب می‌شود که تأثیر و نفوذ شمار کثیری از عوامل اجتماعی که بر رفتار در طول زمان اثر می‌گذارد، نادیده گرفته شود. (شومیکر، ۲۹۱: ۱۹۹۰ به نقل از غلامی‌آبیز، ۴۲: ۱۳۸۲). از سوی دیگر از آن‌جایی که مسائل اجتماعی، پدیده‌هایی چند بعدی و پیچیده هستند، عوامل روان‌شناسی و فردی نمی‌تواند عامل بروز و گرایش افراد به بزه‌کاری باشد. لذا تبیین این مسائل از دیدگاه روان‌شناسانه اگر چه لازم است ولی کافی نیست. چه‌بسا ممکن است ایجاد اضطراب‌ها، افسردگی‌ها، اختلال روانی و... ناشی از محیط خانوادگی و اجتماعی فرد باشد (قریشی نژاد، ۲۷: ۱۳۷۹).

## ۲-۴ رویکردهای جامعه‌شناختی

### ۲-۴-۱ نظریه یادگیری اجتماعی

نظریه‌های یادگیری بر روی نگرش‌ها، اخلاقیات، مهارت‌ها و رفتارهایی که فرد را آماده بزهکاری می‌کند، تأکید می‌نماید. بنابراین برای رفتارهای ضد اجتماعی نیاز است تا فرد نگرش‌ها، رفتارها، و فنون لازم را هم برای انجام رفتارهای جنایی و هم برای حالت‌های هیجانی که بعد از انجام عمل ایجاد می‌شود، بیاموزد. رویکرد رفتاری در روان‌شناسی و نظریه‌های مرتبط با این دیدگاه مانند نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه شرطی‌سازی کنشگر از جمله نظریه‌هایی هستند که بر یادگیری تأکید می‌کنند. در جامعه‌شناسی نیز نظریه پیوند افتراقی در دیدگاه یادگیری قرار می‌گیرد. به گفته بلک برن (۱۹۹۳) هسته اصلی نظریه را یادگیری می‌سازد، یعنی رفتارهای بزهکارانه از طریق ارتباط داشتن با افراد بزهکار آموخته می‌شود و از یک نسل به نسل بعدی انتقال می‌یابد (خادمی‌اشکذری، ۱۳۸۳).

### ۲-۴-۲ نظریه کنترل اجتماعی

به عقیده هیرشی، بزهکاری به عنوان مسئله‌ای اجتماعی باید به هما‌گونه که در اجتماع رخ می‌دهد یعنی در عرصه خانواده، محله، مدرسه، همسالان و سایر ارگان‌ها یا مؤسسات اجتماعی که نوجوان به نوعی در آن‌ها عضویت دارد، بررسی شود. از دید جامعه‌شناختی، این بررسی باید به مجموعه‌های از اصول و تعاریف متکی باشد. بر خلاف دیگر نظریه‌های بزهکاری که تأکید فراوان بر این موضوع دارند که فرد بزهکار می‌خواهد خود را تطبیق دهد، ولی

براساس فشارهای اجتماعی و اضطراب‌های ساختاری برای رسیدن به موقعیت‌های اجتماعی ناچار می‌شود به کارهای خلاف و نامشروع دست بزند، هیرشی معتقد است که بزهکاری وقتی اتفاق می‌افتد که قیود فرد نسبت به اجتماع ضعیف شود یا به کلی از بین برود. هیرشی در کتاب قیود اجتماعی، نظریه کنترل اجتماعی یا قیود اجتماعی را مطرح کرده و آن را آزموده است. وی فرد بزهکار را شخصی می‌داند که از قیود اجتماعی آزاد است و در واقع به عقیده وی وقتی بزه اتفاق می‌افتد که فرد نسبت به قید و بندهای اجتماعی، کم اعتنا یا اصلاً بی‌اعتنا باشد. این قیود را تحت چهار مفهوم کلی می‌توان خلاصه کرد:

**وابستگی:** حساسیتی است که شخص نسبت به عقاید دیگر درباره خود نشان می‌دهد. وابستگی در حقیقت نوعی قید و بند اخلاقی است که فرد را ملزم به رعایت معیارهای اجتماعی می‌کند. این وابستگی را هیرشی همپایه وجدان و یا من برتر می‌داند، مانند وابستگی فرزندان به والدین، اقوام نزدیک، دوستان و معلمان.

**تعهد:** میزان مخاطره‌ای است که فرد در تخلف از رفتارهای قراردادی اجتماعی می‌کند. بدین معنا فردی که خود را به قیود اجتماعی متعهد می‌داند از قبول این مخاطرات پرهیز می‌کند. اگر وابستگی را همپایه وجدان بدانیم، تعهد همپایه عقل سلیم یا خود است. مانند تعهد به پیروی از دستورات مذهبی یا حفظ شئون خانوادگی، ملی و غیره.

**درگیر بودن:** میزان مشغول بودن فرد به فعالیت‌های گوناگون است که باعث می‌شود برای کار خلاف وقت

نداشته باشد. مثل درگیر شدن در سرگرمی‌های مدرسه و خانه، اشتغال به فعالیت‌های فوق برنامه، سرگرمی‌های خاص، عضویت در باشگاه‌های ورزشی و انجمن‌های ادبی، فرهنگی، علمی.

**باورها:** میزان اعتباری است که فرد برای معیارهای قراردادی اجتماع قائل است و باعث می‌شود در حالی که می‌تواند طبق میل خود از آن‌ها تخلف کند، پا بند به آن‌ها باقی بماند، مانند باور به نیکوکاری، باور به حسن شهرت در بین خانواده و همسالان، باور به محرمات و بیزارى از مردم آزاری. این نظریه در عین حال که از دید جامعه‌شناختی توجه به عوامل بالقوه مؤثر در بزهکاری دارد، از یک نظر نقص دارد و آن توجه کافی نداشتن به تأثیر محیط در بزهکاری یا عوامل بالفعل است. چنانکه برخی پژوهشگران نیز نشان داده‌اند تنها وابستگی، تعهد، درگیر بودن و باورهای قراردادی نمی‌تواند تبیین‌کننده عدم ارتکاب به بزهکاری باشد. در این میان رفقا، مصاحبان بزهکار و به طور کلی همه خلافکاران نیز نقش مهم و شاید مؤثرتری از عوامل فوق دارند. هیرشی در این باب معتقد بود که افراد بزهکار قادر به ایجاد وابستگی معقول و منطقی با سایرین نیستند. این دیدگاه در مورد علل سست شدن تعهد فرد به جامعه و تعلق شکننده به الگوهای نقش بیان می‌دارد که فشار یا فرسودگی بر اثر فاصله بین آرزوهای نوجوانان و برداشت او از فراهم بودن شرایط لازم برای دستیابی به آن آرزوها تحقق پیدا می‌کند. براساس این دیدگاه

نوجوانان که به دلیل شرایط نامساعد تربیتی و شغلی به امیدها، آرزوها، اهداف تحصیلی و شغلی خویش نرسیده است، نسبت به اجتماع و ارزش‌های آن تعهدی احساس نکرده و بیشتر به سوی همسالان منحرف که مصرف مواد را تشویق می‌نمایند، گرایش پیدا می‌کنند. علاوه بر این اگر نوجوان ارتباط صمیمانه‌ای با والدین نداشته باشد، فشار درون خانواده، دلبستگی نوجوان را به خانواده‌ای که معمولاً مخالف مصرف مواد است تضعیف می‌کند و به نوعی سبب گرایش به همسالانی می‌شود که معمولاً مشوق مصرف مواد هستند. فارینگتون بی‌نظمی اجتماعی را عاملی که بیان‌گر ضعف یا فروپاشی نمادهای اجتماعی است می‌داند. به‌گون‌هایی که ناتوانی این موسسات در کنترل رفتار شهروندان زمینه‌های گسترش مشکلاتی نظیر اعتیاد را فراهم می‌سازد. بر این اساس اگر نوجوانان در محله‌هایی زندگی کنند که جرم و ب‌یکاری در آن زیاد است، مدارس کفایت لازم را ندارند و نهادهای اجتماعی هم عملکرد ضعیفی دارند، او نیز به ارزش‌ها و قواعد اجتماعی پایبند نخواهد بود و احساس تعهدی نیز پدید نخواهد آمد. همچنین احساس دلبستگی در خانواده از هم پاشیده و یا عدم وجود یکی از والدین و یا متارکه کمتر می‌باشد. از این رو رابطه بین اعمال بزهکارانه و داشتن رفقای بزهکار رابطه‌ای ظاهری است. اما بررسی‌های دیگر نشان داده است که تأثیر این رابطه و روابط مشابه با بزهکاران دیگر بر بزهکاری بسیار بیشتر از عوامل برشمرده در نظریه کنترل اجتماعی است (تازیکی، ۱۳۹۳).

## ۲-۴-۳ نظریه پیوند افتراقی

بنابراین نظریه، نزدیکان و همسالانی که بزهکار باشند، تأثیر زیادی بر تشکیل و تقویت نگرش بزهکارانه می‌گذارند و فرد را به سوی بزهکاری سوق می‌دهند. نظریه پیوند افتراقی محتوای اجتماعی بزهکاری را در نظر دارد و فرد بزهکار را در جایگاه اجتماعی او از حیث رابطه اش با خانواده، محله، رفقا و مصاحبان در نظر می‌گیرد. بررسی‌های متعدد در کشورهای مختلف اهمیت این نظریه را در تبیین بخشی از رفتارهای بزهکارانه به اثبات رسانده است. این نظریه را ابتدا ساترلند و کرسی مطرح و پس از آن دوفلور و کوئینی (۱۹۶۶) فرمولبندی کردند. انگیزه؛ نگرش و روش بزهکارانه است که به طور مؤثر به ارتکاب مکرر جرائم می‌انجامد که موافق تخلف از قوانین است. مکرر و غالب بودن مطالب تشویقی درباره بزهکاری و قانون شکنی در قیاس با فراگرفته‌های ضد بزهکاری منجر به پذیرش بزهکاری می‌شود. همچنین می‌توان گفت که روش‌های خنثی‌سازی فرد و بی‌اعتنا ساختن او نسبت به قوانین و معتقدات سنتی جوامع که با شنیدن مطالبی بر ضد قوانین و مشاهده مکرر بزهکاری همراه است و نیز تحت تأثیر توجیه بزهکاران درباره بزهکاری قرار گرفتن و پذیرفتن مطالبی چون «کارهایی که مردم بزه می‌دانند به کسی آسیبی نمی‌رساند» و «نیروهای انتظامی به همه بدگمان اند»، راه را برای بزهکاری کسانی که با این قبیل بزهکاران پیوند اجتماعی می‌یابند، یعنی فرزندان، اقوام و دوستان آن‌ها یا کسانی که با آن‌ها در یک ساختمان یا یک محله زندگی می‌کنند، یا بر اثر کسب و کار و تحصیل با آن‌ها تماس پیدا می‌کنند، هموار می‌کند (جکسون، ۲۰۰۹).



جنسن (۱۹۷۲) در کاربست پیوند افتراقی این مطالب را تحت عنوان دو اصل «انکار آسیب‌رسانی» و «محکوم کردن محکوم‌کنندگان» خلاصه می‌کند، که مراد از آن‌ها توجیه بی‌ضرر و بی‌خطر بودن بزهکاری و نیز پذیرفته نشدن قضاوت‌های دیگران درباره بزهکاری در میان بزهکاران است. نظریه پیوند افتراقی نیز به عواملی توجه دارد که با وجود مهم بودن، جامع نیستند؛ زیرا برخی از بررسی‌ها نشان داده که نظارت و حمایت خانواده، و وابستگی مثبت کودک و نوجوان به والدین تأثیر منفی الگوهای بزهکارانه همسالان یا اطرافیان را که خارج از خانه به کودک و نوجوان منتقل می‌شود خنثی می‌کند. بنابراین می‌توان گفت که تعامل روابط کودک و نوجوان در خانه و بیرون از خانه نهایتاً گرایش او را به بزهکاری شکل می‌دهد. به عبارت دیگر، ترکیب دو نظریه کنترل اجتماعی و پیوند افتراقی همراه با اثرهای متقابلی که متغیرهای مورد بررسی در هریک از دو نظریه بر روی یکدیگر دارند، نظریه جامع‌تری را برای تبیین بزهکاری شکل می‌دهد (بهرامی، ۱۳۸۸).

## ۲-۴-۴ نظریه انحراف ازهنجارها

در این نظریه که ریشه در نظریات امیل دورکیم، جامعه‌شناس فرانسوی دارد به عوامل اصلی تضعیف معیارها و هنجارهای اجتماعی پرداخته و چنین مطرح می‌شود که سستی ارزشها و هنجارهای اجتماعی - فرهنگی موجب روی آوردن افراد به مواد مخدر و اعتیاد می‌شود. تحولات سریع صنعتی - اقتصادی و به تبع آن تغییرات سریع در گستره اجتماعی مانند شهرنشینی، نوسازی، تضعیف باورها، ارزش‌ها و سنت‌های فرهنگی، مذهبی، ملی و موروثی، متزلزل شدن ساختار سنتی خانواده، همه موجب تغییر در هویت افراد شده و باعث می‌شوند تا رفتار سنتی آنان تغییر نماید. جالب توجه این که پیشرفت بر گسترش شاخص‌های توسعه که خود، گواهی بر تغییر جوامع سنتی هستند، رابطه مبتنی با میزان شیوع مواد مخدر دارند و مثلاً به نظر می‌رسد در شهرها مصرف مواد مخدر بیش از روستاهاست. یا در خانواده‌هایی که در معرض نوگرایی قرار داشته و بافت سنتی خود را از دست داده یا در حال از دست دادن هستند، اعتیاد رایج‌تر است (بهرامی، ۱۳۸۸).

## ۲-۴-۵ نظریه انزواطلبی مرتون

این نظریه روایت دیگری از نظریه بی‌هنجاری است و بی‌شبهت به نظریه پیرامون‌گرایی که اخیراً رواج گسترده‌ای یافته نیست. طبق این نظریه، چون جوامع مدرن اغلب به موفقیت فردی اصالت داده و کسب آن در گروه مشارکت فعال اجتماعی، داشتن کار مفید، بهره‌مندی مناسب از ثروت مادی، سواد مناسب با موفقیت اجتماعی فرد و غیره است، محرومیت از هریک از این‌ها به پیرامونی شدن و انزواطلبی فرد منجر می‌شود و در چنین شرایطی یا در شرایطی که فرد خود را با نگرش‌ها، باورها، ارزش‌ها و هنجارهای حاکم بر جامعه بیگانه می‌یابد و یا حداقل خود را با آنها بیگانه نمی‌یابد از جامعه جدا شده و در انزواطلبی بیشتر قرار می‌گیرد. این قبیل افراد عموماً کسانی هستند که یا قادر به تطابق خود با محیط نیستند و یا از تطبیق محیط با خود ناتوانند و بنابراین برای گریز از این موقعیت،

به مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی روی می‌آورند. جالب آنکه همین راه فرار، خود عامل مهم در تقویت پیرامونی شدن این افراد است. افرادی که احساس موفقیت نمی‌کنند اغلب تنگدست و فقیر یا بیکارند، سواد کافی یا موقعیت اجتماعی مناسب ندارند، درگیر روابط خانوادگی هستند یا حتی در صورت فقدان مشکلات مذکور، ارزش‌های حاکم بر جامعه را قبول ندارند بیشتر در معرض انزواطلبی و احتمالاً سوء مصرف مواد مخدر هستند، چرا که یکی از مهم‌ترین دلایل انزواطلبی تغییر برداشت خود از واقعیت از طریق مصرف این گونه مواد است و معمولاً مصرف داروهای روان گردان را یکی از راههای فرار از واقعیت مطرح می‌کنند (جکسون، ۲۰۰۹)

## ۲-۴-۶ نظریه محرومیت نسبی

جرم شناسان معتقدند که نابرابری درآمد در جوامع مختلف هم تولید فشار می‌نماید و هم باعث افزایش میزان جرم در آنها می‌شود. به خاطر اینکه شکاف عمده بین فقیر و غنی، کینه توزی و عدم اعتماد را به وجود می‌آورد و چنین وضعیتی سرانجام منجر به خشونت و جرم می‌شود. در جوامعی که در آنها نابرابری درآمد افزایش یافته است یک نوع حقارت و سرافکنندگی در افراد کم درآمد ایجاد می‌شود که این عامل باعث ایجاد انگیزه‌های مجرمانه در برخی از این افراد می‌گردد. روان شناسان یادآوری کرده‌اند که تحت این شرایط مردان جوان نسبت به وضعیت خود نگران خواهند شد، در نتیجه نسبت به افرادی که از وضعیت مطلوبی برخوردار هستند حسادت خواهند ورزید. چنانچه آنها نسبت به استفاده از شیوه‌های پرخاشگرانه و مخاطره آمیز در رقابت‌های اجتماعی ناتوان باشند، شانس کم‌تری برای موفقیت‌های آینده خواهند داشت. به همین خاطر اکثر این افراد مرتکب جرم و خشونت می‌شوند. این فرآیند تحت عنوان تئوری محرومیت نسبی بیان گردیده است. بر طبق این نظریه افراد طبقات پایین ممکن است هنگام مقایسه شرایط زندگی خود با افراد ثروتمند، احساس محرومیت نمایند. این احساس محرومیت منجر به احساس بی‌عدالتی و نارضایتی گردیده و عدم اعتماد را در آنها پرورش می‌دهد. در نتیجه شانس پیشرفت آنها از طریق معیارهای مشروع مسدود می‌گردد و احساس ناتوانی را به وجود می‌آورد که دشمنی و پرخاشگری و سرانجام خشونت و جرم را به دنبال خواهد داشت (تازیکی، ۱۳۹۳).

## ۲-۴-۷ نظریه‌های خرده‌فرهنگ

نظریه‌های خرده‌فرهنگی به تبیین اینکه چگونه مردم با زندگی در محلات بی سازمان نسبت به انزوای اجتماعی و محرومیت اقتصادی واکنش نشان می‌دهند، پرداخته‌اند. به خاطر تحلیل رفتگی سبک زندگی، ناکامی و افسردگی اعضای طبقات پایین تر جامعه یک خرده فرهنگ مستقلی را با مجموعه قوانین و ارزش‌های خودی ایجاد می‌کنند. در حالی که فرهنگ طبقات متوسط بر تلاش و کوشش زیاد، به تأخیر انداختن ارضاء نیازها و آموزش رسمی تأکید دارد، خرده فرهنگ طبقات پایین تر به هیجانان، قلدری، ریسک کردن، شجاعت و ارضاء فوری نیازها تأکید می‌نماید. هنجارهای خرده فرهنگ اغلب با ارزشهای متداول جامعه تضاد پیدا می‌کند، به خاطر اینکه افراد فقیر

شهری دریافته‌اند که از عهده تقاضاهای رفتاری طبقه متوسط جامعه برآمدن غیر ممکن است، (تازیکی، ۱۳۹۳). در نتیجه ساکنان محلات فقیرنشین مجبور می‌شوند قانون را زیر پا بگذارند و از قوانین فرهنگ کج رو پیروی نمایند. این نظریه بر بزهکاری جوانان متمرکز شده و در یک تحلیل جامعه شناختی، بزهکاری جوانان را برحسب ویژگی‌های خرده فرهنگی آنها مانند ارزش‌ها، باورها، عادات و شیوه‌های زندگی مورد بررسی قرار می‌دهد. جوامع مدرن با خرده فرهنگ‌های متفاوت ساخته شده‌اند و رفتاری که در یک جایگاه خرده فرهنگی خاص به عنوان رفتار بهنجار شناخته شده است، ممکن است در جایگاه خرده فرهنگی دیگر به عنوان رفتار انحرافی در نظر گرفته شود (محمدی اصل، ۱۳۸۶).

## ۲-۴-۸ نظریه انتقال فرهنگی

این نظریه به نظریه خرده فرهنگ‌ها نیز معروف است و در زمینه مصرف و سوء مصرف مواد مخدر این گونه مطرح می‌کند خرده فرهنگی که بعضی از مردم به آن تعلق دارند در برگیرنده بینش ارزش و هنجارهای معینی است که به نحوی مصرف و گاهی سوء مصرف مواد را مجاز شمرده و یا با اغماض از کنار آن می‌گذرد (مساواتی، ۱۳۹۴). برای نمونه خرده فرهنگی وجود دارد که استفاده از داروهای غیرپزشکی مثلاً تریاک را مجاز می‌شمارد، اگرچه امروزه کمبود پزشک و دارو تا حدود زیادی در ایران حل شده و به مسائل بهداشتی نیز توجه می‌شود و مردم مجبور به استفاده از تریاک برای تسکین درد و رفع بیماری خود نیستند، اما هنوز خرده فرهنگ استفاده از تریاک برای درمان انواع بیماری‌ها در بین اقشار خاصی از مردم رایج است، تا جایی که برای تسکین درد در کودکان نیز به کار برده می‌شود. در ضمن برای هر دردی هر قدر هم مزمن باشد، بوسیله افرادی پزشک نما فوراً تریاک تجویز می‌شود بدون اینکه بفهمند چه تاثیر نامطلوبی دارد و عوارض جسمی آن چیست و حتی بی توجه به این که رهایی از درد موقتی است و ادامه استفاده از آن شخصی را معتاد خواهد کرد. به همین دلیل هنوز نوعی اعتیاد طلبی به تریاک در ایران به خصوص در میان بزرگسالان و پیرامون وجود دارد، گاه مصرف مواد مخدر از دیدگاه فرد فرهنگی خاص جنبه مذهبی می‌یابد و در مراسم مذهبی از آن استفاده می‌شود، مثلاً گروهی از هندی‌ها نه فقط تریاک را دارویی آسمانی و شفابخش و بهترین مسکن دردهای جسمانی میدانند بلکه معتقدند تریاک تأثیر معنوی بسیار قوی دارد و موجب دور شدن پلیدی‌های انسان از جمله خشم، غصیب، حسد، هوی و هوس نفسانی می‌شود. نظریه کنترل اجتماعی الیوت و الگوی رشد اجتماعی‌ها و کینز و ویس بر نقش تعلق عاطفی با همسالان به عنوان مهم‌ترین علت مصرف مواد تأکید می‌کنند (مقیم‌اسفندآبادی، ۱۳۸۹). این نظریه‌ها عمدتاً براساس نظریات جامعه‌شناسی کلاسیک کنترل بنا شده‌اند. در این نظریه‌ها چنین فرض می‌شود که رفتارهای اجتماعی در اکثر مردم وجود دارد، ولی این رفتارها تحت تأثیر پیوندهای قوی فرد با اجتماع خانواده، مدرسه و مذهب کنترل می‌شوند این در حالی است که در بعضی از نوجوانان ضعف رسوم و قواعد موجب می‌شود که وی چندان فشاری را در پیروزی از معیارهای و عوامل تسهیل‌کننده فراینده جامعه‌پذیری، نظیر مدارس و مذهب از مصادیق مهم این نظریه است. بنابراین نوجوانی با چنین ویژگی‌هایی،

ارزش‌ها و معیارهای مورد قبول جامعه را درونی نمی‌کنند و در واقع چنین افرادی احتمال بیشتری دارد که با همسالانی احساسی پیوند و وفاداری نمایند که ماده مخدر استفاده می‌کنند (الماسی، ۱۳۸۶).

## ۲-۴-۹ نظریه الگوی رشد اجتماعی

هاوکینز و ویس طراحان این نظریه براین باورند که احساس عدم تعهد نوجوانان به جامعه و قراردادهای آن و احساس عدم صمیمیت با والدین و سیار الگوهای نقش، باعث گرایش فرد به همسالان مصرف‌کننده مواد مخدر می‌شود. در این نظریه تأکید برافراد، رشد اجتماعی و تعاملات اجتماعی آنهاست، یعنی تأثیری که خانواده، مدارس و همسالان بر رفتار نوجوان دارند با رشد فردی نوجوان تغییر می‌نماید؛ به طوری که والدین در سال‌های پیش از مدرسه، معلمان در سال‌های مدرسه و پیش نوجوانی و همسالان در دوره نوجوانی بیشترین تأثیر را دارند. براساس این دیدگاه اگر شرایط و فرصت کافی برای تقویت تعاملات نوجوان در خانه و مدرسه فراهم نشده باشد، مهارت‌های بین فردی و تحصیلی او برای تعاملات موفق و مطلوب در خانواده و مدرسه کم باشد و سرانجام تعاملات وی با والدین و معلمان ضعیف باشد، نوجوانان بیشتر به سوی همسالان مصرف‌کننده مواد روی می‌آورند (خادمی اشکذری، ۱۳۹۳).

## ۲-۵ انسان و نقش او در پیشگیری و ارتقای سلامت

انسان موجود واحدی شکل یافته از ابعاد جسمی، روانی (شناختی، هیجانی، رفتاری)، اجتماعی و معنوی و محصول واکنش متقابل بین این جوانب وجودی خود است. هویت او همواره در گفت‌وگو میان خود و محیطش رشد می‌کند و در جستجوی معنابخشی به زندگی‌اش است. امروزه با وجود جبر بیولوژیک و اجتماعی، برای او ممکن شده است که جهان را تعبیر و تفسیر کند و در گستره‌ای از خودمختاری و استقلال، طرح زندگی معقولانه‌ای را بنا نهد، به آینده بیندیشد و به زندگی و شرایط انسانی جهت دهد. با این درک از انسان و در یک چشم‌انداز انسان‌گرایانه، هر گامی برای «آسایش جسمی - روانی - اجتماعی» یا «سلامت» و به طور اختصاصی‌تر هر اقدام پیشگیرانه، مبتنی بر اجتماعی شدن وی است، به گونه‌ای که این فرصت فراهم می‌شود تا فرد بتواند آزادانه و آگاهانه ارتباطی سالم و پویا با محیط خود برقرار کند، حقوق مسئولیت‌های خود را بازشناسد و حاکم بر ساماندهی و سازماندهی این ارتباط باشد (روبر، ۲۰۰۲) در واقع هر فرد حق و توان تعیین سرنوشت سلامت خود را دارد تا برای حفظ، ارتقاء و در صورت لزوم باز یافتن سلامت خود و دیگران وظایفی را بر عهده گیرد، خلاقانه برانگیخته شود و به روشی فعال بر عوامل تعیین‌کننده سلامت خود یا اطرافیان تأثیر بگذارد. ماهیت او از نقش مصرف‌کننده خدمات گام فرا می‌نهد، در شبکه‌ای از ارتباطات انسانی - که دائماً باز تولید می‌شود - مداخلاتی پایدار و هدفمند را دنبال می‌کند، در این راستا از خردجمعی، سرمایه اجتماعی، منابع بالقوه درونی اجتماع و در یک کلام از قدرتی که ذاتاً در «جمع» نهفته است بهره می‌جوید.

سلامت انسان و توسعه اجتماعی رابطه‌ای جدایی‌ناپذیر دارند. سلامت، یکی از شش قلمرو اصلی رفاه اجتماعی است. پس هر آنچه تهدیدی برای سلامت باشد، تهدیدی برای توسعه و رفاه اجتماعی نیز می‌باشد و آنچه موجب ارتقای سلامت است، عملاً ما را به سوی توسعه و رفاه اجتماعی رهنمون می‌سازد. از آنجا که سوء‌مصرف مواد، وابستگی و عوارض ناشی از آن به عنوان تهدیدی جدی برای سلامت است و بر کمیت و کیفیت سطح زندگی تأثیر می‌گذارد، برنامه‌های پیشگیری از سوء‌مصرف مواد را با برنامه‌های ارتقاء سلامت توأم می‌دانند (هو، ۲۰۰۰).

