



**دانشگاه آزاد اسلامی**

**واحد تهران شمال**

**دانشکده علوم انسانی – گروه علوم اجتماعی**

**پایان نامه کارشناسی ارشد**

**گرایش: جامعه‌شناسی**

**عنوان:**

**بررسی عوامل اجتماعی گرایش به اعتیاد در جوانان معتاد (۱۴ تا ۲۹ سال)**

**شهر تهران سال ۱۳۹۶**

**استاد راهنما:**

**دکتر فیض‌الله نوروزی**

**استاد مشاور:**

**دکتر عبدالرضا ادهمی**

**نگارش:**

**محمد رسول طاهری**

**۱۳۹۶**

صلى الله عليه وسلم



معاونت پژوهش و فن آوری

### منشور اخلاق پژوهش

با یاری از خداوند سبحان و اعتقاد به این که عالم محضر خداست و همواره ناظر بر اعمال انسان و به منظور پاس داشت مقام بلند دانش و پژوهش و نظر به اهمیت جایگاه دانشگاه در اعتلای فرهنگ و تمدن بشری، ما دانشجویان و اعضاء هیأت علمی واحدهای دانشگاه آزاد اسلامی متعهد می گردیم اصول زیر را در انجام فعالیت های پژوهشی مد نظر قرارداد و از آن تخطی نکنیم:

- ۱- اصل حقیقت جویی: تلاش در راستای پی جویی حقیقت و وفاداری به آن و دوری از هرگونه پنهان سازی حقیقت.
- ۲- اصل رعایت حقوق: التزام به رعایت کامل حقوق پژوهشگران و پژوهیدگان (انسان، حیوان و نبات) و سایر صاحبان حق.
- ۳- اصل مالکیت مادی و معنوی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.
- ۴- اصل منافع ملی: تعهد به رعایت مصالح ملی و در نظر داشتن پیشبرد و توسعه کشور در کلیه مراحل پژوهش.
- ۵- اصل رعایت انصاف و امانت: تعهد به اجتناب از هرگونه جانبداری غیرعلمی و حفاظت از اموال، تجهیزات و منابع در اختیار.
- ۶- اصل رازداری: تعهد به صیانت از اسرار و اطلاعات محرمانه افراد، سازمانها و کشور و کلیه افراد و نهادهای مرتبط با تحقیق.
- ۷- اصل احترام: تعهد به رعایت حریم ها و حرمت ها در انجام تحقیقات و رعایت جانب نقد و خودداری از هرگونه حرمت شکنی.
- ۸- اصل ترویج: تعهد به رواج دانش و اشاعه نتایج تحقیقات و انتقال آن به همکاران علمی و دانشجویان به غیر از مواردی که منع قانونی دارد.
- ۹- اصل برائت: التزام به برائت جویی از هرگونه رفتار غیر حرفه ای و اعلام موضع نسبت به کسانی که حوزه علم و پژوهش را به شائبه های غیرعلمی می آلاینند.



تعهد نامه اصالت رساله یا پایان نامه

اینجانب محمد رسول طاهری دانش آموخته مقطع کارشناسی ارشد در رشته علوم اجتماعی

گرایش جامعه شناسی که در تاریخ از پایان نامه خود با عنوان :

"بررسی عوامل اجتماعی گرایش به اعتیاد در جوانان معتاد (۱۴ تا ۲۹ سال) شهر تهران سال ۱۳۹۶" با

نمره ۱۸ دفاع نموده ام، بدینوسیله متعهد می شوم:

این پایان نامه حاصل تحقیق و پژوهش انجام شده توسط اینجانب بوده و در مواردی که از دستاوردهای علمی و پژوهشی دیگران (اعم از پایان نامه، کتاب و مقاله) استفاده نموده ام، مطابق ضوابط و رویه موجود، نام منبع مورد استفاده و سایر مشخصات آن را در فهرست مربوطه ذکر و درج کرده ام.

این پایان نامه قبلاً برای دریافت هیچ مدرک تحصیلی (هم سطح، پایین تر یا بالاتر) در سایر دانشگاه‌ها و مؤسسات عالی ارائه نشده است.

چنانچه بعد از فراغت از تحصیل، قصد استفاده یا هر گونه بهره برداری اعم از چاپ کتاب، ثبت و اختراع و... از این پایان نامه را داشته باشم، از حوزه معاونت پژوهشی واحد تهران شمال مجوزهای مربوطه را اخذ نمایم و در صورت ارائه مقاله در همایشها و مجلات با ذکر نام دانشگاه آزاد اسلامی تهران شمال در کنار نام نویسندگان به نحوی که تعلق اثر به دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال کامل مسجل باشد حقوق دانشگاه را رعایت نمایم.

چنانچه در هر مقطع زمانی خلاف موارد فوق ثابت شود، عواقب ناشی از آن را می پذیرم و واحد دانشگاهی مجاز است با اینجانب مطابق با ضوابط و مقررات رفتار نموده و در صورت ابطال مدرک تحصیلی ام هیچگونه ادعایی نخواهم داشت.

تاریخ و امضاء:

## سپاسگزاری:

سپاس بیکران پروردگار یکتا را که هستی‌مان بخشید، به طریق علم و دانش رهنمونمان شد، به همنشینی با رهروان علم و دانش مفتخرمان نمود و خوشه چینی از علم و معرفت را روزیمان ساخت.

بر خود وظیفه می‌دانم که از تمامی اساتید ارجمندم در مقطع کارشناسی ارشد به ویژه اساتید صاحب‌نظر و فرهیخته جناب آقای دکتر فیض‌الله نوروزی، جناب آقای دکتر عبدالرضا ادهمی و سرکار خانم دکتر طلیمه خادمیان صمیمانه تقدیر و تشکر نمایم. این عزیزان با نکته‌سنجی، راهنمایی‌ها و دیدگاه‌های علمی خود بر غنای علمی-پژوهشی این تحقیق افزودند.

همچنین جا دارد مراتب سپاس و قدردانی خود را نسبت به همه عزیزان از جمله فرزندانم محمدعلی و امیرحسین که در تکمیل این پایان‌نامه مرا یاری داده‌اند، اعلام نمایم. امید است که این پژوهش خدمتی هر چند کوچک به جامعه علمی کشور باشد.



**تقدیم به:**

**تمام کسانی که در این راه مشوق و راهنمایم بودند.**

**پروردگارا حسن عاقبت، سلامت و سعادت را برای آنان مقدر فرما.**

**این پایان نامه با حمایت مادی و معنوی ستاد مبارزه با مواد مخدر  
انجام شده است.**



درمندی

سند معتبر

توزیع کننده کتب و مجله های علمی گروه آموزشی درمشی کارشناسی ارشد - کمیته احصای کتابی

دانشگاه علوم انسانی - تهران

تاریخ: ۹۵، ۱۱، ۲۳

۶- علی محمدی  
۷- محمدی  
۸- محمدی  
۹- محمدی

۱- امیرالدین  
۲- امیرالدین  
۳- امیرالدین  
۴- امیرالدین  
۵- امیرالدین

توضیحات:

احتمالاً مغرباً

دانشگاه تهران

مدرس عوامل اجتماعی گرایش جامعه‌شناسی در جوانان (۴ آ تا ۲۹ ساله)  
شهر تهران در سال ۱۳۹۶

**۹- صورتجلسه گروه تخصصی**

نام و نام خانوادگی دانشجو: محمد رسول طاهری

تاریخ امضاء

نام و نام خانوادگی استاد راهنما

تاریخ امضاء

۱- دکتر فیض الله نوروزی

۲-

نام و نام خانوادگی استاد یا استاذان مشاور

تاریخ امضاء

۱- دکتر عبدالرضا ادهمی

۲-

شورای گروه تخصصی در تاریخ: در محل دانشکده با حضور اعضای مربوطه

تشکیل و موضوع پایان نامه: با عنوان: بررسی عوامل احتمالی گرایش به اعتیاد در محیط‌های

مستاد (۱۳ تا ۲۹ سال) سرتیران در سال ۱۳۹۶

نام و نام خانوادگی اعضای شورا

تاریخ امضاء

۱-

۲-

۳-

۴-

۵-

۶-

نام و نام خانوادگی مدیر گروه:

تاریخ امضاء

نام و نام خانوادگی مسئول رئیس اداره پژوهش دانشکده:

تاریخ امضاء

نام و نام خانوادگی ریاست دانشکده:

تاریخ امضاء

نام و نام خانوادگی معاون پژوهشی واحد:

تاریخ امضاء

## فهرست مطالب

چکیده.....	۱
۱- فصل اول کلیات تحقیق.....	۲
۱-۱ مقدمه.....	۳
۱-۲ بیان مسأله اساسی.....	۴
۱-۳ اهمیت و ضرورت.....	۶
۱-۴ مهم ترین عوامل اجتماعی.....	۸
۱-۵ سؤالات تحقیق.....	۹
۱-۶ اهداف تحقیق.....	۹
۲- فصل دوم مروری بر ادبیات تحقیق و پیشینه تحقیق.....	۱۰
۲-۱ مقدمه.....	۱۱
۲-۲ پیشینه تحقیق.....	۱۱
۲-۳ ادبیات نظری تحقیق.....	۱۴
۲-۳-۱ تعاریف و مفاهیم اعتیاد.....	۱۴
۲-۳-۲ تاریخچه مصرف مواد.....	۱۶
۲-۳-۳ شیوع مصرف مواد مخدر در جهان و ایران.....	۱۷
۲-۳-۴ آمادگی اعتیاد.....	۱۷
۲-۳-۵ مراحل اعتیاد به مواد مخدر.....	۱۹
۲-۳-۶ نوجوانی و مصرف مواد.....	۱۹
۲-۳-۷ دیدگاه های نظری در خصوص گرایش به سوء مصرف مواد.....	۲۰
۱- نظریه محرومیت نسبی.....	۲۲
۲- نظریه تضاد.....	۲۲
۳- نظریه کنش متقابل نمادین.....	۲۲
۴- نظریه بی سازمانی اجتماعی.....	۲۲
۵- الگوی بوم شناسی اجتماعی.....	۲۲
۶- نظریه یادگیری اجتماعی بندورا.....	۲۳
۷- نظریه پیوند افتراقی.....	۲۴
۸- نظریه مدل یادگیری اجتماعی چند مرحله ای.....	۲۶

۲۸	۹- نظریهٔ برجسب زنی.....
۲۸	۱۰- نظریه کنترل اجتماعی.....
۲۹	۱۱- مدل رشد اجتماعی.....
۳۰	۸-۳-۲ عوامل موثر بر گرایش افراد به مصرف مواد.....
۳۰	۹-۳-۲ علل فردی.....
۳۳	۱۰-۳-۲ علل خانوادگی.....
۳۹	۱۱-۳-۲ علل اجتماعی.....
۴۱	۱۲-۳-۲ نگرش به مصرف مواد مخدر.....
۴۲	۱۳-۳-۲ تأثیر نگرش‌ها، باورها و انتظارات در گرایش به مصرف مواد مخدر.....
۴۲	۱۴-۳-۲ اهمیت دوره نوجوانی و جوانی در جامعه.....
۴۴	۱۵-۳-۲ جوانی و مصرف مواد.....
۴۴	۱۶-۳-۲ مفهوم پیشگیری از اعتیاد.....
۴۷	۱۷-۳-۲ عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد در نوجوانان.....
۴۷	۱۸-۳-۲ دسته بندی عوامل خطر ساز بر حسب حیطه‌های مختلف.....
۵۰	۱۹-۳-۲ حیطه‌ی فرد/ همسالان.....
۵۰	۲۰-۳-۲ ارتباط با دوستانی که درگیر رفتارهای ضد اجتماعی هستند یا مواد مصرف می‌کنند.....
۵۰	۲۱-۳-۲ عوامل روانشناختی و سرشتی.....
۵۱	۲۲-۳-۲ حیطه‌ی اجتماعی.....
۵۱	۲۳-۳-۲ حیطه‌ی خانواده.....
۵۲	۲۴-۳-۲ نگرش‌ها و رفتارهای والدین درباره‌ی مواد.....
۵۲	۲۵-۳-۲ پیوند عاطفی ضعیف و تعهد اندک به خانواده.....
۵۳	۲۶-۳-۲ حیطه مدرسه.....
۵۴	۲۷-۳-۲ چهارچوب نظری.....
۵۶	۴-۲ فرضیه‌های تحقیق.....
۵۷	۵-۲ مدل نظری.....
۵۸	۳- فصل سوم روش اجرای تحقیق.....
۵۹	۱-۳ مقدمه.....
۵۹	۲-۳ روش تحقیق.....
۵۹	۳-۳ متغیرهای پژوهش.....

۳-۴	جامعه آماری، نمونه آماری، روش نمونه گیری	۶۸
۳-۴-۱	جامعه آماری	۶۸
۳-۴-۲	جمعیت نمونه	۶۸
۳-۴-۳	روش نمونه گیری	۶۸
۳-۴-۴	ابزار تحقیق	۶۹
۳-۴-۵	روایی و پایایی آزمون	۶۹
۳-۵	روشهای آماری تحلیل داده ها	۷۱
۳-۵-۱	روش شناسی تحقیق	۷۱
۳-۵-۲	روش و ابزار گردآوری داده ها	۷۲
۳-۵-۳	روش ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده ها	۷۲
۳-۶	تعریف مفاهیم	۷۲
۳-۶-۱	اعتیاد	۷۲
۳-۶-۲	معتاد	۷۳
۳-۶-۳	مواد مخدر	۷۳
۳-۶-۴	دوره نوجوانی	۷۳
۳-۶-۵	دوره جوانی	۷۴
۳-۶-۶	علل اجتماعی گرایش جوانان به مواد مخدر و روانگردان	۷۴
۳-۶-۷	باورداشت مثبت به مواد مخدر	۷۵
۳-۶-۸	خانواده گسیخته	۷۵
۳-۶-۹	گروه همسالان	۷۶
۳-۶-۱۰	کنجکاوی	۷۷
۳-۶-۱۱	پیشگیری از اعتیاد	۷۸
۳-۶-۱۲	مرکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی به مواد	۷۹
۴-۴	فصل چهارم تجزیه تحلیل داده ها	۸۰
۴-۱	مقدمه	۸۱
۴-۲	توصیف متغیرهای پژوهش	۸۱
۴-۳	بررسی نرمال بودن داده ها	۸۳
۴-۴	یافته های استنباطی	۸۴
۴-۵	اولویت بندی متغیرهای تحقیق	۹۰

۹۱.....	۴-۶ خلاصه:
۹۲.....	۵- فصل پنجم نتیجه گیری و ارائه پیشنهادات
۹۳.....	۵-۱ مقدمه
۹۳.....	۵-۲ بحث و نتیجه گیری
۹۶.....	۵-۳ محدودیت های پژوهش
۹۷.....	۵-۴ ارائه پیشنهادات
۱۰۲.....	۵-۵ منابع و ماخذ
۱۰۵.....	۵-۶ منابع لاتین
۱۰۶.....	۶- پیوست

## فهرست جداول

- جدول ۳-۱: جدول سؤالات مربوط به متغیرها و ضریب پایایی پرسشنامه ..... ۷۱
- جدول ۴-۱: میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای پژوهش در نمونه آماری ..... ۸۲
- جدول ۴-۲: میانگین هر یک از متغیرهای پژوهش در نمونه آماری ..... ۸۲
- جدول ۴-۳: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده ها ..... ۸۳
- جدول ۴-۴: ماتریس همبستگی بین متغیر فرضیه ۱ ..... ۸۴
- جدول ۴-۵: ماتریس همبستگی بین متغیر فرضیه ۲ ..... ۸۵
- جدول ۴-۶: ماتریس همبستگی بین متغیر فرضیه ۳ ..... ۸۶
- جدول ۴-۷: ماتریس همبستگی بین متغیر فرضیه ۴ ..... ۸۷
- جدول ۴-۸: ماتریس همبستگی بین متغیر فرضیه ۵ ..... ۸۸
- جدول ۴-۹: ماتریس همبستگی بین متغیر فرضیه ۶ ..... ۸۹
- جدول ۴-۱۰: اولویت بندی مؤلفه های مربوط به گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان ..... ۹۰

## فهرست نمودار

- نمودار ۱-۲: شبکه‌ی عوامل مؤثر در سوء مصرف مواد (برنستاین و زیگ، ۱۹۹۹)..... ۴۹
- نمودار ۲-۲: مدل نظری..... ۵۷
- نمودار ۱-۳: رابطه بین متغیر مستقل و وابسته شماره ۱..... ۶۱
- نمودار ۲-۳: رابطه بین متغیر مستقل و وابسته شماره ۲..... ۶۲
- نمودار ۳-۳: رابطه بین متغیر مستقل و وابسته شماره ۳..... ۶۳
- نمودار ۳-۴: رابطه بین متغیر مستقل و وابسته شماره ۴..... ۶۴
- نمودار ۳-۵: رابطه بین متغیر مستقل و وابسته شماره ۵..... ۶۵
- نمودار ۳-۶: رابطه بین متغیر مستقل و وابسته شماره ۶..... ۶۶
- نمودار ۳-۷: رابطه بین متغیر مستقل و وابسته شماره ۷..... ۶۷
- نمودار ۱-۴: همبستگی بین متغیر فرضیه ۱..... ۸۴
- نمودار ۲-۴: همبستگی بین متغیر فرضیه ۲..... ۸۵
- نمودار ۳-۴: جدول همبستگی متغیر فرضیه ۳..... ۸۶
- نمودار ۴-۴: شکل همبستگی متغیر فرضیه ۴..... ۸۷
- نمودار ۵-۴: شکل همبستگی متغیر فرضیه ۵..... ۸۸
- نمودار ۶-۴: شکل همبستگی متغیر فرضیه ۶..... ۸۹
- نمودار ۷-۴: نمودار عنکبوتی مربوط به مؤلفه های مربوط به گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان..... ۹۱



## چکیده:

اعتیاد به مواد مخدر و روانگردان به عنوان تهدیدی بسیار حاد، نوجوانان و جوانان جامعه را آماج هدف قرار داده، خانواده‌ها و مسئولین را با نگرانی‌های فراوانی مواجه کرده است. افزایش گرایش نوجوانان و جوانان به مصرف مواد بسیار نگران‌کننده است زیرا از سویی این قشر بعنوان نیروی مولد و پویا، آینده سازان هر جامعه‌ای محسوب می‌شوند و از سوی دیگر اکثر نوجوانان و جوانانی که در سالهای اولیه نوجوانی مواد مصرف می‌کنند در سالهای آینده نیز ادامه خواهند داد. در میان عوامل تاثیرگذار بر بروز و شیوع اعتیاد جوانان، عوامل اجتماعی از جمله عوامل بسیار حائز اهمیت می‌باشند.

هدف ما در این تحقیق بررسی نقش عوامل اجتماعی موثر بر اعتیاد جوانان شهر تهران (۱۴ تا ۲۹ سال) در سال ۱۳۹۶ می‌باشد. نوع تحقیق ما توصیفی، روش تحقیق ما در این پژوهش از نوع پیمایشی و ابزار گردآوری اطلاعات ما توزیع پرسشنامه محقق ساخته در بین جمعیت نمونه بود که برای پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۱ تعیین شد. بنابراین می‌توان گفت سؤال‌های پرسشنامه تحقیق از پایایی مناسب و مطلوبی برخوردار می‌باشند.