## ۲-۶ فلسفه سرشتی انسان و مبانی پیشگیری اجتماع محور

از آنجا که انسان موجودی طبیعی است، شاید بهتر باشد که موضوعات و مشکلاتی که او را فرا می‌گیرد- و شکوفایی او را نیز- در گستره طبیعت او تعبیر و تفسیر کرد و بار دیگر دریافت که در نظام خلقت، با هوشیاری سازوکاری برای حفاظت مخلوق از خودش، تعبیه شده است؛ هر چند شاید تا به امروز کاملاً کشف و تبیین نشده باشد. در زمینه آسیب‌شناسی، دفاع و سیستم ایمنی جسمانی بدن، بسیاری از رازهای نهان به همت جستجوی بشری آشکار شده است، اما در سایر ابعاد وجودی انسان از جمله آسیب‌شناسی روانی- اجتماعی برای آشنایی با سیستم ایمنی و سازوکار دفاع هوشیارانه، هنوز راه درازی در پیش است

نظریه ارتباط ایمنی‌بخش را نخستین بار جان باولبی در سال ۱۹۵۰ مطرح کرد. در این نظریه، این ارتباط، پیوندی هیجانی است میان مادر (یا مراقب) و کودک، ارتباطی گرم، صمیمانه، پویا و با کیفیتی دوطرفه که برای هر دو رضایت‌بخش و مایه لذت است و با جستجوی کودک و تمایل به بودن او در کنار مادر مشخص می‌شود. باولبی سه جنبه متمایز از وابستگی را بررسی می‌کند:

۱) رفتار ایمنی‌بخش

۲) سیستم رفتاری ایمنی‌بخش

۳) پیوندهای ایمنی‌بخش (برنارد ۲۰۱۱).

این ارتباط به تدریج با شخصی مطلوب، قوی‌تر و عاقل‌تر که قادر است از اضطراب، ترس‌ها و ناراحتی‌ها بکاهد، رشد می‌یابد. روابط ایمنی‌بخش در واقع قلب زندگی خانوادگی است و پیوندهایی را به وجود می‌آورد که در چرخه زندگی ایجاد مراقبت را آسان و حفاظت می‌کند و می‌تواند عمیق‌ترین هیجان‌ات شادی‌بخش را هنگام گسستگی دلتنگی‌ها و در صورت ناایمن بودن، مشکلاتی را به همراه بیاورد (رفیعی، ۱۳۸۵).

اگر کیفیت شکل‌گیری این ارتباط مشکلی داشته باشد (مثلاً افسردگی مادر و عدم پاسخگویی مناسب به علائم ارسالی کودک)، ممکن است در تقویت ارتباط وقفه ایجاد شود و احساس ناامنی در نوزاد به وجود آید یا

<sup>1</sup> . How

<sup>2</sup> . Attachment Theory

<sup>3</sup> . John Bowlby

گسستگی در این ارتباط (البته در صورتی که جایگزین مناسب یا حتی مناسب‌تری وجود نداشته باشد) به وجود آید، نوزاد وارد فرآیندی شامل ۱- اعتراض، ۲- درماندگی و ۳- گسستگی می‌شود. گاهی این افراد سال‌ها بعد توانایی مجدد در برقراری روابط عاطفی مشخص ندارند، چهار سبک شکل‌گیری روابط ایمنی‌بخش عبارت است از:

- ۱) ایمن
- ۲) دوری‌گزین
- ۳) مقاوم یا دودل
- ۴) آشفته- انحرافی

در مطالعات تخمین زده شده است که بین ۵۷ درصد جمعیت عمومی ایمن بوده، پانزده تا سی درصد دوری‌گزین، ۴-۲۵ درصد مقاوم یا دو دل ۲۵-۱۵ درصد آشفته- انحرافی هستند (هاوکینز و همکاران، ۱۳۹۱).

به علاوه، در همین پژوهش‌ها نشان داده شده است، ۸۰ درصد کودکان کتک خورده و بدتریت شده را می‌توان جزو گروه آخر قرار داد. ارتباط ایمنی‌بخش در ماه‌ها و سال‌های اول زندگی در خانواده و در سالیان بعد در گروه‌ها و محیط‌هایی که فرد به آن تعلق دارد (مدرسه- جمع دوستان- محیط کار- محله زندگی و ... ) ادامه می‌یابد. در سالیان اول زندگی روابط ایمنی‌بخش در خانواده یا لاقل با یکی از والدین، برای تکامل هیجانی، شناختی و اجتماعی کودک اساسی است و به کودک آسایشی می‌دهد که در این مأمّن از مرحله وابستگی به درجاتی از استقلال برسد. هنگامی که نوجوان در مرحله نوین زندگی (همزمان با بلوغ جنسی- روانی- اجتماعی) قرار می‌گیرد، در رویارویی با موقعیت و نقشی جدید، با اضطراب و ترس مواجه می‌شود (هر چه محیط خانواده ایمن‌تر باشد، ترس و دشواری این مرحله برای نوجوان کمتر است) و برای تکرار الگوی ایمنی‌بخش به جستجوی روابط ایمنی‌بخش با گروه هم‌تا و به طور کلی‌تر، ارتباط ایمنی‌بخش اجتماعی برمی‌آید. در صورت شکل‌گیری مناسب این ارتباط، فرد به کیفیتی از ارتباط می‌رسد که به آن وابستگی متقابل یا تعامل می‌گویند؛ در این فرآیند که تعبیری از مقتدرسازی است فرصت رشد و شکوفایی بیشتری می‌یابد. در این روند که مبتنی بر یاری هیجانی است فرد به سطوح بالاتری از مقتدر بودن می‌رسد. لیک در سال ۱۹۸۶ بر اهمیت ارتباط دوستانه دوجانبه به عنوان نشانه‌ای از ارتباط ایمنی‌بخش بزرگسالی تأکید کرده است.

در فرآیند شناخت درمانی نیز دستیابی به این ارتباط دوستانه در حین درمان امکان‌پذیر می‌شود و همین طور دوستی میان اعضای گروه که در عمل در گروه درمانی «مادر گروه» (درمانگر) زمینه‌ای ایمنی‌بخش را در اعضای گروه فراهم می‌کند تا هر یک بتوانند احساسات خود را کشف کنند و تجارب گذشته خود را بازشناسند و به درک

---

1 . Secure  
2 . Avoidant  
3 . Resistant or Ambivalent  
4 . Disorganized/ Disoriented  
5 . Lake

ارتباط خود با دیگری و با روان درمانگر نائل شوند. کشف و شناخت دنیای درونی فرد بستگی دارد به زمینه‌ای از احساس امنیت که او را محافظت می‌کند (بیدخی، ۱۳۸۷).

هارلو، دانشمند رفتارشناسی بود، که آثار هیجانی و رفتاری را در میمون‌هایی که از بدو تولد از مادر جدا شده و از برقراری ارتباط ایمنی‌بخشی در آنها جلوگیری شده بودند، مطالعه کرد. این میمون‌ها بعدها گوشه‌گیر، ناتوان در برقراری ارتباط با هم‌تاها و حتی ناتوان در جفت‌گیری و مراقبت از بچه‌های خود بودند.

با وجود اینکه عوامل شروع مصرف ممکن است یک کنجکاوی ساده و... باشد، عوامل تداوم مصرف می‌تواند ارتباط با ایمنی‌بخشی داشته باشد. همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، جدایی از منبع ایمنی‌بخش که با مراحل اعتراض، درماندگی و گسستگی همراه است، می‌تواند با گسستگی ارتباط فرد با منابع انسانی اطراف و گرایش او به مصرف مواد برای فرار از ترس‌ها، اضطراب‌ها و پناه بردن به رؤیا و... مشابهت داشته باشد. در واقع اعتیاد را تعامل فرد، مواد و محیط دانسته‌اند. در عمل مواد واسطه‌ای بین فرد و محیط او می‌شود و رابطه ایمنی‌بخش با محیط به واسطه مواد صورت می‌گیرد و چنین تعبیر می‌شود که فرد در مصرف مواد امنیت را پیدا کرده است. بیره هم نیست که از نظر داروشناسی، این مواد به ویژه اپیوئیدها جزء مهم‌ترین ضد اضطراب‌ها نیز هستند، اما به دلیل مصرف مواد که آرامش آسان و سریع را به دنبال دارد، به تدریج فرد به عنوان یک معتاد، خود را از روابط ایمنی‌بخش طبیعی محروم کرده و برای دستیابی به همان سطح ایمنی‌بخشی که از مواد انتظار دارد ناچار تن به وابستگی و عدم کنترل بر مصرف می‌دهد (جلائی فر و همکاران، ۱۳۹۴).

مشابه شرایط جدایی از مادر، در هنگام مواجهه با مشکل چون نیاز به ایمنی‌جویی در افراد افزایش می‌یابد، فرآیند جستجوی فعال مجدداً بروز می‌کند. اگر در این هنگام منابع ایمنی‌بخش خانوادگی، گروه هم‌تا یا منابع اجتماعی در دسترس نباشد یا فرد مهارت به دست آوردن آنها را از طریق مهارت‌های ارتباطی (که از نشانه‌های سلامت روان است) نداشته باشد، ناگزیر در این شرایط برای فرار یا تسکین خود به مصرف مواد گرایش می‌یابد. این پاسخگویی به لحاظ اینکه سریع تأثیر می‌گذارد برای این افراد که به جای چالش‌جویی، چالش‌گریز می‌باشند و سازوکاری ایجاد می‌کند که رفتار سوء مصرف را تقویت می‌کند و دخالت نکردن‌های زودهنگام در نهایت محتمل است که فرد را به سوی وابستگی رهسپار کند. وقتی کودک احساس می‌کند تحت حمایت قرار دارد، حاصل این رابطه عبارت است از نزدیکی کودک به منبع ایمنی‌بخش، که در نتیجه احساس سلامت (آسایش کامل جسمی روانی اجتماعی) و دوری از خطر کند، بنابراین، رفتارهای اکتشافی به منظور شناخت محیط‌های اطراف خود را پیش می‌گیرد. مادر و توانایی او در رفع اضطراب برای افزایش دلبستگی و ایمنی‌یابی کودک اهمیت اساسی دارد. این الگو در سال‌های بعد برای محیط‌های اجتماعی نیز صدق می‌کند. به عقیده روان‌شناسان جامعه‌نگر جامعه‌توانمند باید حمایت از خانواده‌ها و مدارس، داشتن توقعاتی بالا و هنجارهایی روشن برای خانواده‌ها و مدارس و تشویق به مشارکت فعال و همکاری خانواده‌ها و مدارس در زندگی و امور اجتماعی خود را همواره مدنظر داشته باشد. بنابراین، قابلیت اجتماع بستگی به دسترسی مردم به شبکه‌های درونی آن دارد که آن نیز به نوبه خود بستگی

به پاسخگویی به نیازهای جمعیتی و توانایی آنها در استفاده از منابع موجود برای حل مسائل زندگی آنها دارد. این جوامع قابل ایمنی را آسان می‌کنند، به ویژه وقتی افراد آن همبسته و نزدیک باشند. به علاوه افراد جامعه خانواده‌ها را تشکیل می‌دهد، والدین به ویژه مادر در صورتی که ایمن باشد (برآیند تاریخیچه کودکی و بزرگسالی وی) ارتباط مؤثرتری را با نوزاد (یا کودک) برقرار می‌کند و به عنوان واسط حسی (به ویژه در نوزادی) به عنوان «بافر» یا «ضربه‌گیر» عمل کرده فرآیند رشد هیجانی را تسهیل می‌کند. از سوی دیگر، جدایی فرد از منبع ایمنی‌بخش به اعتراض و جدایی می‌انجامد و موجب تلاش فرد به صورت عصبانیت یا حتی خشونت برای وصل دوباره می‌شود (تازیکی، ۱۳۹۳).

در نهایت در مرحله درماندگی، کودک برای بازگشت مادر، امید خود را از دست می‌دهد. در مرحله گسستگی که کودک از نظر هیجانی خود را از مادر خود می‌گسلد، با احساس دوگانه به مادر (یا جامعه‌ای که ایمنی‌بخش نبوده) همراه است. کودک هم مادر را می‌خواهد و هم به خاطر ترک کردن او، از وی خشمگین است و در این مرحله به بازگشت مادر با بی‌تفاوتی واکنش نشان می‌دهد. مادر فراموش نشده است، اما کودک از رفتن او خشمگین است و در عین حال می‌ترسد که این اتفاق بار دیگر روی دهد. قابل توجه است بسیاری از زنان که در کشور ما قربانی همسرآزاری و... هستند، به عنوان یک انسان در خانه فاقد ایمنی هستند و محتمل است مشکلاتی را در ایمنی‌بخشی به فرزندانشان را هم تجربه کنند؛ زیرا مادرانی مضطرب، بنابر شواهد، خودشان می‌توانند به عنوان منبعی از اضطراب (به جای ایمنی‌بخشی) عمل کنند (عربیان، ۱۳۸۲).

همان طور که بیان شد پویایی ارتباط ایمنی‌بخش تنها مربوط به دوره کودکی نیست، بلکه در سراسر حیات فرد ادامه دارد و رشد و ارتقا در این مورد عبارت است از حرکت از وابستگی به سمت جدایی، اما جهت آن از شکل «وابستگی نابالغ» به طرف «وابستگی تکامل یافته و بالغ» یا خودگردانی هیجانی می‌رود (پانتر، ۲۰۰۶).

در محیطی که ارتباط ایمنی‌بخش وجود دارد رشد کودک و اعتماد به نفس او نیز بالاتر می‌رود. این فضای مناسب کودک را قادر می‌سازد که به کاوش در محیط درونی و بیرونی خود بپردازد، احساسی از هماهنگی و تمامیت فردی داشته باشد. با وجود این، برای کودک ناایمن اگر شرایط محیطی دچار تغییر و تحول شود، وضعیت ایمنی‌بخش کودک می‌تواند دگرگون شود. مری اینسورت الگوی روابط ایمنی‌بخش را در بچه‌ها متفاوت یافت و اثر این ارتباط را در کاهش اضطراب «اثر پایگاه ایمن» نامید. گاهی این نقش را حتی یک شی بی‌جان مانند عروسک نیز می‌تواند به عهده گیرد. عروسکی که کودک همواره آن را در کنار خود دارد، آن را در آغوش خود گرفته، دنیا اطرافش را با امنیتی که در کنار عروسک احساس کرده کشف می‌کند (تازیکی، ۱۳۹۳).

اکثر تحقیقات در حیطه اثربخشی روان درمانی نشان آن است که زبان و لحن مداخلات روان درمانی به همان اندازه با نتیجه کار ارتباط دارد که محتوی روان درمانی؛ به طوری که تکرار وضعیت ایمنی‌بخش و خاطره‌ای است که متعاقب لحن مادر عاید کودک شده است. رابطه ایمنی‌بخش در زندگی دوام می‌یابد. پژوهش‌ها نشان داده

<sup>1</sup> . Emotionally Autonomy

<sup>2</sup> . Panter



است دانشجویانی که نخستین بار خانواده خود را ترک می‌کنند در صورتی به تطابق اجتماعی خوب دست می‌یابند که ارتباط آنها با مراقبتی خوب با احساس ایمنی همراه باشد. پایین بودن اعتماد به نفس، روابط نامناسب اجتماعی و آسیب‌پذیری هیجانی در مقابل فشار روانی به ارتباط ناایمن در سال اول زندگی مربوط است. داشتن منابع ایمنی‌بخش محیطی، اعتمادی را در فرد به وجود می‌آورد. به عبارتی افراد منبعی امن به شمار می‌روند که شخص اعتماد به نفس خود را از اعتماد به آنان کسب می‌کند و برای مدارا با دنیای خارج، خود را توانا احساس می‌کند، به این ترتیب، یک موضوع و ارتباط ایمن‌بخشی جدید، موجب پیدایش یک تجربه هیجانی اصلاحی می‌شود. قابل توجه است که چهار نوع ارتباط ایمنی‌بخش بزرگسالی شناسایی شده است (ویلسون، ۲۰۰۶).

(۱) ایمنی / خودمختار

(۲) کناره‌گیر

(۳) پرمشغله

(۴) درگیر نشده / آشفته

ارتباط عاطفی که بعدها در زندگی افراد بالغ پیش می‌آید اجزایی از ایمنی‌بخشی کودکی را در خود دارد. ارتباط ایمنی‌بخش که در کودکی زمینه را برای کامل هیجانی یا رسیدن به خود تنظیمی (توانایی در آرام کردن خود) فراهم می‌کند، با ایجاد عشقی دو جانبه طی نیمه دوم سال اول زندگی شروع می‌شود، که قدم اول در دستیابی به عشق در دنیای انسانی است. آنچه پیوند ایمنی‌بخش بزرگسالان را مشخص می‌کند، این است که منبعی برای احساس امنیت، مورد نیاز بودن و قدرت‌بخشی باشد. فقدان ارتباط ایمنی‌بخش موجب می‌شود که شخصی احساس ترس و اضطراب کند و گسستگی این روابط می‌تواند کاملاً تروماتیک باشد برای مثال مرگ والدین یا همسری که احتمال دارد زمینه‌ساز افسردگی شود در اینجا دینامیسم ایمنی‌بخش فرد را به جستجوی دیگران، بیان ناراحتی‌ها و ترمیم شبکه ایمنی‌بخش سوق می‌دهد.

از آنجا که یک زمینه با بافت ایمن، موجب پایداری ارتباط درون یک گروه و باعث افزایش همبستگی میان اعضا می‌شود، در قرن حاضر بر ارتباط ایمنی‌بخش عواملی از جمله اشتغال مادران تأثیر گذارده است. به موازات ارتقای تمدن، فرهنگ و تأثیر جنبش مساوات‌طلبانه، زنان در راه برابری حقوق خود با مردان بیش از پیش در فعالیت‌های اجتماعی شرکت می‌کنند. از این رو خوشبختانه در ایران نیز در مهدهای کودک، مربیان واجد شرایط یا خویشاوند نزدیک به عنوان ارتباط ایمنی‌بخش جایگزین عمل می‌کنند. در ایران تحقیقی درباره اثر اشتغال مادر بر رشد کودک انجام نشده است، بد نیست در اینجا اشاره‌ای به آثار مثبت اشتغال مادر نیز داشته باشیم (علیپوری نیاز و همکاران، ۱۳۸۸).

---

<sup>1</sup> wilson

بررسی عوامل محافظ و خطرآفرین (فردی و محیطی) برای برگزیدن رویکردهای فردی و محیطی در پیشگیری از اعتیاد اجتناب‌ناپذیر است. با توجه به آنچه تاکنون بحث کردیم، در اینجا به تفسیر این عوامل با الگوی یاد شده می‌پردازیم که به دنبال آن اقدام پیشگیرانه با رویکرد فردی و محیطی را بحث می‌کنیم.

تحقیقات ارتباط معناداری را میان ارتباط ایمنی‌بخش والدین و ارتباط ایمنی‌بخش با گروه هم‌تا و عوامل محیطی و فردی که تاب‌آوری را در افراد بالا می‌برد پیدا کرده‌اند. به طور خلاصه تاب‌آوری به معنی ظرفیت موفقیت، زندگی کردن و خود را رشد دادن در شرایط دشوار (با وجود عوامل خطر) است. این فرآیند خودجوش در فرد میسر نمی‌شود، مگر اینکه در موقعیتی قرار گیرد تا برای رهایی از آن یا صدمه‌پذیری کمتر، حداکثر تلاش خود را برای کشف و بهره‌گیری از عوامل محافظتی (فردی و محیطی) از درون و بیرون خود که به صورت بالقوه همواره وجود دارد، به کار ببرد. هر فرد می‌تواند در موقعیتی تاب‌آور و در موقعیتی دیگر غیرتاب‌آور باشد، این بستگی به کیفیت ارتباط فرد با عامل خطر و عامل محافظ دارد. در بهترین شرایط حتی عامل خطر می‌تواند زمینه‌ای برای جستجوی منابع محافظ توسط فرد گردد و در عمل تبدیل به عاملی محافظ برای فرد شود یا مثلاً اگر تأثیر اولین تجربه مصرف مواد که عامل زمینه‌ساز برای تداوم مصرف می‌باشد با خاطره تلخی مثل سرگیجه، تهوع و... همراه باشد این سابقه می‌تواند برای همیشه فرد را از مصرف مواد دور کند و این خاطره برای او نقش عامل محافظ (یا بازدارنده مصرف) خواهد داشت.

یکی از عوامل محافظ شناخته شده در پیشگیری از اعتیاد تجربه شکل‌گیری ارتباط ایمنی‌بخش در خانواده، جامعه و معنویت است. بر این مبنا ایجاد ارتباط ایمنی‌بخش مثبت می‌تواند به عنوان عوامل محیطی اثرگذار باشد. افزایش افراد دلسوز و مهربان در خانواده، دوستان و سایر بزرگسالانی که می‌تواند به عنوان الگو برای نوجوانان باشند و در تصمیم‌گیری‌های زندگی و حل مسئله و مشکلات به آنها کمک کنند از بهترین منابع محسوب می‌شوند. ارتباط والد-کودک وقتی بهبود می‌یابد که تمام خانواده درگیر باشند. ارتباط با گروه هم‌تای مثبت و سایر منابع ایمنی‌بخش نیز می‌تواند از طریق مدارس، ارزش‌ها، مذهب و سایر نهادهای اجتماعی تأمین شود (جلائی‌فر و همکاران، ۱۳۹۴).

هر چه اقامت فرد در جامعه محلی‌اش بیشتر باشد، تعلق خاطر او به ارزش‌های بومی-فرهنگی و علائق او به همسایه‌ها بالاتر می‌رود، این منابع ایمنی‌بخش به عنوان محافظ برای اهالی به ویژه نوجوانان عمل می‌کند. در واقع اجتماع محلی، گروهی از مردم هستند که عقایدی را به اشتراک می‌گذارند و مسائل مشترک، علائق، امیدها و شیوه‌های رفتاری مشترک و مشابه دارند و به آنها احساس تعلق به یکدیگر می‌دهد. تصمیم‌گیری برای اجتماع محلی، می‌تواند جغرافیایی یا اجتماعی باشد. یک اجتماع محلی رهبرانی دارد، راه‌هایی برای ارتباط عقاید، فعالیت‌ها و نقش‌ها، شیوه‌هایی برای تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌ها، تقسیم کار، مشارکت در عملکردها دارد که همه اینها برای اعضا مهم است. اقدام محله‌مدار فرصت ایجاد یک محیط اجتماعی را فراهم می‌کند که در آن شرایط زندگی افراد تعدیل شده و معنایی می‌یابد که برای محله قابل قبول و دستیابی است (هو، ۲۰۰۰).

اقدامات محله‌مدار مبتنی بر سیاست‌گذاری‌های مختلف است که در جوامع متعدد متناسب با شدت مشکل، متفاوت است. با وجود اینکه هر اجتماع محلی ویژگی خود را دارد ولی به طور کلی بنا بر تشابه در سیاست‌گذاری‌های مؤثر در چهار گروه کلی قرار می‌گیرند.

نوع الف: اجتماعاتی که به تازگی در آنها مشکل مواد شروع شده، به آرامی نرخ رشد صعودی شروع شده است.  
نوع ب: اجتماعاتی که به تازگی در آنها مشکل مواد شروع شده و به شدت نرخ رشد اعتیاد در حال صعود است.  
نوع ج: اجتماعاتی که از قبل مشکل مزمن اعتیاد داشته و اکنون نیز همان‌گونه ادامه دارد.  
نوع د: اجتماعاتی که سودی در مراحل تولید، توزیع مواد دارند و در عمل اقتصادشان وابسته به این تجارت است. بدیهی است هر یک از این جوامع انواع سیاست‌گذاری‌ها را می‌طلبند که شاید برای سه گروه دیگر چندان مناسب و اثربخش نباشد.

توسعه محلی فرآیند پویایی است که در آن افراد در محله‌ها رشد و شکوفایی دارند و می‌توانند زندگی شادتر و مولدتری داشته باشند. تلاش‌های سودجویانه در جهت قدرت‌بخشی به محله برای در اختیار گرفتن کنترل خود و وظایف از طریق تصمیم‌گیری، خودآموزی و اشتراک منابع و بهبود روابط میان اعضا عملی می‌شود. در چنین شرایطی کیفیت زندگی محله ارتقا می‌یابد، این مشارکت باعث کاهش آسیب‌پذیری به ویژه در نوجوانان و جوانان در زمینه‌هایی چون مصرف مواد اعتیادآور، ایجاد و ارتقای رفتارهای مربوط به سلامت می‌شود.

در اینجا می‌توان با کمی تأمل و با یادآوری مطالب پیش، ارتباطی را میان الگوی ایجاد استقلال و شکوفایی فردی و اجتماعی در پرتو روابط ایمنی‌بخش که فرایند کیفیت رشد را بهبود می‌بخشد یافت. این ارتباط متقابل بوده، در عمل هم فرد با احساس آسایش، رشد می‌کند و لذت می‌برد و هم اجتماع محلی، این فرآیند با بازخورد و تبادل علائم (به ویژه علائم مثبت برای تقویت) با یکدیگر، بهره‌وری را بالا برده، با علامت منفی تضعیف می‌شود. در نهایت، در بدترین حالت فرد احساس تعلق به جامعه‌اش نمی‌کند (نوری قاسم آبادی، ۱۳۷۷).

درگیر شدن افراد محله فرآیندی است که در آن اعضا در همه مراحل تدبیر، تدوین و گسترش برنامه‌ای که برای بهبود شرایط خود اندیشه‌اند، جای خود را پیدا می‌کنند. این فرآیند به محله، امکان بازشناسی توانایی‌ها، ظرفیت‌ها، امکانات و بهره‌برداری از همه جوانب لازم برای اجرای برنامه را می‌دهد و زیربنایی برای ارتقای کیفی و کمی اقدامات فراهم می‌کند. درگیری محله، مفهومی فراتر از مشارکت محله است؛ به عبارتی از طریق درگیر کردن محله افراد یا اعضای محله نقش خود را پیدا و مسئولیتی را تقبل می‌کنند. در اینجاست که «ارتقای سلامت» تبلور می‌یابد؛ چرا که منظور از ارتقای سلامت، توانمندسازی مردم در تجربه اداره کردن و بهینه وضع سلامت آنهاست. ارتقای سلامت علاوه بر توجه به افراد و هدایت آنها به سبک زندگی سالم، اتخاذ تدابیری را نیز توسط دولت‌ها و جوامع محلی می‌طلبند که می‌تواند تغییراتی به وجود آورد که با زمینه‌سازی محیطی مناسب انتخاب زندگی سالم را برای افراد آسان‌تر کند (هو، ۲۰۰۰).

آنچه که در فرد به عنوان اعتماد به نفس مطرح می‌شود، در جوامع محلی به صورت اعتماد و اتکا به خود است و از این امر ناشی می‌شود که مردم می‌توانند راه‌ها و ابزارهای حل مشکلاتشان را تعیین کنند. فعالیت‌هایی چون ظرفیت‌سازی برای مجریان طرح مثل تهیه راهنما، تجمعات مردمی برای بحث در مورد فعالیت‌های آنها در این زمینه کمک می‌کند. تجربه نشان داده است که جوامعی که مشکلات بسیاری داشته‌اند، با بهره‌گیری از سازوکارهای تاب‌آور اجتماعی و استفاده از ظرفیت‌هایی که شاید ابتدا ناشناخته بوده است، با ایجاد هم تقویتی (سینرژی) و قدرتی که ذاتاً در جمع نهفته است حتی در مواردی که با کیفیتی بالاتر به بهره‌وری و توسعه رسیده‌اند. حال آنکه جوامعی که مشکل کمتری داشته‌اند یا با مشکلات خود کمتر دست و پنجه نرم کرده‌اند، به نسبت جوامع مشکل‌دار، اما چالش‌جو، فرصت کمتری فراهم شده است که برای بقای خود، هر آنچه دارند به کار گیرند و از عهده حل مسایل و بهبود وضعیت خود برآیند (برنارد ، ۲۰۱۱).

به عنوان مثال، اگر اجتماع محلی بخواهد برای مشکل اعتیاد خود برنامه‌ریزی کند مبتنی بر شواهد، رعایت اصولی در پیشگیری از اعتیاد در اجتماع امکان اثربخشی برنامه را بالاتر می‌برد:

۱) توجیه‌پذیری از جنبه فردی، خانوادگی، مدرسه، رسانه، سازمان‌های محلی بهداشتی این اجزا به گونه‌ای در همه یکپارچه است به طوری یکدیگر را تقویت کند.

۲) به کارگیری سیاستگذاری‌های آموزشی محلی و رسانه‌ای محلی برای افزایش آگاهی عمومی و حسب حمایت‌های محلی به گونه‌ای که این فعالیت‌های محلی برنامه‌های درسی دانش‌آموزان، والدین و محیط‌های کار را تقویت کرده و پیشبرد بیشتری دهد.