جامعه آماری ما را در این تحقیق، مراجعه کنندگان معتاد جوان به مراکز درمانی ترک اعتیاد اقامتی میان مدت (کمپ) شهر تهران در سال ۱۳۹۶، که ۳۸ مرکز بودند، دربر می‌گرفت که جمعیت نمونه بر اساس جدول مورگان، حجم نمونه تعداد ۱۶۲ نفر از این جامعه آماری طبق شیوه نمونه‌گیری تصادفی استخراج گردید. در بخش آمار استنباطی، برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کلموگروف اسمیرنوف بهره گرفته شد که با توجه به غیر نرمال بودن متغیرها برای بررسی فرضیه‌های تحقیق از آزمون‌های ناپارامتری همبستگی اسپیرمن استفاده گردید.

یافته‌ها و نتایج تحلیل آماری حاصله نشان می‌دهد که با توجه به رابطه معنادار بین متغیرهای مستقل و وابسته، هر ۶ فرضیه عنوان شده در تحقیق تایید شدند. لذا فرض این پژوهش در خصوص معنادار بودن رابطه بین عوامل اجتماعی (وابستگی به دوستان، محیط جغرافیایی و محل زندگی ناسالم، حس کنجکاوی، گسیختگی خانواده، تصورات قالبی مثبت و ضعف برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد) و گرایش جوانان به مواد مخدر و روانگردان در بین جمعیت نمونه ما مورد حمایت قرار گرفت.

در نتیجه پژوهش حاضر تاکید دارد با توجه به اهمیت عوامل اجتماعی یاد شده در دیدگاه‌های نظریه پردازانی مانند ساترلند، دورکیم، بکر، سیمونز و رابرتسون و... بر گرایش جوانان به اعتیاد می‌بایست جامعه و خانواده‌ها با درک اهمیت بیش از پیش به محیط اجتماعی، روابط اجتماعی و خانوادگی بخصوص وابستگی به دوستان، محیط جغرافیایی و محل زندگی، حس کنجکاوی، پایداری بنیان خانواده، تصورات قالبی در خصوص مصرف مواد با کسب و آموزش مهارت‌های زندگی به خصوص برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد به جوانان، در جهت کاهش آسیب‌های اجتماعی به خصوص اعتیاد به مواد، گام بردارند.

واژگان کلیدی: اعتیاد، جوانان، خانواده، گروه همسالان، حس کنجکاوی، دوستان، بیکاری، فقر، جرم.

# ۱- فصل اول

## کلیات تحقیق

## ۱-۱ مقدمه

اعتیاد و سوء مصرف موادمخدر به مثابه یک مسئله اجتماعی، پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی در یک جامعه می‌شود. در جامعه امروز ما، مواد مخدر در سیمای یک مسأله یا مشکل اجتماعی رخ نموده‌است. این آسیب اجتماعی تعداد زیادی از مردم را تحت تأثیر قرار داده و به طور روز افزونی در حال تعامل با سایر آسیب‌های اجتماعی و تبدیل شدن به یک تهدید شالوده و ساخت شکن است.

همچنین عوارض ناشی از اعتیاد به مواد مخدر تهدیدی جدی برای سلامت جامعه بشری محسوب شده، موجب رکود اجتماعی در زمینه‌های مختلف می‌گردد. ویرانگری‌های حاصل از آن، زمینه‌ساز سقوط بسیاری از ارزش‌ها و هنجارهای فرهنگی و اخلاقی شده و بدین ترتیب سلامت جامعه را در ابعاد مختلف، به طور جدی به مخاطره می‌اندازد.

در این میان اعتیاد، به عنوان تهدیدی بسیار حاد نوجوانان و جوانان را آماج هدف قرارداده و خانواده‌ها و مسئولین را با نگرانی‌های فراوانی مواجه کرده است. افزایش گرایش نوجوانان به مصرف مواد بسیار نگران کننده است زیرا اکثر نوجوانانی که در سالهای اولیه نوجوانی مواد مصرف می‌کنند در سالهای آینده نیز ادامه خواهند داد (محمدخانی، ۱۳۸۹: ۲۷).

به طوریکه آمارها نشان می‌دهد ۶۶ درصد معتادین برای اولین بار مصرف مواد مخدر را در سن ۱۶-۲۵ سالگی تجربه کرده‌اند. (نیکدل، ۱۳۹۲: ۵). از علل و عوامل گرایش افراد به مصرف مواد مخدر به خصوص در سنین جوانی زیاد یاد می‌شود اما اینکه جامعه و عوامل اجتماعی بر روی جوانانی که دارای قوه تمیز و تشخیص خوب و بد نبوده‌اند و درک صحیحی از کار خود نداشته‌اند و در بیشتر موارد این افراد از سوی جوانان دیگر با مواد مخدر آشنا شده و سپس توسط همین افراد و تشویق آنها شروع به مصرف مواد مخدر کرده‌اند چقدر تاثیر گذار است، بحثی است که به نظر محقق با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی جامعه ایران می‌بایست بیشتر مورد واکاوی قرار گیرد. چرا که به نظر محقق عوامل غیر ارادی همچون وراثت و یا ویژگی‌های شخصیتی از جمله اضطراب،

هیجان، وسواس و... که در گرایش افراد به مواد مخدر و روانگردان مطرح هستند احتمالا نمی‌توانند توجیهی بر اراده و اختیار افراد در انتخاب مسیر تاریک اعتیاد فرد داشته باشند، هر چند که به نظر اکثر صاحب‌نظران تبیین علل و عوامل گرایش به اعتیاد بسیار حائز اهمیت است ولیکن در این تحقیق توجه به عوامل اجتماعی که گرایش به اعتیاد در جوانان را افزایش داده و می‌دهد مد نظر بوده است، لذا تلاش خواهیم کرد با شناخت نسبی عوامل موثر بر اعتیاد، بر اهمیت عوامل خاص اجتماعی اعتیاد فائق آییم.

## ۱-۲ بیان مسأله اساسی

در حال حاضر سوء مصرف مواد مخدر یکی از مشکلات اصلی کشورهای توسعه یافته و در حال توسعه است. به قول گیدنز<sup>۱</sup> استاد جامعه‌شناسی لندن (والاک<sup>۲</sup>، ۱۹۹۹). جامعه امروز به دلیل افزایش آثار نامطلوب صنعتی شدن؛ مانند آلودگی محیط زیست، آلودگی هسته‌ای، افزایش جمعیت و فراوانی بیماری‌هایی چون ایدز و سوء مصرف مواد، مشروعیت خود را از دست داده است (رفیعی و همکاران، ۱۳۸۷: ۴۷).

شیوع اعتیاد به اشکال گوناگون به موضوع نگران کننده‌ای تبدیل شده است. اعتیاد همچون دیگر پدیده‌های اجتماعی که با انسان سروکار دارند، پیچیده است. ویژگی‌های جسمانی و روانی و نیز زمینه‌های گوناگون اجتماعی (اعم از فرهنگی، اقتصادی، سیاسی و نظایر آن) در گسترش و سرایت این پدیده نقش دارند. بدیهی است که آگاهی به ابعاد ناشناخته این پدیده می‌تواند در تنظیم راهبرد در حوزه‌های کاهش عرضه، کاهش تقاضا و کاهش آسیب یاری رسان باشد (همان).

اعتیاد به عنوان یک بلای خانمانسوز، عواقب بسیاری برای جوامع دارد. این معضل مهم اجتماعی که در برخی از جوامع میزان شیوعی از ۶ تا ۱۵ درصد دارد، سبب کاهش راندمان کاری قشر فعال جامعه و لذا هزینه‌های هنگفت اقتصادی برای درمان افراد از یک سو و نیز هزینه‌های ناشی از ضرر عدم کارکردن موثر افراد از سوی دیگر می‌گردد. اهمیت این امر با آگاهی از روند رو به رشد و فزاینده اعتیاد در جوامع دو چندان می‌شود.

---

<sup>1</sup>- Giddens

<sup>2</sup>-Wallac

برآوردهای صورت گرفته نشان می‌دهد که میزان خسارت‌های اقتصادی - اجتماعی مستقیم و غیر مستقیم مواد مخدر و قاچاق آن در کشور سالیانه ۷۰۰ میلیارد تومان است. (صادقی، ۱۳۸۲: ۱۵۵).

در این میان افزایش گرایش نوجوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان بسیار نگران کننده است طبق گزارشات در سال ۱۳۸۲، سن آغاز مصرف مواد مخدر در ایران به ۱۴ تا ۱۶ سال رسیده است (توسلی، ۱۳۷۹: ۹). و سالانه ۱۰٪ به تعداد معتادان افزوده می‌شود (عبدی، ۱۳۸۲: ۱۳۵).

اکثر نوجوانانی که در سالهای اولیه نوجوانی مواد مصرف می‌کنند، در سالهای آینده نیز ادامه خواهند داد. (صرامی و همکاران، ۱۳۸۵: ۴۸). ۶۶ درصد معتادین برای اولین بار مصرف مواد مخدر را در سن ۱۶ تا ۲۵ سالگی آغاز می‌کنند. (سموعی، ۱۳۷۸: ۲).

هرچند که گسترش روز افزون رفتارهای مرتبط با سوء مصرف مواد به ویژه در میان نوجوانان و جوانان، نگرانی متخصصین امر را در خصوص سلامت شخصی افراد افزایش داده است و منجر به شکل‌گیری انواع برنامه‌های آموزشی به منظور ترویج سبک زندگی سالم شده است، اما پیشگیری از رفتارهای پرخطر، همچون پیشگیری از بیماری‌ها نیازمند شناسایی علل و عوامل درگیر در آن می‌باشد. سیاست گذاران عرصه اعتیاد برای روزآمد کردن اطلاعات و یافته‌های خود و به منظور طراحی برنامه‌های موثر در این حوزه نیازمند پژوهش‌هایی هستند که در اسرع وقت چشم‌اندازی از وضعیت موجود و آینده مصرف مواد را در اختیار آنان قرار دهد. از سوی دیگر پدیده اعتیاد به سبب چند وجهی بودن و همچنین تغییرات پنهانی و سریع نیازمند مداخلات جامع و دقیق و در عین حال سریع و پویا است (نارنجیها و همکاران، ۱۳۸۶: ۶۲).

علی‌رغم حساسیت دوره نوجوانی و اهمیت پیشگیری از رفتارهای منجر به اعتیاد در این دوران، به علت محدودیت‌های قانونی و شرعی و بازداریها و رفتارهای مخفیانه نوجوانان، در ایران اطلاعات دقیق و جامعی وجود ندارد. (ابوالقاسمی، ۱۳۹۰: ۱۸۲).

ولی در اکثر مطالعات انجام شده نسبت دانش آموزان در جمعیت معتاد کشور ۰/۳ تا ۰/۵ درصد می‌باشد یعنی حدود ۶ هزار تا ۱۰ هزار نفر جمعیت معتادان ۲ میلیونی کشور (ره‌نورد، ۱۳۹۲: ۱۷).

بنابر این بررسی عوامل پیدایی در کنار کاهش دسترسی به مواد مخدر، کاهش عرضه در جامعه و از سوی دیگر اتخاذ تدابیری جهت کاهش تقاضا و درمان معتادان نقشی اساسی در کنترل اعتیاد در

جامعه بخصوص جوانان خواهد داشت. جوانانی که موتور حرکت و محور توسعه در هر جامعه‌ای محسوب می‌شوند و بررسی ابعاد مختلف زندگی این گروه از جامعه مورد تاکید همه صاحب‌نظران رشته‌های مختلف اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و... بوده و می‌باشد. بر همین اساس برآنیم تا در این تحقیق به بررسی عوامل اجتماعی معتادان جامعه در دسترس استان تهران در سال ۱۳۹۶ پرداخته و در نهایت بتوانیم راهکارها و پیشنهادات عملی جهت پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و روانگردان در بین این گروه از افراد جامعه ارائه نماییم.

### ۱-۳ اهمیت و ضرورت

جوانی یکی از دوره‌های حساس رشد انسان است که بسیاری از مهارت‌ها و ویژگی‌هایی که فرد در بزرگسالی به آن‌ها نیاز دارد، شکل می‌گیرد. با توجه به اهمیت دوره جوانی در مسائل تربیتی و آموزشی، این دوره مهمتر از سایر ادوار زندگی است که نباید از آن غافل شد. سنین جوانی بهترین دوران زندگی جهت کسب تجربه‌های مختلف است، در این دوران جوان سعی می‌کند با تأسی از رفتار اطرافیان مهم به کسب تجربه پرداخته و رفتار جدیدی را از خود بروز دهد. به عبارت دیگر جوان و نوجوان در فرآیند جامعه‌پذیری از طریق کنش‌های متقابل اجتماعی سبک و مهارت‌های زندگی را می‌آموزد و به تدریج به کسب تجربه‌های مختلف می‌پردازد.

از سوی دیگر جوانان، قشر فعال و مولد هر جامعه هستند و از لحاظ فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی عنصر حساس و مهم جوامع محسوب می‌شوند و دارای روحیات، خصوصیات و علایق متفاوتی هستند. انسان در دوران پس از بلوغ، در عنفوان جوانی به علت نارسایی و ناپختگی شخصیت، اضطراب، بی‌قراری، حس کنجکاوی، اعتقادات ضعیف مذهبی، عدم تحمل مشکلات زندگی، ناپایداری عاطفی، احساس زودگذر و استقلال طلب و تحریک پذیری بسیار شدید، احتمال اینکه به مسائل ناشناخته‌ای سوق داده شود بسیار زیاد است. نوجوانان و جوانان در هرگونه رفتار خطرجویانه در صددند رسش و هویت خویش را به اثبات برسانند، خطرجویی ممکن است به عنوان ابزاری برای پذیرفته شدن یا ورود به یک گروه خاص باشد. نوجوانان و جوانان غالباً دارای یک احساس فناپذیری و توان لایزال و شکست ناپذیر هستند و هنگامی که این احساسات با قدرت و

آمادگی آنان برای خطرجویی همراه می‌شود، نوجوانان و جوانان توانمندی‌های خود را بیش از حد ارزیابی می‌کنند که موجب هدایت آنان به سوی رفتارهای خود تخریب کننده می‌باشد (خالقی پور، ۱۳۸۱: ۱۹).

کشور ایران یکی از جوان‌ترین جمعیت‌های جهان است. به طوری که بیش از پنجاه درصد جمعیت آن را کودکان، نوجوانان و جوانان تشکیل می‌دهد. این جمعیت جوان می‌تواند برای توسعه کشور به عنوان سرمایه بالقوه محسوب شود که اگر توجه کافی به آموزش و سلامت روانی و جسمانی آنها نشود، همین جمعیت کلان تهدیدی برای آینده کشور خواهد بود. (نقشه جامع سلامت نوجوانان و جوانان، ۱۳۹۱: ۱۶).

اما متأسفانه آخرین آمار رسمی منتشر شده در ایران (۱۳۹۱) حاکی از این است که میزان اعتیاد به مواد در ایران را رقمی معادل یک میلیون و ۳۲۵ هزار نفر بیان نموده است، که ۹۱ درصد آن را مردان تشکیل می‌دهند که میزان مصرف مواد در گروه سنی ۱۵ تا ۱۹ سال معادل ۱۳.۵۶ درصد، گروه سنی ۲۰ تا ۲۴ سال معادل ۱۶.۸۳ درصد، ۲۵ تا ۲۹ سال معادل ۱۴.۳۲ درصد بوده و بقیه به گروه‌های سنی ۳۰ تا ۶۴ سال اختصاص دارد.

از طرفی آمار طرح ملی شیوع شناسی مواد در سال ۱۳۹۰ که توسط پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی انجام پذیرفت، نشان می‌دهد برای ۵۱٪ افراد اولین مکان شروع مصرف مواد در منزل دوست و یا منزل خود فرد مبتلا بوده و کسب لذت، کنجکاو و تفریح عامل اصلی شروع مصرف مواد بوده است. پیشنهاد دهنده برای اولین بار مصرف مواد، دوستان در ۴۱ درصد موارد و یکی از بستگان در ۲۴/۱۲ درصد موارد بوده است.

همچنین طبق گزارش سالیانه ستاد مبارزه با مواد مخدر در سال ۱۳۹۰، میزان مرگ و میر سالیانه ناشی از سوء مصرف مواد در سال ۲۰۰۹ معادل ۹۱ نفر در میلیون نفر جمعیت بین ۱۵ تا ۶۴ سال بوده است.

توجه به اهمیت حیاتی جوانان در رشد و بالندگی حیات جامعه و از سویی گسترش اعتیاد جوانان و با کمی تأمل و تعمق به آمارهای موجود در سطح ملی و منطقه‌ای، اهمیت و ضرورت طرح پژوهش را تعیین و توجه به این ضرورت‌ها، موجب می‌شود تا به واکاوی علل بوجود آورنده اعتیاد

در جوانان بخصوص شناخت عوامل اجتماعی آن با توجه به حس بالای نیاز به استقلال طلبی و اعلام هویت اجتماعی مستقل در این قشر را روشن سازد.

#### ۴-۱ مهم‌ترین عوامل اجتماعی

مهمترین عوامل و مواردی که تحت عنوان عامل اجتماعی طبقه بندی می‌شوند عبارتند از: مصرف آسان، دسترسی و فراوانی مواد، کمبود امکانات حمایتی و مشاوره‌ای، فقدان مهارت‌های زندگی و ارتباطی در جامعه، زندگی در محلات آلوده، وجود زمینه های جرم و انحرافات، نداشتن الگوی مناسب اخلاقی، مشکلات و اختلافات خانوادگی، وجود فرد معتاد در خانواده، معاشرت های ناسالم، روش‌های ناصحیح تربیتی به دلیل کم‌سواد والدین، ضعف در نظارت تربیتی و کنترل صحیح فرزندان، ضعف در آگاهی نسبت به نیازهای جوانان و رفع آنها، کمبود تفریحات سالم و بهره مندی از اوقات فراغت مناسب، هم‌رنگ شدن با دوستان، همسالان و رفقای ناباب، ناامیدی نسبت به آینده، زمینه ناهنجاری‌های شخصیتی و عدم توجه به آن، وجود افراد کجرو و ناباب در مدارس، جدایی والدین (طلاق)، شکست تحصیلی، بیسوادی / کم‌سواد والدین (امانی، ۱۳۹۲: ۴۶).

علاوه بر این، ضرورت و فوریت درک سلامت نوجوانان و جوانان حائز اهمیت است چرا که:

- ۱- سلامت حق طبیعی هر انسان، از جمله جوانان است.
- ۲- جوانان بیش از یک سوم جمعیت کشور را دربر می‌گیرند.
- ۳- برآوردها در اقتصاد بهداشت نشان می‌دهند که نوجوانی و جوانی از لحاظ کمی با ارزش‌ترین گروه‌های سنی اجتماع می‌باشند.
- ۴- جوانان و بویژه نوجوانان در بهترین سنین برای فراگیری مهارت‌های سالم زیستن قرار دارند.
- ۵- بنیان بسیاری از رفتارهای تاثیرگذار بر سلامت و شیوه زندگی افراد در سنین نوجوانی و جوانی شکل می‌گیرد. هر چند که جوانان، در مقایسه با گروه‌های جوان‌تر و مسن‌تر، مرگ و میر کمتری دارند، اما رفتارها و شیوه زندگی که در این سنین در پیش گرفته می‌شود تاثیری شگرف بر بیماری‌های عمده در آینده دارد.
- ۶- برنامه‌های ارتقای سلامت در جوانان از هزینه اثر بخش‌ترین برنامه‌ها می‌باشند.



- ۷- جوانان امروز، والدین فردا هستند. توفیق در ارتقای سلامت آنها تضمین کننده سلامت نسل حاضر و آینده کشور است که پایداری برنامه‌های توسعه را به دنبال دارد.
- ۸- جوانان می‌توانند بیشترین تاثیرات را بر همسالان و اعضای خانواده خود داشته باشند.
- (نقشه جامع سلامت نوجوانان و جوانان، ۱۳۹۱: ۱۲)
- سلامت جوانان در اصول ۲۶، ۲۱، ۲۰، و ۲۹ قانون اساسی و ماده ۱۵۷ قانون سوم توسعه مورد توجه قرار گرفته است. ضمناً مواد ۸۵، ۸۶، ۹۵، و ۹۸ نیز در برنامه چهارم توسعه به طور تنگاتنگی با امور جوانان ارتباط دارد (همان).

## ۱-۵ سوالات تحقیق

- ۱- وضعیت اجتماعی تا چه میزان بر اعتیاد جوانان شهر تهران موثر است؟
- ۲- کدامیک از متغیرهای اجتماعی در بروز اعتیاد جوانان شهر تهران اهمیت بیشتری دارد؟

## ۱-۶ اهداف تحقیق

- آسیب شناسی وضعیت اعتیاد در بین جوانان.
- جلب توجه و حساس سازی در خصوص وضعیت اجتماعی جوانان.
- ارائه راهکارها و پیشنهادات عملی جهت پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر و روانگردان در بین جوانان.

## ۲- فصل دوم

# مروری بر ادبیات تحقیق و پیشینه

## تحقیق

## ۲-۱ مقدمه

در این بخش با بررسی پیشینه تحقیق، به مرور ادبیات نظری در باب اعتیاد، ویژگی‌های اجتماعی و روانشناختی نوجوانان و جوانان از منظر صاحب‌نظران و محققین برجسته پیشین پرداخته و سپس به برخی از دیدگاه‌های نظری در خصوص اعتیاد را ارائه خواهیم داد.

## ۲-۲ پیشینه تحقیق

امیل دورکیم، علت همه رفتارهای غیرعادی را در محیط اجتماعی جستجو می‌کند و در نهایت عقیده دارد که جرم یک پدیده طبیعی و اجتماعی است و همچنین ایشان معتقد است که بین جرم و فرهنگ محل وقوع جرم ارتباط وجود دارد. دورکیم با اظهار نظرات خویش، راه را برای بررسی محیط‌های متفاوت که در آن مجرمین و غیرمجرمین زندگی می‌کنند هموار کرد (احمدی، ۱۳۹۲: ۱۲).

مرتن از مفهوم آنومی دورکیم نظریه خود را ساخته و پرداخته کرد و مفهوم نابسامانی را برای تبیین رفتار انحرافی به کار گرفت. وی مانند دورکیم از دیدگاه کارکردگرایی به موضوع نگاه می‌کند و انحراف را نتیجه فشارهای اجتماع می‌داند که بعضی مردم را وادار به انحراف می‌سازد و معتقد است انحراف زمانی رخ می‌دهد که نظام اجتماعی با عدم تعادل مواجه باشد.

نظریه فشارهای ساختاری علل ناهنجاریهای روانی و اجتماعی را در ساختارهای اجتماعی جستجو می‌کند. از نظر این مکتب، ساختارهای اجتماعی، فشارهایی را بر افراد وارد می‌کنند که گاه فراتر از تحمل آنان است و در اثر این فشارها به رفتارهایی روی می‌آورند که تطابقی با هنجارهای مورد تایید جامعه ندارند. (نجم‌پور، ۱۳۸۹: ۷)

نظریه‌های خرده فرهنگی به تبیین اینکه چگونه مردم با زندگی در محلات بی‌سازمان نسبت به انزوای اجتماعی و محرومیت اقتصادی واکنش نشان می‌دهند، پرداخته‌اند. به خاطر تحلیل رفتگی سبک زندگی، ناکامی و افسردگی اعضای طبقات پایین‌تر 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 فرهنگی اغلب با ارزش‌های متداول جامعه تضاد پیدا می‌کند، به خاطر اینکه افراد فقیر شهری دریافته‌اند که از عهده تقاضاهای رفتاری طبقه متوسط جامعه برآمدن غیرممکن است. در نتیجه ساکنان محلات فقیر نشین مجبور می‌شوند قانون را زیر پا بگذارند و از قوانین فرهنگ کج‌رو پیروی نمایند. (مبارکی، ۱۳۸۳: ۷۹).

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. از جمله کوهن (۱۹۵۵)، کلووارد و اوهلین (۱۹۶۰) ماتزا (۱۹۶۴) و میلر (۱۹۷۵) معتقدند که توجه به خرده فرهنگ‌ها در تبیین بزهکاری جوانان از اهمیت خاصی برخوردار است. زیرا جوامع مدرن با خرده فرهنگ‌های متفاوت ساخته شده‌اند و رفتاری که در یک جایگاه خرده فرهنگی خاص به عنوان رفتار به‌هنجار شناخته شده است، ممکن است در جایگاه خرده فرهنگی دیگر به عنوان رفتار انحرافی در نظر گرفته شود. (احمدی، ۱۳۷۷: ۷۷).

سیمونز<sup>۳</sup> و رابرتسون<sup>۴</sup> (۱۹۸۹) در یک آزمون با نمونه آماری ۳۴۳ نفر پسر که شامل افراد معتاد و غیرمعتاد می‌شد به یک رابطه دو جانبه مشخص میان برخی شاخص‌های رفتاری والدین و وارد شدن فرزندان به گروه‌های منحرف هم‌سن و سال و نهایتاً مصرف مواد مخدر پی بردند. بر اساس یافته‌های این پژوهش طرد فرزندان توسط والدین از اهمیت ویژه‌ای در گرایش فرزندان نسبت به گروه‌های منحرف هم‌سن برخوردار است. این محققان همچنین باور داشتند که طرد فرزندان توسط والدین، قابلیت اتکاء و اعتماد به نفس آنان را خدشه‌دار می‌نماید.

نتایج مطالعات ارفورد<sup>۵</sup> (۱۹۹۴) در خصوص «علل اعتیاد در میان دانشجویان در آمریکا» نشان می‌دهد که اکثر دانشجویانی که معتاد بودند دچار سرخوردگی‌های ساختاری و محیطی بودند. عدم رسیدگی به خواسته‌های عاطفی آنان توسط اجتماع از علل گرایش آنان به اعتیاد است.

---

<sup>3</sup>. Simons

<sup>4</sup>. Robertson

<sup>5</sup>. Orford

بویل<sup>۶</sup> (۲۰۰۰) نیز در مطالعه‌ای به «بررسی وجود اعتیاد در خانواده و تأثیر آن بر روی آوردن افراد به اعتیاد» می‌پردازد. او اعتقاد دارد که برادر بزرگتر معتاد اثر بیشتری در سوق دادن نوجوانان و جوانان به اعتیاد دارد.

هافمن<sup>۷</sup> و سربون<sup>۸</sup> (۲۰۰۲) نیز در مطالعات خود به «تأثیر اعتیاد والدین در گرایش افراد به اعتیاد» پرداخته‌اند. بر اساس یافته‌های پژوهش آنان، زمانی که والدین مواد مخدر مصرف می‌کنند احتمال بیشتری وجود دارد که فرزندانشان نیز معتاد گردند.

طبق یافته‌های پژوهشی پیکو (۲۰۰۰)، خلأ عاطفی در روابط فرزندان با والدین به خصوص پدر از عوامل گرایش آنان به اعتیاد است.

منصوره حاج حسینی و مهناز اخوان تفتی (۱۳۸۲) در تحقیقی به بررسی «تأثیر سبک اسناد بر میزان گرایش و ابتلای جوانان به اعتیاد» پرداخته‌اند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه جوانان ۱۸-۲۸ سال ساکن شهر یزد در قالب دو گروه معتاد و غیرمعتاد بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسش‌نامه سبک اسنادی، استفاده به عمل آمد. در پایان مشخص شد که سبک تبیین جوانان معتاد برای وقایع خوشایند و ناخوشایند، بدبینانه‌تر از جوانان غیرمعتاد است.

مجتبی واحدیان (۱۳۹۳) در تحقیقی دیگر به «بررسی رابطه اعتیاد نوجوانان و جوانان با شیوه‌های فرزند پروری و ساختار خانواده» پرداخته است.

یافته‌ها نشان داد که روش تربیتی سهل‌گیرانه با اعتیاد نوجوانان و جوانان رابطه معنادار دارد در حالی که بین شیوه‌های تربیتی استبدادی و قاطع و اطمینان بخش با اعتیاد نوجوانان و جوانان رابطه یافت نشد.

اسکندری (۱۳۸۸) در پژوهشی به شناسایی مهمترین عوامل موثر بر گرایش جوانان به مواد مخدر صنعتی نظیر: ترغیب و همنوایی دوستان، سبک و شیوه زندگی جوانانه، کارکرد تسهیل‌کننده نهادهای اجتماعی، نیاز جامعه به سرخوشی، اختلال در فرآیند جامعه‌پذیری، ضعف کنترل و نظارت‌های غیررسمی، پیش‌پنداشته‌ها، ضعف در قدرت ابراز وجود و تصمیم‌گیری افراد، اعتیاد سایر اعضا

---

۶. Boyle

۷. Hoffman

خانواده، کنجکاو، بی‌اطلاعی عمومی از عوارض سوء مصرف مواد مخدر جدید، رهایی از فشارهای اجتماعی، دست یافته است.

## ۲-۳ ادبیات نظری تحقیق

### ۲-۳-۱ تعاریف و مفاهیم اعتیاد

به‌رغم برداشت کلی و عمومی مردم از اعتیاد که آن را عادت شدید به استفاده از یک چیز یا انجام یک امر می‌دانند، وقتی می‌خواهیم اعتیاد، به ویژه اعتیاد به مواد تغییر دهنده‌ی خلق و خو و رفتار را تعریف کنیم، درمی‌یابیم که کار چندان آسانی نیست و توافقی درباره‌ی آن وجود ندارد. کلمات متعددی مثل مصرف، استفاده‌ی نادرست<sup>۹</sup>، سوء مصرف، وابستگی و اعتیاد درباره‌ی عادت به نوشیدن مشروبات الکلی و مصرف مواد و داروهای آرامبخش و ضد افسردگی و روان‌گردان، خوردن بیش از حد، قمار کردن، درگیر شدن با روابط جنسی بیش از حد و حتی کار کردن بیش از اندازه، به کار برده شده است.

**مصرف:** کلمه‌ی مصرف، به هنگام استفاده از مشروبات الکلی و مواد و داروها برای مصارف طبی و به منظور تسکین یا درمان از قبیل مورفین، کدئین، آرامبخش‌ها و داروهای روانگردان گفته می‌شود. در کشورهای غربی یا کشورهای دیگری که خرید و فروش مشروبات سکرآور و مست‌کننده قانونی است و مصرف آن‌ها منع نشده و همچنین استعمال دخانیات یا انجام انواع قمار در موقعیت‌های تفریحی، در جشن‌ها و شادی‌ها، مجاز شمرده شده است (لاسون و ریورز<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۰). همین مؤلفان استفاده از مواد یا داروهایی که آثار و نتایج جسمانی، روانی، اجتماعی و قانونی زیان‌آور داشته باشد را استفاده نادرست خوانده‌اند. (شاه‌محمدزاده، ۱۳۹۳: ۴۵).

**سوء مصرف:** چنانچه مراجعی مشروبات الکلی یا موادی مصرف کند که باعث تغییر خلق و خو و رفتار او شود و آثار نامطلوبی بر روی زندگی خودش یا زندگی دیگران بگذارد، گفته می‌شود که سوء مصرف مواد دارد. این آثار ممکن است آسیب‌دیدگی جسمانی، روانی یا عملکرد شغلی فرد باشد.

<sup>9</sup> Misuse

<sup>10</sup> Lawson, Lawson & Rivers

شاکیت (۱۹۹۵) استفاده مکرر و طولانی مدت از مواد و داروها را سوء مصرف خوانده است و اضافه می‌کند سوء مصرف از مواد و داروها زمانی صورت می‌گیرد که فرد موادی را بدون نیاز ضروری و به حق مصرف کند. به طور کلی هرگونه وابستگی شدید روانی یا فیزیولوژیک موجود زنده نسبت به دارو، سوء مصرف مواد نامیده می‌شود (حیدریان، ۱۳۷۷: ۶۵)

**وابستگی:** وابستگی به شکل شدیدتر سوء مصرف مواد گفته می‌شود. از نظر مارگولیس و زوبن<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۸)، وابستگی عبارت است از نیاز و میل شدید جسمانی و روانی برای مصرف مواد و خوردن مشروب به خاطر تغییر حالت خود آگاهی و نشئه و کیفی که برای فرد وابستگی ایجاد می‌کند. به نظر آنها وابستگی از طریق مصرف دارو از روی عادت، مصرف مشروبات و مواد به دفعات بیشتر و مقدار زیادتر آن به رغم نتایج زیان‌آور و منفی فراوان آن برای فرد، خانواده و جامعه مشخص می‌شود. (شاه محمدزاده، ۱۳۹۳: ۴۷).

**اعتیاد:** واژه‌ی اعتیاد به معنی عادت کردن و احساس نیاز است (کاپلان و سادوک<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰). اعتیاد به مواد مخدر به معنای وابستگی بیمارگونه به مصرف یک یا چند نوع ماده مخدر است که سبب بروز رفتارهای مواد جویانه شده و در صورت عدم مصرف مواد مورد نظر، موجب بروز علائم محرومیت در فرد معتاد می‌شود (اصغری، ۱۳۹۳: ۳۵). لاسون و همکاران (۱۹۹۴)، تغییراتی سلولی را که در اثر استفاده‌ی زیاد از مواد و داروهای روانگردان رخ می‌دهد و باعث ایجاد مقاومت و تحمل علائم مرضی ناراحت کننده و زجرآور بدنی و روانی به هنگام عدم استفاده از آن می‌شود، اعتیاد نامیده می‌شود.

دیان دوایل پیتا<sup>۱۳</sup> نیز معتقد است که اعتیاد به مشروبات الکلی یا دیگر مواد، دلالت بر این ندارد که شخص دچار حالت مستی یا نشئه و کیف باشد، بلکه به وضعیت شخصی گفته می‌شود که به طور مکرر به قدری، به خوردن مشروب یا مصرف مواد مشغول شده است که زندگی شخصی، خانوادگی و شغلی را برای او ناراحت کننده کرده است. این فرآیند وابستگی روانی ممکن است به چیزهای دیگر مثل خوردن، روابط جنسی، قمار و حتی کار کردن کشیده شود. به طور کلی شخص به قدری

---

<sup>11</sup> Margolis & Zewben

<sup>12</sup> Kaplan & Sadock's

<sup>13</sup> Dianne doyle pita

نسبت به مصرف مشروب یا مواد مخدر یا اشتغال به امور دیگر وسواس پیدا می‌کند که زندگی بدون آن‌ها برای او لذت‌آور نیست (شاه محمدزاده، ۱۳۹۳: ۴۹). سازمان بهداشت جهانی اعتیاد را چنین تعریف می‌کند: "حالت سرمستی مزمنی که بر اثر استفاده‌ی مکرر از مواد مخدر و محرک (طبیعی یا مصنوعی) در فرد و جامعه اختلال ایجاد می‌کند". خصوصیات بارز اعتیاد شامل میل شدید و غیر قابل کنترل برای به دست آوردن مواد به هر قیمتی، ازدیاد مقدار استفاده‌ی آن به نحو تصادفی و اتکای شدید روانی و گاهی جسمانی به استفاده از آن مواد است. (وطن‌خواه، ۱۳۹۳: ۸۸). اعتیاد یک ناهنجاری با نشانه‌های بالینی، رفتاری و شناختی است که در ایجاد آن، عوامل اجتماعی و روان شناختی از یک طرف و عوامل زیست شناختی و دارو شناختی از طرف دیگر نقش دارند. عوامل اجتماعی بیشتر در شروع مصرف و عوامل زیست شناختی در ادامه‌ی وابستگی مطرح هستند (انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰، به نقل از وجودی، ۱۳۹۳: ۸۱).

## ۲-۳-۲ تاریخچه‌ی مصرف مواد

در کتاب اوستا، از گیاه شاه‌دانه‌ی هندی به عنوان ماده‌ی بی‌حس کننده نام برده شده است. قرن هاست که انسان‌ها به دلایل مختلف، مواد مصرف‌کرده‌اند. این مواد به عنوان دارو و التیام دردها به کار برده شده است. بقراط از شیرخاشخاش به عنوان داروی خواب‌آور و مسکن درد، سخن گفته است. یونانیان زمان سقراط، به آثار طبی تریاک پی‌برده و برای تسکین آلام خود به کار می‌بردند. جالینوس یک تا دو قرن قبل از میلاد مسیح، ارزش درمانی تریاک را مطرح کرده است. در بررسی‌های تاریخ تریاک آمده است که این ماده توسط پرتغالی‌ها به هندوستان وارد شده و قرن‌ها بعد انگلیسی‌ها با گسترش نفوذ خود سهم بسزایی در شروع اعتیاد به تریاک در کشورهای مختلف داشته‌اند. پارسلوس و سیدنهام پزشکان این عصر آن را به عنوان دارو به کار برده و خوراکی آن را تریاکا یا توریاکا مصرف می‌نمودند. هرچه بود استعمال افیون در دانش پزشکی خیلی محبوب و در مراحل نخستین بود. می‌توان گفت مصرف آن به عنوان یک داروی اثربخش در طب، مرهون بررسی‌های دو دانشمند بزرگ ایران و جهان؛ رازی و بوعلی سینا می‌باشد. بعدها با گسترش دانش پزشکی موارد استعمال مواد مخدر در طب، روز به روز گسترش یافت (شاه‌محمدزاده، ۱۳۹۳: ۵۱).

---

<sup>14</sup> APA



### ۲-۳-۳ شیوع مصرف مواد مخدر در جهان و ایران

آمارهای منتشر شده‌ی سازمان بهداشت جهانی و برنامه‌ی کنترل مواد مخدر سازمان ملل متحد، حاکی از افزایش فزاینده‌ی تولید و مصرف این مواد در سطح جهان است، به طوری که دو دهه گذشته را عصر دارو<sup>۱۵</sup> نامیده‌اند (سینها، ۲۰۱۱). بر پایه‌ی تحقیقات سازمان‌های جهانی در دهه‌ی ۲۰۱۰، مسئله‌ی مواد مخدر در کنار مشکلات جهانی دیگر مانند معضلات زیست محیطی، شکاف طبقاتی، سلاح‌های کشتار جمعی و غیره جزء مشکلات اساسی تهدیدکننده حیات و سلامت انسان‌ها در سراسر دنیا به شمار می‌رود. بر اساس گزارش دفتر مواد مخدر و جرم سازمان ملل، در سال ۲۰۱۴، حدود ۲۴۳ میلیون نفر، یا ۵٪ از جمعیت ۶۴-۱۵ سال جهان، در سال ۲۰۱۲ مواد مخدر مصرف کرده بودند. در همین حال، تعداد مصرف کنندگان مشکل‌ساز مواد مخدر ۲۷ میلیون، حدود ۰/۶٪ از جمعیت بزرگ‌سال جهان، یا ۱ نفر در هر ۲۰۰ نفر بود (گزارش داروی جهانی<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۳). یافته‌ها نشان می‌دهند که آمار اعتیاد طی چهار دهه اخیر در ایران در نوسان بوده‌است؛ به گونه‌ای که در سال ۱۳۹۰، این برآورد در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال (طبق سرشماری سال ۱۳۸۵، معادل ۵۰ میلیون)، برابر با ۱ میلیون و ۳۲۵ هزار نفر اعلام شده‌است. با این حال، یافته‌های چهار دهه تحقیقات شیوع‌شناسی در ایران نشان می‌دهد که با توجه به حجم تهدید مواد مخدر و روانگردان‌ها و شیوع اعتیاد در کشور و به تبع آن تغییر جنسیت، تأهل، سن، شغل و تحصیلات معتادان، توجه کافی نسبت به تحقیقات مختلف در جمعیت عمومی کشور خصوصاً دانش‌آموزان، صورت نپذیرفته است (نوربالا، ۱۳۸۹: ۳۵). آمارهای موجود نشان می‌دهند که حدود ۱۶ درصد معتادین ایران کمتر از ۱۹ سال سن دارند و ۲۸ درصد آن‌ها بین ۲۴ - ۲۰ سالگی به اعتیاد روی می‌آورند (خلیلی و دیگران، ۱۳۹۰: ۴۵).