۳) دخالت‌های روشن و دقیق برای رسیدن به جمعیت‌های مختلف طرح‌ریزی شود، به ویژه برای افراد در معرض خطر این دخالت‌ها باید به اندازه کافی به طول بیانجامد تا تغییرات مورد انتظار نگرش رفتار حاصل شود.

۴) طراحی برنامه بر مبنای سنجش نیازها با شروطی که پیشرفت برنامه سازوکار دریافت بازخورد را از مردم و دست‌اندرکاران فراهم کند تا در مراحل مختلف بهبود حاصل شود.

۵) اهداف اختصاصی در محدوده زمانی، یکپارچگی و قابلیت دستیابی داشته باشد و سازوکار پایش و ارزشیابی برنامه تعیین شود.

حضور و حمایت رهبران محلی از عوامل تأثیرگذار در موفقیت برنامه است. این مشارکت از مراحل سنجش وضعیت الگوی بومی مصرف و بررسی عوامل بوده و از عوارض به سوی مصرف آغاز شده با بسیج منابع داخلی و جذب منابع خارجی ادامه می‌یابد. رهبران اگر در جریان پایش و ارزشیابی حضور داشته باشند اعتماد محلی را جلب و منابع را تقویت کنند، تداوم و ارتقای برنامه را بالاتر می‌برند. رهبران برنامه‌های یاد شده به منظور بسیج منابع (انسانی، مالی، زمان و تجهیزات) می‌توانند عوامل کلیدی باشند. در شرایط مختلف تاریخی، افراد و گروه‌ها

<sup>1</sup> . Bernard

در زمینه‌ای که درگیرنده ارزش‌ها و ساختارهای اجتماعی است - و در آن زندگی می‌کند - قرار می‌گیرند. تغییر هنجارهای اجتماعی و تعریف‌های قانونی برای برخی رفتارها و نیز تغییر عوامل اقتصادی، با تغییر رفتارهای مربوط به سوءمصرف مواد و شیوع آن ارتباط دارد. در این مورد می‌توان به قوانین و هنجارهای حمایتگر مصرف مواد، در دسترس بودن مواد، محرومیت شدید اقتصادی و بی‌سازمانی و آشفتگی محل زندگی اشاره کرد، در مورد اخیر محله‌هایی که عواملی چون ازدحام جمعیت، فقدان نظارت صحیح بر اماکن عمومی، تحرک و مهاجرت شدید درون شهری، وضعیت نامطلوب محیط فیزیکی، سطح پایین علاقه و ارتباط ایمنی‌بخش وجود دارد جرائم و خرید و فروش مواد غیرقانونی در میان آنها بالا می‌رود (ویلسون، ۲۰۰۵).

هنگامی که در محله‌های شهری تغییرات سریع جمعیتی رخ می‌دهد. میزان قربانی شدن‌ها، با توجه به تفاوت‌های قومی و فرهنگی و سنی افزایش می‌یابد. احتمال دارد بی‌سازمانی محله، توانایی خانواده‌ها در انتقال ارزش‌های اجتماعی به کودکانشان، ضعیف کند (بوتوین، ۱۹۹۷).

## ۲-۶-۱ تعریف اجتماع محور

اجتماع محور رویکردی است در پیشگیری که در آن به نقش عوامل محیطی و اجتماعی در کیفیت زندگی و رفاه اجتماعی مردم توجه می‌شود. رویکرد اجتماع محور، رویکردی بر اساس مدل محیطی اجتماعی و مداخله کامل و مؤثر ذی نفعان در یک اجتماع کوچک است که در آن اعضاء برای ارتقاء شرایط خود، به عمل اجتماعی مطابق برنامه‌ریزی‌های محلی اقدام می‌کنند. ساماندهی افراد که نمایانگر سازمانها، دسته‌بندی‌ها یا تشکلهائی است که موافق کار با همدیگر بخاطر کسب یک هدف مشترک هستند (خزائلی پارسا، ۱۳۸۲).

## ۲-۶-۲ هدف برنامه‌های اجتماع محور

بر آن است تا فرایندهای خدماتی - رفاهی - ارتقایی و مسئولیت‌های مربوط به آن را در اجتماعات کوچک اجرا نماید. جامعه در همه مراحل برنامه‌ریزی، اجرا و ارزیابی برنامه‌ها دخالت داده می‌شود. مهمترین خصوصیت برنامه‌های اجتماع محور بر این است که ضروری‌ترین کمکها به سادگی و با استفاده از منابع موجود در اختیار تعداد بیشتری از اشخاص نیازمند قرار گیرد. (فورسایت، دانلسون، ۱۳۸۰).

## ۲-۶-۳ مثالهایی از برنامه‌های اجتماع محور

آموزش بهداشت

برنامه‌های تفریحی

بهداشت مدارس

توانبخشی  
اوقات فراغت  
ارتقای سلامت  
ترک سیگار  
پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر  
درمان اعتیاد  
کاهش جرم  
حل مشکلات خانوادگی

## ۴-۶-۲ ویژگی های فعالیت های اجتماع محور

روشی است که توان مخاطب را افزایش می دهد یعنی فرد وقتی در گروه مشارکت می کند توانمند می شود.  
روشی است که از یک فعالیت منفی مثل مصرف مواد مخدر جلوگیری می کند.  
روشی است که مهارت یا دانش را آموزش می دهد تا اگر مشکلی ایجاد شد فرد به سمت سیگار یا تریاک کشیده نشود.  
روشی است که باعث پیشرفت و تکامل مخاطب می شود. یعنی وقتی فرد در برنامه ها شرکت می کند بر اطلاعات او افزوده می شود.  
روشی است که تنوع داشته و فعالیت های گوناگونی را در بر می گیرد.  
روشی است که فعالیت های داوطلبانه را تقویت می کند.  
روشی است که سبب مشارکت گسترده آحاد جامعه می شود.  
روشی است که در اکثر مکانها قابل استفاده می باشد.  
روشی است که برای اکثر افراد با خصوصیات متفاوت قابلیت اجرا دارد.

## ۵-۶-۲ راهبردهای پیشگیری اجتماع محور

آموزش و آگاه سازی در مهارت های ۱۳ گانه  
فرهنگ سازی  
توانبخشی حرفه ای و شغلی  
الگو سازی، شبیه سازی و بومی سازی مشارکت ذینفعان را در بر دارد و در همه مکانها سعی بر جذب و مشارکت افراد دارد.  
تقویت عمل محله ای در اجتماعات کوچک.

حمایت گری.

برنامه ریزی محلی.

توسعه نیروی انسانی متخصص.

پژوهش.

ارزشیابی، خود پایشی و دگرپایشی (هاوکینز، کاتالانو و میلر، ۱۳۸۰).

## ۶-۶-۲ علائم ناشی از مصرف مواد مخدر در محیط‌های کار

افزایش اشتباهات کاری و حوادث در محل کار و خارج از آن

تغییرات ناگهانی در رفتار

کاهش تمرکز در کار و بروز مشکل در کیفیت کار فرد

عدم دقت در به کارگیری ابزار و وسایل

غیبت‌های غیر قابل موجه در محل کار و مرخصی‌های مکرر

اشاعه روحيات منفي بين کارکنان به منظور پنهان کردن ضعف عملکرد خود

عدم رعایت نکات ایمنی

واکنش شدید نسبت به انتقادات یا تشویق‌های سرپرستان

انزوا طلبی عمدی از سایر کارکنان و سرپرستان

طولانی شدن زمان استراحت و زمان صرف غذا

تاخیر و تعجیل در محل کار

کناره گیری از دوستان و همکاران

قرض گرفتن مکرر پول از همکاران و درخواست مکرر جهت مساعده

افکندن تقصیرات خود به گردن دیگران

سرزنش دیگران به خاطر اشتباهات خود

شکایت کردن از مسائل داخلی منزل و خانواده

شکایت از بیماری‌های مبهم

تغییرات فاحش و ناگهانی در پوشش و ظاهر و عدم توجه به بهداشت فردی

شرکت در موقعیت‌های خطرناک بدون کسب کمک از دیگران

علائم جسمی خونریزی از بینی، لرز و تشنج، کاهش وزن و لاغری مفرط، گشادی یا تنگی شدید مردمک،

علائم مربوط به تزریق، نگاه خیره و مات، افتادگی پلک‌ها و چرت زدن، راه رفتن نامتعادل.

## ۷-۶-۲ هزینه‌های سوء مصرف مواد برای سازمان‌ها

هزینه‌های اجرایی شامل غیبت از کار، خستگی کارکنان، اضافه کاری به دلیل کارهای انجام نشده، سوء استفاده از مرخصی‌های استعلاجی، حقوق بیمه‌ای، از کار افتادگی و ناتوانی‌ها و هزینه‌های ناشی از سوانح. هزینه‌های پنهان شامل اتلاف وقت مدیران، کارفرمایان و سرپرستان، تنش بین کارکنان، استهلاک مواد و وسایل، صدمه به تجهیزات، تصمیم‌گیری‌های غلط، صدمه به وجهه و سازمان، هزینه‌های مربوط به جایگزینی کارکنان و یا مرگ زودرس آنان. هزینه‌های مورد نیاز جهت تامین امنیت محیط کار و اقدامات حراستی و انضباطی. هزینه‌های مربوط به تامین مراقبت‌های بهداشتی و درمانی جسمی و روانی. هزینه‌های غیر مستقیم ناشی از کاهش تولید یا خدمات ارائه شده توسط سازمان. سازمان جهانی کار، محیط‌های کاری را کانال مهمی برای فعالیت‌های پیشگیرانه و اصلاحی می‌داند، چراکه بطور بالقوه دسترسی به شاغلین زیادی که خود یا اعضاء خانواده شان مشکلات مصرف مواد دارند را میسر می‌سازد. بنا بر این محیط کار را می‌توان جزئی حیاتی از برنامه‌های جامعه به منظور تغییر دادن نگرش نسبت به مصرف مواد دانست. وقتی میزان آگاهی کارمندان نسبت به پیامدهای مصرف مواد، به موازات نگرش پیشگیرانه و مسؤولیت پذیری افزایش یابد، کاهش مصرف مواد در محیط کار و جامعه به وقوع می‌پیوندد.

ایجاد جنبش فراگیر در سراسر دنیا در ملزم ساختن شاغلین بر ایجاد محیط کار و اجتماع سالم، از موفقیت‌های سازمان جهانی کار است. اعتقاد این سازمان بر شایستگی هر انسانی در داشتن زندگی آزاد، سالم، ایمن یا به عبارت خلاصه تر کار در خور و ایمن است. دغدغه سازمان متقاعد نمودن دولت‌ها، سازمان‌های کارمندی و کارگری و انجمن‌های بین المللی در منظور تقلیل زیانهای شغلی، در سرلوحه برنامه‌های ملی است. امروزه کشورهای صنعتی به منظور ایجاد سلامت و نشاط در محیط کاری جهت مشکلات بهداشتی ویژه بخصوص سوء مصرف مواد برنامه‌ریزی می‌کنند. از آنجا که سازمان‌های دولتی و کارمندی و کارگری مشکلات موجود جهت تحقق سلامت شاغلین، دسترسی به مراقبت‌های بهداشتی و چگونگی زندگی کاری را بهتر می‌شناسند بهتر از هر مجری دیگری می‌توانند نسبت به طراحی و اجرای برنامه‌های پیشگیرانه مؤثر اقدام کنند. در صورتی که این فعالیت‌ها در قالب گروه‌های داوطلب شاغل صورت گیرد تداوم برنامه تضمین می‌گردد.

سازمان جهانی کار به منظور ارتقاء سلامت کارمندان و خانواده‌های آنان و پیشگیری از سوء مصرف مواد، سیگار، ایدز و خشونت در محل کار رویکرد گفتگوی اجتماعی را مناسب می‌داند. این رویکرد با درگیر نمودن کارمندان، کارگران، کارفرمایان، دولتمردان، انجمن‌های غیردولتی و خدمات اجتماعی بر رفع موفقیت آمیز مشکلات محیط کاری و اجتماع تمرکز دارد.



مفهوم توانمندسازی در دو دهه اخیر مورد توجه صاحب نظران علم مدیریت و سازمان قرار داشته است. بررسی ادبیات موضوع حاکی از آن است که توانمندسازی منابع انسانی از سه رویکرد ارتباطی، انگیزشی و شناختی به شرح زیر مورد مطالعه قرار گرفته است (جهانیان، ۱۳۸۷).

**رویکرد ارتباطی:** از این دیدگاه توانمندسازی به معنای تفویض اختیار و فرایندی است که از طریق آن، رهبر یا مدیر سعی در تقسیم قدرت خود بین زیردستانش دارد. در این دیدگاه بلانچارد و همکارانش، توانمندسازی را سهیم شدن کارکنان در اطلاعات، تشکیل گروه و طراحی ساختاری سازمانی مناسب می‌دانند (بلانچارد و همکاران، ۱۳۸۱) و به باور شوول و همکارانش، توانمندسازی عبارت است از اعطای اختیارات بیشتر به کارکنان برای اتخاذ تصمیمات لازم بدون آن که در ابتدا به تأیید مقامات بالاتر سازمان برسد (شوول و همکاران، ۲۰۱۳).

**رویکرد انگیزشی:** از منظر این رویکرد، توانمندسازی ریشه در تمایل انگیزشی افراد دارد. کانگر و کانگو، معتقدند که توانمندسازی عبارت است از فرایند افزایش احساس خود کارآمدی در افراد از طریق شناسایی و حذف شرایطی که موجب ناتوانی کارکنان شده است (کنگر و کانوپ، ۲۰۰۵). آنها توانمندسازی را رویکردی انگیزشی به معنی «قادر بودن» (نه تفویض اختیار) می‌دانند.

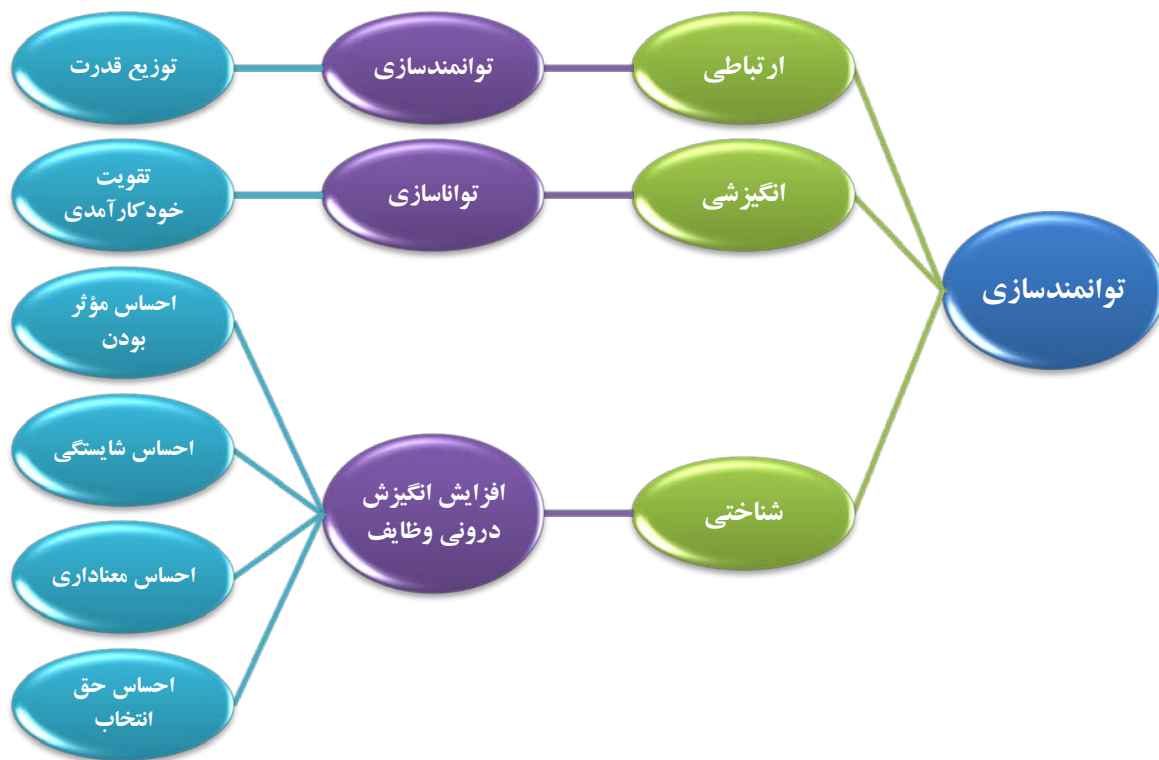
**رویکرد شناختی:** نظریه پردازان این رویکرد که در راس آن‌ها توماس و ولتهوس قرار دارند، معتقدند که توانمندسازی موضوعی چند وجهی است و آن را به عنوان انگیزش درونی و وظایف محوله به مردم تعریف کرده‌اند که در یک مجموعه از ویژگی‌های شناختی زیر متجلی می‌شود:

**موثر بودن:** فرد باید به این باور برسد که در انجام وظایفش می‌تواند نقش مهمی در جهت اهداف تعیین شده ایفا کند.

**شایستگی:** اگر وظیفه به گونه‌ای باشد که فرد بتواند با مهارت، فعالیت‌های موظف خود را به انجام رساند، بر احساس او از کفایت خود، تأثیری مثبت به جای خواهد گذاشت.

**معناداری:** اگر فرد وظیفه‌ای را که انجام م‌ی‌دهد با ارزش تلقی کند، آن وظیفه دارای ویژگی‌های معناداری است.

**حق انتخاب:** این وظیفه به آزادی عمل مردم در تعیین فعالیت‌های لازم برای انجام وظایف خود اشاره دارد. به طور کلی با توجه به آنچه که گفته شد، می‌توان رویکردهای متفاوت توانمندسازی منابع انسانی را در نمودار زیر نشان داد:



شکل ۲-۲

## ۲-۷ اعتیاد

در سال ۱۹۵۷ سازمان جهانی بهداشت تعریف زیر را برای اعتیاد به مواد ۴ ارائه داد:  
اعتیاد عبارت است از مصرف مکرر یک یا چند ماده‌ی روانگردان به حدی که مصرف‌کننده یا معتاد دچار مسمومیت دوره‌ای یا مزمن ناشی از آن شود، اجبار برای مصرف ماده داشته باشد، قطع یا کاهش ارادی آن برایش بسیار دشوار باشد و عزم بارز برای کسب ماده تقریباً به هر وسیله‌ی ممکن نشان دهد.

در سال ۱۹۶۴ سازمان جهانی بهداشت با اذعان به ابهام تعریف مزبور استفاده از اصطلاح «وابستگی به ماده» را پیشنهاد می‌کند، بی‌آنکه تعریف واضحی از آن ارائه کند. سرانجام با پیدایش طبقه‌بندی «انجمن روانپزشکی آمریکا»، با توجه به حقارت آمیز بودن اصطلاح اعتیاد و نیز ابهام آن، اصطلاح وابستگی به جای اعتیاد پذیرفته و برای وابستگی و سوءمصرف تعاریف زیر ارائه می‌شود:

وابستگی به مواد الگوی مصرف غیرانطباقی مواد است که منجر به رنج (دیسترس) یا اختلال چشمگیر بالینی شود به طوری که در عرض یک دور هی دوازده ماهه دست کم سه تا از تظاهرات زیر دیده شود: تحمل (کاهش اثرماده)، علایم قطع مصرف، مصرف ماده به مقادیر یا مدتی بیش از آنچه قصد شده بود، تمایل مداوم به قطع مصرف ماده یا تلاش ناموفق برای آن، صرف وقت زیاد برای تهیه ماده یا بهبود از اثرات آن، کاهش یا قطع فعالیت‌های مهم اجتماعی، شغلی، یا تفریحی، ادامه‌ی مصرف مواد علیرغم علم به مشکلات مداوم یا مکرر آن. سوء

مصرف مواد الگویی مصرف غیرانطباقی مواد است که منجر به رنج (استرس) یا اختلال چشمگیر بالینی شود به طوری که در عرض یک دوره دوازده ماهه دست کم یکی از تظاهرات زیر دیده شود: ناتوانی از انجام تعهدات شغلی، تحصیلی، یا خانوادگی، مصرف مکرر مواد در موقعیت‌های دارای خطر جسمی (مثل رانندگی)، دچار شدن مکرر به مشکلات قانونی، ادامه‌ی مصرف علیرغم تداوم و تکرار مشکلات. با این حال اصطلاح اعتیاد در بسیاری منابع معتبر همچنان به کار رفت تا اینکه در «۲۰۰۱ جامعه‌ی طب اعتیاد امریکا» به اتفاق دو انجمن دیگر تعریف زیر را برای اعتیاد ارائه می‌کنند.

اعتیاد یک بیماری اولیه و مزمن عصبی-زیستی (نوروبیولوژیک) است که پیدایش و تظاهرات آن تحت تأثیر عوامل ارثی، روانی-اجتماعی، و محیطی قرار دارد و مشخصه‌ی آن وجود حداقل یکی از این رفتارهاست: اختلال در کنترل بر مصرف ماده، مصرف اجبارگونه، ادامه‌ی مصرف علیرغم زیانهای آن، و ولع برای مصرف آن. منظور از اعتیاد در این سند، تمام «فرآیند منجر به اعتیاد» شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاه-گاهی، سوء مصرف و وابستگی است.

## ۲-۷-۱ عوامل خانوادگی مؤثر در اعتیاد جوانان

چنانچه می‌دانیم، از هم گسیختگی خانوادگی و عدم وجود تربیت درست، از مسایلی است که امکان دارد افراد خانواده به نحوی از نتایج آن در رنج بوده و یا بر اثر آن ناگزیر از انتخاب‌های مشکل اخلاقی گردند. از مسایل دیگر خانوادگی در زمینه اعتیاد، نقش اعتیاد پدر و مادر و تأثیر آن در معتاد شدن فرزندان و همچنین اثر معتادان یکی از نزدیکان بر روی جوانان یک فامیل است که به‌خصوص مشاهده اعتیاد والدین و همانندسازی با والدین معتاد در مراحل گوناگون رشد سبب اعتیاد جوانان یک خانواده می‌گردد. تحقیقات فراوانی در این زمینه نشان می‌دهد که خیلی از معتادان در خانواده، افراد معتاد از قبیل پدر، پدربزرگ، مادربزرگ و غیره داشته‌اند. بیسواد و یا کم سواد بودن والدین نیز از مسایل خانوادگی دلایل اعتیاد است. همچنین اکثر والدین معتادان، بیسواد یا کم سواد بوده‌اند این عوامل و عوامل دیگر همه و همه کمبودی در نظام و نقش خانواده باقی می‌گذارد که بدون شک در این خانواده‌ها اثرات مستقیم ناهنجاری‌ها بر روی فرزندان و خانواده‌ها خواهند بود (ساروخانی، ۱۳۸۹).

گاهی اوقات بین مصرف مواد مخدر و کودکان در حال رشد خانواده‌هایی که از طلاق، متارکه یا مرگ همسر رنج می‌برند، رابطه وجود دارد. در تحقیقی که درباره مصرف مواد مخدر در بین دانش‌آموزان دبیرستانی برزیلی انجام شد، مشخص شد که وجود خشونت در خانه عامل مهمی است که بیش از هر عامل دیگر با رفتار مصرف مواد مخدر همبستگی نشان داده است. طلاق و متارکه، در صورتی که محیط خانواده عاری از خشونت باشد و مشکلات بامذاکره حل و فصل شوند، و والدین نگران فرزندان خود باشند، با رفتار مصرف مواد مخدر همبستگی

<sup>1</sup>. Medicine, American Pain Society, and American Society of Addiction Medicine, American Academy of pain, 2001.

نشان نداده است. در این مطالعه مصرف مواد مخدر در بین جوانانی که در خانواده‌های دارای خشونت زندگی می‌کردند، بیش از پنج برابر جوانانی بود که در خانواده‌های بدون خشونت زندگی می‌کردند. در گروه اول در خانواده گفتگو وجود نداشت و والدین نظرهای خود را ابراز نمی‌کردند، در حالی که در گروه دوم، بین پدر و مادر گفتگو به دفعات جریان داشته و پدر و مادر نظرهای خود را ابراز می‌کرده‌اند. شناخت ذهنی افراد از محیط خانواده تأثیری بیشتر از عوامل عینی مانند وضعیت زناشویی پدر و مادر بر مصرف مواد مخدر توسط دانش‌آموزان نشان داده است (فرجاد، ۱۳۹۰).

در مطالعه دیگری که درباره مصرف مواد مخدر در پرو انجام شده است، نیز به نتایج مشابه‌ای رسیده‌اند. وجود ساختار اجتماعی منسجم در خانواده و همچنین در سطح جامعه همراه با تأمین انتظارات افراد از محیط، حقوق و نیازهای گروه، بهترین ضامن حفاظتی در برابر هر نوع اعتیاد یا سرپیچی از رسوم است (ساروخانی، ۱۳۸۹).

### عوامل خانوادگی موثر در اعتیاد جوانان به صورت فهرست‌وار می‌آید:

- ۱) از هم گسیختگی خانواده
- ۲) بعد بالای خانوار (خانواده پر جمعیت)
- ۳) تنش‌ها و مشاجرات خانوادگی
- ۴) بی‌سرپرستی و تک‌سرپرستی
- ۵) وجود فرد معتاد در خانواده
- ۶) معاشرت‌های ناسالم
- ۷) بیسوادی و کم‌سوادی والدین
- ۸) نداشتن فرهنگ مشاور در خانواده
- ۹) نداشتن آموزش‌های خانواده در جهت روابط زناشویی
- ۱۰) فقدان مهارت‌های ارتباطی در خانواده
- ۱۱) روابط ناسالم بین اعضای خانواده
- ۱۲) نداشتن آموزش‌های لازم در خصوص روش‌های صحیح تربیتی
- ۱۳) نداشتن آگاهی والدین از عوارض مصرف مواد مخدر
- ۱۴) عدم کنترل صحیح فرزندان
- ۱۵) عدم آگاهی نسبت به نیازهای خانواده
- ۱۶) فقدان سیستم ارزشی صحیح در خانواده
- ۱۷) نداشتن فرهنگ صحیح اجتماعی
- ۱۸) نداشتن ارتباط صحیح والدین با فرزندان

## ۲-۷-۲ اعتیاد در محیط کار

محیط کار از آن دسته مکان‌هایی است که فرد بخش زیادی از وقت خود را در آن سپری کند. بر این اساس عوامل موجود در محیط کار نیز عملکرد فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. بنابراین چالش بهره‌وری و کارایی در محیط‌های کاری از آن دسته موضوعاتی است که محیط کاری را تحت تاثیر قرار داده و مهم‌تر از آن نیروی کار را متاثر می‌سازد. اعتیاد به مواد معمولاً به یک باره رخ نمی‌دهد بلکه تحت تاثیر عوامل مختلف گسترش می‌یابد. ممکن است مشکل اعتیاد در محیط کار از یک مصرف ساده آغاز شده و به اعتیاد سنگین منتهی شود. برای اولین گام نیاز است مراحل پیشرفت مصرف تا اعتیاد را مرور کنیم:

### ۱) اولین مصرف / مصرف آزمایشی

پیشنهاد (تعارف) مصرف سیگار، یک دارو به منظور افزایش انرژی یا کاهش مشکل جسمی دست به دست دادن سیگاری حشیش و تصمیم به امتحان آن در زمان استراحت تجویز دارو توسط پزشک، مصرف دارو خارج از دستور درمانی مصرف سیگار برای رفع تنش یا خستگی

### ۲) مصرف آزمایشی / مصرف نامنظم

لذت بردن از اثرات مصرف مواد یا دارو، بی‌ضرر دانستن مصرف گهگاهی، در نتیجه مصرف مواد در موقعیت‌های مختلف حتی خطرناک افزایش پیدا می‌کند.

### ۳) مصرف منظم

مصرف مواد بخشی از سبک زندگی و حرفه‌ای شده، در این حالت مواد در اوقات مشخص و در فواصل منظم مصرف می‌شود.