### ۲-۳-۴ آمادگی اعتیاد

عنوان آمادگی اعتیاد (استعداد اعتیاد) به این معنا است که این امر آمادگی یا آسیب‌پذیری در مقابل سوء مصرف مواد را ارزیابی می‌کند، اعم از این که فرد در حال حاضر سوء مصرف داشته یا نداشته باشد (گراهام<sup>۱۷</sup>، ۲۰۱۰). یافته‌های جدید بالینی نشان می‌دهند که در شکل‌گیری اعتیاد،

<sup>15</sup> age medicine

<sup>16</sup>UNODC

<sup>17</sup> Graham

زمینه‌های رشدی ناسالم و استعداد و آمادگی برای اعتیاد، نقش اساسی ایفا می‌کنند. (بارنس، مورای، پاتن، بنتلر و آندرسن<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۲؛ هیروی و آگاتسوما<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۵، آگاتسوما و هیروی، ۲۰۰۴). نظریه‌ی استعداد اعتیاد<sup>۲۰</sup> بیان می‌کند برخی از افراد مستعد اعتیاد هستند و اگر در معرض آن قرار بگیرند، مبتلا می‌شوند. در حالی که اگر کسی استعداد نداشته باشد، معتاد نمی‌شود (گندرو، ۱۹۷۰، به نقل از افشار و همکاران، ۱۳۹۴: ۸۵). آمادگی به اعتیاد، باورهای فرد در مورد نتیجه و عاقبت هر کار و ارزشی که فرد برای این نتیجه قائل است، قلمداد می‌شود (زرگر و دیگران، ۱۳۸۷: ۳۶) و گرایش به مواد مخدر و رفتارهای اعتیادگونه است، به نحوی که فرد یا مشغولیت ذهنی زیادی در رابطه با مصرف مواد مخدر دارد یا اینکه فرد اگر در معرض مواد قرار گیرد، احتمال مصرف مواد بسیار زیاد است. (دباغی و دیگران، ۱۳۸۶: ۳۸). بر اساس اطلاعات موجود، ۵ تا ۱۰ درصد افراد جامعه، مستعد اعتیاد هستند (قدیمی و دیگران، ۱۳۹۴: ۹۴). عوامل بی‌شماری از جمله عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی در شروع، ادامه و یا بازگشت پس از درمان وابستگی به مواد مخدر، مؤثر هستند (دباغی و دیگران، ۱۳۸۶: ۳۹).

پژوهش‌های انجام شده در زمینه‌ی گرایش به اعتیاد، عوامل متعددی مانند بعضی صفات شخصیتی، درهم‌ریختگی اجتماعی، فشار همسالان، عوامل خانوادگی، مسائل ژنتیکی، مشکلات هیجانی و مشکلات روان‌شناختی، کیفیت‌های مراقبت والدینی (فلاگل، وزکیوز و روبینسون<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۳)، وجود ریسک فاکتورهای روان پزشکی (فرانک، نیف، و همکاران<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۳) را به عنوان عوامل گرایش به اعتیاد نام برده‌اند.

آمادگی اعتیاد در فرزندان خانواده‌های با ساختار نامناسب که صمیمیت بین اعضاء کم است و مشکلاتی در ساختار قدرت و مرزهای بین اعضاء وجود دارد، بیشتر است. ویژگی‌های شخصیتی افراد نیز می‌تواند نقش مهمی در گرایش به سوء مصرف مواد داشته باشد. (اولادی و دیگران، ۱۳۹۲: ۳۷) در تحقیقی که انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که افراد هم‌نوا و افرادی که به لحاظ شخصیتی

<sup>18</sup> Barnes, Murray, Patton, Bentler & Anderson

<sup>19</sup> Hiroi & Agatsuma

<sup>20</sup> theory of Addiction Potential

<sup>21</sup> Felagel, Vazques & Robinson

<sup>22</sup> Ferank, Neef, Weiffenbunch, Gansicke, Hautzinger & et al

آسیب‌پذیرند، مستعد اعتیاد می‌باشند. زینالی و همکاران (۱۳۸۶) در مطالعه‌ای که با هدف بررسی زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان و مقایسه‌ی آن با افراد غیرسالم انجام دادند، به این نتایج دست یافتند که وجود زمینه و استعداد ویژه برای قبول و مصرف مواد مخدر ضروری است و اینکه زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان نظیر خصوصیات شخصیتی، روابط خانوادگی، شیوه‌ی زندگی و عقاید آن‌ها به طور معناداری متفاوت از افراد سالم است. نتایج مطالعات بیانگر آن است که قصد افراد برای سوء مصرف مواد مخدر، دست کم در دفعات اولیه‌ی مصرف تحت تأثیر نگرش آنان به سوء مصرف مواد قرار دارد. (آقابابایی و دیگران، ۱۳۹۱: ۶۶).

### ۲-۳-۵ مراحل اعتیاد به مواد مخدر:

۱- **مرحله آشنایی:** این مرحله با تشویق دیگران (مخصوصاً دوستان ناباب) یا از روی غرور و کنجکاوی خود فرد شروع می‌شود. به بیان دیگر در این مرحله شخص در اثر مسامحه یا تشویق یا میل به انجام یک کار تفریحی یا کنجکاوی یا علل دیگر مانند کسب لذت با مصرف مواد مخدر آشنا می‌شود.

۲ - **مرحله شک و تردید:** در این هنگام، پس از شک و دودلی و شاید مدتی ترک اعتیاد، سرانجام شخص به **مرحله وابستگی واقعی** می‌رسد که اگر مواد مخدر کم یا بدون رعایت ترتیبات لازم ناگهان قطع شود علائم مربوط به نشانگان محرومیت بروز پیدا می‌کند.

۳ - **مرحله اعتیاد واقعی:** در این هنگام، پس از شک و دودلی و شاید مدتی ترک اعتیاد، سرانجام شخص به **مرحله وابستگی واقعی** می‌رسد که اگر مواد مخدر کم یا بدون رعایت ترتیبات لازم ناگهان قطع شود علائم مربوط به نشانگان محرومیت بروز پیدا می‌کند. (لندری، ۱۹۹۴).

### ۲-۳-۶ نوجوانی و مصرف مواد

در گذشته استعمال مواد مخدر تنها مختص به افراد بالای ۵۰ سال بود. در سال‌های اخیر شیوع اعتیاد در جوانان و نوجوانان رو به رشد است، به طوری که سن ابتلا به اعتیاد در ایران طی دو دهه‌ی اخیر به شدت کاهش یافته و به زیر ۲۰ سال و حتی گاهی به زیر ۱۵ سالگی نیز رسیده‌است (وجودی و همکاران، ۱۳۹۳: ۶۴). نوجوانان آسیب‌پذیرترین قشر در برابر رفتارهای پرخطر هستند (امامی و همکاران، ۱۳۹۱: ۲۸) و مسأله مصرف مواد در میان نوجوانان به دلیل حساسیت این دوره و نقش آن

در زندگی آینده آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. بنابر این توجه به این موضوع در بین نوجوانان از موضوعات اساسی نظام‌های آموزشی بوده و می‌تواند گام مؤثری در شناسایی عوامل مرتبط با مصرف مواد و ارائه‌ی راهکارهای مؤثر در جهت پیشگیری و درمان اختلالات مصرف مواد باشد (فولادوند، ۱۳۹۴: ۵۵). شیوع مصرف مواد در دانش‌آموزان دبیرستانی ۱۲/۴ درصد برآورد شده است (دفتر مبارزه با قاچاق جهانی مواد مخدر، ۲۰۰۳). درحالی‌که موسوی، روح‌افزا و صدقی (۱۳۸۲)، در مطالعه‌ای که بر روی دانش‌آموزان دبیرستانی کرمان انجام دادند، متوجه شدند که ۲۶/۵ درصد پسران و ۱۱/۵ درصد دختران حداقل یکبار سابقه‌ی مصرف مواد داشته‌اند. نتایج تحقیق پیردهقان و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که عواملی همچون هیجان‌خواهی، تعارضات خانوادگی و جو روانی- اجتماعی نامساعد می‌توانند آمادگی به اعتیاد در نوجوانان و جوانان را تحت تأثیر قرار دهد. حاج حسنی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند که پرخاشگری، جرأت‌ورزی و افسردگی می‌تواند به طور معناداری آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دختر را پیش‌بینی کنند. با توجه به هزینه‌ی بسیار بالای مبارزه با مصرف مواد، درمان و نگهداری معتادان و همچنین معایب مربوط به روش‌های درمان و سم‌زدایی، به نظر می‌رسد پیشگیری از مصرف مواد بسیار مقرون به صرفه و کارا تر باشد. از این رو، یکی از زمینه‌های مهم پژوهش در زمینه مصرف مواد، شناسایی عوامل مؤثر برگرایش به مصرف مواد در نوجوانان است (فولادوند، ۱۳۹۴: ۴۴).

## ۲-۳-۷ دیدگاه‌های نظری در خصوص گرایش به سوء مصرف مواد

نظریه‌های مطرح‌شده در خصوص علت‌شناسی اعتیاد از تنوع و گستردگی قابل توجهی برخوردارند. بعضی از نظریه‌ها بر عوامل ارثی و زیستی تأکید دارند، درحالی‌که برخی دیگر به ابعاد جامعه‌شناسی و روان‌شناسی مصرف مواد اهمیت می‌دهند (دفتر سازمان ملل متحد در مبارزه با مواد مخدر و جرم، ۲۰۱۱).

این نظریه‌ها طیف گسترده‌ای از عوامل زمینه‌ساز زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی را در بر می‌-

گیرند:

زیست‌شناختی - روان‌شناختی - اجتماعی

**الف) نظریه‌های زیست شناختی:** بر طبق نظریه‌های زیست شناختی، علل مصرف مواد برخی از عوامل زیست شناختی، وراثت و نقش ژنتیک قرار دارد. بنابر این برطبق این نظریه‌ها، برخی از افراد از نظر فیزیولوژیک مستعد لذت بردن بیشتری از مصرف مواد هستند و همین به مثابه‌ی پاداشی عمل می‌کند که باعث اعتیاد آن‌ها می‌شود (معصومی‌راد، ۱۳۸۹: ۴۴-۷۵).

**ب) نظریه‌های روان‌شناختی:** خود شامل چند نظریه است که عبارتند از:

۱- نظریه‌ی روان تحلیلی: این نظریه مصرف مواد را به عنوان تظاهری از پسرقت دهانی می‌داند (سادوک، ۲۰۱۵، ترجمه‌ی گنجی، ۱۳۹۴). براساس دیدگاه روانکاوی، سوء مصرف کننده‌ی مواد، شخصیتی است که از جنبه اقتصاد روانی عمیقاً و برای همیشه براساس نمونه مشهور روان‌نژند، یعنی اودیپی- مثلثی- تناسلی شکل گرفته است (برزره، ۱۳۶۸، به نقل از اصغری و همکاران، ۱۳۹۳: ۶۳).

۲- نظریه‌ی یادگیری: نظریه‌های رفتاری بر عواملی از قبیل کاهش تنش، الگوهای شناختی و انتظار و شرطی سازی تأکید دارند. دیدگاه، نوع و مدت استرس که احتمالاً پایه‌ی تنش است، بر مواد مصرف‌شده و تفاوت های فردی در آسیب‌پذیری نسبت به آن مؤثر است (کاپل و گرلی<sup>۲۳</sup>، ۱۹۸۷، به نقل از اصغری و همکاران، ۱۳۹۳: ۶۵). نظریه‌ی یادگیری، رفتار مصرف مواد را چه به صورت گهگاهی و چه به صورت مداوم، به‌عنوان رفتاری که به وسیله‌ی پیامدهایش تداوم می‌یابد، می‌نگرد. هر رخدادی که یک الگوی رفتاری پیش‌آیند را نیرومند می‌کند، می‌تواند به عنوان تقویت کننده‌ی رفتار قلمداد شود. تقویت کننده‌ها به دو نوع مثبت و منفی قابل تقسیم‌اند (معصومی‌راد، ۱۳۸۹: ۸۱).

۳- نظریه‌ی خودتحقیری<sup>۲۴</sup>: طبق نظریه‌ی خودتحقیری، عزت نفس کلی فرد عامل اصلی در مصرف مواد و پیشگیری از آن محسوب می‌شود (محمدخانی، ۱۳۸۶: ۲۵).

۴- نظریه‌ی کنش متقابل خانواده<sup>۲۵</sup>: نظریه‌ی کنش متقابل، دل‌بستگی عاطفی به والدین را بر مصرف مواد مؤثر می‌داند (همان).

**ج) نظریه‌های اجتماعی:** خود شامل چند نظریه است که عبارتند از:

<sup>23</sup> Capell & Grelly

<sup>24</sup> self-derogation theory

<sup>25</sup> family interactional theory

۱- نظریه‌ی محرومیت نسبی<sup>۲۶</sup>: این نظریه استدلال می‌کند که افراد طبقات پایین ممکن است هنگام مقایسه شرایط زندگی خود با افراد ثروتمند، احساس محرومیت نمایند. این احساس محرومیت به احساس بی‌عدالتی و نارضایتی منجر می‌گردد. عدم اعتماد را در آنها پرورش می‌دهد و دشمنی و پرخاشگری و سرانجام مصرف مواد را به دنبال خواهد داشت (مبارکی، ۱۳۸۳: ۴۴).

۲- نظریه‌ی تضاد<sup>۲۷</sup>: طبق نظریه‌ی تضاد، مصرف مواد واکنشی به نابرابری موجود در نظام سرمایه‌داری است. در همین راستا مسائلی از قبیل روابط حاکمیت، تقسیم کار، توزیع نامساوی امکانات اقتصادی کار و تغییرات و دگرگونی‌های اساسی در این نظریه مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرند.

۳- نظریه‌ی کنش متقابل نمادین: این نظریه بر اهمیت تعریف، برچسب زنی و معانی منتسب به مصرف مواد در تعاملات بین افراد و گروه‌ها تأکید می‌کند. اگر تجربه‌ی نخستین مصرف مواد در فرآیند این تعاملات منجر به شکل‌گیری تصور و تلقی خاصی در فرد و رفتارش گردد و در خودپنداره وی اثر بگذارد، مصرف مواد تکرار خواهد شد و فرد ممکن است به تدریج برچسب معتاد بخورد. اگر این تعریف درونی شود که فرد نیز خود را معتاد تلقی کند، رفتار مصرف مواد استمرار و حتی افزایش خواهد یافت (معصومی‌راد، ۱۳۸۹: ۷۱).

۴- نظریه‌ی بی‌سازمانی اجتماعی<sup>۲۸</sup>: این نظریه بر عوامل محیطی (به خصوص محلات)، در توزیع جرم و کج رفتاری تمرکز می‌کند. براساس این دیدگاه، شاخص‌های بی‌سازمانی اجتماعی، شامل نرخ بیکاری بالا، نرخ افت تحصیلی در مدارس، ناسازگاری درون خانواده، سطوح پایین درآمد و تعداد زیاد خانواده‌های تک والدینی می‌باشد. ساکنین در این محیط‌ها، دچار تضاد و ناامیدی می‌شوند، در نتیجه رفتارهای ضد اجتماعی همچون مصرف مواد، رونق می‌گیرد (همان).

۵- الگوی بوم‌شناسی اجتماعی<sup>۲۹</sup>: این الگو مهمترین علت مصرف مواد را استرس به ویژه استرس‌های مرتبط با مدرسه معرفی می‌کند. با توجه به اینکه افراد، مدرسه را سخت و پراسترس ادراک

<sup>26</sup> relative deprivation theory

<sup>27</sup> conflict theory

<sup>28</sup> social disorganization

<sup>29</sup> social ecological theory

می‌کنند، از فعالیتهای مدرسه گریزان شده و همسالان منحرف را به عنوان مفری برای رهایی از فشار روانی انتخاب می‌کنند، در عین حال مصرف مواد نیز توسط آن‌ها تقویت می‌شود (همان).

۶- نظریه یادگیری اجتماعی بندورا<sup>۳۰</sup>: بر اساس این نظریه افراد نه تنها چگونگی مصرف مواد را از طریق فرایندهای درگیر در یادگیری مشاهده‌ای (توجه، یادسپاری، بازتولید حرکتی و انگیزش) فرا می‌گیرند، بلکه بر اساس آن ممکن است مصرف مواد را به عنوان یک شیوهی مقابله با فشارهای دنیای اطراف و صرفاً از طریق مشاهده پیامدهایی که از مصرف مواد عاید دیگران می‌گردد فرا بگیرند. به همین دلیل داروها و مواد نه تنها به دلیل اثرات مطلوب مانند سرخوشی که مستقیماً تجربه می‌شوند مورد مصرف قرار می‌گیرند، بلکه می‌توانند از طریق تقویت اجتماعی گروه‌های همسال که غالباً بر اساس استفاده از مواد، افراد را مورد توجه قرار می‌دهند، به صورت مثبت نیز تقویت کننده باشند (بندورا، ۱۹۸۶، به نقل از آدرم، ۱۳۸۹: ۲۸۹).

این نظریه معتقد است که افراد باورهای خود را در مورد رفتارهای بزهکارانه از الگوی نقش به ویژه از دوستان نزدیک و والدین خود کسب می‌کنند. بر اساس دیدگاه یادگیری اجتماعی - شناختی بندورا (۱۹۸۶) نوجوانانی که تصور می‌کنند فواید مصرف مواد بیشتر از پیامدهای منفی آن است، در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند.

در این دیدگاه فرض بر این است که مواجهه و ارتباط با دوستان و والدینی که مصرف کننده مواد هستند، دو باور ویژه را در فرد شکل می‌دهد که فرد را به سوی مصرف مواد می‌کشاند:

- اول آنکه مشاهده الگوهایی که ماده مخدر مصرف می‌کنند، مستقیماً سبب شکل‌گیری انتظار پیامد در نوجوانان می‌شود که به معنی باور آنها در مورد آثار بلافاصله اجتماعی، شخصی و فیزیولوژیک سوء مصرف مواد است.

- دوم اینکه این دیدگاه با افزودن مفهوم خودکارآمدی فراتر از نظریه یادگیری اجتماعی معتقد است که الگوهای نقش می‌توانند خودکارآمدی مصرف و خودکارآمدی امتناع را به وجود آورند. مثلاً افراد با مشاهده همسالانی که حشیش می‌خرند و آن را می‌کشند اطلاعات و مهارت لازم را برای بدست آوردن و مصرف حشیش کسب می‌کنند و با مشاهده افرادی که از مصرف سر باز می‌زنند

---

<sup>30</sup> Bandura

مهارت‌های امتناع و خودکارآمدی خود را تقویت می‌کنند زیرا توانسته‌اند مهارت‌های ضروری برای پرهیز از مصرف مواد را بیاموزند (همان).

۷- نظریه پیوند افتراقی<sup>۳۱</sup>: این رویکرد توسط ادوین ساترلند برای نخستین بار در سال ۱۹۳۹ و در نخستین ویرایش‌های کتاب او به نام اصول جرم‌شناسی مطرح شد. وی آن را به تدریج و به همکاری دونالد کرسی، در ویرایش‌های بعدی کتاب یاد شده، کامل نمود. نظریه پیوند افتراقی بر این نکته تأکید دارد که نزدیکان و همسالانی که بزه‌کار باشند تأثیر زیادی بر تشکیل و تقویت نگرش بزه‌کاری 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 رابطه‌اش با خانواده، محله، رفقا و مصاحبان در نظر می‌گیرد (مشکانی، ۱۳۸۱: ۱۱).

ساترلند درباره چگونگی انتقال فرهنگی کج‌روی اظهار می‌دارد که کج‌روی از طریق یک گروه جریان ارتباطات اجتماعی حاصل می‌شود که در واقع اصطلاح «یار بد»<sup>۳۲</sup> را زنده می‌کند (عدل، ۱۳۸۳: ۳۲۱).

نظریه ساترلند شامل ۹ خصیصه به قرار زیر است:

الف) عمل مجرمان آموختنی است، نه موروثی. یعنی تا فرد آن را نیاموزد به فکر انجام دادن آن نمی‌افتد.

ب) آموزش از طریق ارتباط فرد با سایر افراد صورت می‌گیرد و عموماً به صورت شفاهی و به کمک کلمات است و فقط در برخی موارد ممکن است از طریق حرکات چهره و قیافه انجام گیرد.

ج) بخش اعظم آموزش رفتار بزهکارانه در گروه‌های نزدیک که با فرد روابط صمیمانه دارند انجام می‌گیرد.

د) آموزش عمل مجرمان مراحل مختلفی دارد.

- فنون ارتکاب جرم که گاه پیچیده و گاه ساده است.

<sup>31</sup>. Differential association theory

<sup>32</sup>. Bad companion



- جهت دادن به انگیزه‌ها، گرایش‌ها، کشش‌های درونی و توجیه عمل مجرمانه.

ه) کسب انگیزه‌ها و میل به ابراز کشش‌های درونی آموختنی است. همه مردم جامعه نظر مطلوب نسبت به رعایت هنجارهای حقوقی ندارند. در برخی موارد فرد با گروهی در ارتباط است که هنجارهای حقوقی برای اعضای آن مطلوب است و گاه فرد در محیطی زندگی می‌کند که افراد نزدیک به او مخالف اطاعت از آن قواعدند.

و) زمانی فرد به عمل بزه‌کارانه دست می‌زند که آمیزش او با کسانی که موافق شکستن قاعده‌اند بیشتر از کسانی است که با شکستن قاعده مخالفند. این بند در واقع اساس نظریه ساترلند است و به ارتباط فرد بزه‌کار و غیر بزه‌کاران اشاره می‌کند. به عبارت دیگر براساس این نظریه روابط فرد با دیگران هنگامی که به مساله جرم ارتباطی ندارد و تا زمانی که با کار جرم‌آمیز پیوستگی نکند، اثری در ایجاد رفتار مجرمانه ندارد. (سخاوت، ۱۳۸۵: ۵۶ - ۵۵)

ز) فراوانی معاشرت از نظر دفعات وقوع، مدت، ارجحیت و شدت می‌تواند متفاوت باشد. یعنی میزان معاشرت فرد با افراد کج‌رفتار در مقابل افراد به هنجار مورد نظر است. فراوانی و مدت زمان معاشرت بسیار با اهمیت هستند. ارجحیت با اهمیت است از این نظر که اگر رفتار موافق رعایت قانون در کودکی آموخته شود، فرد در وضعیتی متفاوت با کسی قرار دارد که از ابتدا به عدم رعایت قانون تشویق شده است. ارجحیت و شدت به منزلت معاشر، به اهمیت الگوی رفتار و میزان درگیری عاطفی فرد با آن مربوط می‌شود.

ح) جریان یادگیری رفتار کج‌روانه از طریق معاشرت شامل تمام مکانیسم‌های یادگیری می‌شود که برای هر رفتار دیگری ضروری است. منظور این است که یادگیری کج‌روی تنها شامل تقلید نمی‌شود و عمیق‌تر از آن است.

ط) در حالی که کج‌رفتاری بیان نیازها و ارزش‌های کلی است، نمی‌تواند از طریق همان نیازها و ارزشها توجیه شود. زیرا رفتار به هنجار هم بیان نیازها و ارزشهاست. کوشش بعضی محققین برای تبیین کج‌رفتاری از طریق نیازها و ارزشها مانند اصل خوشحالی، به دنبال منزلت بودن، انگیزه پولی و یا تحت فشار قرارگرفتن، نمی‌تواند کج‌رفتاری را تبیین کند. زیرا این انگیزه‌ها و گرایش‌ها در رفتارهای به‌هنجار هم وجود دارد (ممتاز، ۱۳۸۱: ۸۲).

نظریه ساترلند یکی از قوی‌ترین نظریه‌ها در زمینه پیدایش انحرافات است که تا به امروز قدرت تبیین زیادی دارد. ساترلند در قالب نظریه‌اش معتقد بود که انحرافات عموماً در قالب گروه‌های نخستین نظیر گروه دوستان یا خانواده آموخته می‌شود. این گروه‌ها بسیار متنفذتر از مأمورین و مسئولین رسمی مانند معلمان، کشیشان، افراد پلیس یا ابزارهای ارتباط جمعی نظیر فیلم و روزنامه می‌باشند. از نظر ساترلند فرآیند یادگیری رفتار بزهکارانه شامل تکنیک‌های تبهکاری، انگیزه‌ها، گرایش‌ها و دلیل تراشی‌های لازم برای آن می‌شود. بدین ترتیب یک جوان هم می‌آموزد که چگونه با موفقیت دزدی کند و هم چگونه استدلال بیاورد تا دزدی خود را توجیه کند و برای آن عذر بتراشد (رفیع‌پور، ۱۳۷۸: ۵۲).

۸- نظریه مدل یادگیری اجتماعی چند مرحله‌ای<sup>۳۳</sup>: ارائه‌کنندگان این دیدگاه فرایندهای یادگیری اجتماعی را با چند دیدگاه درون فردی نظیر اعتماد به نفس پایین، آشفتگی هیجانی، تنش، اضطراب و خلق افسرده و مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف ترکیب می‌نماید. یمونز و همکارانش این ویژگی‌های درون فردی را در قالب یک الگوی سه مرحله‌ای مصرف مواد تلفیق نموده‌اند.

- اولین مرحله، درباره اولین تجربیات نوجوان با مواد می‌باشد. این تجربه در بیشتر موارد به صورت مصرف مشروبات الکلی است. بر اساس این دیدگاه نوجوان به چند دلیل به مصرف مواد کشیده می‌شود:

الف) نظام ارزشی متمرکز بر هدفهای فعلی نه اهداف بلند مدت در مورد خانواده، تحصیل و مذهب.

ب) ناتوانی والدین در انتقال حمایت، نظارت، گرمی و انضباط به نوجوان.

ج) مشاهده والدین در حال مصرف.

- مرحله دوم، به بررسی عوامل موثر بر ارتباط نوجوان با همسالان منحرف و مصرف‌کننده مواد می‌پردازد که اولین تجربه مصرف مواد کمبود مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان را به عنوان عامل اصلی می‌داند، در این مدل پیش‌بینی می‌شود نوجوانانی که در گذشته سابقه مصرف مواد دارند و یا بیش از

---

<sup>33</sup> Stage theory

حد خجالتی، ناسازگار یا ناتوان در ایجاد همدلی هستند بیشتر احتمال دارد که به سوی همسالان منحرف کشیده شوند.

- مرحله سوم مرحله‌ای است که نوجوان از سوء مصرف مواد به مصرف کننده دائمی تبدیل می‌شود. بر اساس این دیدگاه سوء مصرف به چند دلیل تشدید می‌شود:

۱- نوجوان شاهد مصرف مواد توسط والدین می‌باشد. ۲- همسالانی داشته باشد که سوء مصرف مواد را تایید نمایند. ۳- از نظرهیجانی، آشفته و تحت فشار باشند. ۴- مهارتهای مقابله‌ای ضعیفی داشته باشند (پتریتیس و همکاران، ۱۹۹۵: به نقل از آدرم، ۱۳۸۹: ۳۹۲).

در نتیجه نظریه‌ی یادگیری اجتماعی چند مرحله‌ای اظهار می‌نماید که درگیری نوجوانان در مصرف مواد در یک توالی مشخص و طی چند مرحله رخ می‌دهد، که از تجربه کردن تا وابستگی گسترده‌تر است. به طور معمول نوجوانان قبل از آن که به مواد مخدر وابسته شوند، یک روند آزمایشی و تجربی مصرف مواد را طی می‌کنند که در طول آن، مصرف ماده هنوز بخشی از زندگی فرد نشده است. به این روند، مصرف آزمایشی مواد گفته می‌شود (کندل، ۲۰۰۲، کندل، یاماگوچی وچن<sup>۳۴</sup>، ۱۹۹۲).

مراحل اولیه با مصرف سیگار و مشروبات الکلی شروع و به مصرف حشیش پیش می‌رود. استفاده از مواد افیونی، توهم‌زها، و سایر مواد غیر قانونی معمولاً در مراحل بعدی توالی رفتار مصرف مواد رخ می‌دهد. بر اساس نظریه‌ی مرحله کندل، برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان، باید بر پیشگیری از مصرف مواد در مراحل اولیه یا حداقل به تأخیر انداختن شروع مصرف در میان نوجوانان متمرکز شده و در حد امکان دانش‌آموزان را در سنین پایین (دوره راهنمایی یا سال اول دبیرستان) آماج مداخله‌ی خود قرار دهند، زیرا این دوره، دوره‌ای است که بیشتر نوجوانان مواد مخدر را برای اولین بار تجربه می‌کنند. همچنین با افزایش سن (شاید به دلیل تکامل مغز نوجوانان) احتمال بروز وابستگی به مواد نیز کاهش می‌یابد، از این رو تلاش برای به تأخیر انداختن شروع مصرف مواد، بسیار مهم است (کاجو و کلاین<sup>۳۵</sup>، ۲۰۰۲).

<sup>34</sup> Kandel, Yamaguchi & chen

<sup>35</sup> Kodjo & Klein

۹- نظریه برچسب زنی<sup>۳۶</sup>: این نظریه بیشتر در نوشته‌های بکر<sup>۳۷</sup> (۱۹۶۶) به چشم می‌خورد که به تعامل گرایی یا روابط متقابل نمادین، پرداخته است. این نظریه معتقد است که تفکر و رفتار افراد مبتنی بر پیام‌هایی است که از محیط اطراف و از جمله از مردم کسب می‌کنند. طبق این نظریه ساختار افراد در چهار چوب توقعات و انتظارات دیگران از آنها شکل می‌گیرد. در زمینه سوء مصرف مواد چنین مطرح می‌شود که نمادها، علائم، توقعات و رفتار کسانی که معتاد نیستند و می‌توانند، به قول گیدنز<sup>۳۸</sup> (۱۹۹۲)، تعاریف اخلاقی متعارف را به دیگران بقبولانند و به صورت رسمی یا غیر رسمی، نماینده نیروهای نظم و قانون هستند، منابع اصلی برچسب زنی را فراهم می‌آورند.

۱۰- نظریه کنترل اجتماعی (هیرشی<sup>۳۹</sup>، ۲۰۰۱) فرض می‌کند که تعلق عاطفی به همسالانی که مواد مصرف می‌کنند، علت اصلی سوء مصرف مواد است. ولی بر خلاف نظریه‌های یادگیری اجتماعی، این دیدگاه بر علل این تعلق و دل‌بستگی به ویژه، پیوند و تعهد ضعیف فرد به اجتماع، نهادها و افرادی که دوری از رفتارهای انحرافی را تشویق می‌کند، تأکید می‌نماید. در این نظریه، پیوندهای ضعیف به دو معنا به کار می‌رود:

- اول به معنای فقدان تعهد به اجتماع، ارزش‌های آن و نهادهای تسهیل‌کننده فرایند جامعه‌پذیری نظیر مدارس و مذهب؛ لذا نوجوانانی که به اجتماع، مدرسه و مذهب احساس تعهد و وفاداری نمی‌کنند، هیچگاه ارزش‌ها و معیارهای رفتاری مورد قبول جامعه را درونی نمی‌سازند.

- دوم به معنای پیوند ضعیف با الگوهای نقش متداول، نظیر معلمان، اعضای خانواده و خصوصاً والدین است. بر اساس این نظریه‌ها نوجوانانی که احساس جدایی و بیگانگی با ارزش‌ها و قواعد مرسوم می‌کنند، احتمال بیشتری دارد که با همسالانی پیوند برقرار کنند که مواد مخدر مصرف می‌کنند و مشوق مصرف مواد هستند.

نظریه کنترل اجتماعی در مورد علل سست شدن تعهد فرد به جامعه و تعلق شکننده به الگوهای نقش به سه عامل اشاره می‌کند (پرتیتس، فلاوی و میلر، ۱۹۹۵):

---

<sup>36</sup> Labeling theory

<sup>37</sup> Beker

<sup>38</sup> Giddens

<sup>39</sup> Hirschi

- یکی از دلایل تعهد و تعلق ضعیف فرد به جامعه را فشار و احساس ناتوانی می‌داند و معتقد است که فشار ناشی از تفاوت فاحش بین آرزوهای نوجوان و برداشت او از فراهم بودن شرایط لازم برای دست یابی به آن آرزوهاست.

- علت دوم پیوند ضعیف نوجوانان با جامعه، بی‌نظمی اجتماعی است که بیانگر ضعف نهادهای اجتماعی در کنترل رفتار شهروندان است.

- علت سوم، فرایند جامعه‌پذیری است. مطابق این دیدگاه، تعهد اجتماعی و دلبستگی به الگوهای اجتماعی، نتیجه‌ی جامعه‌پذیری صحیح در جامعه است.

۱۱- مدل رشد اجتماعی<sup>۴۰</sup>: مدل رشد اجتماعی که توسط هاوکینز و ویس<sup>۴۱</sup> (۱۹۸۵) مطرح شده است، رفتارهای نابهنجار از جمله مصرف مواد را بر اساس پیوند اجتماعی تبیین می‌کند. مدل رشد اجتماعی بر افراد، رشد اجتماعی و تعاملات اجتماعی آن‌ها تأکید می‌نماید. تأثیری که خانواده، مدرسه و همسالان بر رفتار نوجوان دارند، به موازات رشد نوجوان تغییر می‌کند، به طوری که والدین در سال‌های پیش از مدرسه، معلمان در سال‌های مدرسه و پیش از نوجوانی و همسالان در دوره‌ی نوجوانی بیشترین تأثیر را دارند. (محمد خانی، ۱۳۸۷: ۷۰).

این نظریه علل سست شدن تعهد فرد نسبت به جامعه و تعلق شکننده به الگوهای نقش را در نتیجه‌ی فشار ناشی از تفاوت فاحش میان اهداف و ادراک فرد از فراهم بودن امکانات لازم برای دستیابی به آن اهداف، بی‌نظمی اجتماعی و فرآیند جامعه‌پذیری می‌داند (همان).

در این نظریه بر مهارت‌ها، فرصت‌ها و تقویت‌های نوجوان برای پیوند با والدین و مدرسه که هر دو در بازداری مصرف مواد مؤثرند، تأکید می‌شود. بر اساس دیدگاه هاوکینز و ویس، نوجوان در شرایط زیر بیشتر به سوی همسالان مصرف‌کننده مواد روی می‌آورد:

- شرایط و فرصت‌های کافی برای تقویت تعاملات اجتماعی در خانه و مدرسه فراهم نشده باشد.

<sup>40</sup> Social development model

<sup>41</sup> Hawkins & Weis

- مهارت‌های بین فردی و تحصیلی او برای تعاملات موفق و مطلوب در خانه و مدرسه کم باشد.

- در قبال تعاملات اجتماعی با والدین و معلمان تقویت مناسبی دریافت نکند.

### ۲-۳-۸ عوامل موثر بر گرایش افراد به مصرف مواد

به طور کلی با توجه به دیدگاه‌های نظری مختلف ارائه شده علل گرایش به اعتیاد را می‌توان در سه قلمرو فردی، خانوادگی و اجتماعی مطرح کرد:

### ۲-۳-۹ علل فردی

بسیاری از روانشناسان علل رفتارهای انحرافی را بر حسب نقص شخصیت فرد کجرو توجیه می‌کنند و بر این باورند که برخی از گونه‌های شخصیت، بیشتر از گونه‌های دیگر، گرایش به تبهکاری و ارتکاب جرم دارند. علل فردی گرایش به اعتیاد بیشتر بر مبنای نظری دیدگاه‌های روانشناختی متکی می‌باشند. با دانستن عواملی که فرد را در معرض خطر اعتیاد قرار می‌دهند، می‌توان افراد در معرض خطر را شناسایی کرد و برای پیشگیری از ابتلای آنان به اعتیاد، برنامه ریزی‌های دقیق و مؤثر انجام داد.

**الف) مشکلات روانی:** گروهی از افراد که بعضاً ضعیف‌النفس هستند، قدرت مقابله با مشکلات و ناکامی‌ها را ندارند و اعتیاد را راه نجات خود تلقی می‌کنند؛ برای رهایی از ناراحتی‌ها، فشارهای روانی، بی‌اعتمادی به خویشان و رفع هیجانات درونی در جستجوی پناهگاهی امن، به مواد مخدر و یا مصرف داروهای روانگردان پناه می‌برند. این افراد فکر می‌کنند که با مصرف مواد از گرفتاریهای زندگی رهایی می‌یابند و دنیا را به نحو دیگری مشاهده می‌کنند؛ زیرا حالت تخدیری دارو و مواد مخدر سبب می‌شود که تا مدتی فرد معتاد نسبت به مسائل، مشکلات و واقعیت‌های زندگی بی‌تفاوت باشد. همین فرار از زیر بار مشکلات فردی، عامل عمده برای کشش افراد به طرف مواد مخدر است (داوری، ۱۳۸۱: ۵).

یک دسته از افرادی که بیشتر در معرض اعتیاد به مواد مخدر قرار می‌گیرند افراد افسرده هستند. به عقیده برژه، افسردگان بیشترین و مهمترین بخش معتادان را تشکیل می‌دهند. افراد افسرده ضعف روانی دارند و به نوعی احساس خلأ شخصیتی می‌کنند. آن‌ها به تصور خودشان، توان لذت بردن از

دنیا را ندارند، همواره احساس ناتوانی و خستگی می‌کنند و خود را تهی از هرگونه توان و احساس مطلوب می‌دانند. به عقیده سیدنی کوهن، چنین افرادی ممکن است با مصرف مواد در جستجوی جادویی برآیند که به دردهایشان پایان بخشد و خلأ‌هایی را که در خودشان احساس می‌کنند رفع و نقص شخصیت شان را برطرف کنند (موسوی نژاد، ۱۳۸۱، به نقل از داوری، ۱۳۸۹: ۵).

**ب) کنجکاوی:** عده‌ای با شرکت در مجالس دوستانه زمانی که می‌بینند دیگران از مواد مخدر استفاده می‌کنند حس کنجکاوی در آن‌ها تحریک شده، و به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند. این امر منجر به مهیا شدن زمینه اعتیاد در فرد می‌شود؛ زیرا ممکن است با اولین مرتبه استفاده در فرد احساس مثبتی ایجاد گردد و باعث تکرار این عمل شود. البته آنها غافل از این هستند که این نوع لذت‌ها زودگذر و خانمانسوز می‌باشند (قنبری، ۱۳۷۹، به نقل از داوری، ۱۳۸۱: ۵۴).

دسته‌ای از افراد نیز برای کنجکاوی و ارزیابی خودشان با تصور اینکه با یکبار مصرف معتاد نمی‌شوند، و گاهی حتی برای اینکه قدرت خودشان را به دیگران ابراز دارند به مصرف مواد مخدر تن می‌دهند. احتمال معتاد شدن این افراد نیز بسیار است (همان).