### ۴) مصرف آسیب‌رسان

سلامتی تهدید می‌شود، توانایی کاهش می‌یابد، بنیه و توان تحلیل می‌رود، و بی‌ثباتی روانی پدید می‌آید. ادامه مصرف در موقعیت‌های خطرناک برای خود، همکاران، و محیط کار؛ رانندگی، کار با دستگاه‌های خطرناک حافظه متاثر شده و ضعیف می‌شود

صب‌ها دیر از خواب بیدار شده و در نتیجه دیر به محیط کار می‌رود، شروع دروغ‌گویی، بهانه تراشی، و سایر مشکلات و مشکلات و درگیری با همکاران، زبردستان و زبر دستان، ارباب رجوع، مشتریان، و حتی اعضای خانواده یا پلیس افزایش می‌یابد ارتباط با دوستان و همکاران مخدوش می‌شود

## ۵) وابستگی

احساس ناراحتی و ناخوشی جسمانی / روانی هنگام عدم مصرف تهیه مقدار قابل توجه برای اطمینان از در دسترس بودن مواد در موقع نیاز تصور اینکه مصرف مواد فرد را در مقابله با استرس بهتر می‌کند و آرامش به دنبال دارد روبروشدن با پیامد مصرف در محیط کار، یا خانه

## ۶) اعتیاد

مواد تمرکز اصلی زندگی و کار می‌شود و سبک زندگی متأثر از آن می‌شود صرف قابل توجه انرژی و پول درباره فکر به مواد، مصرف مواد و تهیه آن در این حالت مصرف مواد وسواس گونه گردیده و فرد رفتار خاص اعتیاد گونه را در پیش می‌گیرد (ساعتچی، ۱۳۸۶).

همان‌گونه که اشاره شد سوء مصرف مواد و الکل بدون هیچ شکی یک مشکل جدی است. در طول زمان‌های مختلف اقدامات متعددی جهت رسیدگی به مشکل سوء مصرف مواد و اثرات آن صورت پذیرفته است. دامنه این اقدامات از منع مصرف الکل تا کارزارهای بزرگ مقابله با تولید و قاچاق مواد را شامل می‌شود. یکی از دستاوردهای مهم که توسط سازمان جهانی بهداشت حمایت شده است شناسایی سوء مصرف الکل و مواد به عنوان یکی از مشکلات اصلی محیط کار در بسیاری از کشورها است. سوء مصرف مواد و الکل به عنوان عامل مهم در حوادث، غیبت و بیماری کارکنان نه تنها به طور کلی بر عملکرد شغلی اثر می‌گذارد، بلکه سبب افزایش میزان غیبت از کار، سوانح و حوادث، بیماری‌ها و مرگ و میر و هزینه‌ها مرتبط با آنها می‌شود، بنابراین مشکل جدی است که باید به آن توجه شود. سوء مصرف مواد و الکل حتی در حد بسیار ناچیز می‌تواند تعیین‌کننده عملکرد شغلی و کیفیت کار ایمنی باشد. با بدست آوردن و دانش بیشتر در سال‌های گذشته که در نتیجه ی انجام مطالعات متعدد پیرامون این موضوع بوده است، شواهدی معتبر مبنی بر اینکه مشکلات ناشی از سوء مصرف مواد در محیط کار تنها به معتادان به مواد محدود نمی‌شود بلکه افراد مصرف‌کننده موادی که به تازگی مصرف مواد و الکل را شروع کردند نیز مشکل‌آفرین بوده‌اند (ساعتچی، ۱۳۸۶).

یکی دیگر از دلایل مهم اینککه چرا نمی توان مشکل سوء مصرف مواد و الکل را از محیط کار مجزا کرد این است که بسیاری از افرادی که مصرف مشکل ساز مواد یا الکل را دارند، شاغل هستند و در یکی از محیط‌های کار مشغول به انجام فعالیتند. معمولاً نیروی کار منعکس‌کننده اجتماعی است که کارمندان یا کارگران در آن زندگی می کنند. تا زمانی که سوء مصرف مواد و الکل در اجتماع وجود دارد، به احتمال زیاد نیروی کار نیز همان سطح سوء مصرف را دارا خواهد بود. بنابراین محیط کار، یکی از کانال‌های مهم اجرای برنامه‌های پیشگیرانه است. با این فرض که محیط کار بالقوه به شمار قابل توجهی از افرادی که دارای مشکل سوء مصرف مواد هستند همچنین اعضای خانواده آنها دسترسی دارد. پس می توان چنین نتیجه گرفت محیط کار یکی از عناصر اصلی برای اجرای برنامه اجتماع محور با هدف تغیر نگرش و رفتار مصرف مواد و الکل در اجتماع است (علی وردی نیا، ۱۳۸۵).

## ۲-۷-۳ نگاه سنتی با مشکل سوء مصرف مواد در محیط کار

در نگاه سنتی تمرکز بر شناسایی و بازتوانی کارگرانی بود که از مشکل شدید مصرف مواد رنج می برد. ولی با گذشت زمان، درک دامنه، طبیعت و هزینه مشکل عمیق تر شد. بنگاه‌های اقتصادی پیشرفت کردند، سازمان‌ها و کشورها تأکید بیشتری بر گسترش مشارکت جامع به منظور ارتقاء و اصاح واقعی شرایط در محیط کار کردند. یکی از مشکلات اصلی در مقابله با سوء مصرف مواد و الکل در محیط کار و حتی اجتماع، موضوع پذیرش گسترده مصرف مواد به میزان قابل قبول در بعضی مشاغل است. وجود بعضی باورهای غلط در خصوص بی خطر بودن و حتی مفید بودن مصرف مقدار کم مواد و الکل در بین کارکنان بعضی مشاغل، سبب گسترش مصرف مواد در آن مشاغل گردید. هر چند آسیب‌های قابل ملاحظه‌ای در پی مصرف به اصطلاح کم، گریبان گیر آن مشاغل گردید. مشکلات مربوط به مواد و الکل ممکن است در اثر عواملی نظیر عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی، یا عواملی که در ارتباط با شرایط خاص محیط کار یا شغل، یا ترکیبی از این عوامل می باشند، افزایش یابد. چنین مشکلاتی نه تنها بر بهداشت و احساس سامتی کارگران اثرگذار است بلکه ممکن است علت بسیاری از مشکلات مربوط به کار نظیر افت عملکرد شغلی باشد. اگر بپذیریم که عوامل چندگانه سبب بروز مشکلات مربوط به مواد یا الکل می شود به همان نسبت باید بپذیریم که رویکردهای چندگانه‌ای در پیشگیری، یاری رسانی، درمان و بازتوانی آن وجود دارد. در حالی که حذف سوء مصرف مواد هدف بسیار مطلوبی است، تجارب نشان داده نیل به این هدف چندان ساده نیست. هر چند محیط‌های کاری که سیاست یاورانه‌ای را در قبال افراد دارای مشکل مصرف مواد و الکل اتخاذ کردند، شاهد نتایج مفید و مؤثری برای کارگران و صاحبان مشاغل بودند (طاهری نخست، ۱۳۹۱).

## ۲-۷-۴ عوامل موثر بر اعتیاد در محیط کار

عوامل متعددی وجود دارند که در محیط کار بر سلامت افراد تاثیرگذار است. این عوامل می‌توانند به طبقات مختلف دسته‌بندی شود. عوامل فیزیکی، محیطی، روانی و اجتماعی. به عنوان مثال در زمینه عوامل فیزیکی محیط کار برخی مشاغل در محیط باز و برخی دیگر در مکان‌های بسته قرار دارند. میزان روشنایی در محیط بسته بسیار حائز اهمیت است. کمی و زیادی نور می‌تواند تاثیرات متضادی بر نیروی کار داشته باشد. برخی تاثیرات نوری بر بینایی و برخی دیگر بر مسایل روانی تاثیرگذار است. کار در محیط بسته کم نور و همچنین در فضای پر نور اغلب موجب خستگی و تحریک پذیری فرد است. افرادی که در چنین محیط‌هایی فعالیت می‌کنند بازده مناسبی نخواهند داشت و اغلب ویژگی‌های منفی روانی از خود نشان می‌دهند. صوت نیز مانند نور تاثیر بسزایی در روح و روان افراد دارد و همچنین باعث ایجاد اضطراب، پرخاشگری، بی‌اعتمادی و تحریک پذیری در افراد می‌شود. کار در محیطی بسیار سرد یا گرم نیز در دیگر مشکلات در محیط کار است. مشکلاتی از جمله درد مفاصل، پایین آمدن سطح مقاومت بدن، سرماخوردگی و... از طرف دیگر عوامل متعدد دیگری وجود دارند که در محیط کار بر سلامت افراد موثر هستند. از جمله رنگ‌ها، با تاثیر که بر روحیه و شرایط روانی فرد می‌گذارند، به عنوان یک عامل محرک یا کسالت آور عمل می‌کنند. رنگ محیط کار، عاوه بر تناسب آن با نوع کار باید با شرایط روانی افراد نیز سازگاری خوبی داشته باشد. تاثیر آلودگی داخلی محیط کار و بهداشت محیط کار نیز کاما روشن و واضح است. تراکم کار، ساعات کار و زمان کار نیز از دیگر عوامل مهم هستند (طاهری نخست، ۱۳۹۱).

در خصوص عوامل مربوط به کار، تراکم زیاد کاری، انجام کار در ساعات نامناسب که با خستگی و ضعف جسمی و روانی برای فرد همراه هستند، با تداوم در طول زمان، سلامت جسمی و روانی فرد را تهدید خواهند کرد. عوامل مربوط به مسائل ارتباطی از عوامل مهم دیگری هستند که بر روی فرد اعم از سلامت یا عملکرد او در محیط کار تاثیر می‌گذارند. نوع ارتباطات موجود در محیط کار، نفوذ و اعمال قدرت مدیر، شیوه ارتباطی و شخصیت و اهداف او نقش مهمی در بهداشت روانی فرد و میزان خشنودی او از محیط کار دارند.

بدون شک سلامت روان، نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کنند به گونه‌ای که یکی از محورهای ارزیابی سلامت جوامع، بررسی میزان بهداشت روانی افراد آن جامعه می‌باشد. کما اینکه امروزه سلامت روان انسان‌ها در میان جوامع از اهمیت به سزایی برخوردار است و تقریباً در همه کشورها اقدامات وسیعی صورت گرفته تا سیاست‌های مربوط به بهداشت روانی و پیش‌بینی بیماری‌های روانی را سازمان دهند.

این سیاست‌ها که می‌تواند ارزش‌های انسانی و اقتصادی بسیار بالایی داشته باشند، ایجاب می‌کنند که قبل از هر چیز، نیازهای بهداشت روانی شناخته شوند (بنت، ۲۰۰۴).



## ۲-۷-۴-۱ عوامل خطر مصرف مواد در محیط کار

سنگینی کار

استرس

یکنواختی کار

خستگی چشم

سرعت در کار

مشکلات کاری (با زیر دست یا زبردست)

تبعیض

خشونت، درگیری و مشکلات بین فردی

رقابت کاری / عدم ارتقاء شغلی. . شیفیت کاری نامناسب (شیفیت شبانه

کارهای اقماری دوری از عوامل محافظ مانند خانواده حالات و مشکلات عاطفی/روانی (اضطراب، افسردگی) (پرست، ۲۰۰۸).

دنیای امروز استرس‌های مختلفی دارد که بعضی از این استرس‌ها مختص محیط کار است. نزاع با یک همکار، محروم شدن از پاداش، دیر رسیدن به سر کار و فشار هیأت مدیره یا رؤسای سازمان به مدیر را، می توان نمونه‌هایی از استرس‌های محیط کار نامید. به طور کلی نقش مدیریت طرح‌ریزی محیطی است که از لحاظ مادی و اجتماعی خشنودکننده باشد. در ضمن مدیر یک سازمان باید به تمام مسایل توجه داشته باشد و زمینه‌ای را از نظر روحی، روانی و ارضای انگیزه‌ها فراهم آورد که پرسنل، خود را شریک و سهم در کارها و عواقب ناشی از آن بدانند. در چنین شرایطی است که خلاقیت افراد تحت نظارت، افزایش می یابد. البته فراموش نشود که ایجاد زمینه مناسب و فراهم آوردن شرایط رشد، شکوفایی و ارضای نیازهای مادی و روحی پرسنل بخش به منظور ایجاد انگیزه، بدون رعایت اصل مهم و غیر قابل اجتناب یعنی عدالت، ممکن و میسر نیست. داروی تمام دردها و گرفتاری‌های مادی و روانی، عدالت است که در هر زمینه‌ای و در هر زمانی باید اساس کار باشد در غیر این صورت والا رضایت و موفقیت حاصل نمی گردد. استرس و اضطراب در محیط کار به یک عامل خطر شغلی برای سامتی و مصرف مواد در کارکنان در سراسر جهان تبدیل شده است. فرهنگ غالب و سرعت کار، احساس رهایی و لذات آنی نیز کارکنان محیط کار را به سوی واکنش‌های استرس زا میکشانند. در بسیاری از

موارد علت اصلی مصرف مواد توسط کارکنان در محیط کار، وجود استرس است. هرچند پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کارمندان در مدت کوتاهی می‌توانند در مقابل فرسایش ناشی از استرس‌های کاری تاب بیاورند. بر اساس تعریف، چون استرس پاسخ فیزیکی بدن و روان به شرایط خطرناک است، پژوهش‌ها نشان داده است که استرس زنان در محیط کار بیشتر به عدم تعادل بین خانه و شغل شان ارتباط دارد و استرس کاری مردان بیشتر به شغل شان مربوط است.

تحقیقات گویای این مطلب است که زنان بیش از ۶۰ درصد در نگهداری خانه و فرزندان شان موفق ترند. زنان مجرد و مطلقه یا بیوه که به تنهایی زندگی میکنند، حدود ۸۰ تا ۱۰۰ درصد مسئولیت‌های خانه‌داری و بچه‌داری را برعهده دارند. در نتیجه، زنان بیشتر احتمال دارد که بیش از رسیدن به سرکار، دچار استرس شوند. شرایط مکانی و فضای محیط کار نیز یکی از شاخص‌های پیش بینی استرس است. بنابراین، ممکن است یک کارمند زن در بخش یا مکانی با انعطاف کمتر، در معرض خطر بیشتری نسبت به محیط‌های آرام قرار گیرد. جالب است که پیامد استرس زنان به طور قابل توجهی متفاوت است. به طور طبیعی، زنان می‌توانند چند کار را با پیچیدگی خاص آن انجام دهند (جکسون، ۲۰۰۹).

ارتباط میان کار و سلامتی از دو نظر حائز اهمیت است. یکی از منظر اثرگذاری مثبت کار بر سلامت و دیگری اثرگذاری منفی ضعف سلامت در محیط کار. کار کردن به همراه حقوق و پاداش برای سلامتی افراد مفید است زیرا مسبب درآمدزایی، حس ارزشمند بودن و شبکه اجتماعی همکاران و دوستان است. با همه این اوصاف کار ممکن است در مواردی برای سلامتی شخص مضر نیز باشد. مسئله مصرف کردن مواد مخدر تنها به طبقات پایین اجتماع محدود نمی‌گردد. افزایش میزان مصرف مواد در بین مدیران شرکت‌ها، قانون‌گزاران، حتی پزشکان و پلیس و... نیز مشهود است. حتی مصرف مقادیر اندک مواد مخدر هم بر کارکرد و سلامت فرد تاثیر گذار می‌باشد. بیشترین مشکلات و مسائل با مواد در محیط کار مرتبط با مصرف‌کنندگان گهگاهی مواد می‌باشد.

## ۲-۷-۵ دلایل استرسی‌های کاری

### ۲-۷-۵-۱ شیفت‌های کار

شیفت‌های کاری باعث به هم زدن ساعت بیولوژیک کارکنان شده که پیامد آن بروز شکلی کم خوابی دارند، تولید انتقال دهنده عصبی سروتونین بدنشان به میزان ۲۰ درصد بیشتر نسبت به روز کارها تمایل به کشیدن سیگار دارند و احتمال حمله قلبی بعد از پنج سال در آنها بالاتر می‌شود.

رفتارهای تهاجمی انفعالی در محیط کار کارکنان گاهی از اوقات جهت تخلیه عصبانیت خود در محیط کارشان به کار یا وسائل و تجهیزات کار منتقل کرده و به طور مثال کم کاری کرده یا لجبازی نموده کارها در " انجام نمی‌دهند. امروزه این رفتارهای کارکنان پرهزینه تر، زیر کانه و پیچیده تر شده است که از این جمله کرد که همه ساله میلیاردها دلار به اقتصاد جهانی ضرر می‌رساند.

### ۲-۷-۵-۲ ساعات کار زیاد

مطالعات نشان داده که شرایط کاری در اکثر کارخانجات نسبت به گذشته مضرتر شده است. فشار به پرسنل جهت کار بیشتر و اضافه کار برای کسب بهره و ری بیشتر باعث شده که کارکنان کمتر به مسائل خانوادگی بپردازند و

احساسی می‌کنند بین کار و روابط خانوادگی می‌بایست یکی را انتخاب کنند که این مسئله باعث عدم رضایت آنها می‌شود.

## ۲-۷-۵-۳ فن آوری

کارکنان از اینکه توسط ابزارهای کنترلی زیر نظر گرفته شوند و اینکه برده فناوری شده‌اند و اذیت و آزارهای شغلی روانی خشونت‌های شغلی می‌گردد. حقوق کم باعث ناامیدی در کارکنان می‌شود. عدم امنیت شغلی عدم امنیت شغلی به دلیل کوچک شدن سازمان‌ها در اثر تجدید ساختار و مهندسی عوامل، که تاثیر زیادی در ایجاد استرسی ناشی کار دارند در ذیل ذکر گردیده است:

### ۱) شرایط کاری

عواملی چون شرایط نامطلوب کاری، تند کاری، تلاشی طاقت فرسای فیزیکی، ساعات بسیاری را در محیط کار گذراندن پر کاری مفرط، موجب اختلال دتر سلامت روانی می‌شود. کار خسته‌کننده و تکراری و محیط نامطلوب فیزیکی و روانی از جمله سرو کار داشتن با افراد تند خو و همکاران زودتر و بیشتر از افراد دیگر به بیماری مبتلا می‌شوند و دیرتر بهبود می‌یابند.

### ۲) تراکم کاری

بعضی افراد زمانی که خیلی نزدیک به دیگران کار می‌کنند احساس ناراحتی می‌کنند در حالی که اگر عده‌ای در کنار بقیه کار نکنند احساس تنهایی می‌کنند. در هر حالت تراکم کاری (مثبت یا منفی) می‌تواند ایجاد استرسی نماید.

### ۳) ابهام نقش

اگر شخصی اطلاع کافی از شغلی و کاری که به عهده گرفته نداشته باشد بدین معنی ایجاد نارضایتی شغلی، استرسی اضطراب دتر کارمند می‌شود.

### ۴) تعارضش شغلی

اگر شخص در محیط کار خود با وظایف یا نیازهایی مواجه شود که واقعاً علاقه‌ای به انجام آنها نداشته و یا اینکه تصویری از انجام آن کارها در ذهن نداشته باشد. متداولترین مورد در این زمینه هنگامی دیده می‌شود که فرد بین دو گروه مختلف که دو خواست و دو هدف متفاوت دارد، واقع شود و به دو سو کشیده شود و یا در شرایطی قرار گیرد که بین خواسته‌ها و انتظاراتی که از او مهمی روزه تعارض وجود داشته باشد. افرادی که به مشاغل اداری و تخصصی اشتغال دارند، شکست در پذیرش یا تکمیل مسئولیت، همچنین حجم مسئولیت، موجب استرسی است و به نحو

چشمگیری به افسردگی، و اضطراب منجر می‌شود. هر چه میزان مسئولیت فرد در مقابل دیگران بیشتر شود، وی باید دقت و زمان بیشتری را در واکنش و برخورد با سایرین صرف کند و در نتیجه استرسی نیز بیشتر خواهد شد.

## ۵) روابط با مافوق

در شرایطی که کارکنان رئیس خود را فردی با فکر و ملاحظه کار احساس می‌کنند روابط دوستانه‌ای ایجاد می‌شود که بر اساس اعتماد متقابل، احترام و صمیمی بدست بود آنان را نمی‌کند و نسبت به منافع آنان بی تفاوت است تحت استرسی بوده و بیشتر در معرض اختلال روانی هستند.

## ۶) روابط با زیر دستان

نبود روابط خوب بین همکاران، عامل اساسی و متحور بی اعتمادی، عدم صمیمیت و در شرایط فعلی دنیا، هیچ شغلی دائمی نیست و حفظ شغل و بقای آن بستگی به میزان فعالیت خود فرد دارد ولی عدم آگاهی از این موضوع، موجب ترس از کنار گذاشته شدن و بازنشستگی یکی از فشارهای روانی است. ترسی از تنزل مقام یا کنار گذاشته شدن در افرادی که می‌دانند به مدارج بالا و بالاترین سطح پیشرفت در کار خود رسیده‌اند، بسیار شدیدتر است. این افراد به پرکاری می‌پردازند تا همچنان خود را در اوج نگهدارند و در عین حال می‌کوشند عدم احساسی امنیت شغلی را مخفی کنند و بدین ترتیب بیش از پیش در معرض استرسی قرار می‌گیرند. استرسی نوعی نیاز جسمی یا ذهنی است که در ما پاسخ‌های خاصی را بر می‌انگیزد و به ما امکان می‌دهد تا با خطر مبارزه کنیم یا از آن بگریزیم. مقادیر کم استرسی قادر است عملکرد شما را در اوضاع و احوال خاصی مثلی ورزشی و کار بهبود بخشد. اما استرسی بیش از حد می‌تواند زیان‌های فراوانی را به فرد و سازمان وارد آورد که در زندگی امروزی تمام سازمانها را برای مقابله با اینگونه استرسی تشویق نموده است در ادامه به توضیح نشانه‌های استرس شغلی می‌پردازیم که اولین راه مقابله با آن شناخت کاملی از تمامی جهات می‌باشد.

## ۲-۷-۶ پیشگیری

پیشگیری از اعتیاد به معنای پیشگیری اولیه از فرایند منجر به اعتیاد، شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف گاه‌گاهی، سوءمصرف و وابستگی است به عبارت دیگر پیشگیری از اعتیاد به معنای آن است که از تبدیل کسانی که هرگز مصرف نکرده‌اند به کسانی که گرایش به مصرف دارند، و از تبدیل این افراد به مصرف‌کنندگان آزمایشی، و از تبدیل این افراد به مصرف‌کنندگان گاهگاهی، و از تبدیل این افراد به سوءمصرف‌کنندگان، و از تبدیل این افراد به معتادان یا افراد وابسته به مواد جلوگیری شود. بقیه این فرایند از وابستگی به بعد، شامل الگوهای پرخطر (مثل تزریق)، تشدید افت کارکردهای اجتماعی، خانوادگی (بی‌خانمانی) و مرگ، موضوع این طرح نیست. در گذشته برنامه‌های پیشگیری را به سه سطح اولیه، ثانویه، و ثالثیه تقسیم می‌کردند. این تقسیم‌بندی تا حدی

مغشوش و گیج‌کننده بود، از این رو از ۱۹۹۴ تقسیم‌بندی جدیدتری مطرح شد که طبق آن، برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد را می‌توان بر اساس سطح درگیری جامعه هدف با مصرف مواد به سه نوع تقسیم کرد: «همگانی»، «انتخابی» و «موردی» (رابرتسون، ۲۰۰۶).

پیشگیری همگانی، جمعیت عمومی - مثلاً همرا هی مردم یک کشور یا محله یا همرا هی دانش‌آموزان یا همه‌ی نوجوانان - را بدون هیچ گونه غربالگری دربرمی‌گیرد و اطلاعات و مهارت‌های لازم را به همه‌ی آنها ارائه می‌کند. پیشگیری انتخابی صرفاً در گروه‌های پرخطر مثلاً دانش‌آموزانی که مشکلات درسی، ناراحتی روانی، محیط متشنج خانوادگی یا شبکه‌ی دوستان ناباب دارند، اجرا می‌شود. پیشگیری انتخابی کل یک زیرگروه پرخطر را هدف می‌گیرد و به درجه‌ی خطر متفاوت هر یک از اعضای آن زیرگروه کاری ندارد و آن را به طور خاص و بیش از فرصت عضویت فرد در آن زیرگروه نمی‌سنجد. یکی از اعضا ممکن است صرف نظر از عضویت در آن زیرگروه از جهت سایر عوامل خطر به هیچ وجه در معرض خطر نباشد و دیگری ممکن است حتی دچار سوءمصرف مواد هم شده باشد پیشگیری موردی، بر آن دسته افرادی متمرکز است که گرچه هنوز ملاک‌های تشخیص اعتیاد در آنها وجود ندارد، ولی اولین نشانه‌های نگران‌کننده‌ی آن مثل افت نمره‌ها و مصرف سیگار و الکل و سایر مواد دروازه‌ای و ارتکاب سایر رفتارهای مشکلازای مرتبط با اعتیاد در آنها رخ داده است. این مداخلات بر عوامل خطر فردی، نه محیطی، مثل اختلال سلوک و فاصله گرفتن از والدین و مدرسه و هم‌تایان مثبت متمرکزند (بالتر، ۲۰۰۹).

## ۲-۷-۷ عوامل محیطی و اجتماعی محافظت‌کننده

### ۲-۷-۷-۱ خانواده سالم

پیوند تعامل مثبت بین فرد و والدین از سنین کودکی موجب ارضای نیازهای عاطفی - روانی وی می‌شود. این افراد، با تجربه به روابط منطقی و قابل پیش‌بینی، کمتر دچار انحرافات شخصیتی می‌شوند و مهارت‌های گوناگون را که لازمه برقراری روابط سالم بین فردی و اجتماعی است می‌آموزند و با داشتن حس تعلق و وابستگی، کمتر احساس تنهایی و انزوا م‌ینماید و به دامن اعتیاد کشیده نمی‌شود.

### ۲-۷-۷-۲ هوشیاری و حمایت خانواده، مدرسه و اطرافیان

هوشیاری و آگاهی والدین از خطر مصرف مواد مخدر و احتمال اعتیاد فرزندان، کنترل و مراقبت کافی و تأمین حمایت و راهنمایی لازم خانواده، مدرسه، اطرافیان و دوستان سالم و صمیمی، به هنگام نیاز، احتمال مصرف مواد و یا سوءمصرف و اعتیاد را کاهش می‌دهد.

## ۲-۷-۷-۳ ضد ارزش بودن مصرف مواد

در محیط‌ها و جوامعی که به وضوح هرگونه مصرف مواد نهمی می‌شود و اعتبار و موقعیت فردی، خانوادگی، شغلی و اجتماعی افراد مصرف‌کننده تنزل می‌یابد، افراد نگرش منفی پیدا می‌کنند و به تبع، شیوع اعتیاد به مواد کاهش می‌یابد. در مدرسه هم کودکان و نوجوانان از آموزگاران و دبیران خود توقع دارند که رابطه صمیمان‌های داشته باشند و همچنین به استعدادها و توانایی‌های آنان توجه و عنایت بیشتری مبذول گردد. توجه به شخصیت، عدم تبعیض بین شاگردان، همکاری و مشورت با دانش‌آموزان، استفاده از دروس عملی و وسایل کمک آموزشی نظیر اسلاید، فیلم و متکلم وحده نبودن معلم و ایجاد انگیزه تحصیلی در دانش‌آموزان از جمله عواملی در محیط تحصیلی هستند که می‌توانند احتمال ارتکاب جرم توسط کودکان و نوجوانان را کاهش دهند. بنابراین، برای نیل به این هدف، مربیان آموزش و پرورش در عادت دادن کودکان به زندگی اجتماعی، وظایف خطیری را برعهده دارند، بایستی از بین افرادی که دارای تعادل روانی و حسن شهرت و علاقمند به کودکان بوده و آشنایی کامل به علوم تربیتی و روان‌شناسی کودک دارند، با آزمون از بین داوطلبین انتخاب شوند. مربیان نباید خود را فقط موظف به اجرای برنامه‌های آموزشی بدانند، بلکه رسیدگی به وضع روانی و عاطفی کودکان و نوجوانان با ایجاد روابط انسانی، رعایت اصول اخلاقی و مبانی مذهبی، آموزش تعاون و همکاری و سازش با دیگران از وظایف حتمی اصلی آنان محسوب می‌شود. برنامه‌های درسی هم باید باتوجه به استعداد و هوش دانش‌آموزان تعیین شود.