**ج) ضعف اراده:** اراده عامل حرکت فرد می‌باشد. پس باید با منطق و شرع همسان باشد و با استفاده از تربیت و آموزش صحیح تقویت شود. فردی که با مشاهده یک عمل خلاف شرع و موازین اجتماعی با قاطعیت تمام در مقابل آن ایستادگی می‌نماید، از خود تزلزلی نشان نمی‌دهد و هدف خود را در زندگی به طور قطعی انتخاب می‌کند، دارای اراده‌ای قوی می‌باشد. اما اگر فرد دچار اراده ضعیف بوده و برنامه خاصی برای زندگی خود نداشته باشد، اولاً، دچار نوعی سردرگمی و خستگی روحی می‌شود و ثانیاً، ممکن است در مقابل هر انحرافی پاسخ مثبت دهد. در این صورت، نه تنها شخص نمی‌تواند مانع انحراف دیگران شود، بلکه خود نیز دچار انحراف می‌گردد. این مسئله در اعتیاد فرد اهمیت بسزایی دارد (همان، ۵۷).

**د) رهایی از زندگی عادی:** تقریباً انجام هر کاری بدون توجه به باورهای ذهنی و نیروهای درونی شخص انجام دهنده غیرممکن است. زمانی که یک تبدیل به مفهوم دقیق کلمه در خاستگاه فلسفی ذهنی صورت می‌گیرد، باور روانی و انگیزه‌ای، که از آن گرایش به مواد مخدر تعبیر می‌کنیم، ایجاد می‌شود. فرد دایم مشکلات و موقعیت خود را ارزیابی و داوری می‌کند. این داوری نوعاً

شخصی بوده و بر اساس دانش و فرهنگ تربیتی و فکری شخص داوری کننده صورت می‌پذیرد. حقیقت آن است که اعتیاد، همچنان که از نامش پیداست، اگرچه خود، صورت عادت دارد، اما برای شکستن یک عادت دیگر انجام می‌گیرد.

یکی از بارزترین علل گرایش به مصرف مواد مخدر در جوامع صنعتی پیشرفته، شکستن عادت ناشی از حیات عادی فردی است که در بستر زمان، صورت تکرار ملال آور به خود می‌گیرد. بر اساس آماری که به دست آمده، قریب هشتصد هزار نفر از معتادان (از جمع دو میلیون نفر)، معتادان تفتنی هستند که متأسفانه آمار سرآمدان علم و دانش در این طبقه زیاد می‌باشد (همان، ۵۸).

**ه) انگیزه های درمانی:** یکی از علل مصرف مواد مخدر جنبه های درمانی آن است. حقیقت آن است که در بسیاری از موارد پرداختن و گرایش به مواد مخدر، در آغاز جنبه مداوا داشته و سپس در بستر زمان به اعتیاد بدل گردیده است. شیوع مواد مخدر در روستاها نوعاً با انگیزه درمانی صورت می‌پذیرد. در این بخش استفاده از مواد مخدر برای رسیدن به تعادل جسمی است. در برخی از روستاها برای تسکین درد کمر، درد دندان، درد گوش و مانند آن از تریاک استفاده می‌کنند (همان، ۵۹).

**و) شخصیت متزلزل:** آلپورت در تعریف خود از شخصیت می‌گوید: "شخصیت سازمانی است پویا از نظام های روانی جسمانی در درون فرد که سبب سازگاری های بی همتا و بی نظیر او با محیط می‌شود" (همان: ۶۱).

بین شخصیت و اعتیاد رابطه ای متقابل وجود دارد، به نحوی که فرد به علت وضع خاص شخصیتی و نیازها، شکست‌ها، ناتوانی در برخورد با مسائل و ناکامی در زندگی، عدم ثبات عاطفی و ملایمات دیگر، به اعتیاد روی می‌آورد. از سوی دیگر، اعتیاد به نوبه خود منجر به از بین رفتن تعادل روانی و هیجانی شخص می‌شود. بدینسان، بین اعتیاد و شخصیت فرد دور باطلی ایجاد می‌شود که مبارزه با آن مستلزم تغییر شرایط بیرونی و درونی، یعنی ایجاد اراده و روحیه ای قوی و آسیب ناپذیر است. شناخت شخصیت و ویژگیهای رفتاری معتادان به منظور مبارزه با اعتیاد و نیز پیشگیری و درمان آن، از اهمیت ویژه ای برخوردار است (همان: ۶).



## ۱۰-۳-۲ علل خانوادگی

خانواده اصلی ترین نقش را در تربیت فرزندان دارد. یک خانواده سالم خانواده ای است که همه امور و فعالیت های آن منطبق با موازین و معیارهای حاکم بر جامعه باشد. یافته های پژوهشها حاکی از آنند که ۴۴ درصد بزهکاران جامعه ما در خانواده های بی بند و بار زندگی می کرده اند. بی توجهی والدین به تربیت فرزندان عواقب وخیمی در آینده فرزندان به دنبال خواهد داشت (قربان حسینی، ۱۳۶۸، به نقل از داوری، ۱۳۸۱: ۷).

نوع شغل پدر و مادر، وضعیت مسکن، کثرت یا قلت اولاد، همسایگان، ساکنان دیگر منزل، ویژگی های اخلاقی پدر و مادر، نحوه رفتار با کودکان، طلاق، وجود ناپدری و نامادری، تعدد ازدواج، فرهنگ خاص حاکم بر خانواده، میزان تحصیلات والدین، پدر سالاری یا مادر سالاری، وضع اقتصادی خانواده، از هم پاشیدگی و سردی خانواده، جدایی والدین و عدم پیوستگی اعضای خانواده، سست بودن ارکان خانواده؛ از عوامل مهمی می باشند که زمینه انحراف و کجروی را در فرد ایجاد می نمایند (همان، ۶۷).

پژوهشها نشان می دهند که افراد معتاد بیش از افراد غیرمعتاد به خانواده های از هم پاشیده و بی ثبات تعلق دارند. یکی دیگر از زمینه های اعتیاد فرزندان، اعتیاد پدر، مادر و یا اعضای خانواده می باشد. امروزه نهاد خانواده در غرب از جایگاه اصلی خود دور شده است. به هم خوردن نظم خانوادگی، سست شدن پایه این نهاد اساسی، شانه خالی کردن جوانان از قبول مسئولیت ازدواج، منفور شدن مادری، کاهش علاقه پدر و مادر و به ویژه مادر به فرزندان، جانشین شدن هوسهای سطحی به جای عشق، و افزایش طلاق، سبب گردیده اند که در این جوامع، نهاد خانواده کارکرد خود را در مورد کنترل آسیب های اجتماعی از دست بدهد (همان: ۷۰).

اما در جامعه ما که یک جامعه اسلامی است و تعالیم اسلامی ارزشهای خانوادگی را به بهترین وجه بیان کرده و مورد تأکید قرار داده است، نباید شاهد سست شدن پایه های خانواده باشیم. به طوری که بیش از چهار هزار دستورالعمل به صورت مستقیم در باره خانواده و ارزشهای حاکم بر آن از طرف معصومان بیان شده است (عاملی، ۱۳۷۸، به نقل از داوری، ۱۳۸۱: ۷).

در نتیجه پژوهشی که از ۸۰۰ کودک بزهکار به عمل آمده، معلوم شد که ۶۵ درصد مادرانشان طلاق گرفته یا در حال جدایی بوده‌اند. بررسی دیگر نشان می‌دهد که ۸۸ درصد کودکان مجرم دارای پدر و مادری بوده‌اند که از هم جدا زندگی کرده و بین آن‌ها اختلاف نظر و ستیزه وجود داشته است (همان: ۷).

در ذیل به برخی عوامل زمینه ساز گرایش فرد به اعتیاد در خانواده اشاره می‌گردد:

**الف) کمبود محبت در خانواده:** بسیاری از صاحب نظران در مسئله بزهکاری، کمبود محبت و ضعف عاطفی را ریشه اصلی جرم و انحراف دانسته‌اند. تحقیقی از غرب در باره بزهکاران نشان داده است که ۹۱ درصد مجرمان در ارتباط با جرم به نحوی دچار مشکل عاطفی بوده‌اند (مدنی، ۱۳۸۰، به نقل از داوری، ۱۳۸۱: ۷۳).

فرد در خانواده زمانی که نیازهای عاطفی‌اش برآورده نشود، مجبور می‌شود دست نیاز به سوی دیگران دراز نماید. در این زمان است که شکارچیان از این موقعیتها سوء استفاده می‌کنند و با ارتباط عاطفی دروغین افراد را به سوی انحراف می‌کشانند. (همان)

**ب) افراط در محبت:** زیاده روی در محبت نیز خود مانند کمبود محبت اثر منفی بر تربیت فرزندان دارد، به نحوی که فرزند همیشه متکی به پدر و مادر می‌باشد و هیچ گاه احساس استقلال و بزرگ منشی نخواهد کرد. زمانی که چنین فردی وارد جامعه شود و در این موقعیت از محبت های پدر و مادر به دور باشد، احساس کینه و عقده جویی می‌نماید و برای جبران این مسئله دست به هر خلافی خواهد زد. (همان، ۷۵)

**ج) تبعیض بین فرزندان:** این مسئله نیز یکی دیگر از مواردی است که فرد در خانواده احساس حقارت و حسادت می‌نماید. توجه نکردن به این امر خود می‌تواند زمینه اعتیاد در اعضای خانواده را ایجاد نماید (همان).

**د) محدود کردن فرزندان:** همانگونه که آزادی بی‌حد و حصر منجر به گرایش فرد به انحرافات اجتماعی می‌شود، محدود بودن نیز می‌تواند عامل گرایش فرد به انحرافات اجتماعی باشد؛ زیرا از سویی، محدود بودن منجر به فعال شدن حس کنجکاوای فرد و از سوی دیگر، منجر به بروز مشکلات عاطفی می‌شود. کنترل بیش از حد فرزندان سبب می‌شود که فرد وابسته به کنترل خارجی (زور)

باشد؛ یعنی تا زمانی که از طریق اعمال زور رفتارش تحت کنترل است دست به عمل منحرفانه نمی زند، اما به محض اینکه کنترل والدین ضعیف شود و یا والدین به دلیل اشتغالات فرصت کنترل را نداشته باشند، خود را رها می‌یابد و به رفتارهای انحراف آمیز روی می‌آورد؛ زیرا از کودکی حس کنترل درونی (وجدان) او خاموش بوده و همیشه به کنترل خارجی و احتمالاً زور وابسته بوده است (همان، ۷۷).

**ه) اعتیاد یکی از اعضای خانواده:** افرادی که در خانواده های معتاد زندگی می‌کنند، ترس و قبح معتاد شدن برایشان از بین رفته است و عادی شدن مصرف مواد در خانواده موجب سهولت گرایش دیگر اعضا به مصرف مواد مخدر می‌شود (همان، ۷۸).

اگر پدر و مادر در خانواده معتاد باشند اعتیاد آنها از یک سو، کنترل و تسلط آنها را بر فرزندان کاهش می‌دهد و از سوی دیگر، عامل انتقال این عادت به فرزندان می‌شود. البته گاهی اوقات برخی فرزندان به دلیل انزجار از رفتار پدر و مادر و عبرت گرفتن از آنها، از این صفت دوری می‌جویند، اما چنین والدینی در گرایش به اعتیاد فرزندانشان نقش مؤثر دارند. نتایج پژوهشها نشان می‌دهند که؛ بسیاری از معتادان در خانواده، افراد معتاد، از قبیل پدر، مادر، پدربزرگ و ... داشته اند (همان).

**و) رفاه اقتصادی خانواده:** در خانواده هایی که رفاه و درآمد اقتصادی زیاد است، روابط انسانی بر اثر کثرت کار و یا سرگرمی ضعیف می‌گردد. ضعف روابط انسانی نیز به نوبه خود عامل مساعدی برای کشش فرد به مواد مخدر است. بهترین دلیل این مدعا افزایش روزانه درصد معتادان در جوامع صنعتی غرب است که با رشد صنعت، روابط انسانی ضعیف تر می‌گردد. (همان: ۷۹).

همچنین افرادی که درآمد بیش از حد دارند موقعیت و زمینه مساعدتری برای شرکت در کلوب های شبانه و یا تفریحات متنوع در داخل یا خارج از کشور دارند و بدیهی است که این قبیل امکانات و تفریحات، زمینه را هم برای مصرف و هم برای فروش مواد مخدر بسیار مساعد می‌نماید (همان). خداوند در قرآن کریم، رفاه طلبی و اسراف را به شدت مورد حمله و نکوهش قرار می‌دهد و آن را عامل مستقیم در ایجاد طغیان، فساد و ظلم و کژی ها معرفی می‌نماید. همچنین در متون دینی آمده است که رفاه طلبی و زندگی مرفه‌انه سبب طغیان در برابر خداوند، سیطره شهوات بر انسان، همراهی با ظالمان، فاسقان و کافران، لذت گرایی، غرق شدن در کامیابیها و نیز اقدام به کجروی ها می‌شود.

پیامبر اکرم (صلی الله علیه وآله) در فرازی می‌فرمایند: من از ثروت بیش از حد، بیش از فقر برای شما هراسان هستم و آن را موجب هلاکت و سقوط می‌دانم، و نیز امام علی (علیه السلام) فزونی ثروت را مایهٔ هلاکت، طغیان و فنا دانسته است (همان).

ز) **بی سواد یا کم سواد والدین:** تحصیلات پایین یا بی سواد نقش مهمی در فرهنگ عمومی جامعه و همچنین در حریم خانواده و تربیت فرزندان دارد. بی سواد و کم سواد عامل بسیاری از مسائل، مشکلات، نارساییهای اجتماعی و انحرافات است. روشن است که پدر و مادر باسواد بسیار بهتر و با دید باز نسبت به دنیای پیرامون، مسائل و مشکلات خانواده را حل می‌کنند. والدین تحصیل کرده با روشهای علمی و منطقی می‌توانند فرزندان را کنترل نمایند. آنان اغلب به دلیل آگاهی و شناخت مسائل و نیاز زندگی خود، شرایط مادی و معنوی و عاطفی مناسبی را برای فرزندان ایجاد می‌کنند. حال آنکه، بیسواد والدین منجر به مسائلی از قبیل: روشهای غیرمنطقی در تربیت فرزندان، پی نبردن به نیازهای روانی فرزندان، نپذیرفتن تغییرات در نگرشهای جوانان و تأکید بر روشها و اعتقادات سنتی خود، موجب می‌گردند فرد نوعی احساس تنهایی و کمبود نماید و در نتیجه، در پی یافتن همدرد و همدل، به هر شخص و هر موادی روی آورد (فرجاد، ۱۳۷۷، به نقل از داوری، ۱۳۸۱: ۸۱).

غالب پژوهشها نشان می‌دهند که بیشتر معتادان، والدینشان بیسواد و کم سوادند "پدر ۶۴ درصد معتادان و مادر ۸۳ درصد آنها بیسواد می‌باشند و علاوه بر آن، ۵۱ درصد معتادان خود بیسواد بوده‌اند و یا دارای تحصیلات قدیمی و ابتدایی هستند. همچنین ۴۰ درصد همسران ایشان نیز بی‌سواد بوده‌اند." (همان)

ح) **فقر خانواده:** فقر و انحرافات اجتماعی از جمله پدیده‌هایی هستند که به نظر بسیاری از صاحب نظران، با هم مرتبط می‌باشند. آنان پدیده‌های مزبور را در دو طبقه خرد و کلان تبیین کرده‌اند. در سطح خرد، فقر را معلول ویژگیها و استعدادهای فردی شخص می‌دانند و عواملی همچون ضعف جسمانی و اختلالات روانی و بی استعدادی را از جمله مواردی می‌دانند که در رابطه با ایجاد فقر مؤثرند (اسفندیاری، ۱۳۷۸، به نقل از داوری، ۱۳۸۱: ۸۲).

اما در سطح کلان، فقر و انحرافات هر یک معلول تلقی شده، در یک چرخه علی و معلولی قرار می‌گیرند. بر اساس این گونه تبیین‌ها، مشخص می‌شود که در سطح نهادها، سازمانها، روابط اجتماعی و خصایص ساختاری جامعه مشکلی وجود دارد و سبب ایجاد یک معضل در جامعه شده است (همان).

پژوهشها در عین حال که مؤید وجود رابطه مستقیم بین فقر و انحرافات نیست، اما وجود همبستگی میان آن دو را تأیید می‌نماید. بر این اساس، فقر به عنوان یکی از مسائل اجتماعی، در وقوع انحرافات و افزایش میزان آن، به ویژه در زمینه جرایم زنان، اعتیاد و سرقت تأثیرگذار است. در رویکرد دینی نیز این همبستگی میان فقر و انحرافات اجتماعی مورد تأیید است؛ بر این اساس، فقر انگیزش روی آوری به کجروی را افزایش می‌دهد. همچنان که رفاه طلبی و ثروتمند بودن در گرایش فرد به سوی انحرافات اجتماعی، انگیزه ای بسیار قوی می‌باشد (همان).

همانگونه که فقر می‌تواند فرد را به سوی قاچاق مواد مخدر و اعتیاد بکشاند، خود نیز یکی از عواقب اعتیاد می‌باشد؛ یعنی رابطه ای دوسویه بین فقر و اعتیاد وجود دارد، به گونه‌ای که هرگاه فرد فقیر به دلیل مشکلات مالی به اعتیاد روی آورد، اعتیاد باعث فقر هر چه بیشتر او می‌شود؛ زیرا ازسویی، مصرف مواد مخدر نیازمند به صرف هزینه می‌باشد و از سوی دیگر، فرد معتاد ضعیف شده است و اراده کار کردن ندارد (همان).

آمارهای موجود تأییدکننده ارتباط بین اعتیاد و فقر می‌باشند. به عنوان نمونه، بر طبق آماري که در بین سال های ۱۳۷۱ تا ۱۳۷۷ انجام گرفت، این نتیجه به دست آمد که بین تغییرات نسبت خانواده های زیر خط فقر نسبی و تعداد دستگیر شدگان مرتبط با مواد مخدر همبستگی بالایی وجود دارد (همان، ۸۳).

**ط) ستیزه والدین:** خانواده، حریم امن و آرامش است. ستیزه و اختلاف در خانواده از علل مهم گرایش افراد به ناهنجاریها و اعتیاد است. افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و از هم گسیخته زمینه های بیشتری در گرایش به انحراف و اعتیاد دارند. طبق یافته های پژوهشی ۴۴ درصد بزهکاران جامعه ما در خانواده های لابلالی زندگی می‌کنند. همچنین در پژوهش دیگری نشان داده شده است

که ۸۲ درصد معتادان، ستیزه های خانوادگی را در فرار فرزندان و روی آوردن به اعتیاد مؤثر می دانند (همان، ۸۵).

زمانی که محیط خانواده، محیط مناسبی برای زندگی نباشد، فرد سعی می کند بیشترین وقت خود را در خارج از خانه صرف نماید و این کار، ارتباط افراد را با شکارچینی که به دنبال شکار می گردند مهیا می سازد. باید توجه داشت که هر قدر ستیزه های خانوادگی بیشتر باشد، احتمال کشتن افراد به طرف مصرف مواد مخدر و دیگر انحرافات اجتماعی بیشتر است (همان).

**ی) از هم گسیختگی خانواده:** گسیختگی خانوادگی، بر اختلال رابطه ای در بین اعضای خانواده دلالت دارد که در قالب اختلافات و درگیریهای خانوادگی نمود پیدا می کند. در چنین شرایطی اعضای خانواده درک درستی از خواسته ها و نیازهای هم ندارند و به جای اقناع و گفتگو، تهدید، زور و خشونت بر روابط اجتماعی حاکم می گردد.