بنابراین افزایش آگاهی دانش‌آموزان در زمینه‌های خطرهای استعمال مواد مخدر و بزهکاری، ارتقای ظرفیت‌های روان‌شناختی و خود انگاره نوجوانان با ارائه منابع به آنان برای مقاومت در برابر رفتار ضد اجتماعی، آموزش فنون مقاومت در برابر فشار همسالان، ایجاد برنامه آموزشی اختصاصی به منظور تقویت موفقیت دانش‌آموزان ناسازگار و جلوگیری از شکست تحصیلی آنان، روابط فردی تر بین معلمان و دانش‌آموزان و ایجاد مشاوران خانه-مدرسه که به عنوان رابطین بین خانواده و مدرسه و در جهت تضمین همکاری بین والدین و اولیا مدرسه عمل می‌کنند، از جمله راهکارهای موجود در مدرسه به منظور پیشگیری از بزهکاری کودکان و نوجوانان می‌باشد.

## ۲-۷-۷-۴ دسترسی به خدمات

دسترسی به خدمات حمایتی هنگام بروز مشکلاتی مانند بی‌سرپرستی و از دست دادن شغل، خدمات مشاورهای هنگام بروز مشکلات عاطفی یا اتخاذ تصمیمات مهم و خدمات درمانی برای بیمارانی که تمایل به ترک اعتیاد دارند، موجب می‌شود تا عوامل مخاطره‌آمیزی که فرد ممکن است در طول زندگی با آنها رو به رو شود تشدید یا مزمن نشود.

## ۲-۷-۷-۵ عدم دسترسی به مواد

هرقدر مواد مخدر در محیط زندگی فرد نایابتر و یا گران تر باشد احتمال مواجهه و مصرف کاهش می‌یابد.

## ۲-۷-۷-۶ تفریحات سالم

ایجاد تفریحات سالم هم در زمره عوامل حمایتی به شمار می‌آید. تفریح که یکی از حوائج ضروری بشری است، سبب رفع خستگی، تسکین اعصاب و آرامش روانی می‌گردد. با بررسی علمی ثابت شده است که فعالیت‌های اجتماعی، هنری، سیاسی، مذهبی و ورزشی، یکی از عوامل مهم انطباق با محیط اجتماعی است و افرادی که اوقات فراغت خود را به بطالت می‌گذرانند، به ارتکاب جرایم مختلف کشانده می‌شوند.

همانگونه که در بیماری‌های جسمی، پیشگیری به درمان ارجحیت دارد، در بیماری‌های روحی و روانی و شخصیتی نیز بهتر است قبل از اینکه شخص دچار اختلالی گردد، در فکر پیشگیری برآمد. در مورد بزهکاری کودکان و نوجوانان، باید دید که چه عواملی آنها را به طرف ارتکاب سوق می‌دهد و سعی نمود که آنها را از این عوامل دور نگاهداشت. کودکان و نوجوانان بزهکار از مشکلات مختلفی با ماهیت اقتصادی، فرهنگی، خانوادگی و غیره رنج می‌برند. بنابراین تلاش منسجم و سازماندهی شده در جهت رفع این مشکلات به مبنای اتخاذ یک سیاست پیشگیرانه مؤثر می‌باشد. عناصر اصلی این سیاست عبارتند از شناسایی و کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل حمایتی. اقدام روانشناختی اجتماعی زودرس (پیشگیری زودرس) که شامل گروه خاص کودکان و نوجوانان می‌شود، در واقع باید به پیشگیری از رفتارهای مجرمانه پایدار (مزمین) منجر شود. به عبارت دقیقتر اینگونه اقدامها و مداخله‌ها باید جلوی عوامل خطری را که کودکان و نوجوانان در معرض آن هستند - عوامل خطر اجتماعی - بگیرد، یعنی عوامل خطری که ماهیتاً ممکن است احتمال اینکه کودکان در معرض خطر در آینده، رفتار مجرمانه مزمین را انتخاب کنند، افزایش دهند و همچنین این اقدامات باید در جهت تقویت و تثبیت عوامل حمایتی که به کاهش احتمال پذیرش و اتخاذ رفتار مجرمانه مزمین توسط کودکان کمک می‌نماید هدایت شوند.

مطالعات جرم‌شناختی نشان می‌دهد که غالب کودکان بزهکار در محیط‌های نامساعد اجتماعی و خانوادگی رشد می‌یابند و علاوه بر محرومیت از آموزش و فراگیری شیوه‌های جامعه‌پذیری در چنین محیط‌هایی، از خرده-فرهنگ‌های بزهکاری نیز متأثر بوده، قوائد و اصول زندگی بزهکارانه را می‌آموزند، از اینرو دیدگاه‌های جدید جرم‌شناختی، خواهان مداخله در فرایند رشد و جامعه‌پذیری آن دسته از اطفالی است که در محیط‌های نامناسب خانوادگی و محلی قرار گرفته‌اند. مداخله زودرس، پیش از آنکه کودک خود را یک بزهکار بشناسد و جلوگیری از ریشه گرفتن عادات مجرمانه، از رها ساختن کودک در محیط‌های جرم‌زا و انتظامی برای رسیدن وی به مسئولیت کیفری و ورود به سیستم دادرسی کیفری مؤثرتر است.

## ۲-۷-۸ نقش رفتارهای دینی و مذهبی در پیشگیری از اعتیاد

اعتیاد یک بیماری جسمی-روانی-اجتماعی و معنوی است. این بدین معنی است که علاوه بر مداخله دارویی برای تغییر ساختار شیمیایی بدن، مداخله روانشناختی، مداخله جامعه شناختی و همچنین مداخله روحانی نیز در امر درمان می‌تواند مؤثر واقع شود. بعد فرهنگی-معنوی پیشگیری از اعتیاد و نیز مقابله با آن، اثربخش‌ترین و بنیادی‌ترین فعالیت‌ها در این زمینه است که نیازمند توجه و تحقیق بیشتر است. در این راستا مهم‌ترین عنصر فرهنگی جامعه ایرانی، دین و آموزه‌های دینی است که در تمام ابعاد زندگی ایرانیان ساری و جاری است که با ژرف نگری و تحقیق در آن می‌توان نیازمندی‌های بشر امروز از قبیل نیازهای اجتماعی، زیستی و روانی را پاسخ گفت و برای پیشگیری و درمان معضل اعتیاد نیز راهکارهای مؤثری یافت. دین و آموزه‌های آن به انسان اطمینان قلبی و آرامش بخشیده، فشار روانی و استرس و ناامیدی و بدبینی و احساس حقارت را از انسان دور می‌کند و به کارگیری آن، وی را از فساد و فحشا و تباهی دور نموده و خلاءهای عاطفی شخصیتش را جبران می‌کند و همین مهم‌ترین عامل بازدارنده در گرایش فرد به مصرف مواد مخدر است.

## ۲-۷-۹ جامعه و آموزش پیشگیری از سوء مصرف مواد

برای پیشگیری از سوء مصرف مواد، می‌توان از تمام افراد جامعه به نوعی کمک خواست. در این قسمت اقدامات اجتماعی لازم برای پیشگیری از سوء مصرف مواد در کودکان و نوجوانان به تفکیک سن، ذکر می‌شود:

کار با جامعه برای کودکان ۵ تا ۸ سال کودکان سنین ۵ تا ۸ سال، سرمایه‌ها و مایه مباحثات و افتخار اکثر جوامع هستند. آنها امیدوار، سرشار از اشتیاق و تحسین برانگیز به نظر می‌رسند. کودکان کم سن، پاک و بی‌گناه و در عین حال آسیب پذیرند، آنها مشتاق یادگیری می‌باشند و جوامع به طور اختصاصی به محافظت آنها از خطرات علاقمندند. مردم می‌خواهند تا هر زمان که ممکن است و هرچه بیشتر کودکانشان پاک بمانند. کودکان کم سن از طریق فیلم‌های سینمایی، تلویزیون و گاهی اوقات زندگی واقعی، با مواد مواجه می‌شوند. آنها نسبت به مصرف مواد کنجکاوی نشان داده به آن توجه می‌کنند، لذا، آموزش پیشگیری از مواد باید خیلی زود، یعنی از همان مقطع مهد کودک، آغاز شود. در اینصورت کودکان یاد می‌گیرند تا در برابر فشارهای سوق دهنده به سوی مصرف مواد و دیگر نفوذهای مضر مقاومت کنند و برای اتخاذ تصمیماتی سالم بدون خطر و مطمئن مجهز باشند.

تعلیم‌دهندگان این کودکان، کم سن و به همان میزان مسئولان و معلمان مدارس نفوذ خوبی بر آنها دارند. تعلیم‌دهندگان، کودکان و نیازهای آنها را می‌شناسند و می‌توانند به طور نیرومند از جانب آنها صحبت کنند. دانش و نفوذ تعلیم‌دهندگان در ترغیب و جلب حمایت برای اجرای تلاش‌های پیشگیری از مصرف مواد بسیار مهم و مؤثر است. درگیر ساختن جامعه نیازمند تعیین شیوه‌های خاصی است که در آن پلیس محلی، رهبران مذهبی، رسانه‌های خبری، آژان سهای خدمات بهداشتی و اجتماعی، رهبران تجاری و بازرگانان، مسئولان پارک‌ها و مراکز تفریحی، طراحان،



برنامه ریزان و دیگر رهبران اجتماعی بتوانند با مدارس کار کنند تا در حفظ و دور نگه داشتن کودکان از مواد به آنها کمک نمایند.

**می‌توان پیشنهاد کرد که خود جوامع به شیوه‌های زیر مشغول فعالیت‌های پیشگیری از مصرف مواد شوند:**

می‌توان یک تکلیف ضربتی یا اتحاد و پیوستگی گروهی و فردی در جامعه ایجاد کرد تا به پیشگیری از مصرف مواد کمک نماید.

می‌توان از تجارب محلی و کارکنان دیگر مشاغل خواست تا در زمینه فراهم کردن هزینه‌های مراقبت روزانه کمک نمایند (مانند مراقبت و توجه قبل و بعد از مدرسه).

می‌توان از تجارب و کارکنان محلی، گروه‌های شهری و دیگران خواست تا هزینه‌های لازم برای تسهیلات تفریحی را فراهم کرده یا در این امر یاری نمایند، ضمناً می‌توان در زمینه نظارت بر این تسهیلات مشارکت نمود.

می‌توان مطمئن شد که پیاده‌روها و خیابان‌های اطراف ساختمان مدرسه، مکانهای امن بوده و به خوبی تعمیر شده باشند (در آن اطراف خرابه وجود نداشته باشد).

می‌توان تسهیلات تفریحی مدارس را حفظ، نگهداری، بازسازی و زیباسازی نمود (مانند زمین‌های بازی) می‌توان بخش‌های خصوصی را به حمایت از (تدارک دیدن) برنامه‌های ویژه، سفرهای کوتاه (اردوها) و تهیه متون درسی مواد و برنامه‌های آموزشی معلمان ترغیب نمود.

## ۲-۷-۱۰ کار با جامعه برای جوانان ۱۷ تا ۱۹ سال

سال‌های دبیرستان مستلزم رشد و تکامل در ابعاد مختلف است تا نیازها و رفتارهای نوجوانان با بزرگسالان هماهنگ شود. در این دوره فرصت‌هایی پدید می‌آید تا استقلال شکل گیرد و فرد راه و روش زندگی خود را انتخاب کند. این استقلال برای اخذ تصمیم‌های مهم، تبیین اهداف واضح و تأثیر پذیری از تجربیات افراد مختلف ضرورت دارد.

جامعه اغلب از طریق گزارش‌های ورزشی یا شرح موفقیت‌های تحصیلی و یا حوادثی نظیر تصادفات موتوری از وضعیت نوجوانان مطلع می‌شوند. در نگاه جامعه، این گروه سنی اغلب کنترل نشدنی، خودرأی، فاقد پشتکار و عاطل و باطل به نظر می‌رسند، اما در سال‌های نهایی دبیرستان و به مرور، مسئولیت‌پذیر، بالغ، مستقل و بی‌نیاز از حمایت و راهنمایی تلقی می‌شوند؛ در حالی که این حمایت برای نوجوان اهمیت داشته و او نیازمند توجه و علاقه جامعه به خود است. شدیدترین ضربه‌ها را نگرش‌هایی که معتقد باشند مصرف مواد در این سن اجتناب‌ناپذیر است؛ این گروه سنی مسئولیت‌ناپذیر و کنترل‌نشده هستند و نمی‌توان هیچ اقدامی برای آنان انجام داد، به پیکره شخصیتی نوجوانان وارد می‌آورند.

مشاوران و معلمان مدارس، تأثیری فراتر از محدوده کلاس دارند. این افراد، جوانان و نیازهای آنان را می‌شناسند و می‌توانند این نیازها را به درستی به جامعه بشناسانند. دانش و نفوذ این افراد در برانگیختن حمایت جامعه و تقویت پیشگیری از اعتیاد مفید است. درگیر کردن جامعه به این معنا است که راههایی جهت مشارکت نیروی انتظامی، رهبران مذهبی، دست اندرکاران خدمات اجتماعی، متولیان سلامت و بهداشت، اصحاب مطبوعات، تجار و کسبه سایر برنامه ریزان و افراد کلیدی یافت شود که دست در دست هم، فرزندان آینده ساز جامعه را از مواد دور نگه دارند.

## ۲-۸ اصول پیشگیری از سوء مصرف مواد

۱) در برنامه‌های پیشگیری، به شناسایی و افزایش عوامل محافظ از جمله عوامل تاب‌آور و شناسایی و کاهش عوامل خطرزا از جمله کاهش عوامل آسیب‌پذیری توجه می‌شود. منظور از عوامل خطر، ویژگی‌ها، متغیرها یا حوادثی است که ممکن است برای فردی وجود داشته باشد، آن فرد با احتمال بیشتری به نسبت کسی که به طور تصادفی از جمعیت عمومی انتخاب شده است به اختلال دچار می‌شود. عوامل محافظ ویژگی‌ها، متغیرها یا حوادثی هستند که وجود آنها باعث می‌شود که فرد نه تنها با احتمال کمتری دچار اختلال شود، بلکه با احتمال بیشتری هم سالم می‌شود تاب‌آوری بر مبنای این اعتقاد بنا شده است که عده‌ای از افراد که در معرض خطر قرار می‌گیرند، اختلالی را تجربه نمی‌کنند؛ شاید بتوان نتیجه گرفت که مواجه شدن با خطر شرط لازم برای آسیب‌پذیری هست، اما شرط کافی نیست. مهم‌ترین عوامل محافظ، برخورداری از مهارت‌های زندگی، ارتباط با گروه‌های مثبت هم‌تا، موفقیت‌های مدرسه، نظارت والدین، پیوندهای مثبت در ارتباط ایمنی‌بخش است؛ مهم‌ترین عوامل خطر، فقدان روابط ایمنی‌بخش، کاستی در سازگاری اجتماعی، والدین معتاد، فقدان نگرش مثبت، مقبولیت مصرف در خانواده، دوستان، مدرسه و محله، شخصیتی پرخاشگر یا خجول است. عوامل تاب‌آور باعث می‌شود فرد در شرایط دشوار، با وجود عوامل خطر از ظرفیت‌های ممکن خود در دستیابی به موفقیت و رشد در زندگی استفاده کند و از این چالش و آزمون به عنوان فرصتی برای توانمند کردن خود بهره جوید و از این چالش مبارزه‌جویانه، سربلند به درآید (رحیمی، ۲۰۱۰).

برخی از مهم‌ترین عوامل تاب‌آور عبارت است از: داشتن تصویری مثبت از خود، کنترل فرد بر زندگی خود، احساس مسئولیت، احساس تعلق به محله یا شبکه اجتماعی، وجود ارزش‌های اخلاقی و معنوی در محیط.

۲) برنامه‌های پیشگیری (از آسیب‌های روانی-اجتماعی) مشتمل بر بخش آموزش مهارت‌های عمومی زندگی در پنج حوزه است. این مهارت‌های عمومی یا اساسی عبارت است از:

الف) مهارت تصمیم‌گیری، حل مسأله

ب) تفکر خلاق، تفکر نقادانه

ج) برقراری ارتباط مؤثر، برقراری ارتباط بین فردی سازگارانه

د) خودآگاهی، همدلی با دیگران

ه) مقابله با هیجان‌ها، فشار روانی

آموزش مهارت‌های اختصاصی با هدف پیشگیری از یک آسیب (اعتیاد) طراحی می‌شود؛ مثل آموزش مهارت قاطع بودن، در مقابل فشار گروه جهت سوءمصرف مواد. شواهد علمی نشان داده است که اگر آموزش‌ها در قالب یک برنامه گسترده باشد نقش مهمی در پیشگیری اولیه دارد. از آنجا که همه کودکان و نوجوانان در زندگی خود با فشارهای روانی روبرو می‌شوند و بخشی از آن ناشی از رشد بهنجار کودکی و بخشی دیگر ناشی از ارتباط کودک با والدین و اجتماع است، در صورتی که آنها فاقد توانایی‌های لازم باشند، در مواجهه با مسائل زندگی روزمره، آسیب‌پذیری بیشتری خواهند داشت. به همین دلیل سازمان جهانی بهداشت به منظور ارتقای سلامت روان، ایجاد انگیزه فرد در مراقبت از خود و دیگران و پیشگیری از آسیب‌پذیری روانی اجتماعی، برنامه آموزش مهارت‌های زندگی را تدارک دیده و از سال ۱۹۹۳ در مدارس اجرا کرده است. غالباً مهارت‌های مقاومت در برابر تعارف همراه با تقویت نگرش‌های ضدمواد و تعهدات فردی است. از آنجایی که در یادگیری‌ها مهارت‌ها، آنچه در نظر است ایجاد توانایی رفتار در فرد است، بنابراین باید این فرصت فراهم شود که کودک یا نوجوان در عمل، با تمرین و تجربه در فرآیند پویای یادگیری فعال قرار گیرد. در این حوزه مهم‌ترین شیوه‌های آموزش عبارت است از بارش فکر، ایفای نقش و تعویض نقش، بازی، بحث و تبادل نظر به ویژه در گروه‌های کوچک، استفاده از روش‌های تعامل‌گرا، به ویژه در بحث گروهی همسالان، حل مسئله گروهی و تصمیم‌گیری گروهی، همه در آموزش تأثیر چشمگیری داشته است. اجرای برنامه‌های آموزشی برای مهارت‌های زندگی، تأثیرهای کوتاه مدت، میان مدت و بلندمدت چون ایجاد دانش، تغییر نگرش، بهبود سطح سلامت روان، تمایلات رفتار مثبت، تغییر در خودکارآمدی، بهبود توانایی‌های روانی- اجتماعی، بهبود فضای کلاس، بهبود رفتارهای مدرسه، بهبود ارتباط بین شاگردان و ارتباط شاگردان و معلمان، بهبود حضور در مدرسه و عملکرد تحصیلی، ایجاد تغییرات معنی‌دار بر رفتار سلامت و رفتارهای اجتماعی دارد که با جلسه‌های تقویتی و یادآور، تغییرات ایجاد شده طی زمان حفظ و ابقا می‌شود (روزنبرگ، ۲۰۰۲).

مطالعات متعدد بوتوین و همکاران طی سال‌های ۱۹۸۰، ۱۹۸۲، ۱۹۹۷ و ۱۹۹۹ این جمع‌بندی را نشان داده است که: در رویکرد مهارت‌های مقاومت اجتماعی، با تمرکز بر آگاه‌سازی از تأثیر اجتماع (فشار گروه...) بر مصرف، آموزش مهارت‌های اختصاصی، قاطع بودن در مقابل فشار گروه و افزایش اطلاعات در مورد عواقب منفی، نرخ سیگار کشیدن بین سی و پنج تا چهل و پنج درصد کاهش یافته، نیز مصرف

الکل و ماری جوانا پس از شرکت در این برنامه‌ها کاهش یافته و به چهل و سه تا چهل و هفت درصد گزارش شده است

در رویکرد مهارت‌های عمومی در پیشگیری از سوءمصرف مواد، شروع کشیدن سیگار بین چهل و دو تا هفتاد و پنج درصد کاهش یافته و از مصرف الکل و ماری جوانا نیز کاسته است (بوتوین، ۱۹۹۷).

پروژه استار (Star) نمونه‌ای دیگر از برنامه‌های پیشگیری همگانی است که از طریق برنامه جامع در مدارس و رسانه‌ها، برنامه‌های مربوط به والدین و سازمان‌های اجتماعی و تغییر در سیاست‌های بهداشتی را در جمعیت کلی مطالعه کرد. قسمت مربوط به مدارس، یک برنامه تأثیر اجتماعی بود که به مدت دو سال توسط معلمان آموزش دیده اجرا می‌شد. این فرآیند توسط آموزش رسانه‌ها و والدین (به صورت تکالیفی در منزل با همکاری خانواده) تقویت شد و در اقدامی جمعی تأثیر بلندمدت و مثبتی بر جا گذاشت. به طوری که دانش‌آموزان دبیرستانی که در این برنامه شرکت کردند حدود سی درصد در ماری جوانا، حدود سی درصد در سیگار و حدود بیست درصد الکل نسبت به سایر دانش‌آموزان کمتر مصرف کردند (نیدا، ۲۰۰۰).

۳) برنامه‌های پیشگیری بخش‌هایی متمرکز بر خانواده دارد و شامل مهارت‌های والدین و راهبردهای تربیتی و ایجاد فرصت‌هایی برای خانواده در زمینه بحث در مورد مواد، سیاست‌های خانواده در قانون‌گذاری است، به گونه‌ای که با سازوکارهای تشویقی مناسب رفتار را شکل می‌دهند. در خانواده اعمال انضباطی که نه سخت‌گیرانه باشد و نه سهل‌انگارانه و وجود گروه‌های هم‌تا برای خانواده و تعامل آنها با هم، اثربخشی پیشگیری را بالاتر می‌برد. شواهد نشان داده است که فعالیت‌های متمرکز بر خانواده از برنامه‌های متمرکز بر والدین به تنهایی یا کودکان به تنهایی، اثربخشی بیشتری داشته است. به عنوان مثال، برنامه نیرومندسازی خانواده‌ها که نمونه‌ای از برنامه‌های پیشگیری انتخابی است برای فرزندان شش تا ده ساله سوءمصرف‌کنندگان مواد طرح شده است. این برنامه به منظور بهبود مهارت‌های والدین و کاهش عوامل خطر ساز در کودکان ریخته شده و شامل سه جنبه بود:

الف) آموزش جداگانه والدین کودکان در ساعت اول

ب) آموزش مهارت‌های خانوادگی والدین و کودکان در ساعت دوم

ج) سپس اعضای خانواده با هم شام می‌خورند و فیلم تماشا می‌کنند.

آموزش والدین مهارت‌های آنها را افزایش و سوءمصرف مواد را بین آنها کاهش می‌دهد. آموزش مهارت‌ها به کودکان رفتارهای منفی آنها را کاهش و رفتارهای قابل قبول اجتماعی را از طریق کار با درمانگر افزایش می‌دهد. آموزش مهارت‌های خانواده با درگیر کردن دو نسل در آموزش و تمرین، رفتارهای جدید را بهبود می‌بخشد. نتایج اولیه شامل کاهش تعارضات خانوادگی، بهبود ارتباط، سازمان خانواده و کاهش در اختلال سلوک پرخاشگری و سوءمصرف مواد بود (هاوکنز، ۱۳۹۱).

۴) طول مدت کافی دخالت‌ها و تکرار دخالت‌ها در جلسه‌های یادآور لازم است و غالباً از سن پیش دبستانی تا دبیرستان، متناسب با فرآیند رشد کودک و نوجوان ادامه می‌یابد. مثلاً نمونه‌ای از برنامه آموزش مهارت‌های زندگی در یک دوره سه ساله در مدارس راهنمایی و دبیرستان اجرا شد و شامل شانزده دوره در سال اول، ده جلسه تقویتی در سال دوم و پنج جلسه در سال سوم بود که سه حوزه اصلی را در برمی‌گرفت: مهارت‌های مقاومت در برابر مواد و اطلاع‌رسانی، مهارت‌های کلی اجتماعی در طول شانزده سال گذشته، این برنامه بارها مورد مطالعه قرار گرفت. نتایج نشان داد که این رویکرد می‌تواند ۷۹-۵۹ درصد مصرف سیگار، الکل و ماری جوانا را کاهش دهد. جلسه‌های تقویتی تأثیر برنامه را حفظ می‌کند. تحقیقی که بر روی ۶۰۰۰ دانش‌آموز از ۵۶ مدرسه انجام شد، نشان‌دهنده کاهش معنادار مصرف سیگار، الکل و ماری جوانا شش سال پس از ارزیابی اولیه بود. شیوع مصرف سیگار، الکل و ماری جوانا در دانش‌آموزان شرکت‌کننده در برنامه ۴۴ درصد پایین‌تر از گروه کنترل بود و مصرف همگی به چند ماده شصت و شش درصد پایین‌تر بود (رحیمی، ۲۰۱۰).

## ۹-۲ پیشنهاد تحقیق

نیک نفس و خضری (۱۳۹۶) در تحقیق با عنوان «بررسی نقش واسطه‌ای اعتیاد به کار کارکنان در تاثیر استرس شغلی کارکنان بر فرسودگی شغلی (مطالعه موردی: بانک مسکن استان آذربایجان غربی)» دریافتند که به بهبود استرس شغلی کارکنان به مشتریان بر فرسودگی شغلی در بانک مسکن تاثیر مستقیم و با توجه به نقش میانجی‌گری اعتیاد به کار کارکنان، استرس شغلی کارکنان بر فرسودگی شغلی تاثیر غیر مستقیم دارد.

سمندری (۱۳۹۳) در تحقیق با عنوان «بررسی رابطه بین اعتیاد به کار و رفتار شهروندی سازمانی در بین کارمندان ادارات شهر اردبیل» دریافتند که بین اعتیاد به کار کارمندان ادارات با بروز رفتار شهروندی سازمانی در میان آنها رابطه معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین ابعاد اعتیاد به کار (عجین شدن با کار، تمایل درونی در کار و لذت از کار) و رفتارهای شهروندی سازمانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

نजारزادگان و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان «پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد در پرسنل نیروهای نظامی» دریافتند که عواملی چون ممنوعیت استفاده از مواد، مجازات‌های سخت انضباطی برای روی آوردن به اعتیاد، آزمایشات دوره ای ادارات، مشارکت خانواده و دوستان برای پیشگیری و درمان اعتیاد، مجازات متناسب با سوابق خدمت و همکاری‌های افراد، توجه ویژه به مسائل فردی و اجتماعی، همکاری بیمارستان های نظامی با مراکز توان‌بخشی، بهره‌گیری از فرماندهان نظامی، الگو قرار دادن کارکنان ارشد همگی از امور مشترک در دستورالعمل‌های موجود می‌باشد.

پورصادق و جهانگیر (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان «بررسی رابطه ویژگیهای شخصیتی افراد و اعتیاد به کار کارکنان یک سازمان دولتی» دریافتند که همبستگی معنی داری را بین متغیرهای ویژگیهای شخصیتی و اعتیاد به کار نشان می دهد. به طور کلی بین ویژگیهای شخصیتی (خودباوری، خودشیفتگی و کانون کنترل) کارکنان و اعتیاد به کار آنها رابطه وجود دارد.

در سال ۱۳۸۱ توسط بنیاد پیشگیری از اعتیاد کردستان و در قالب طرح‌های داریوش، طرحی با عنوان «آموزش چهره به چهره کارگران» در سنج برگزار شد. در این طرح ۱۳۵ نفر از کارگران کارگاههای صنعتی و خدماتی در قالب کارگاههای هشت تا ده نفره تحت آموزش پیشگیری از اعتیاد قرار گرفتند. بررسی پیش آزمون و پس آزمون‌هایی که در جلسات آموزشی به عمل آمد نشان داد آموزش در ارتقاء دانش فراگیران مؤثر بوده است.

بر اساس بررسی صورت پذیرفته در سال ۲۰۰۲ در کشور آمریکا ۷۴٪ معتادین (۴۵-۱۸) ساله به نوعی شاغل بوده‌اند. (چهار پنجم تمام وقت و یک پنجم پاره‌وقت). سایر بررسی‌ها در دیگر کشورهای صنعتی در سال ۲۰۰۵ نیز حکایت از این واقعیت دارد که ۷۴/۸٪ معتادین ۱۸ ساله و بالاتر شاغل بوده‌اند.

نتایج حاصل از ارزیابی سریع وضعیت اعتیاد در ایران (RSA) در سال ۱۳۸۶ در بین معتادان مراکز درمانی دولتی و خصوصی - معتادان خیابانی و زندان‌ها بیانگر این واقعیت تلخ می‌باشد که ۷۰ درصد معتادان، شاغل بوده‌اند. (۱۸/۷ درصد کارگر ماهر - ۱۵/۹ درصد کارگر ساده - ۷/۹ درصد راننده درون شهری - ۷/۸ درصد مغازه‌دار - ۵/۹ درصد مشاغل تخصصی - ۵/۱ درصد مشاغل غیررسمی - ۴/۶ درصد راننده برون شهری - ۳/۷ درصد سایر مشاغل - ۳/۲ درصد کشاورز و ۳۰/۱ درصد بدون شغل] در میان گروه فاقد شغل: ۲۸/۱ درصد آنها بیکار (یعنی اخراج‌شدگان از کار) و مابقی بیکار ۳۷/۱ درصد - خانه‌دار ۷/۵ درصد - سرباز ۱/۸ درصد - دانشجو ۲/۴ درصد - دانش‌آموزان ۱/۹ درصد - بازنشسته ۲/۳ درصد - مستمری‌بگیر ۱/۱ درصد - سایر ۹/۵ درصد و بدون پاسخ ۸/۳ درصد بوده است.

بر اساس مطالعات متعدد توسط مک اولیف و همکاران ۱۹۸۴ - گُرگک ۱۹۷۷ - هاشیاکروپوت ۱۹۸۸ - لمن و همکاران ۱۹۹۵ - نیدلمن و همکاران ۱۹۸۹ - دیتریج و اسمیت ۱۹۸۶، فشار دوستان و همکاران مصرف‌کننده (هنجار بودن مصرف در محیط کار) و همنشینی با آنان، دسترس پذیری به مواد، فقدان کنترل اجتماعی در مکان‌های شغلی، کار سنگین و سختی شغل نظیر طولانی بودن ساعات کار و شیفت‌های متعدد، نوبت کاری و شرایط دشوار کاری و... عوامل مصرف مواد در محیط‌های کاری می‌گردد.

نیازی و همکاران (۱۳۸۸) در تحقیق خود اثربخشی برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد بر کیفیت زندگی در استان آذربایجان شرقی انجام دادند و فرایند، برابند، اثر نهایی و چگونگی تحقق اهداف و نیز فعالیت‌های برنامه پیشگیری اجتماع محور در استان آذربایجان شرقی را ارزشیابی نموده است

اقبال ولدببگی و علی انتظامی (۱۳۹۲). در تحقیق خود وضعیت برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد دانش‌آموزان با رویکرد مددکاری اجتماعی انجام دادند یافته‌های پژوهش نشان می‌دهند برنامه‌هایی که با هدف پیشگیری از اعتیاد در مدارس اجرا شده‌اند، غیرمنسجم، مقطعی و کوتاه مدت بوده‌اند. علاوه بر آن، در این برنامه‌ها (در ابعاد مختلف) از تخصص‌هایی همچون مددکاری اجتماعی بهره‌گیری نشده و مجموعاً عدم کارایی لازم را به دنبال داشته است.

طلعت تازیکی (۱۳۹۳). در تحقیق خود به بررسی راهکارهای پیشگیری اجتماع مدار از اعتیاد به مواد مخدر در اطفال و نوجوانان (با تأکید بر آموزش کار با جامعه)، در این تحقیق سعی شده تا با استفاده از تحلیل نظری، به بررسی عوامل مخاطره‌آمیز و سپس به نقش راهبردها و رویکردهای پیشگیری‌کننده اعتیاد توجه شود. مسئله پیشگیری می‌تواند از زوایای مختلف زیستی-روانی و جامعه‌شناختی تحت بررسی قرار گیرد. مؤثرترین روش پیشگیری، رویکردی است جامع و اجتماع مدار که طیف وسیعی از تعیین‌کننده‌های سبب شناختی را هدف قرار می‌دهد و این نکته مهم و سازنده در اصلاح رویکردهای پیشگیری بوده است. با این طرز تلقی ایجاد و تقویت نگرشهای انطباقی دوسویه در جامعه از جمله در نهاد خانواده، نهادهای آموزشی و تحصیلی و سایر محیط‌ها در سطح جامعه، زیر بنای شناختی برای بررسی روشهای پیشگیری قرار می‌گیرد. این راهکارها بر پایه و تأکید بر مداخلات غیر مستقیم و غالباً مبتنی بر درون فهمی، همدلی و جلب مشارکت و متناسب با گروههای سنی و خاص افراد است. در این راستا مقاطع سنی مختلف (کودکان و نوجوانان) با ویژگی‌ها و نیازهای متفاوت و متعاقب آن راههای پیشگیری خاص مورد نظر قرار گرفته‌اند. بنابراین پیشگیری نیازمند همکاری همه جانبه تمامی دستگاه‌ها و نهادهای موجود در کشور است.

## ۲-۱۰ جمع‌بندی پیشینه تحقیق

با توجه به بررسی‌های منابع مختلف تعداد تحقیقات انجام شده در این زمینه بیشتر کم می‌باشد. بیشتر تحقیقات در خصوص پیشگیری مواد مصرف مخدر بخصوص در نوجوانان و جوانان می‌باشد. در مقوله اعتیاد در محیط کاری تحقیقات بسیار محدود می‌باشد و بیشتر به سمت ارائه راهکارهای مختلف پرداخته است. به عبارت دیگر تحقیقات معدودی که در این زمینه انجام گرفته است بیشتر حالت راهبردی داشته است. پس با توجه به محدود بودن تحقیقات اهمیت انجام این تحقیق دو چندان می‌باشد. بخش بعدی اهمیت تحقیق استفاده از رویکرد اجتماع محور و تحلیل اثرگذاری آن در پیشگیری اعتیاد در محل کار می‌باشد که این تحقیق در ایران تا به حال انجام نگرفته است. به طور کلی با توجه به این که این تحقیق به مسئله اعتیاد در محیط با رویکرد اجتماع محور می‌پردازد نوآوری محسوب می‌شود.

## فصل سوم: روش پژوهش

### ۱-۳ مقدمه

پایه هر علمی روش شناخت آن است و اعتبار و ارزش قوانین هر علمی با روش شناختی مبتنی است که در آن علم بکار می‌رود. در واقع روش تحقیق مجموعه‌ای از قواعد، ابزارها و راه‌های معتبر (قابل اطمینان) و نظام یافته‌ای برای واقعیت‌ها، کشف مجهولات و دستیابی به راه حل مشکلات است. بنابراین تحقیق از حیث روش است که اعتبار می‌یابد نه موضوع. روش، ابزار و نمونه یک تحقیق لازم و ملزوم یکدیگرند. در تحقیق حاضر نیز روش تحقیق و ابزارهای خاص آن بکار رفته است که در زیر به آنها اشاره می‌شود. پژوهش و کنجکاوی از تمایلات طبیعی بشر بوده و موجب دست یافتن وی به مجهولات زیادی شده است. اصول و قوانین علمی حاصل پژوهش‌های دانشمندی است که روش‌های علمی را به کار گرفته و پژوهش‌های ارزنده‌ای انجام داده‌اند. روش‌ها در حقیقت ابزارهای دست‌یابی به حقیقت هستند. اهمیت شناخت روش‌ها و آشنایی با شیوه‌های پژوهشی در علوم انسانی از حساسیت بیشتری برخوردار است، زیرا بشر از هر دانش دیگری در فراز و نشیب شیوه‌های غیر علمی سرگردان بوده است. رشد علوم در روند تکوینی خود همراه با کاربرد روش‌های علمی پژوهشی به تدریج به هدف خود که شناخت عینی و دقیق قوانین هستی است رسیده است. امروزه پژوهش علمی تأثیر چشمگیری بر رشد و گسترش علوم و دانش بشری گذاشته است. هر چند که حصول توافق میان دانشمندان و پژوهشگران درباره تعریف پژوهش علمی چندان ساده نیست، اما یک تعریف قابل قبول در مورد آن چنین است.



پژوهش علمی عبارت است: از مطالعه نظامدار، کنترل شده، تجربی و انتقادی یک یا چند قضیه فرضی در مورد روابط احتمالی میان پدیده‌های طبیعی گذر زمان و روند رو به توسعه در فنون کسب و کار و ضرورت علمی شدن اقدامات اجرایی موجی، اقبال روز افزون مدیران اجرایی و دست اندرکاران صنعت به پژوهش‌های علمی گردیده است (خاکی، ۱۳۸۶). در این میان برخی از موضوعات در سیر تحولات به تدریج کم رنگ تر گردیده و برخی دیگر روز به روز بر اهمیت آن افزوده شده است. در این فصل به تشریح روش تحقیق، جامعه آماری و اعتبار و روایی ابزار استفاده شده در تحقیق پرداخته می‌شود. روش تحقیق، راه و روش تحقیق و جامعه آماری، قلمرو اجرایی تحقیق را مشخص می‌نماید.

### ۲-۳ نوع و روش پژوهش

هدف از انتخاب روش پژوهش آن است که پژوهشگر مشخص نماید که آغاز چه شیوه‌ای، او را هر چه سریعتر، دقیقتر، آسانتر و ارزانتر به پاسخ مورد نظر می‌رساند انتخاب روش انجام تحقیق در وهله ی نخست به اهداف تحقیق و سپس به ماهیت موضوع و امکانات اجرایی محقق بستگی دارد.

روش تحقیق توصیفی - پیمایشی است تحقیق توصیفی آنچه را که هست توصیف و تفسیر می‌کند و به شرایط و روابط موجود، عقاید متداول، فرآیندهای جاری، آثار مشهود یا روندهای در گسترش توجه دارد. توجه آن در درجه اول به حال است، هر چند که غالباً رویدادها و آثار گذشته را نیز که به شرایط موجود مربوط می‌شوند، مورد بررسی قرار می‌دهد (حافظ‌نیا، ۱۳۹۲).

این پژوهش به صورت پیمایشی و میدانی صورت می‌گیرد و انجام آن با استدلال‌های قیاسی - استقرایی می‌باشد، بدین معنی که چارچوب نظری و پیشینه پژوهش از راه مطالعه کتابها، مقالات و سایت‌ها به صورت استدلال قیاسی و جمع آوری اطلاعات برای آزمون فرضیه‌ها از راه استدلال استقرایی انجام گرفته است. این پژوهش از نوع دیگر تحلیلی-کاربردی می‌باشد که در نهایت نتایج آن به مسئولین دانشگاه علمی کاربردی دانشگاه بهزیستی تهران و سایر مراجع ارائه خواهد شد.

### ۳-۳ جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری این تحقیق تمام کارمندان علمی کاربردی دانشگاه بهزیستی تهران می‌باشند.

### ۱-۳-۳ نمونه آماری و نحوه تعیین حجم آن

نمونه برداری فرآیند انتخاب کردن تعداد کافی از میان اعضای جامعه آماری است، به طوری که با مطالعه گروه نمونه و فهمیدن خصوصیات یا ویژگی‌های آزمودنی‌های گروه نمونه قادر خواهیم بود این خصوصیات یا ویژگی‌ها را به

اعضای جامعه آماری تعمیم دهیم (دلاور، ۱۳۹۱). جمع آوری اطلاعات از کلیه افراد جامعه آماری هم به لحاظ زمان، هزینه و سایر امکانات مورد نیاز مقدور نیست، بنابراین نمونه انتخابی جامعه مورد مطالعه با روش نمونه‌گیری جامعه نامحدود و براساس فرمول کوکران تعداد ۱۱۸ نفر از افراد جامعه مورد نظر انتخاب خواهند شد. فرمول کوکران یکی از پرکاربردترین روش‌ها برای محاسبه حجم نمونه آماری است. حجم نمونه مورد نظر بدست خواهد آمد. فرمول اصلی محاسبه حجم نمونه کوکران نیز به صورت زیر است:

$$n = \frac{\frac{z^2 pq}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \frac{z^2 pq}{d^2}} \quad (۱-۳)$$

### ۳-۴ روش گردآوری اطلاعات

#### ۳-۴-۱ بررسی اسناد و مدارک

داده‌هایی که در تحقیق بکار برده می‌شوند ممکن است اولیه یا ثانویه باشند. داده‌های اولیه را پژوهشگر به صورت دست اول (از طریق مشاهده، پرسشنامه و مصاحبه بدست می‌آورد) داده‌های ثانویه از منابع دیگر و بصورت گوناگون بدست می‌آیند. این داده‌ها پیش از آنکه پژوهشگر تحقیق را آغاز کند تولید شده و وجود دارند.

منابع این داده‌ها را می‌توان به چند دسته زیر تقسیم کرد:

الف) داده‌های موجود در اسناد تحقیقات گذشته

ب) مدارک و اسناد موجود در سوابق پرونده‌های صدور و خسارت

ج) آمارهای رسمی: آن دسته داده‌هایی که توسط مراکز آمار دولتی تهیه و منتشر می‌شود مانند سالنامه آماری استانداری، فصلنامه‌های بانک

د) آمارهای غیررسمی: برخی اعتقاد دارند بعضی از آمارها به دلیل جهت‌گیری‌های خاصی که وجود دارد به آمارهای غیررسمی نیز باید توجه نمود.

پرسشنامه مجموعه‌ای از پرسش‌هاست که در آن از پاسخ دهنده خواسته می‌شود نظر خود را نسبت به آنها ارائه نماید. در این تحقیق به منظور بررسی و تجزیه تحلیل متغیرهای مربوط به تحقیق که در ادبیات مورد بحث قرار گرفت، پرسشنامه‌ای طراحی شده است، که حاوی فعالیت‌های مورد نظر تحقیق بوده تهیه و در بین افراد نمونه توزیع می‌شود. و نظرشان نسبت به متغیرها سنجیده می‌شود. برای تهیه پرسشنامه، ابتدا متغیرهای درون تحقیق را

عملیاتی کرده و پس از مشخص کردن سازه‌های هر متغیر، سؤالاتی در ارتباط با هر سازه تهیه و در طیف لیکرت گردآوری شد و بعد از تأیید اساتید مربوطه، به تعداد نمونه مشخص شده تهیه و توزیع گردید. پرسشنامه مذکور از دو بخش تشکیل شده است که بخش اول آن مشخصات دموگرافیک از جمله جنسیت و سطح تحصیلات افراد نمونه، سن و وضعیت تأهل را در بر میگیرد و بخش دوم تعدادی سؤال در ارتباط با متغیرهای درون تحقیق است.

### ۳-۵-۵ روایی

رایج‌ترین تعریف روایی در این پرسش خلاصه شده است: آیا چیزی را اندازه می‌گیریم که قصد اندازه‌گیری آن را داریم؟ اما به این نکته توجه داشت که یک روایی وجود ندارد بلکه آزمون یا مقیاس بر اساس هدف علمی یا عملی که استفاده‌کننده آن دارد، روایی پیدا می‌کند. مطالعه پایایی بدون پرداختن به معنی متغیرها امکان پذیر است اما مطالعه روایی بدون بررسی ماهیت و معنی متغیرها ممکن نیست روایی بر اساس طبقه‌بندی کمیته مشتری انجمن روانشناسی آمریکا، انجمن پژوهشی آموزشی آمریکا و شورای ملی اندازه‌گیری‌های به کار رفته در آموزش به سه نوع تقسیم می‌شود محتوا، وابسته به ملاک و سازه.

### ۳-۵-۱ روایی محتوا

روایی محتوا، معرف بودن محتوای وسیله اندازه‌گیری را بررسی می‌کند و اساسی محتوا به این پرسش پاسخ می‌دهد که آیا مواد و محتوای این وسیله اندازه‌گیری معرف محتوا یا مجموعه خصوصیات مورد اندازه‌گیری هست؟ روایی محتوا تابعی است از ترسیم و تعیین خوب ابعاد و مؤلفه‌های مفهوم بوده و اساساً امری قضاوتی است که در آن شخص به تنهایی یا همراه دیگران در مورد معرف بودن ماده‌های آزمون قضاوت می‌کنند.

### ۳-۵-۲ روایی سازه

یکی از معتبرترین پیشرفت‌های علمی در نظریه و اجرای اندازه‌گیری، روایی سازه است روایی سازه به این مهم می‌پردازد که چه ویژگی یا عواملی می‌تواند واریانس آزمون‌ها را تبیین کند؟ روایی سازه به این مفهوم دلالت دارد که نتایج به دست آمده از کاربرد سنج‌ها تا چه حدی با تئوری‌هایی که آزمون بر اساس آن‌ها طراحی شده، سازگاری دارد به عبارتی ابزار مورد استفاده تا چه حد سازه‌های اصلی مورد سنجش را نشان می‌دهد. روایی سازه از دید تحلیل عاملی، نشان می‌دهد که تا چه حدی معیارهای آیتم با توجه به مفهوم عمومی به همدیگر مرتبط هستند و توسط وجود بارهای عاملی معنی‌دار معیارها بر روی سازه‌های فرا شده نمایش داده می‌شود.

سه راه برای ارزیابی روایی سازه وجود دارد: روایی همگرا، تشخیصی (واگرا) و تک بعدی بودن.

### ۳-۵-۲-۱ روایی همگرا

در روایی همگرا گفته می شود شواهدی که از اجرای یک وسیله اندازه گیری در مورد گروه های مختلف در مکان های متفاوت به دست می آید، باید معانی یکسان داشته باشند، یا در غیر این صورت باید تفاوت ها را تبیین کنند. تست همگرایی روایی نشان می دهد که چقدر روش های چندگانه ای که برای سنجش یک متغیر مداری دیده شده است، نتایج یکسانی ارائه می دهند.

اندرسون و گرینگ پیشنهاد می کنند که شواهدی از روایی همگرا زمانی وجود دارد که متغیرهای آشکار به طور معنی داری (0.01, 2.58) روی عامل های مرتبطشان بار داشته باشند.

### ۳-۵-۲-۲ روایی واگرا (تشخیصی)

این نوع روایی زمانی ایجاد می شود که بر اساس نمرات به دست آمده از آزمون، دو متغیری که بر اساس تئوری پیش بینی می شود همبستگی نداشته باشند، غیر همبسته باشند. این روایی این اطمینان را حاصل می کند که شخص می تواند به طور تجربی سازه ای را از سایر سازه هایی که احتمالاً مشابه اند، متمایز سازد و یا این که شخص می تواند چیزی را که با سازه نامربوط است مشخص کند این معیار درجه ای است که اندازه های متغیرهای پنهان مختلف منحصر به فرد هستند.

برای این که یک اندازه یا معیار روا باشد باید واریانس در معیار، تنها واریانس قابل نسبت دادن به متغیر پنهان مورد نظر را منعکس کند نه دیگر متغیرهای پنهان را اگر یک سازه روایی تفکیک کننده داشته باشد، آیتم های مقیاسی که سازه های مختلف را می سنجد باید همبستگی کمی با هم داشته باشند. روایی تفکیکی درجه ای است که سنجه های فاکتورهای مختلف، از هم مجزا و تفکیک شده هستند.

### ۳-۵-۲-۳ روایی تک بعدی بودن

این روش شواهدی را برای وجود تک سازه مکنون منفرد فراهم می آورد. دو روش برای سنجش تک بعدی بودن یک معیار وجود دارد: تحلیل عامل اکتشافی (EFA) و تحلیل عاملی تاییدی (CFA).

1. Convergence
2. Discriminability
3. Un dimensionality
4. Single Latent Construct
5. Exploratory Factor Analysis
6. Confirmatory Factor Analysis

نظر کارشناسان می‌تواند کمک خوبی برای بهبود روایی ابزار اندازه‌گیری باشد، به همین منظور برای اینکه پرسشنامه این پژوهش روایی لازم را داشته باشد، سؤال‌هایی که در این پرسشنامه طرح می‌گردد در اختیار متخصصین قرار گرفته تا در مورد مناسب یا نامناسب بودن سؤالات در ارتباط با اهداف و سؤالات تحقیق نظر دهند و پس از اعمال نظرات کارشناسان و اصلاحات لازم، پرسشنامه نهایی طراحی گردیده است (دلاور، ۱۳۹۱).

### ۳-۵-۳ پایایی

برای اندازه‌گیری میزان پایایی پرسشنامه، از آلفای کرونباخ بعنوان ملاکی برای تعیین میزان پایایی استفاده گردید. قابلیت اعتماد یا پایایی یکی از ویژگیهای فنی ابزار اندازه‌گیری است. مفهوم یاد شده به این امر سر و کار دارد که ابزار اندازه‌گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می‌دهد. دامنه ضریب قابلیت اعتماد از صفر (عدم ارتباط) تا +۱ (ارتباط کامل) است. ضریب قابلیت اعتماد نشانگر آن است که تا چه اندازه ابزار اندازه‌گیری ویژگی‌های با ثبات آزمودنی و یا ویژگیهای متغیر و موقتی وی را می‌سنجد. روش آلفای کرونباخ برای محاسبه هماهنگی درونی ابزار اندازه‌گیری از جمله پرسشنامه‌ها یا آزمون‌هایی که خصیصه‌های مختلف را اندازه‌گیری می‌کند بکار می‌رود. در اینگونه ابزار، پاسخ هر سؤال می‌تواند مقادیر عددی مختلف اختیار کند. برای محاسبه ضریب آلفای کرونباخ ابتدا باید واریانس نمره‌های هر زیر مجموعه سؤال‌های پرسشنامه (یا زیر آزمون) و واریانس کل را محاسبه کرد. سپس با استفاده از فرمول زیر مقدار ضریب آلفای را محاسبه کرد (آذر و مومنی، ۱۳۹۰).

$$r = \frac{j}{j-1} \left( 1 - \frac{S_j^2}{S^2} \right) \quad (2-3)$$

تعداد زیر مجموعه سؤال‌های پرسشنامه یا آزمون =  $j$

واریانس زیر آزمون  $j$  =  $S_j^2$

واریانس کل آزمون =  $S^2$

در این تحقیق به منظور محاسبه پایایی پرسشنامه پژوهش از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است.

### ۳-۶ روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

پس از انجام تحلیل آماری، توصیفی انجام خواهد پذیرفت. تحلیل توصیفی شامل نمودارها و تحلیل دموگرافیک، فراوانی و درصد میانگین و واریانس و در تحلیل استنباطی شامل آزمون‌هایی مانند آلفای کرونباخ جهت پایایی و روایی پرسشنامه و برای بررسی نرمال بودن از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف، و برای بررسی فرضیه‌ها از آزمون همبستگی و معناداری و مدل سوات استفاده خواهد شد. بین سؤالات انجام خواهد شد. در نرم افزار SPSS انجام خواهد شد. در بخش دوم در بخش کیفی اسناد مربوط به مشارکت اعضاء در جلسات برنامه‌ریزی و اجرای برنامه

بررسی شده، با بحث گروهی متمرکز اطلاعات مربوط به اهداف خودتعیین کرده سازمان‌های اجتماع محور، جمع آوری گردیده است.

شناسایی و کنترل عوامل خطر و محافظ محیطی

خدمات مشاوره‌ای، معاینات دوره‌ای سلامت روان و آزمایش تصادفی و بی نام اعتیاد

خدمات حمایتی و مددکاری برای همه کارکنان، سرپرستان، مدیران و خانواده‌های ایشان

### ۳-۶-۱ آزمون کلموگروف - اسمیرنوف

یکی از فرض‌های رگرسیون، نرمال بودن داده‌ها و باقیمانده‌ها است. در صورت نرمال نبودن متغیرها، مجوز استفاده از آزمون‌های پارامتری را نداریم و باید از آزمون‌های ناپارامتری استفاده نماییم. بنابراین، لازم است قبل از پرداختن به تحلیل‌های آماری و بررسی متغیرها، نوع توزیع آن‌ها را مشخص نماییم. برای آزمون نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شده است. این آزمون، روش ناپارامتری برای تعیین همگونی اطلاعات تجربی با توزیع‌های آماری منتخب (نرمال) است. در آزمون فرض صفری که آزمون خواهد شد، توزیع مشاهدات و توزیع مشخص (با پارامتر معین) است که با حدس و یا قرائن مختلف فکر کرده‌ایم توزیع مشاهدات با آن توزیع مشخص همخوانی دارد. بنابراین، فرضیه آماری آن چنین بیان می‌شود:

داده‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند

داده‌ها دارای توزیع نرمال نمی‌باشند

چنانچه سطح معنی‌داری بزرگ‌تر از  $0/05$  باشد، فرض  $H_0$  پذیرفته می‌شود، یعنی داده‌ها از توزیع نرمال

پیروی می‌کنند (فرید، ۱۳۹۳)

### ۳-۶-۲ آزمون همبستگی

در بررسی همبستگی دو متغیر اگر هر دو متغیر مورد مطالعه در مقیاس نسبی و فاصله‌ای باشند از ضریب همبستگی گشتاوری پیرسون استفاده می‌شود. اگر ضریب همبستگی جامعه و ضریب همبستگی نمونه‌ای به حجم  $n$  از جامعه  $T$  باشد، ممکن است  $T$  تصادفی و اتفاقی بدست آمده باشد. برای این منظور از آزمون معنی‌داری ضریب همبستگی استفاده می‌شود. در این آزمون بررسی می‌شود آیا دو متغیر تصادفی و مستقل هستند یا خیر. به عبارت دیگر آیا ضریب همبستگی جامعه صفر است یا خیر.

این ضریب میزان همبستگی بین دو متغیر فاصله‌ای یا نسبی را محاسبه کرده مقدار آن بین  $+1$  و  $-1$  می‌باشد

اگر مقدار بدست آمده مثبت باشد به معنی این است که تغییرات دو متغیر به طور هم جهت اتفاق می‌افتد یعنی با افزایش در هر متغیر، متغیر دیگر نیز افزایش می‌یابد و برعکس اگر مقدار  $T$  منفی شد یعنی اینکه دو متغیر در جهت

عکس هم عمل می‌کنند یعنی با افزایش مقدار یک متغیر مقادیر متغیر دیگر کاهش می‌یابد و برعکس. اگر مقدار بدست آمده صفر شد نشان می‌دهد که هیچ رابطه‌ای بین دو متغیر وجود ندارد و اگر +۱ شد همبستگی مثبت کامل و اگر -۱ شد همبستگی کامل و منفی است (فرید و دیگران، ۵۹، ۱۳۹۳).

### ۷-۳ تحلیل SWOT

تجزیه و تحلیل SWOT اصطلاحی است که برای شناسایی نقاط قوت و ضعف داخلی و فرصت‌ها و تهدیدهای خارجی که یک سیستم با آن روبروست به کار برده می‌شود. این تجزیه و تحلیل، شناسایی نظام مند عواملی است که راهبرد باید بهترین سازگاری را با آنها داشته باشد. منطق رویکرد مذکور این است که راهبرد اثر بخش باید قوت‌ها و فرصت‌های سیستم را به حداکثر برساند، ضعف‌ها و تهدیدها را به حداقل برساند. این منطق اگر درست به کار گرفته شود نتایج بسیار خوبی برای انتخاب و طراحی یک راهبرد اثر بخش خواهد داشت (حکمت نیا و دیگران، ۱۳۸۵: ۲۹۳).

آنالیز SWOT یکی از ابزارهای استراتژیک تطابق نقاط قوت و ضعف درون سازمانی با فرصت‌ها و تهدیدهای برون سازمانی است. SWOT از ابتدای کلمات Strength (قوت)، Weakness (ضعف)، Opportunity (فرصت) و Threat (تهدید) گرفته شده است. آنالیز SWOT تحلیلی سیستماتیک برای شناسایی این عوامل و تدوین نوعی استراتژی که بهترین تطابق بین آنها را ایجاد می‌نماید ارائه می‌دهد. از دیدگاه این مدل یک استراتژی مناسب قوت‌ها و فرصت‌ها را به حداکثر و ضعف‌ها و تهدیدها را به حداقل ممکن می‌رساند. برای این منظور نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها در چارچوب کلی So، Wo، St و Wt پیوند داده می‌شوند و گزینه‌های استراتژی از بین آنها انتخاب می‌شوند (محمدزاده، ۱۷۴: ۱۳۹۲).