خانواده های از هم گسیخته از ساختار مطلوبی برخوردار نیستند و کارکردهای هر یک از اجزای ساختاری نتیجه مثبتی را برای کل خانواده در بر ندارد و می تواند آسیب هایی را برای خانواده پدید آورد، که به چند مورد آن اشاره می شود:

**ک) انکار:** خانواده های نا بسامان و از هم گسیخته، مسائل خود را انکار می کنند و به همین دلیل، نمی توان در حل مسائل آنان قدم برداشت.

**ل) ارضا نشدن نیازهای اعضای خانواده:** در خانواده مساله دار نیاز فرزندان و سایر اعضای خانواده برآورده نمی شود، به همین جهت در چنین خانواده ای جو نا مطلوبی حاکم است.

**م) فقدان انعطاف و صمیمیت:** در خانواده های از هم گسیخته، برخوردهای خشک حاکم است و صمیمیتی بین اعضا وجود ندارد. از این رو برای حل مسائل خود از انعطاف لازم برخوردار نیستند.

**ن) روابط نامطلوب:** در اینگونه خانواده ها، رفتارهای ضد و نقیض به چشم می خورد، افراد با هم در عناد و دشمنی هستند و بین آنها روابط انسانی وجود ندارد.

**س) حاکمیت مقررات خشک:** در ساختار خانواده مقررات خشک و تغییر ناپذیری از سوی رئیس خانواده حاکم است و همه ی اعضای خانواده مجبور به اطاعت از دستورات رئیس خانواده اند.

ع) جنگ قدرت و نبود آزادی: در چنین خانواده هایی بین اعضا همواره جنگ و ستیز برای دستیابی به قدرت وجود دارد و از آزادی و دموکراسی خبری نیست. ساختار خانواده، بر عدم اعتماد و سرزنش و انتقاد اعضا از هم پا گرفته است (حسینی، ۱۳۸۴: ۷۱).

### ۱۱-۳-۲ علل اجتماعی

از آنرو که انسان طبعاً موجودی اجتماعی می باشد و برای زندگی کردن نیاز به حضور در اجتماع دارد، با یکسری علل اجتماعی روبرو می گردد که برخی از آنها در گرایش فرد به اعتیاد مؤثرند. برخی از علل اجتماعی که در گرایش به سوی اعتیاد زمینه ساز و مؤثر می باشند عبارتند از:

الف) دسترسی آسان به مواد مخدر: در دسترس بودن مواد مخدر علتی می باشد که به همراه علل دیگر زمینه گرایش فرد را به اعتیاد ایجاد می نماید، به گونه ای که اگر در فرد زمینه کجروی وجود داشته باشد و مواد مخدر به آسانی در دسترس او قرار گیرد، از مصرف و توزیع آن دریغ نمی نماید (ستوده، ۱۳۷۸، به نقل از داوری، ۱۳۸۱: ۸۷).

دسترسی به مواد مخدر به عوامل گوناگونی بستگی دارد؛ از جمله: وضعیت جغرافیایی کشور، استان و محله جغرافیایی، نقش قوانین، نحوه اجرا و قاطعیت قوانین، و برنامه ریزی های مسئولان برای مهار مواد مخدر (همان).

ب) بیکاری و اعتیاد: عامل بیکاری به طور غیرمستقیم به گرایش فرد به سوی اعتیاد می انجامد. بیکاری از سویی، به فقر شخص و از سوی دیگر، سبب ایجاد بیماری های روانی، افسردگی، ضعف اعتماد به نفس، و از بین رفتن امیدواری می شود که در نهایت، به اعتیاد شخص منجر می گردد. فرد به دلیل بیکاری و نداشتن درآمد آبرومند به خرید و فروش مواد مخدر روی می آورد و برای خود شغلی کاذب ایجاد می نماید.

یکی از نتایج اشتغال، فقدان فرصت برای ارتکاب جرم است. بیکاری منجر به افزایش اوقات فراغت فرد می شود و چنانچه برای اوقات فراغت افراد برنامه ریزی های منطقی و مناسبی اتخاذ نشده باشد زمینه گرایش به اعتیاد برای آنان مهیا می شود، چرا که در این فرصت فرد با منحرفان و معتادان آشنا می گردد و به آنها می پیوندد. پس می توان نتیجه گرفت که بیکاری یک عامل زمینه ای

می‌باشد که؛ می‌تواند در کنار عوامل دیگر، مانند فقر، موجب روی آوردن فرد به سوی اعتیاد گردد (همان، ۸۸).

**ج) نابرابری های اقتصادی و اجتماعی:** نابرابری های اقتصادی، اجتماعی جنبه های وسیعی دارد، که نابرابری ها در توزیع منابع مادی، نابرابری در قدرت، نابرابری در حیثیت، نابرابریهای جنسی و نژادی را شامل می‌شود.

عامل نابرابری به طور مستقیم منجر به اعتیاد فرد نمی‌گردد، اما می‌تواند زمینه ساز فقر و مشکلات عاطفی گردد. از این رو، به طور غیر مستقیم عاملی در گرایش افراد به اعتیاد مواد مخدر محسوب می‌شود. اختلاف طبقاتی در هر جامعه، به بی ایمانی بیشترین افراد آن جامعه نسبت به شرایط اقتصادی موجود منتهی می‌شود. همین بی ایمانی نسبت به شناخت اجتماعی درگرایش به اعتیاد تأثیر بسزایی دارد (همان، ۹۱).

مطالعات اجتماعی نشان می‌دهند در کشورهای که توزیع ثروت به صورت عادلانه صورت نمی‌گیرد، هر روز فقرا فقیرتر و اغنیا ثروتمندتر می‌شوند، فاصله طبقاتی فزونی می‌یابد و به علت عدم آموزشهای اجتماعی و ضعف فرهنگی و فقدان احساس همبستگی ناشی از مادی‌گرایی و فردگرایی که از ویژگی‌های جوامع در حال توسعه است افراد قادر به هدایت درست ستیز علیه این بی عدالتی اجتماعی نیستند. در نتیجه، ارزشهای اجتماعی فاقد اعتماد می‌شوند، نظارت اجتماعی سست می‌گردد و بزهکاری و تبهکاری عمومیت پیدا می‌کنند (همان).

**د) نقش محیط جغرافیایی و محل سکونت:** نقش محیط جغرافیایی شهر، از جمله شهرهای مرزی که امکان انتقال مواد مخدر به راحتی صورت می‌گیرد، و نیز محل سکونت در گرایش افراد به اعتیاد نقش بسزایی دارد.

در مورد محل سکونت، این مسئله اهمیت دارد که غالب افراد معتاد در مناطق حاشیه‌ای و مناطق قدیمی که دارای کوچه های پر پیچ و خم و خانه های مخروبه می‌باشد، زندگی می‌کنند. واقعیت این است که محیط های آلوده می‌توانند زمینه مساعد شکوفایی استعداد های موجود در افراد برای ارتکاب به جرم و اعتیاد را ایجاد نمایند. در اینگونه مناطق که اغلب مناطق فقیرنشین می‌باشند، امکانات رفاهی و مراکزی مانند سینما، پارک و امکانات رفاهی کمتر وجود دارند و جوانان برای گذران اوقات فراغت



خود به اجبار به طرف اعتیاد کشانده می‌شوند. از سوی دیگر، غالباً این گونه مکانها از طرف نیروی انتظامی کمتر نظارت می‌شوند (همان، ۹۲).

همچنین اغلب روستاییان و مهاجران خارجی در محله های قدیمی، شلوغ و مخروبه ها که از مراکز شهرها به دور هستند اسکان می‌یابند و به دلیل آنکه این افراد، اغلب شغلی ندارند و در بین مردم شناخته شده نیستند، خیلی راحت و بهتر می‌توانند به توزیع مواد مخدر و در نهایت، مصرف آن روی آورند (همان، ۹۳).

**ه) نقش دوستان ناباب:** عضویت در گروه همسالان برای نخستین بار کودکان را در فرایندی قرار می‌دهد که بیشترین میزان جامعه پذیری به صورتی ناخود آگاه و بدون هرگونه طرح سنجیده ای در آن انجام می‌پذیرد. گروه همسالان برخلاف خانواده و مدرسه، کاملاً حول محور منافع و علایق اعضا قرار دارد. اعضای این گروه می‌توانند به جستجوی روابط و موضوعاتی بپردازند که در خانواده و مدرسه با تحریم مواجه است. تقریباً در ۶۶ درصد موارد، اولین مصرف مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می‌دهد (همان، ۹۴).

ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعدکننده قوی برای ابتلای نوجوانان و جوانان به اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان سعی می‌کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. نظریه همنشینی افتراقی مؤید این دلیل می‌باشد (همان).

## **۱۲-۳-۲ نگرش به مصرف مواد مخدر**

نگرش، نظامی است بادوام که شامل عناصر شناختی، احساسی و تمایل به عمل است. نگرش به مصرف مواد مخدر نیز عاملی است با مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری شامل باورهای هنجاری در باره شیوع مصرف مواد مخدر و پذیرش آن، برداشت فرد در باره سازگار بودن مصرف مواد مخدر با سبک زندگی، باورهای فرد در باره نتایج منفی مصرف مواد مخدر، الزام و مقید بودن به عدم استفاده از مواد مخدر، نگرش منفی به سوء مصرف مواد و معتاد و اجتناب از مواد مخدر (پورشهباز، ۱۳۸۳: ۲۸).

نگرش‌های خاصی با مصرف دارو در ارتباط هستند که می‌توانند در تغییر رفتار مداخله کنند. یکی از این نگرش‌ها، این اعتقاد است که مصرف دارو برای مقابله با مشکلات زندگی قابل پذیرش است. ولی آشکارا، مصرف دارو اثر کمی بر حل مشکلات داشته و در بسیاری از موارد، مشکلات را وخیم تر می‌سازد (بلوم، ۲۰۰۵، به نقل از مهاجردارابی، ۱۳۸۶: ۳۲).

### ۲-۳-۱۳ تأثیر نگرش‌ها، باورها و انتظارات در گرایش به مصرف مواد مخدر

رویکردهای شناختی و رشدی در سال‌های اخیر، تمرکز زیادی بر توصیف و پیش‌بینی مواد در نوجوانان و جوانان نموده‌اند. در زمینه تأثیر نگرش‌ها، باورها و انتظارات بر تمایل به مصرف مواد مخدر، پیشگامان رویکردهای تصمیم‌عقلانی (یا مبتنی بر استدلال و منطق) گفته‌اند که تصمیمات نوجوانان و جوانان برای درگیر شدن در فعالیت‌های مخاطره‌آمیز مثل مصرف یا سوء مصرف مواد گوناگون از تجزیه و تحلیل هزینه و سود اجتماعی ناشی می‌شود (جرارد، گیونز، بتین و هسلینگ<sup>۴۲</sup>، ۱۹۹۶).

این رویکردها ادعا دارند که مصرف و سوء مصرف مواد احتمال دارد در بین جوانان و نوجوانان بر مبنای ارزیابی عواقب مثبت و منفی مصرف و سوء مصرف مواد، تصمیم‌عقلانی باشد (فاری و بیت ماروم<sup>۴۳</sup>، ۱۹۹۲).

### ۲-۳-۱۴ اهمیت دوره نوجوانی و جوانی در جامعه

نوجوانان و جوانان، قشر فعال و مولد هر جامعه هستند و از لحاظ فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی عنصر حساس و مهم جوامع محسوب می‌شوند. آن‌ها دارای روحیات، خصوصیات و علایق متفاوتی هستند و در دوران بلوغ به علت نارسایی و ناپختگی شخصیت، اضطراب، بی‌قراری، حس کنجکاوی، اعتقادات ضعیف مذهبی، عدم تحمل مشکلات زندگی، ناپایداری عاطفی، احساس زودگذر و استقلال طلب و تحریک‌پذیری بسیار شدید احتمال اینکه به مسائل ناشناخته‌ای سوق داده شوند، بسیار زیاد است. نوجوان در هرگونه رفتار خطرجویانه در صدد است ریش و هویت خویش را به اثبات برساند، خطرجویی نوجوان ممکن است به عنوان ابزاری برای پذیرفته شدن یا ورود به

<sup>42</sup> Gerrard, Gibbons, Benthin & Hessling

<sup>43</sup> Furby & Beyth- Maron

یک گروه خاص باشد. نوجوانان غالباً دارای یک احساس فنا ناپذیری و توان لایزال و شکست ناپذیر هستند و هنگامی که این احساس‌ها با قدرت و آمادگی آنان برای خطر جویی همراه می‌شود، نوجوان توانمندی‌های خود را بیش از حد ارزیابی می‌کند که موجب هدایت آنان به سوی رفتارهای خود تخریب کننده می‌باشد (خالقی پور، ۱۳۸۱: ۱۹).

نوجوانی و جوانی یکی از دوره‌های حساس رشد انسان است که بسیاری از مهارت‌ها و ویژگی‌هایی که فرد در بزرگسالی به آن‌ها نیاز دارد، در این دوره شکل می‌گیرد. دوران جوانی مهمتر از سایر ادوار زندگی است که نباید از آن غافل شد. سنین دوران جوانی بهترین دوران زندگی جهت کسب تجربه‌های مختلف است؛ در این دوران جوان سعی می‌کند با تأسی از رفتار اطرافیان مهم به کسب تجربه پرداخته و رفتار جدیدی را از خود بروز دهد. به عبارت دیگر نوجوان و جوان در فرآیند جامعه پذیری از طریق کنش‌های متقابل اجتماعی سبک و مهارت‌های زندگی را می‌آموزد و به تدریج به کسب تجربه‌های مختلف می‌پردازد.

نوجوانی و جوانی، یکی از چالش‌انگیزترین، تنش‌زاترین، جذاب‌ترین و در عین حال مشکل‌سازترین دوران زندگی، هم برای نوجوانان و جوانان و هم برای والدین، معلمان و متخصصان سلامت جامعه است. در عین حال، نوجوانی، دوره‌ای با بهترین خوشی‌ها، تفریحات، تهیج‌ها، آرمان‌گرایی‌ها و خوش بینی‌هایی است که طی آن نوجوان و جوان لذت استقلال، صمیمیت و برنامه‌ریزی برای آینده را می‌چشد و به اوج تحول جسمانی، عاطفی و ذهنی دست می‌یابد. موضوع سلامت نوجوانان و جوانان را می‌توان به صورت حوزه‌های خطرناک تحولی مدنظر قرار داد. نوجوانان و جوانان امروز برخلاف کودکان دیروز، باید با مجموعه‌ای از خطرهای سلامتی جدید دست و پنجه نرم کنند. این خطرهای شامل مواد مخدر، بیماری‌های قابل انتقال جنسی تا اختلالات خودکشی و افسردگی می‌شود. خطرهایی از این نوع، ضرورت و فوریت درک سلامت نوجوانان و جوانان را خاطر نشان می‌سازد، همچنین بینش‌ها و نگرش‌های جدیدی نیز نسبت به ابعاد و جنبه‌های مثبت رفتار سالم و توأم با سلامت که نسل نوجوان و جوان را از نسل کودکان و بزرگسالان متمایز می‌سازد، ایجاد می‌کند. اصل سی‌ام از قانون اساسی جمهوری اسلامی ایران، دولت را موظف می‌سازد تا وسایل

آموزش کودکان را در کنار پرورش ایشان فراهم آورد. اصول ۴۳، ۲۹ و ۳ (بند ۱۲) همین قانون دولت را موظف می‌دارد برای سلامت تمامی افراد کشور برنامه ریزی کند.

بعلاوه امروزه سرمایه‌گذاری بر روی سلامت نوجوانان و جوانان در محیط‌های آموزشی و خارج از محیط‌های آموزشی به عنوان یکی از مهم‌ترین مداخلات نظام‌های سلامت توسط سازمان جهانی بهداشت، در قالب برنامه‌های فراگیر از قبیل "مدارس مروج سلامت" در حوزه ارتقای سلامت نوجوانان و جوانان توصیه شده است. (نقشه جامع سلامت نوجوان و جوانان، ۱۳۹۱: ۱۲).

### ۱۵-۳-۲ جوانی و مصرف مواد

در گذشته استعمال مواد مخدر تنها مختص افراد بالای ۵۰ سال بود. در سال‌های اخیر شیوع اعتیاد در جوانان و نوجوانان رو به رشد است. به طوری که سن ابتلا به اعتیاد در ایران طی دو دهه‌ی اخیر به شدت کاهش یافته و به زیر ۲۰ سال و حتی گاهی به زیر ۱۵ سالگی نیز رسیده است (وجودی و همکاران، ۱۳۹۳: ۶۳). نوجوانان آسیب‌پذیرترین قشر در برابر رفتارهای پرخطر هستند (مامی و همکاران، ۱۳۹۱: ۴۵). و مسأله‌ی مصرف مواد در میان نوجوانان به دلیل حساسیت این دوره و نقش آن در زندگی آینده‌ی آن‌ها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است و امروزه این موضوع در بین نوجوانان و جوانان از موضوعات اساسی جوامع مختلف بوده و می‌تواند گام مؤثری در شناسایی عوامل مرتبط با مصرف مواد و ارائه‌ی راهکارهای مؤثر در جهت پیشگیری و درمان اختلالات مصرف مواد باشد (فولادوند، ۱۳۹۴: ۵۵).

### ۱۶-۳-۲ مفهوم پیشگیری از اعتیاد

مفهوم کلمه پیشگیری (to prevent) به معنای به کار بردن روش‌های احتیاطی برای جلوگیری از بیماری‌های جسمی و روانی یا به عبارت دیگر، انجام اقدامات احتیاطی برای جلوگیری از اتفاقات ناخواسته می‌باشد (اشراقی، ۱۳۸۱: ۸).

لغت پیشگیری در منابع فارسی به معنای رفع، جلوگیری، مانع شدن و پیش مانع چیزی شدن، تعریف شده است. (فرهنگ دهخدا)

این واژه همچنین در فرهنگ لغوی لاتین نیز به معنای مانع شدن از اینکه چیزی رخ دهد، تعریف شده است. (رجبی پور، ۱۳۸۲: ۷۵)

اما براساس اعلام (سازمان بهداشت جهانی) روش های پیشگیری از اعتیاد به شرح زیر می باشد:

**الف) پیشگیری نوع اول:** هدف پیشگیری نخستین، اطمینان حاصل کردن از عدم بروز یک بیماری، فرایند یا مشکل است.

**ب) پیشگیری نوع دوم:** هدف پیشگیری نوع دوم، شناسایی یا تغییر و اصلاح یک بیماری، فرایند، یا مشکل در کوتاه ترین مدت بعد از بروز آن می باشد.

**پ) پیشگیری نوع سوم:** هدف پیشگیری نوع سوم، متوقف ساختن یا کند کردن جریان پیشرفت یک بیماری، فرایند یا مشکل و پیامدهای آن است، حتی اگر حالت و وضع اصلی همچنان ادامه یابد.

با توجه به این تعریف، اصول اساسی پیشگیری از سوء مصرف مواد که عمدتاً مبتنی بر پیشگیری نوع اول هستند و در این تحقیق نیز مد نظر ماست در بین نوجوانان و جوانان را می توان به شرح زیر در نظر گرفت:

اصل اول) برنامه های پیشگیری باید عوامل محافظت کننده را افزایش و عوامل خطر ساز را کاهش دهند.

اصل دوم) برنامه پیشگیری باید تمام انواع سوء مصرف مواد را تحت پوشش قرار دهد.

اصل سوم) برنامه های پیشگیری باید متناسب با بافت بومی و مواد رایج در یک محله یا شهر صورت پذیرد.