فرصت‌ها (O): فرصت‌های خارجی موجود در محیط فعلی یا آتی

تهدیدها (T): تهدیدهای خارجی موجود و فراروی در زمان حاضر یا آینده

نقاط قوت (S): نقاط قوت فعلی و آتی

نقاط ضعف (W): نقاط ضعف فعلی و آتی

مجموعه‌ای از استراتژی‌های ممکن برای بررسی شبکه اجتماعی تلگرام را پس از بررسی ترکیبات خاصی از چارچوب مجموعه عوامل استراتژیک زیر ایجاد می‌کنیم:

استراتژی‌های (SO): استراتژی‌هایی هستند که بر اساس بررسی راه‌هایی که شبکه اجتماعی تلگرام می‌تواند برای بهره‌گیری از نقاط قوت خود و به منظور منتفع شدن از فرصت‌ها بپیمایند، طراحی و ساخته می‌شوند.

استراتژی‌های (ST): نقاط قوت شبکه اجتماعی تلگرام را به عنوان روشی برای پرهیز از تهدیدها مورد توجه قرار می‌دهند.

استراتژی‌های (WO): به بهره‌گیری از فرصت‌ها از طریق غلبه بر نقاط ضعف شبکه اجتماعی تلگرام تأکید می‌کنند.

استراتژی‌های (WT): اساساً ماهیتی دفاعی دارند و بر حداقل کردن نقاط ضعف و پرهیز از تهدیدها تأکید می‌کنند.

SWOT عمدتاً قوت‌ها و ضعف‌های درونی را مورد بررسی قرار می‌دهد و چگونگی انجام کار درونی مؤسسه از قبیل مدیریت، اثر بخشی کار، پژوهش، توسعه و غیره را ارزیابی می‌کند (پالیزبان، ۱۳۸۷: ۵۱). تجزیه و تحلیل SWOT در تقسیمات مربوط به انتخاب راهبردی مورد استفاده قرار می‌گیرد. رایج‌ترین کاربرد آن، فراهم کردن یک چهارچوب منطقی برای هدایت نظام مند بحث‌های سیستم، راهبردهای مختلف و در نهایت انتخاب راهبرد است. آنچه که یک برنامه ریز به عنوان فرصت می‌بیند، برنامه ریز دیگر ممکن است آن را تهدید تلقی کند. بدین ترتیب نقطه کلیدی در این مدل، تجزیه و تحلیل دامنه‌ای از همه جنبه‌های موقعیتی سیستم و در نتیجه فراهم‌کننده چهارچوب مفیدی برای انتخاب راهبرد است (حکمت‌نیا، ۱۳۸۵: ۲۹۳).

**تحلیل SWOT در قالب جداول طراحی شده و مراحل آن به صورت زیر انجام می‌شود:**

- ۱) تهیه فهرستی از فرصت‌ها، تهدیدها، نقاط قوت و ضعف در قالب جداول.
  - ۲) تشریح و تفسیر هر یک از فرصت‌ها، تهدیدها، نقاط قوت و ضعف (مبارکی، ۱۳۸۶: ۱۲۲).
- جدول (۳-۱) ماتریس آنالیز SWOT را نشان می‌دهد.

**جدول (۳-۱) ماتریس آنالیز SWOT**

نقاط قوت W	نقاط ضعف S	ماتریس SWOT
استراتژی‌ها WO	استراتژی‌ها SO	فرصت‌ها O
استراتژی‌ها WT	استراتژی‌ها ST	تهدیدها T

مأخذ: (محمدزاده، ۱۳۹۲: ۱۷۴)



## فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش

### ۴-۱ مقدمه

در این فصل به کنکاش یافته‌های تحقیق پرداخته و داده‌های حاصل از پرسشنامه‌های جمع آوری شده را مورد تحلیل قرار داده‌ایم. در این تحقیق تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از روشهای مناسب آماری (با توجه به نوع تحقیق و فرضیات و روشهای جمع آوری اطلاعات) به دو شکل توصیفی و استنباطی انجام می‌گیرد. در تحقیق حاضر از فنون آمار توصیفی شامل جدول فراوانی برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمعیت شناسی نمونه آماری استفاده شده است. شناخت ویژگی‌های جمعیت شناسی (دموگرافیک) جامعه و نمونه آماری مورد بررسی در تحقیق می‌تواند به افزایش آگاهی محقق نسبت به جامعه و نمونه مورد بررسی در تحقیق مبنایی را برای تحلیل‌های آینده در اختیار او قرار دهد. همچنین در این تحقیق با استفاده از روش‌های آماری استنباطی شامل آزمون تی استودنت، همبستگی به تجزیه و تحلیل پرداخته شده است. در مجموع از ۱۱۸ پرسشنامه در اختیارنمونه توزیع گردید و اطلاعات حاصل از آن‌ها را در محیط نرم افزاری SPSS یافته‌های تحقیق به صورت زیر فهرست شده است.

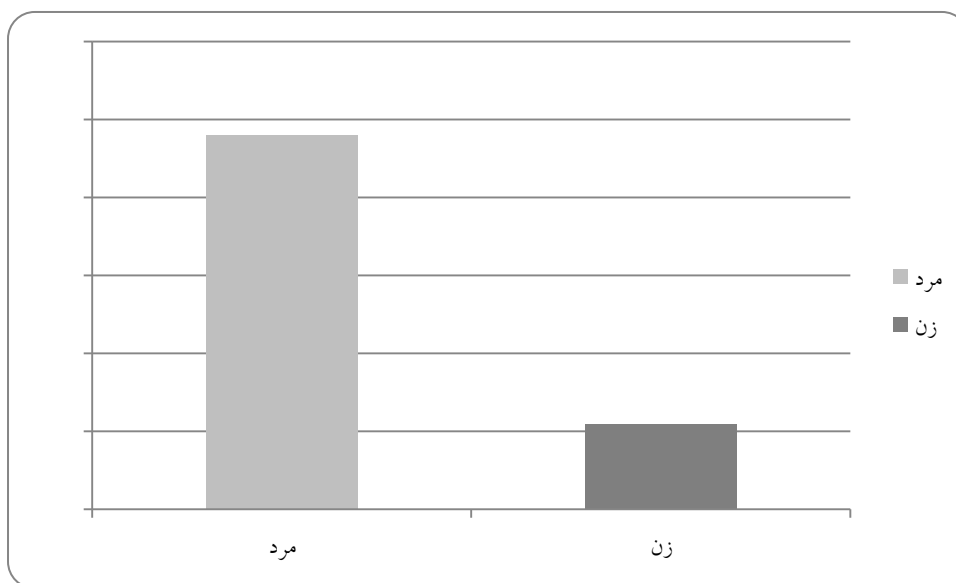
## ۲-۴ یافته‌های جمعیت شناختی

### ۱-۲-۴ جنسیت

با توجه به (جدول ۱-۴) حدود ۸۱ درصد افراد پاسخگو مرد و ۱۹ درصد پاسخگویان زن بوده‌اند.

جدول ۱-۴ جنسیت افراد پاسخگو

جنسیت	فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی
مرد	۹۶	۸۱	۹۶
زن	۲۲	۱۹	۱۱۸
جمع	۱۱۸	۱۰۰	



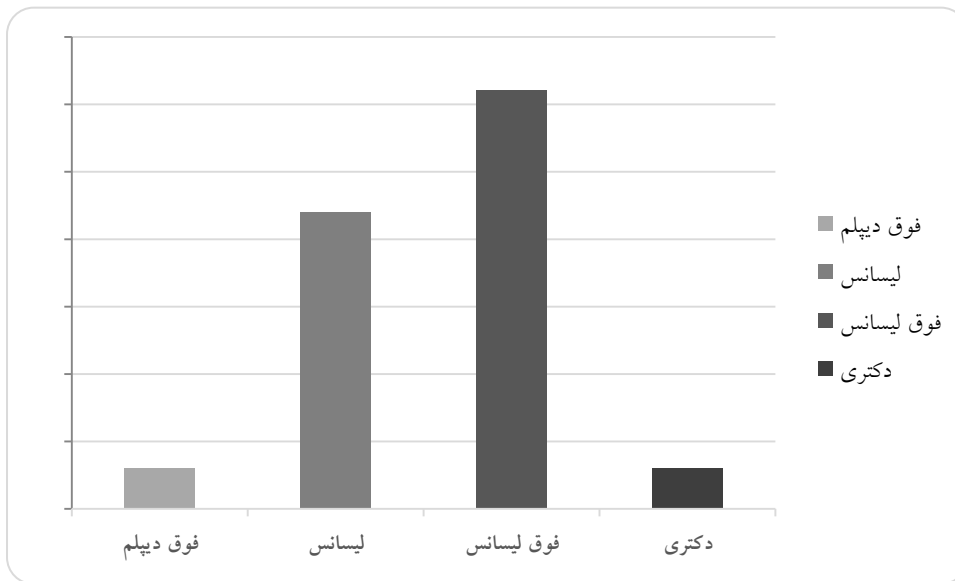
نمودار ۱-۴ جنسیت افراد پاسخگو

#### ۴-۲-۲- تحصیلات افراد پاسخگو

همانطور که در (جدول ۴-۲) مشاهده می‌شود بیشتر افراد نمونه (۵۳ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس، ۳۷ درصد لیسانس و ۵ درصد دکتری و فوق دیپلم می‌باشند.

جدول ۴-۲ تحصیلات پاسخگویان

تحصیلات	فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی
فوق دیپلم	۶	۵	۶
لیسانس	۴۴	۳۷	۵۰
فوق لیسانس	۶۲	۵۳	۱۱۲
دکتری	۶	۵	۱۱۸
جمع	۱۱۸	۱۰۰	



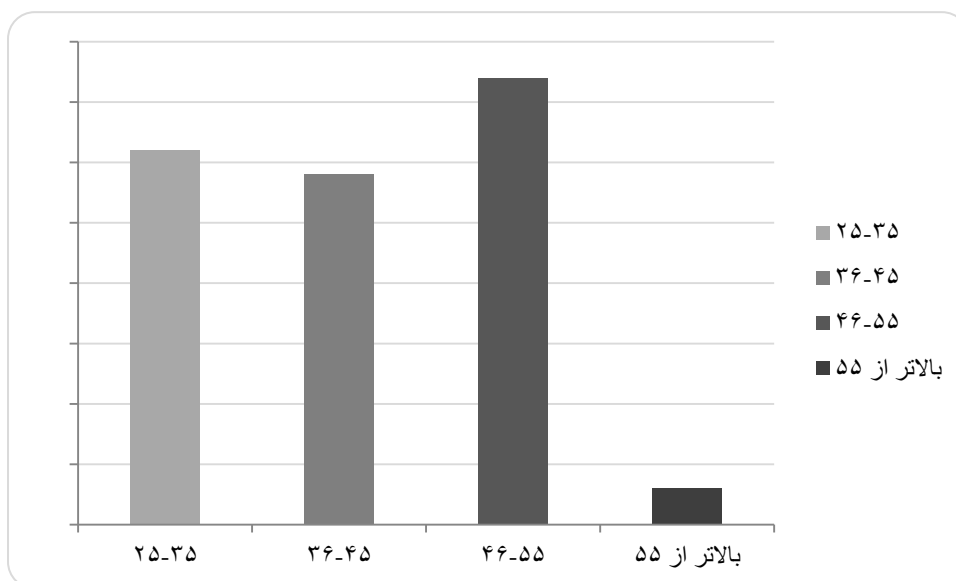
نمودار ۴-۲ تحصیلات پاسخگویان

### ۴-۲-۳ سن افراد پاسخگو

به ترتیب حدود ۳۷ درصد از افراد نمونه بین گروه سنی ۴۶-۵۵، ۳۱ درصد گروه سنی ۲۵-۳۶، ۲۹ درصد گروه سنی ۳۶-۴۵ و ۳ درصد در گروه سنی بالاتر از ۵۵ قرار داشتند.

جدول ۴-۳ سن افراد پاسخگو

سن	فراوانی	درصد	فراوانی تجمعی
۲۵-۳۵	۶۲	۳۱	۶۲
۳۶-۴۵	۵۸	۲۹	۱۲۰
۴۶-۵۵	۷۴	۳۷	۱۹۴
بالاتر از ۵۵	۶	۳	۱۱۸
جمع	۱۱۸	۱۰۰	



نمودار ۴-۳ وضعیت سنی افراد پاسخگو

## ۳-۴ آمار توصیفی معیارها

در (جدول ۳-۴) آمار توصیفی مؤلفه‌ها ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود اهداف نگرشی میانگین ۳/۴۵، اهداف دانشی ۳/۵۸، اهداف کنشی ۳/۲۷ را دارد. همان‌طور که مشاهده می‌شود معیارها همگی میانگین بالاتر از سطح متوسط دارند.

جدول ۴-۴ آمار توصیفی معیارها

معیارها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین خطای استاندارد
اهداف نگرشی	۱۱۸	۳/۴۵	۰/۵۰۱	۰/۰۳۲
اهداف دانشی	۱۱۸	۳/۵۸	۰/۶۵۱	۰/۰۴۶
اهداف کنشی	۱۱۸	۳/۲۷	۰/۷۵۵	۰/۰۵۶

## ۴-۴ یافته‌های تحلیلی

در این قسمت به یافته‌های استنباطی برای تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌ها پرداخته می‌شود.

### ۴-۴-۱ آزمون نرمال بودن

یکی از شرط‌های مهم برای انجام تحلیل‌های آماری به خصوص در زمینه آزمون‌ها و روش‌های پارامتریک نرمال بودن داده‌ها می‌باشد. برای مشخص کردن اینکه معیارها و شاخص‌های تحقیق از توزیع نرمال تبعیت می‌کند روش‌ها و آزمون‌های مختلفی وجود دارد. در این تحقیق برای مشخص کردن این موضوع از آزمون نرمال بودن داده‌های کلموگراف - اسمیرنوف استفاده شده است. که نتایج آن در جدول پایین نشان داده شده است. طبق این آزمون در این تحقیق دو فرضیه  $H_0$  و  $H_1$  تعریف شده است. که فرضیه  $H_0$  فرضیه تحقیق و بر نرمال بودن داده‌ها تأکید دارد و فرضیه  $H_1$  مخالف فرضیه اول می‌باشد. در نتیجه اگر مقدار Sig بالاتر از ۰/۰۵ باشد فرضیه  $H_1$  رد می‌شود و فرضیه تحقیق تایید می‌گردد و اگر مقدار Sig کمتر از ۰/۰۵ باشد فرضیه  $H_1$  تایید می‌گردد و فرضیه تحقیق رد می‌گردد.

بنابراین با توجه به جدول مقدار Sig همه معیارها بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین با توجه به گفته‌های بالا فرض  $H_1$  رد می‌شود و فرض تحقیق که بر نرمال بودن داده‌ها اشاره دارد تایید می‌شود. پس داده‌های به دست آمده در این تحقیق نرمال بوده و آزمون‌های که شرط نرمال بودن داده‌ها را دارند می‌توانند استفاده شوند.

جدول ۴-۵ آزمون نرمال بودن داده‌ها

مقادیر معناداری	مقادیر آماره‌ی Z	متغیر	ردیف
۰/۱۰۲	۰/۲۰۵	اهداف نگرشی	۱
۰/۰۸۵	۰/۱۸۵	اهداف دانشی	۲
۰/۲۱۱	۰/۳۲۲	اهداف کنشی	۳

### سؤال اول پژوهش

«بین اهداف دانشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی (کاری) رابطه معنی‌دار وجود دارد.»  
با توجه به فاصله‌ای بودن مقیاس‌های اندازه‌گیری از همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جداول زیر گزارش می‌شود.

جدول ۴-۶ نتایج همبستگی پیرسون بین اهداف دانشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی

دانشی	رویکرد اجتماع محور	شرح	
.۶۷۹**	۱	همبستگی پیرسون	رویکرد اجتماع محور
.۰۰۰	.۰۰۰	سطح معناداری	
۱۱۸	۱۱۸	تعداد	

\*\* معناداری در سطح ۱ درصد

همان‌طور (جدول ۴-۶) نشان می‌دهد بین اهداف دانشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی در آنها رابطه ۰/۶۷۹ وجود دارد که در سطح ۰/۰۱ معنادار است. بنابراین بین اهداف دانشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

### سؤال دوم پژوهش

«بین اهداف نگرشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی (کاری) رابطه معنی‌دار وجود دارد.»  
با توجه به فاصله‌ای بودن مقیاس‌های اندازه‌گیری از همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جداول زیر گزارش می‌شود.

جدول ۴-۷ نتایج همبستگی پیرسون بین اهداف نگرشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی

دانشی	رویکرد اجتماع محور	شرح	
.۵۷۲**	۱	همبستگی پیرسون	رویکرد اجتماع محور
.۰۰۰	.۰۰۰	سطح معناداری	
۱۱۸	۱۱۸	تعداد	

\*. معناداری در سطح ۱ درصد

همانطور (جدول ۴-۷) نشان می‌دهد بین اهداف نگرشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی در آنها رابطه  $۰/۵۷۲$  وجود دارد که در سطح  $۰/۰۱$  معنادار است. بنابراین بین اهداف نگرشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

#### سؤال سوم پژوهش

« بین اهداف کنشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی (کاری) رابطه معنی دار

وجود دارد.»

با توجه به فاصله‌ای بودن مقیاس‌های اندازه‌گیری از همبستگی پیرسون استفاده شده است که نتایج آن در جداول زیر گزارش می‌شود.

جدول ۴-۸ نتایج همبستگی پیرسون بین اهداف کنشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی

دانشی	رویکرد اجتماع محور	شرح	
.۴۴۲**	۱	همبستگی پیرسون	رویکرد اجتماع محور
.۰۰۰	.۰۰۰	سطح معناداری	
۱۱۸	۱۱۸	تعداد	

\*. معناداری در سطح ۱ درصد

همان‌طور (جدول ۴-۸) نشان می‌دهد بین اهداف کنشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی در آنها رابطه  $۰/۴۴۲$  وجود دارد که در سطح  $۰/۰۱$  معنادار است. بنابراین بین اهداف کنشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد.

#### ۴-۴-۲ آزمون تی

برای بررسی وضعیت موجود معیارها مورد مطالعه از آزمون تی استفاده شده است.

#### ۴-۴-۲-۱ آزمون تی معیارها

همانطور که در (جدول ۴-۶) مشاهده می‌شود با توجه به سطح معناداری معیارها که کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین اختلاف معنادار و مثبت با میانگین معیار دارند. اهداف نگرشی با تی ۱۵/۳۳، اهداف دانشی ۱۲/۵۸، اهداف کنشی ۵/۲۲ قرار دارند.

جدول ۴-۹ آزمون تی معیارهای سیستم تامین

Test Value = ۳						
۹۵٪حدود اطمینان در سطح		اختلاف میانگین	Sig. (2-tailed)	درجه آزادی	تی	معیارها
بالا	پایین					
۰/۶۲	۰/۴۸	۰/۵۵	.۰۰۰	۱۱۷	۱۵/۳۳	اهداف نگرشی
۰/۶۷	۰/۴۹	۰/۵۸	.۰۰۰	۱۱۷	۱۲/۵۸	اهداف دانشی
۰/۳۸	۰/۱۷	۰/۲۸	.۰۰۰	۱۱۷	۵/۲۲	اهداف کنشی

#### ۴-۴-۳-آزمون همبستگی معیارها

به منظور اینکه بفهمیم آیا ارتباط معنی‌دار بین متغیرها وجود دارد یا نه از آزمون همبستگی استفاده شده است. با توجه به نتایج آزمون همبستگی معنی‌دار و قوی بین متغیرها دیده شد. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود سطح معناداری در همه معیارها صفر می‌باشد که نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار می‌باشد. همبستگی بین متغیرها مثبت بوده و سطح همبستگی نیز بالاتر از حد متوسط است. با توجه به جدول رویکرد اجتماع محور همبستگی ۰/۵۷ با اهداف نگرشی، ۰/۶۷ با اهداف دانشی، ۰/۴۴ با اهداف کنشی، ۵۶ دارد.



جدول ۴-۷ آزمون همبستگی معیارها

نگرشی	دانشی	کنشی	شرح
*.۰۵۷۲	*.۰۶۷۹	*.۰۴۴۲	همبستگی پیرسون
.۰۰۰	.۰۰۰	.۰۰۰	Sig. (2-tailed)
۱۱۸	۱۱۸	۱۱۸	تعداد

\*\* معناداری در سطح ۱ درصد

#### ۴-۴-۴ تحلیل سوات

هیچان که دیده شد برای عوامل داخلی در قسمت قوت‌ها ۸ شاخص در قسمت ضعف‌ها هفت شاخص و در عوامل خارجی برای فرصت‌ها شش شاخص و برای تهدیدات پنج شاخص شناسایی شد که در این قسمت به تحلیل استراتژی پرداخته می‌شود.

#### ۴-۴-۴-۱ عوامل داخلی

جدول ۴-۱۰ تحلیل سوات عوامل داخلی (نقاط قوت)

ضریب نهایی	رتبه	ضریب	نقاط قوت
۰/۴۵	۳	۰/۱۵	درک ضرورت هماهنگ نمودن فعالیتهای سازمان‌های ذیربط در زمینه پیشگیری
۰/۲۴	۲	۰/۱۲	همکاری کردن راحت مردم در رویکرد اجتماع محور
۰/۱۴	۲	۰/۰۷	درگیر شدن نهادهای اجتماعی در رویکرد اجتماع محور
۰/۴۵	۳	۰/۱۵	وجود شرایط مساوی برای همه در رویکرد اجتماع محور
۰/۲۸	۲	۰/۱۴	در رویکرد اجتماع محور امکانات موجود به طور ساده در اختیار افراد بیشتر قرار می‌گیرد
۰/۲۴	۲	۰/۱۲	در رویکرد اجتماع محور افراد بیشتری را در هر مرحله می‌تواند درگیر کند
۰/۱۰	۲	۰/۰۵	علاوه بر ترک مواد بر دانش افراد افزوده می‌شود
۰/۸۰	۴	۰/۲۰	فعالیت‌ها تنوع بالاتر در رویکرد اجتماع محور دارند
۲/۷		۱	جمع

جدول ۴-۱۱ تحلیل سوات عوامل داخلی (نقاط ضعف)

رتبه نهایی	رتبه	ضریب	نقاط ضعف
۰/۷۲	۴	۰/۱۸	نداشتن امکانات زیاد در رویکرد اجتماع مدار
۰/۲۰	۲	۰/۱۰	به علت تعداد بالای افراد هماهنگی ها سخت است
۰/۳۶	۳	۰/۱۲	عدم وجود فرهنگ پیشگیری و به چالش کشیدن این رویکرد
۰/۴۵	۳	۰/۱۵	عدم وجود اطلاعات کافی افراد از این رویکرد
۰/۲۸	۲	۰/۱۴	همکاری کمتر افراد به دلیل عدم آشنایی با این رویکرد
۰/۶۴	۴	۰/۱۶	رهبری توسط افراد با تخصص پایین
۰/۴۵	۳	۰/۱۵	وجود موانع برای اجرای این رویکرد
۳/۱		۱	جمع

با توجه به اینکه میزان ضریب نهایی هر دو عامل داخلی قوت و ضعفها ضریب میانگین بالاتر از ۲/۵ (۲/۹۰) دارد لذا رویکرد اجتماع محور از نظر داخلی دچار ضعف نمی باشد.

#### ۴-۴-۲ عوامل خارجی

جدول ۴-۱۲ تحلیل سوات عوامل خارجی (فرصت)

ضریب نهایی	رتبه	ضریب اولیه	فرصت
۰/۳۹	۳	۰/۱۳	امکان بهره برداری از تجارب جهانی با رویکرد
۰/۳۴	۲	۰/۱۷	به علت کم هزینه بودن این رویکرد می توان افراد بیشتری را جذب کرد
۰/۵۷	۳	۰/۱۹	با تبلیغات درست مبنی بر پیشگیری از اعتیاد در محیط کار افراد بیشتری جذب می شود.
۰/۳۴	۲	۰/۱۷	با توجه به اینکه افراد بیشتری را درگیر می کند می تواند در سطح گسترده ای اثر بگذارد.
۰/۱۳	۱	۰/۱۳	با این رویکرد حساسیت مدیران و خانواده به اعتیاد در محیط کار بیشتر می شود
۰/۶۱	۳	۰/۲۱	با این رویکرد نهادهای مدنی نیز برای پیشگیری و استفاده از این رویکرد فعال می شوند.
۲/۳۸		۱	جمع

جدول ۴-۱۳ تحلیل سوات عوامل خارجی (تهدید)

تهدید	ضریب اولیه	رتبه	ضریب نهایی
به علت نبود اطلاعات احتمال نتیجه دادن این رویکرد کم است	۰/۲۵	۳	۰/۵۰
به علت دغدغه و مشکلات کاری افراد شاید نتوانند همکاری کنند	۰/۱۵	۱	۰/۱۵
به علت نبود فرهنگ پیشگیری افراد کمتری در این رویکرد مشارکت می کنند.	۰/۲۲	۲	۰/۴۴
عدم حمایت نهادهای رسمی از این رویکرد می تواند عدم استقبال افراد را در پی داشته باشد.	۰/۱۸	۱	۰/۱۸
عدم اعتماد مدیران به این رویکرد و نداشتن اطلاع از موجب عدم همکاری می شود	۰/۲۰	۲	۰/۴۰
جمع	۱		۱/۶۷

با توجه به اینکه میانگین عوامل خارجی (۲/۰۲) کمتر از ۲/۵ بنابراین می توان گفت رویکرد اجتماع محور در برابر عوامل خارجی نتوانست خوب عمل کند از نظر پیشگیری (جدول ۴-۴).

#### ۴-۴-۳ ماتریس سوات

جدول ۴-۱۴ ماتریس سوات

عوامل استراتژیک	قوتها (S)	ضعفها (W)
فرصتها (O)	۲/۷+۲/۳۸	۳/۱+۲/۳۸
تهدیدها (T)	۲/۷+۱/۶۷	۳/۱+۱/۶۷

جدول ۴-۱۵ نتایج ماتریس سوات

عوامل استراتژیک	قوتها (S)	ضعفها (W)
فرصتها (O)	۵/۰۸	۵/۴۸
تهدیدها (T)	۴/۳۷	۴/۷۷

بنابراین با توجه به محاسبات انجام شده استراتژی رویکرد اجتماع محور در دانشگاه بهزیستی تهران باید استراتژی‌های تنوع و رقابت باشد. و در این بین برای این امر الویت‌ها به این صورت می‌باشد WO، که اولین الویت می‌باشد که مدیران دانشگاه باید براساس رویکرد اجتماع محور با استفاده از فرصت‌ها برای رفع ضعف‌ها استفاده کنند. بعد از آن استراتژی SO می‌باشد در این استراتژی اجرای استراتژی‌های SO می‌توان با استفاده از نقاط قوت داخلی از فرصت‌های خارجی حداکثر بهره برداری را نمود. هر سازمانی علاقه مند است که همیشه در این موقعیت قرار داشته باشد تا بتواند با بهره‌گیری از نقاط قوت داخلی از فرصت‌ها و رویدادهای خارجی حداکثر استفاده را بنماید.

## فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

### ۱-۵ مقدمه

در این فصل به جمع بندی و نتیجه‌گیری کل پژوهش پرداخته خواهد شد در ابتدا خلاصه کلیه فصل‌ها ارائه می‌شود و سپس هر فرضیه مورد تحلیل و بررسی قرار می‌گیرد همچنین نتایج بدست آمده با نتایج پژوهش‌های انجام شده قبلی مقایسه می‌شود و پژوهش‌های همسو و عدم همسو با نتایج بدست آمده تعیین می‌شود و در نهایت پیشنهاداتی که حاصل از یافته‌ها و نتایج حاصل است و پیشنهاداتی برای پژوهشگران آینده ارائه می‌شود و در نهایت محدودیت‌های که در طی انجام پژوهش وجود داشته است مطرح می‌شود.

### ۲-۵ - خلاصه نتایج

آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد در محیط کار به عنوان یکی از محیط‌های اصلی حضور افراد، یک مساله بسیار نگران‌کننده است.

از سوی دیگر علی‌رغم دستاوردهای بزرگ بشریت در عرصه‌های مختلف علمی، فناوری، اقتصادی و اجتماعی، جامعه جهانی در حالی وارد قرن بیست و یکم شده که تهدیدهای ناشی از معضلات اجتماعی بر پیشرفت و سعادت انسان‌ها سایه افکننده و رفاه انسان‌ها را با خطر، مواجه ساخته است. در این عرصه اعتیاد و موادمخدر در رأس تهدیدهای اجتماعی قرار گرفته به گونه‌ای که بعنوان یکی از چهار بحران جهانی هزاره سوم

تلقی شده است. اعتیاد به مواد مخدر یکی از پیچیده ترین معضلاتی است که بشر با آن مواجه شده است. یکی از دلایل این پیچیدگی این است که عوامل مختلف اجتماعی، خانوادگی و فردی در بروز آن نقش دارند و به همین دلیل برای برخورد با این پدیده بایستی از رویکردهای چند وجهی بهره جست که به میزان کافی این عوامل مختلف را تا حدی پوشش دهد. با توجه به اهمیت موضوع این تحقیق به دنبال بررسی راهبردهای پیگیری اجتماع محور اعتیاد در محیط کار در دانشگاه بهزیستی تهران می باشد. برای این کار ابتدا مبانی نظری و پیشینه تحقیق ارائه شد. سپس برای جمع آوری داده ها پرسشنامه طراحی گردید و داده ها جمع آوری شد سپس در نرم افزار به تجزیه و تحلیل پرداخته شد و نتایج به شکل زیر بود:

### ۱-۲-۵ نتایج توصیفی

حدود ۸۱ درصد افراد پاسخگو مرد و ۱۹ درصد پاسخگویان زن بوده اند. بیشتر افراد نمونه (۵۳ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس، ۳۷ درصد لیسانس و ۵ درصد دکتری و فوق دیپلم می باشند. به ترتیب حدود ۳۷ درصد از افراد نمونه بین گروه سنی ۴۶-۵۵، ۳۱ درصد گروه سنی ۳۶-۴۵، ۲۹ درصد گروه سنی ۳۶-۴۵ و ۳ درصد در گروه سنی بالاتر از ۵۵ قرار داشتند. با توجه نتایج فصل چهارم اهداف نگرشی میانگین ۳/۴۵، اهداف دانشی ۳/۵۸، اهداف کنشی ۳/۲۷ را دارد. همانطور که مشاهده می شود معیارها همگی میانگین بالاتر از سطح متوسط دارند.

### ۲-۲-۵ یافته های استنباطی

همانطور که در جدول ۴-۶ مشاهده می شود با توجه به سطح معناداری معیارها که کمتر از ۰/۰۵ می باشد. بنابراین اختلاف معنادار و مثبت با میانگین معیار دارند. اهداف نگرشی با تی ۱۵,۳۳، اهداف دانشی ۱۲,۵۸، اهداف کنشی ۵. ۲۲ قرار دارند.

به منظور اینکه بفهمیم آیا ارتباط معنی دار بین متغیرها وجود دارد یا نه از آزمون همبستگی استفاده شده است. با توجه به نتایج آزمون همبستگی همبستگی معنی دار و قوی بین متغیرها دیده شد. همانطور که در جدول مشاهده می شود سطح معناداری در همه معیارها صفر می باشد که نشان دهنده ارتباط معنی دار می باشد. همبستگی بین متغیرها مثبت بوده و سطح همبستگی نیز بالاتر از حد متوسط است. با توجه به جدول رویکرد اجتماع محور همبستگی ۰/۵۷ با اهداف نگرشی، ۰/۶۷ با اهداف دانشی، ۰/۴۴ با اهداف کنشی، ۵۶ دارد.

هچنان که دیده شد برای عوامل داخلی در قسمت قوتها ۸ شاخص در قسمت ضعفها هفت شاخص و در عوامل خارجی برای فرصت ها شش شاخص و برای تهدیدات پنج شاخص شناسایی شد که در این قسمت به تحلیل استرژئی پرداخته می شود.

## ۳-۵ نتیجه گیری و بحث

بین اهداف دانشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی (کاری) رابطه معنی‌دار وجود دارد.

بین اهداف نگرشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی (کاری) رابطه معنی‌دار وجود دارد.

بین اهداف کنشی و پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محیط‌های کارمندی (کاری) رابطه معنی‌دار وجود دارد.

با توجه به آزمون تی که ارائه شده است در هر سه بخش اهداف دانشی، اهداف نگرشی و کنشی اختلاف معنادار با سطح متوسط دارند بنابراین نشان از اثرگذاری رویکرد اجتماع مدار دارد. همچنین با توجه به آزمون همبستگی با توجه به نتایج آزمون همبستگی معنی‌دار و قوی بین متغیرها دیده شد. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود سطح معناداری در همه معیارها صفر می‌باشد که نشان‌دهنده ارتباط معنی‌دار می‌باشد. همبستگی بین متغیرها مثبت بوده و سطح همبستگی نیز بالاتر از حد متوسط است. با توجه به جدول رویکرد اجتماع محور همبستگی ۰/۵۷ با اهداف نگرشی، ۰/۶۷ با اهداف دانشی، ۰/۴۴ با اهداف کنشی، ۵۶ دارد. بنابراین هر سه فرضیه تایید می‌گردد. اعتیاد پدیده‌های است که از زمانهای دور در جوامع بشری وجود داشته است در حال حاضر نیز با وجود پیشرفت‌های علمی و افزایش غیر قابل تردید سطح شعور و آگاهی مردم، همچنان در حال گسترش می‌باشد و هر ساله افراد زیادی را به کام خود می‌کشد. اعتیاد تنها جنبه فردی ندارد. بلکه آسیب اجتماعی محسوب می‌شود. و علاوه بر تهدید لامت جسم و روان افراد جامعه بر جنبه‌های اجتماعی و اقتصادی جامعه نیز اثرات زیان آور غیر قابل جبرانی می‌سازد.

برنامه‌های ارتقاء سلامت در محیط کاری با افزایش آگاهی، آموزش فعالیت‌های مهارت آموزی و ایجاد تغییرات محیط و رفتاری موجب افزایش ثبات شده است که اینگونه برنامه‌ها منجر به بازگشت سرمایه می‌گردد. کارفرمایان تمایل فزاینده‌ای برای برنامه ارتقاء دهنده سبک زندگی نشان می‌دهند چراکه اطلاعات آنها در مورد ارتباط بین سلامت کارکنان و تولید افزایش یافته است. هزینه‌های که کارفرمایان در این مورد می‌کنند با کاهش سوانح حین کار، افزایش مراقبت‌ها، کاهش جابجایی‌ها و افزایش روحیه جبران می‌شود و هر چقدر کارکنان و خانواده‌هایشان در این برنامه‌ها درگیر شوند میزان وظیفه شناسی و رضایت شغل آنها نسبت به محیط کار افزایش می‌یابد. در زمینه برخورد با مسئله اعتیاد، نظرات و روشهای فراوانی را طرح نموده‌اند، اما همیشه برخورد قبل از اعتیاد بمنزله پیشگیری راحت تر و سهل تر و کم هزینه تر از برخورد با آن و درمان بوده است. به هر حال اینکه با تعداد زیادی از معتادان مواجه هستیم که در درمان اعتیاد خود مقهور مانده و در حال تسلیم شدن به این بلا هستند.

در همین راستا، رویکرد این تحقیق پیشگیری از اعتیاد با استفاده از دخالت متمر مردم در تشخیص راه حلها اجتماع محور خواهد بود. اجتماع محور مشکل، تدوین راه حل و در نهایت طراحی و اجزای مناسبتری با فعالیت به شکل مشارکتی می باشد.

با توجه به نتایج این تحقیق رویکرد اجتماع محور در بخش نگرشی، دانشی و کنشی در پیشگیری از اعتیاد در محیط کار تاثیر گذار است و رابطه معنی دار دارد. اعتیاد را مشکل اجتماعی می دانند مخصوصا اعتیاد در محیط کار خیلی به اجتماع مربوط است و برای آن علل ساختاری و کارکردی قائل شده اند. مشکلات اجتماعی هیچگاه منفرد نبوده، یا به یکدیگر تبدیل یا از یکدیگر ناشی می شوند، هرچند آسیب شناسی مشابهی دارند و همگی می-توانند از اختلال عملکرد فرآیندهای درونی روابط اجتماعی باشند که در جوامع مختلف رخ می دهد و چهره های متفاوتی چون اعتیاد فحشا، جرم خشونت، خودکشی، فرار خود را نشان می دهند. قابل تامل است که همین جوامع محصولاتی چون انسان هایی دارد که توانمند، درخشان یا لاقول افرادی مولد هستند که زندگی خود لذت می برند. پس هر جامعه ای امکان های ایمنی بخشی را برای افرادش دارد که برخی آن را کشف کرده اند و برای برخی هنوز پنهان و دست نیافتنی به نظر می رسد. مطالعات مختلف ارتباط معناداری را میان مشکلات روانی - اجتماعی از جمله بزه کاری ایجاد ارتباط ایمنی بخش در مراحل مختلف نوزادی-کودکی-نوجوانی و بزرگسالی نشان داده است. شاید به همین دلیل باشد که بیشتر برنامه های پیشگیرانه به ویژه پیشگیری از اعتیاد بر خانواده مدرسه، محیط کار، محله زندگی، شبکه های اجتماعی، گروه همتا و غیره متمرکز است و فرصت شکل گیری یا ترمیم این گونه روابط ایمنی بخش را ایجاد می کند، به علاوه همه این برنامه ها یکدیگر را تقویت می کنند، چرا که ادبیات پیشگیرانه آمده است که عوامل محافظ به گونه ای تجمعی وارد عمل می شوند. جوامع باید با برنامه ریزی پیشگیرانه برای گروه های جمعیتی خود حرفی برای گفتن داشته باشد و فرصت هایی فراهم شود تا مردم به کمک هم خود را بازبند و به نیاز یکدیگر پاسخ گو باشند. مانند نظام اعتیاد که نه تنها برای پاسخ گویی نیاز انواع مشتریان حرفی برای گفتن دارد، بلکه فرصتی را فراهم می کند تقاضاهای جدید مطرح شود. بهترین آموزگار ما برای اقدامی فراگیر می تواند نظامی فراگیر چون خود اعتیاد باشد. چرا که تجربه نشان داده است که نیرومند عمل کرده است و با حرکت خود می تواند واکنشی از سوی ما را تعیین کند. در نگاهی نظام مند، اعتیاد یک نظام زنده، در حال تکابو و تلاش برای تثبیت هویت خویش در سه سطح تولید، توزیع و مصرف است تا تداوم یابد. برای رویارویی با این نظام که هوشیارانه از قوانین طبیعی حاکم بر موجود زنده الهام گرفته است و مطابق با تمایلات ذاتی بشر، همواره خود را تازه تر می کند. با کمک همین قوانین طبیعت و گرایش های ذاتی بشر می توان برابر این نظام تاب آورد به گونه ای که انسان ها دریابند که ظرفیت تلاش برای زندگی، تحرک و سازگاری، رشد و تحول، زایش و نوآوری برای ماندگاری نسل بشر و احساس رضایت از زندگی در آن ها وجود دارد. بر انسان ها و جوامع است که این ظرفیت ها را با ابزارها یا بهتر بگوییم نیازها و فرصت هایی چون ارتباط ایمنی بخش میان عناصر اجتماعی،



جستجوگری و چالش‌جویی و غیره ارتقا بخشند. برای این کار استراتژی پیشگیری در دانشگاه بهزیستی مشخص شد.

برای مشخص کردن این استراتژی از مدل سوات استفاده شد که از نظر عوامل داخلی این پیام رسان میانگین بالاتر از ۲/۵ داشتند که نشان می‌دهد دارای ضعف نمی‌باشند. ولی از نظر عوامل خارجی پایین‌تر می‌باشد که نتوانسته از فرصت‌ها استفاده کرده و در تهدیدها را کم کند. به طور کلی نیز استراتژی رقابتی تلگرام غالب تر بود. نتایج ماتریس مدل سوات نشان داد الویت استراتژی‌ها به شکل زیر بود:

### ۱-۳-۵ استراتژی‌های WO

هدف از استراتژی‌های WO این است که از مزیت‌هایی که در فرصت‌ها نهفته است در جهت جبران نقاط ضعف استفاده شود.

- ۱) استفاده از افراد متخصص معتبر برای اعتمادسازی.
- ۲) ارائه نتایج مثبت رویکرد اجتماع محور برای تروج این رویکرد
- ۳) استفاده از مکانیزم‌های جدید و پیشرفته در این رویکرد

### ۲-۳-۵ استراتژی‌های SO

در اجرای استراتژی‌های SO می‌توان با استفاده از نقاط قوت داخلی از فرصت‌های خارجی حداکثر بهره برداری را نمود. هر سازمانی علاقه‌مند است که همیشه در این موقعیت قرار داشته باشد تا بتواند با بهره‌گیری از نقاط قوت داخلی از فرصت‌ها و رویدادهای خارجی حداکثر استفاده را بنماید. در این استراتژی در حوزه‌های مختلف چون قابل لیت پیگیری اخبار، تنوع اخبار، دسترسی راحت وجود دارد می‌توان استفاده کرد و مقبولیت و گسترش این خبر رسان را بیشتر کرد.

استراتژی‌های WT: هدف در اجرای استراتژی‌های WT کم کردن نقاط قوت و ضعف داخلی و پرهیز از تهدیدات ناشی از محیط خارجی است. در چنین موقعیتی وضعیت نامناسب بوده و در وضع مخاطره آمیز قرار خواهیم گرفت و باید سعی کنیم با انحلال، واگذاری، کاهش عملیات، ادغام و سایر روشها از چنین وضعیتی پرهیز نماییم. استراتژی‌های ST: در این نوع استراتژی تلاش می‌گردد تا با استفاده از نقاط قوت داخلی برای جلوگیری از تاثیر منفی تهدیدات خارجی، ساز و کارهایی در پیش گرفته شود و یا تهدیدات را از بین برد. با استفاده از نقاط قوتی که در رویکرد اجتماع محور وجود دارد و اعتمادسازی برای پیشگیری در جامعه و تخصصی کردن این رویکرد می‌توان تهدیدات را کاهش داد. پس به طور کلی رویکرد اجتماع محور باید با افزایش نقط قوت و استفاده از فرصت‌ها ضعف‌ها را کاهش داد و بعد از تهدیدات کم کرد.

۱-۴-۵ پیشنهادات کاربردی

- ۱) استقرار یک اصول پیشگیری از اعتیاد در محیط کار دانشگاه بهزیستی تهران مانند هر تحول ساختاری، ارزیابی وضعیت موجود گام نخست.
 

یک راه این است که به تجزیه و تحلیل هزینه‌های سوء مصرف مواد مخدر از جمله هزینه‌های بهداشتی یا جبران خسارت ناشی از غیبت، سرقت و حوادث پرداخت.

نظارت بر این هزینه‌ها در طول زمان می‌تواند به ارزیابی تاثیر و موفقیت برنامه‌ها کمک کند.

خطرات، هزینه‌ها، منافع در هر سازمانی متفاوت است.

ارزیابی قیمتی می‌تواند نشان دهد که کدام برنامه دارای مزایای روشن و مقرون به صرفه بوده و کدامیک فعلاً مورد نیاز نیست. حتی کوچکترین سازمان با حداقل منابع می‌تواند از یک برنامه پیشگیری در محیط کار برخوردار گردد.
- ۲) ادغام فعالیت‌های پیشگیری از اعتیاد در برنامه‌های ارتقاء حرفه‌ای، شغلی و سلامت. برنامه‌های ارتقاء سلامت در محیط کار با افزایش آگاهی، آموزش و فعالیت‌های مهارت آموزی و ایجاد تغییرات محیطی و رفتاری موجب افزایش سطح سلامتی و بهبودی کارکنان و خانواده‌های آنها می‌گردد.
- ۳) ثابت شده است که اینگونه برنامه‌ها منجر به بازگشت سرمایه شده است. کارفرمایان تمایل فزاینده‌ای برای برنامه ارتقاء دهنده سبک زندگی نشان می‌دهند چراکه اطلاعات آنها در مورد ارتباط بین سلامت کارکنان و تولید افزایش یافته است. هزینه‌های که کارفرمایان در این مورد می‌کنند با کاهش سوانح حین انجام کار، افزایش مراقبت‌ها، کاهش جابجایی‌ها و افزایش روحیه جبران می‌شود.
- ۴) بسیاری از کارکنان دوست ندارند با موضوعاتی که دارای عنوان اعتیاد، سلامتی روان باشد ارتباط داشته باشند. در اغلب نمایشگاه‌های بهداشتی، غرفه‌ای با مضمون پیشگیری از سوء مصرف مواد به چشم نمی‌خورد. برنامه‌های ارتقاء سلامت راه‌های موثری برای افزایش و کاهش خطر و تاثیر سوء مصرف مواد و مشکلات مرتبط مانند ایدز بیماری‌های جنسی، افسردگی و سایر اختلالات روانی و خشونت که می‌توانند کارکنان و خانواده‌هایشان را تحت تاثیر قرار دهد فراهم می‌آورد. مقتر ساختن ساختن کارکنان و خانواده‌هایشان با اطلاعات قابل اجرا راهی است برای مواجهه با مشکلات فعلی و پیشگیری از مشکلات آتی. کارکنان ممکن است برای حضور در برنامه‌ای که عنوان اعتیاد یا افسردگی را داشته باشد راحت نباشد زیرا می‌ترسند با آن عنوان مورد شناسایی قرار گیرند.
- ۵) با توجه به اینکه پیشگیری اجتماع محور در سه بعد نگرشی، دانشی و کنشی در اعتیاد محیط کار با توجه به نتایج موثر می‌باشد لذا توجه به این امر دانشگاه بهزیستی تهران باید بیش از مورد توجه قرار بگیرد و

مدیران برای اجرای این رویکرد ساز و کارها و امکانات مناسب را استفاده کنند تا نتایج مطلوب‌تری در پیشگیری حاصل شود.

#### ۲-۴-۵ پیشنهادات برای تحقیقات آتی

- ۱) در تحقیقات حاضر شرکت‌های متوسط و بزرگ مورد بررسی قرار گرفتند. چرا که مبحث زنجیره تامین عموماً در رابطه با شرکت‌هایی موضوعیت می‌یابد که از اندازه مناسبی برخوردار باشند. ولیکن پیشنهاد می‌شود که محققان آتی، شرکت‌ها در اندازه‌های مختلف را مورد بررسی قرار داده و اثر متغیر کنترل اندازه شرکت را بر نتایج بررسی نمایند.
- ۲) تمرکز مطالعاتی این تحقیق بر دانشگاه بهزیستی تهران است. لذا پیشنهاد می‌گردد که موضوع مورد بحث در سایر سازمانها و بخش‌ها بررسی شود و نتایج حاصل با هم مورد مقایسه قرار گیرد.
- ۳) برای جمع‌آوری داده‌ها در تحقیق حاضر از روش مقطعی استفاده شده است. به عبارت دیگر، داده‌ها در یک مقطع از زمان (دو ماه) از نمونه آماری جمع‌آوری شده است. از آنجاییکه یک پارچه گی زنجیره تامین، سیستم اطلاعات در گذر زمان توسعه می‌یابد، به نظر می‌رسد که بررسی تکاملی تغییرها بر اساس روش طولی نتایج ارزشمندی را ارائه دهد.
- ۴) تحقیق بین زنان و مردان انجام شود و نتایج مقایسه شود.
- ۵) از چند روش پیشگیری استفاده شود و نتایج و اثرات آنها مقایسه شود.

#### ۵-۵- محدودیت‌های تحقیق

- ۱) تکمیل پرسشنامه به شیوه خود-گزارشی در اکثر مواقع، که این مورد با وجود اینکه در تحقیقات مختلف روشی متداول به شمار می‌رود، ولیکن ممکن است باعث ایجاد برخی جهت‌گیری‌ها و غرض‌ورزیها در مدیران اجرایی گردد و نتایج با برخی سوگیری‌ها همراه گردد. البته در این رابطه تلاش گردید تا با استفاده از پرسشنامه‌های بی‌نام و ذکر شخصی بودن اطلاعات پرسشنامه و عدم سوء استفاده از اطلاعات تا حدی از آثار منفی این محدودیت کاسته شود.
- ۲) داشتن حالت محافظه‌کارانه در پاسخ دادن به برخی پرسش‌ها
- ۳) عدم همکاری برخی از افراد
- ۴) عدم تعمیم نتایج

## فهرست منابع و مآخذ

### منابع فارسی

- احترامی، مهرداد. ۱۳۸۵، مجموعه مقالات اقتدارافزایی، سازمان بهزیستی کشور.
- اقبال ولدبیگی و علی انتظامی (۱۳۹۲). وضعیت برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد دانش آموزان با رویکرد مددکاری اجتماعی، فصلنامه پژوهش اجتماعی، سال پنجم، شماره بیستم، پاییز ۱۳۹۲
- بهراری، فرشاد. ۱۳۸۸، اعتیاد مشاوره و درمان، نشر دانژه
- بهرامی احسان، هادی، اعتیاد و فرایند پیشگیری، تهران، انتشارات سمت، چاپ سوم، ۱۳۸۸.
- حمید صرامی، طرح سالم‌سازی محیط‌های کار - ۱۳۸۴
- خادمی اشکذری، ملوک، بررسی تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش عوامل فردی مؤثر بر سوء مصرف مواد در میان دانش آموزان در معرض خطر، پایان نامه دکترا، تهران، دانشگاه الزهراء، 1383.
- رفیعی، حسن / اعتمادی، حسین، ۱۳۸۵، سیاست سلامت در چارچوب رفاه اجتماعی، فصلنامه تأمین اجتماعی (۶). ساعتچی، محمود؛ روا شناسی صنعتی و سازمانی، تهران، ویرایش، ۱۳۸۶، چاپ اول، ص ۲۱۱-۲۱۲.
- سال پنجم شماره ۲۰.
- سعید جلائی فر، فاطمه آقاخان بابایی، محمد رضا امامی نوده (۱۳۹۴). پیشگیری و کاهش آسیب‌های اجتماع محور (اعتیاد در محیط‌های کار).
- طلعت تازیکی (۱۳۹۳). بررسی راهکارهای پیشگیری اجتماع مدار از اعتیاد به مواد مخدر در اطفال و نوجوانان (با تأکید بر آموزش کار با جامعه)، فصلنامه دانش انتظامی خراسان شمالی.
- عربیان، نرگس، اعتیاد و راه‌های پیشگیری از آن با تأکید بر جامعه و خانواده، مجله حیات سبز، شماره ۳، علی وردی‌نیا، اکبر (۱۳۸۵)، مطالعه جامعه شناختی اعتیاد به مواد مخدر در ایران. فص نامه رفاه اجتماعی، مساواتی آذر، مجید (۱۳۸۸)، آسیب شناسی اجتماعی ایران، تبریز، انتشارات نوبل.
- مینا علیپوری نیاز، حسن رفیعی، آمنه ستاره فروزان، بهزاد طالبی، (۱۳۸۸).
- اثربخشی برنامه پیشگیری اجتماع‌محور از اعتیاد بر کیفیت زندگی در استان آذربایجان شرقی، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، (۱۳۸۲). سال دهم، شماره ۳۴.
- هاوکینز، کاتالانو و میلر، (۱۳۹۱)، عوامل خطر و عوامل محافظت‌کننده در پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در جوانان و نوجوانان، ماهجویی، ماهیار، ترجمه و انتشار.

- American journal of Addiction Medicine. (2001), "Definitons Related to the Use of Opioids for the Treatment of Pain", American Academy of Pain Medicine, the American Pain Society, and the American Society of Addiction Medicine.
- Benard. B, (2011) Fostering Resiliency in Kids: Protective Factors in the Fammily, School, and Community.
- BENNETT, J. B. , PATTERSON, C. R. , REYNOLDS, G. S. , WIITALA, W. L. & LEHMAN, W.E. 2004. Team awareness, problem drinking, and drinking climate: 118 workplace social health promotion in a policy context.
- Botvin GJ & Botvin EM (1997) School- Based Programs. Substance, Abuse: A Comprehensive Textbook.
- Botvin GJ & Botvin EM (1997) School- Based Programs. Substance, Abuse: A Comprehensive Textbook.
- Butler, AJ. [http://EzineArticles.com/?expert=Alan\\_J\\_Butler](http://EzineArticles.com/?expert=Alan_J_Butler), Connected at Feb 2010.
- Corbett, K. (2001). Susceptibility of youth to tobacco: a social ecological
- Dejong, W. , & M. Langford, L. (2002). A typology for Campus-Based Alcohol Prevention: Movingtoward Environmental Management Strategies. Journal of Student Alcohol, Supplement, 147-140 ,14.
- framework for prevention. Respiration Physiology, 118–103 ,128.
- Gastfriend DR. When a substance use disorder is the cause of treatment resistance. In: Pollack M, Otto M, Rosebaum J, eds. Challenges in clinical practice: pharmacologic and psychosocial strategies. New York: Guilford press; 2001.
- health promotion: AJHP, 13-103 ,19.
- Jackson, A. M. (2009). Psychosocial Maturity and Attribution: Detained Girls' Perceptions NIDA Prevention Brochure- Principles/ (2000) WorldWeb: <http://165.112.78.61>. Prevention.html
- of Their Delinquent Behaviors. Claremont: Claremont Graduate University
- OPEC (2011). Holly Raffle, Ohio University's Voinovich School of Leadership and Public Affairs.
- Panter-Brick, C. , E. Clarke, S. , Lomas, H. , Pinder, M. , & W. Lindsay, S. (2006). Culturally compelling strategies for behaviour change: A social ecology model and case study in malaria prevention. Social Science & Medicine,
- PROBST, T. M. & GOLD, D. C. , J. 2008. A prelimanary Evaluation of Solve Addressing Psychosocial Problems at Work. Journal of Occupational Health Psychology, 42-32 ,13.
- Rober J. P. (2002) Risk and Protective Factor Models in Adolescent drug Use: Putting Them to Work for Prevention
- Robertson, EB. David, SL, and Rao, SA. (2006), »Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders«, Maryland, National Institute on Drug Abuse.
- Rosenberg, Daniel C. (2002) North Carolina Community Health Assessment Process.
- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. 9th ed. Lippincott Williams &Wilkins; 2010.
- Who- UNDCP (2000) Primary Prevention of substance Abuse a Work Book for Project Operators.

## **Abstract**

Social problems such as addiction in the workplace as one of the main environments for the presence of people is a very worrying issue. Consumption and abuse of materials in the workplace have a reciprocal effect on personnel performance and production. The purpose of this study is to assess community-based prevention from addiction in working environments. This research is in terms of applied and descriptive method and correlation. Which examines the community-based approach to addicts in the environment. The information was collected through a questionnaire. Results were analyzed using spss software. The results showed that there is a meaningful relationship between the goals of action, attitude and knowledge and community-based prevention from addiction in working environments.

Community-Based Prevention, Addiction, Work Environments

Ministry of Science, Research and Technology  
University of Applied Science and Technology  
Tehran Province



Tehran Province State Welfare Organization  
Educational Center for Applied Science  
of Welfare and Social Security  
in Tehran Province

The Final Report of Project for Receiving “M. A” in  
“Prevention of Addiction” Major

**Macro Topic of the Project:**  
**The social approach in the fight against**  
**The drug addiction in workplaces**

Macro Project’s Leader:

**Dr. Hamidreza Serami Forousgmhani**

Project Specific Title:

**Assessment of community-based drug**  
**abuse prevention in workplaces**

Professor of Specialist Project Help:

**Dr. Habib allah Masoudi Farid**

Project Consultant:

**Dr. Mehrdad Ehterami**

:Writer

**Masoud Mazaheri**

Fall 2018