اصل چهارم) برنامه های پیشگیری باید به عوامل خطر آفرین در مخاطبین خاص، سن، نژاد، جنسیت، توجه خاص داشته باشند.

اصل پنجم) برنامه های پیشگیری باید مبتنی بر تقویت روابط خانوادگی و مهارت های فرزند پروری و ... باشند، یعنی: نظارت و مراقبت والدین، اطلاع رسانی و آموزش والدین، مداخلات مقطعی و کوتاه مدت در خانواده.

اصل ششم) برنامه های پیشگیری باید عوامل خطر ساز اولیه کودکی مثل رفتارهای پر خاشگرانه، مهارت های اجتماعی ضعیف و مشکلات تحصیلی را شناسایی کنند.

اصل هفتم) برنامه های پیشگیری برای مدارس ابتدایی باید ارتقاء یادگیری های تحصیلی و اجتماعی را به منظور نشان دادن عوامل خطرآفرین مثل پرخاشگری، شکست تحصیلی و ترک تحصیل را هدف قرار دهد.

آموزش باید متمرکز بر مهارت های زیر باشد:

خود کنترلی

آگاهی هیجانی

ارتباطات

حل مسئله اجتماعی

حمایت تحصیلی به خصوص در مهارت خواندن

اصل هشتم) برنامه های پیشگیری برای دانش آموزان مدارس راهنمایی و دبیرستان باید صلاحیت های تحصیلی و اجتماعی را ارتقاء دهد، همراه با مهارت های زیر:

عادت به مطالعه و حمایت تحصیلی

ارتباطات

روابط با همسالان

خودکارآمدی و جرأت ورزی

مهارت های مقاومت در برابر مواد

تقویت نگرش های ضد مواد

تقویت تعهد شخصی در برابر سوء مصرف مواد

اصل نهم) برنامه های پیشگیری در جمعیت عمومی باید در نقاط انتقالی کلیدی جهت یافته باشند مثل گذار از ابتدایی به مقطع راهنمایی که می تواند اثرات سودمندی را حتی در خانواده های پرخطر و کودکان پرخطر ایجاد نماید. در اینجا صرفاً جمعیت در معرض خطر، هدف نیست و از این رو کاهش برچسب زنی و افزایش روابط مدرسه و جامعه را در بردارد.

اصل دهم) برنامه‌های پیشگیری جامعه‌مدار که دو برنامه یا بیشتر از دو برنامه را ترکیب می‌کنند، برنامه‌های اثربخش‌تری هستند. مثل تلفیق برنامه‌های خانواده‌مدار و مدرسه‌مدار که می‌تواند نسبت به یک برنامه، به تنهایی اثربخش‌تر باشند.

اصل یازدهم) برنامه‌های پیشگیری جامعه‌مدار باید در زمینه‌های متعدد برای مردم مثل مدارس، انجمن‌ها، سازمانهای مذهبی و رسانه‌ای قابل دسترس باشد. (زینالی، ۱۳۸۱: ۹۹).

### ۱۷-۳-۲ عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد در نوجوانان

یکی از مدل‌هایی که در سال‌های اخیر در تبیین و پیشگیری از رفتارهای پرخطر بسیار سودمند بوده، مدل عوامل خطر ساز و حفاظت کننده است (هاوکینز، کاتالانو و میلر<sup>۴۴</sup>، ۱۹۹۲). این مدل نظری اظهار می‌نماید که بر اساس انواع متنوعی از عوامل خطر ساز برگرفته از مدل‌های نظری مختلف، می‌توان رفتارهای پرخطر را در نوجوانان و جوانان پیش‌بینی کرد. مدل‌های مبتنی بر عوامل خطر ساز و حفاظت کننده علاوه بر سازمان دادن عوامل مرتبط با شروع رفتارهای پرخطر به مفهوم سازی سطوح بالقوه مداخله برای پیشگیری از رفتارهای پرخطر نیز کمک می‌کند (بوتوین، ۲۰۰۱).

عوامل خطر ساز، احتمال مصرف مواد یا درگیری در رفتارهای خشونت آمیز را افزایش می‌دهند. بسیاری از عوامل خطر سازی که کودکان و نوجوانان در طول دوره‌ی رشد، آن‌ها را تجربه می‌نمایند، فقط با سوء مصرف مواد مرتبط نیستند، بلکه با مجموعه‌ای از مشکلات بهداشتی و بهداشت روانی رابطه دارند. عوامل خطر ساز به روش‌های مختلفی بر مصرف مواد تأثیر می‌گذارند. برخی عوامل خطر ساز در مرحله خاصی از رشد افراد در مقایسه با عوامل دیگر تأثیر قوی‌تری دارند، مانند فشار گروه همسالان در دوره نوجوانی جوانی (هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲).

### ۱۸-۳-۲ دسته بندی عوامل خطر ساز بر حسب حیطه‌های مختلف

هاوکینز و کاتالانو (۱۹۹۲) با ارائه‌ی یک چارچوب نظری محکم در مورد مصرف مواد، شش حیطه‌ی اساسی شامل فرد، همسالان، خانواده، مدرسه، محله و جامعه را مورد توجه قرار داده‌اند. این

<sup>44</sup> Hawkins, Catalano & Miller

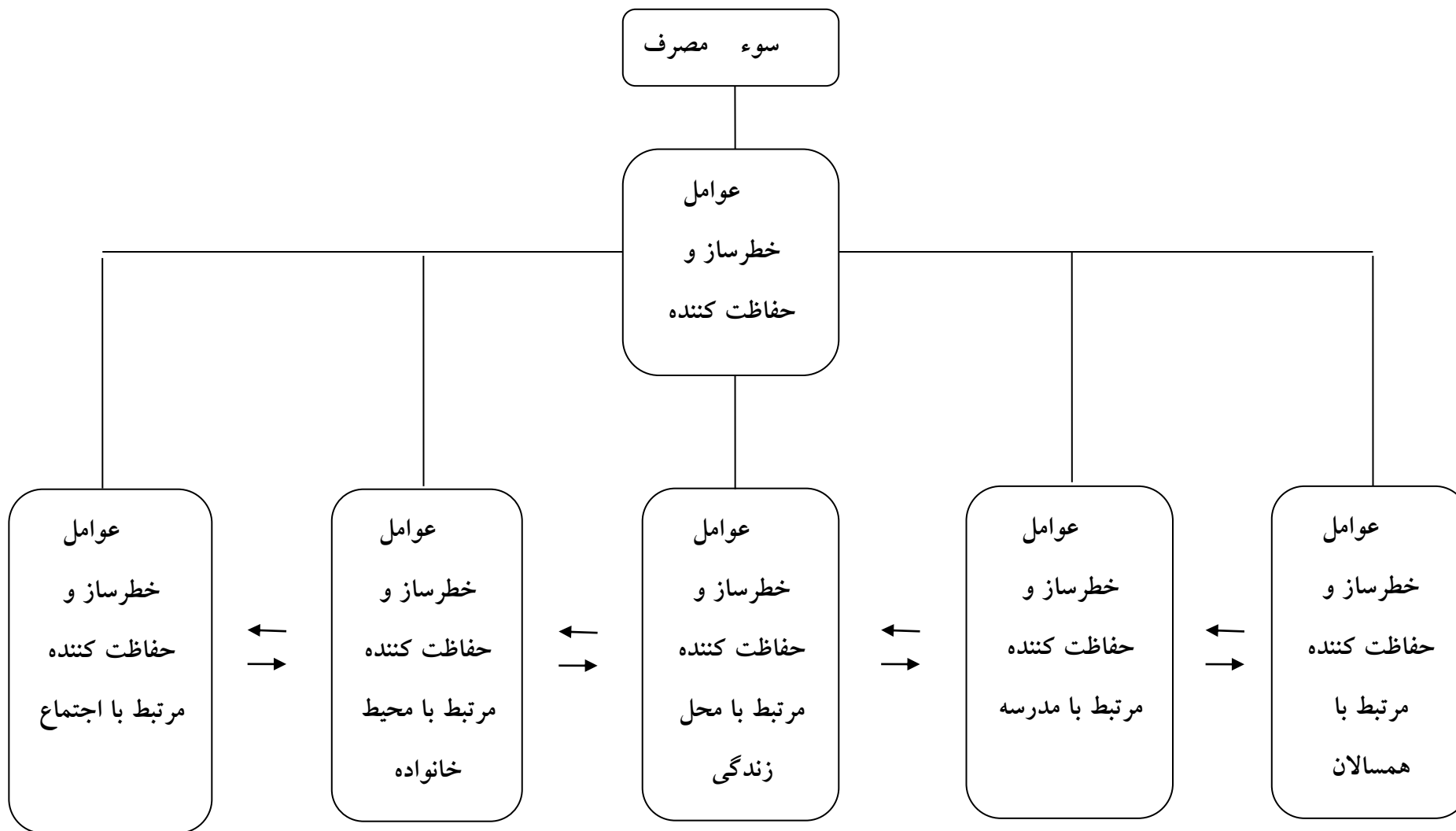
حیطه‌ها با هم تعامل دارند. فرد در مرکز این مدل قرار دارد و همه محرک‌ها بر اساس ویژگی‌های فردی خود پردازش، تفسیر و پاسخ می‌دهد (مطابق شکل ذیل).

مدل شبکه‌ی عوامل تأثیرگذار حیطه‌هایی را که بر رفتار مصرف مواد یا سایر رفتارهای مشکل‌ساز تأثیر می‌گذارند، به خوبی آشکار می‌سازد (برنستاین و زیگ<sup>۴۵</sup>، ۱۹۹۹؛ به نقل از هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲).

---

<sup>45</sup> Bronstein& Zweig





نمودار ۱-۲: شبکه‌ی عوامل مؤثر در سوء مصرف مواد (برنستاین و زیگ، ۱۹۹۹)

### ۱۹-۳-۲ حیطةى فرد/ همسالان

احساس بيگانگى در رابطه با ارزش‌هاى حاكم بر جامعه، اعتقادات مذهبى ضعيف، روحيه عصيانگرى، نياز شديد به استقلال و فقدان هنجارپذيرى، به طور مثبت با مصرف مواد و رفتار بزهكارانه رابطه دارند. نوجوانانى كه خودشان را بخشى از جامعه كلى احساس نمى‌كنند، از قوانين پيروي نمى‌كنند و به تلاش براى موفقيت و مسئوليت پذيرى باور ندارند، يا كسانى كه در مقابل جامعه عصيان مى‌كنند، در معرض خطر مصرف مواد و بزهكارى و اخراج از مدرسه قرار دارند (شدلر و بلوك، ۱۹۹۰، به نقل از هاوكينز و همكاران، ۱۹۹۲: ۶۴).

حيطه‌هاى فردى عبارتند از: نگرش مثبت نسبت به مواد، آغاز زود هنگام رفتارهاى مشكل‌ساز، طرد شدن از سوي دوستان، عوامل روان‌شناختى و سرشتى، ارتباط با دوستانى كه درگير رفتارهاى ضد اجتماعى هستند يا مواد مصرف مى‌كنند، كه در اين حيطه به توضيح دو مورد مهم مى‌پردازيم.

### ۲۰-۳-۲ ارتباط با دوستانى كه درگير رفتارهاى ضد اجتماعى هستند يا مواد مصرف مى‌كنند

نوجوانانى كه با همسالانى ارتباط دارند كه درگير رفتارهاى مشكل‌ساز از قبيل بزهكارى، مصرف مواد، فعاليت خشونت‌آميز و جنسى يا اخراج از مدرسه هستند، احتمال زيادى هست كه به همان رفتارها دست بزنند. اين عامل يكي از پايدارترين پيش‌بينى‌كننده‌هاى است كه تا به حال پژوهش‌ها شناسايى کرده‌اند. حتى اگر فرد از خانواده‌اى باشد كه ساير عوامل خطرناك وجود ندارد، صرف ارتباط با دوستان مشكل‌دار، مى‌تواند خطر همان مشكل را افزايش دهد (اوتينگ و بيووايس<sup>۴۶</sup>، ۱۹۸۶).

### ۲۱-۳-۲ عوامل روان‌شناختى و سرشتى

عوامل سرشتى، عواملى هستند كه ممكن است زيستى يا روان‌شناختى باشند. اين عوامل اغلب در افرادى ديده مى‌شوند كه داراى رفتارهاى نظير هيجان‌خواهى، اجتناب كم از آسيب و كنترل ضعيف تكانه هستند. اين عوامل، خطر مصرف مواد و رفتارهاى بزهكارى را افزايش مى‌دهند (برنستين و زيگ، ۱۹۹۹).

<sup>46</sup> Oetting, & Beauvais

فورمن و لینی<sup>۴۷</sup> (۱۹۹۱) معتقدند نوجوانانی که مواد مصرف می‌کنند، دارای منبع کنترل بیرونی هستند، در مقایسه با آن‌هایی که مواد مصرف نمی‌کنند، از اعتماد به نفس کمتری برخوردارند. همچنین سوء مصرف مواد با حالت‌هایی مانند تکانشگری، خلق افسرده، توانایی ضعیف در ابراز وجود، اضطراب زیاد و نیاز شدید به تأیید اجتماعی در ارتباط است.

## ۲-۳-۲۲ حیطه‌ی اجتماعی

الف) در دسترس بودن مواد: مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که هر چه امکان دسترسی به مواد بیشتر باشد، خطر مصرف مواد افزایش می‌یابد. همچنین دسترس‌پذیری ادراک شده، نیز با افزایش خطر مصرف مرتبط است (برنستاین و زیگ، ۱۹۹۹).

ب) قوانین و هنجارهای اجتماعی مشوق مصرف مواد: هنجارهای اجتماعی (نگرش‌هایی که یک جامعه نسبت به مصرف مواد دارد) به طرق مختلف بیان می‌شود. از جمله، از طریق قوانین و سیاست‌های مکتوب، از طریق رفتارهای اجتماعی غیر رسمی و انتظاراتی که والدین و سایر اعضای جامعه از نوجوانان دارند. در همین راستا در جوامعی که مصرف مواد نه تنها ضد ارزش تلقی نمی‌شود، بلکه جزیی از آداب و سنن جامعه و یا نشانه‌ی تمدن و تشخص و وسیله‌ی احترام و پذیرایی است و مقاومتی برای مصرف مواد وجود ندارد، مصرف شیوع بیشتری دارد (هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲: ۱۰۵).

پ) پیوند اجتماعی ضعیف و بی‌نظمی اجتماعی: بر اساس نتایج بررسی‌ها در محیط‌هایی که عواملی مانند ازدحام جمعیت، فقدان نظارت صحیح بر مکان‌های عمومی، تحرک و مهاجرت شدید درون شهری، و وضعیت نامطلوب محیط فیزیکی، سطح پایین علاقه و دلبستگی به محله و میزان بالای جرایم مربوط به بزرگسالان در آنها وجود دارد، میزان جرایم دوره‌ی جوانی و خرید و فروش مواد غیرقانونی در میان آنها بالاتر است (فاگان، ۱۹۸۸، به نقل از هاوکینز، ۱۹۹۲).

## ۲-۳-۲۳ حیطه‌ی خانواده

الف) سابقه‌ی مصرف مواد و سایر رفتارهای مشکل‌ساز در خانواده: بررسی‌ها نشان می‌دهند کودکان و نوجوانانی که والدین آن‌ها مواد مصرف می‌کنند، بیشتر احتمال دارد که به مصرف مواد و

<sup>47</sup> Forman & Linne

سایر رفتارهای ناهنجار، گرایش پیدا نمایند. به نظر می‌رسد مجموعه‌ای از عوامل ژنتیکی، تربیتی و یادگیری در این فرایند دخالت داشته باشند (بروک گوردون، ویتمان و چن<sup>۴۸</sup>، ۱۹۹۰).

وجود شخص معتاد در خانواده می‌تواند به سه طریق در گرایش به سوء مصرف مواد اعضا خانواده نقش داشته باشد: اول از طریق تشویق و ترغیب. دوم: از طریق تسامح و بی‌توجهی به فرزندان و سهل‌انگاری در خصوص دور کردن آنها از محیط آلوده‌ای که خود به وجود آورده‌اند و سوم: از طریق مستقیم و تأثیرات فیزیولوژیکی، بدین معنی که مادر معتاد باعث تولد نوزادان معتاد می‌شود (محمدخانی، ۱۳۹۲: ۵۴).

**ب) مشکلات مربوط به مدیریت خانواده:** مدیریت ضعیف خانواده، شامل فقدان انتظارات روشن درباره رفتار، عدم نظارت و کنترل والدین بر رفتار کودکان و تنبیه شدید و بی‌ثبات است (هاوکینز، ۱۹۹۲).

براساس یافته‌های پژوهشی میزان مصرف مواد و سایر رفتارهای پرخطر در نوجوانانی که والدینشان کنترل و نظارت کمتری بر آنان دارند، افزایش می‌یابد (کوپر، آوارادو، تات و ترنر<sup>۴۹</sup>، ۲۰۰۲).

### **۲-۳-۲۴ نگرش‌ها و رفتارهای والدین درباره‌ی مواد**

نگرش‌ها و رفتارهای والدین درباره‌ی مواد بر نگرش‌ها و رفتارهای کودکان تأثیر می‌گذارد. تأیید مصرف خفیف الکل تحت نظارت والدین، خطر مصرف حشیش را افزایش می‌دهد. همچنین در خانواده‌هایی که والدین، کودکان را درگیر رفتار مواد و الکل خود می‌کنند، برای مثال درخواست از کودک برای روشن کردن سیگار والدین یا آوردن مشروب، احتمال اینکه بچه‌های آنان دچار مصرف مواد باشند، زیاد است (بروک و همکاران، ۱۹۹۰).

### **۲-۳-۲۵ پیوند عاطفی ضعیف و تعهد اندک به خانواده**

خانواده یک نظام طبیعی و اجتماعی است که افراد خواسته یا ناخواسته به آن وابسته‌اند و اولین کانونی است که فرد در آن احساس امنیت می‌کند و مورد پذیرش و حمایت قرار می‌گیرد. مطمئناً

<sup>48</sup> Brook, Gordon, Whitman & Cohen

<sup>49</sup> Kumpfer, Alvarado, R., Tait & Turner

ساخت و فضای خانواده، نقش مهمی در عملکرد و رفتار افراد ایفا می‌کند. والدین از آن جهت حائز اهمیت هستند که خانواده اولین منبع اجتماعی شدن محسوب می‌شود و همچنین عقاید والدین می‌تواند پیام‌های آموزشی برنامه‌های پیشگیری را تقویت کرده و یا تضعیف کنند. والدین از این رو نیز مهم هستند که عقایدشان، هنجارهای اجتماعی در مورد مصرف مواد و حمایت اجتماعی برای اجرای آموزش پیشگیرانه را تحت تأثیر قرار می‌دهد (محمدخانی، ۱۳۹۲: ۵۵).

### ۲۶-۳-۲ حیطةی مدرسه

الف) **عدم احساس تعهد نسبت به مدرسه:** درجه‌ی پایین احساس تعهد به تحصیل و مدرسه با مصرف مواد در نوجوانان رابطه دارد. بنابراین، دانش‌آموزانی که هیچ‌گونه تعهدی نسبت به مدرسه ندارند، در معرض خطر بالای مصرف مواد، بزهکاری و اخراج از مدرسه قرار دارند (به نقل از هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲).

ب) **رفتار ضداجتماعی زودرس و پایدار:** بر اساس مطالعات طولی، پسرانی که در سال‌های ابتدایی، رفتارهای پرخاشگرانه دارند، بیشتر در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند. زمانی که رفتار ضداجتماعی اولیه با انزوا و کناره‌گیری ترکیب می‌شود، خطر سوء مصرف مواد بیشتر می‌گردد. این عامل خطر، همچنین شامل رفتارهای ضداجتماعی پایدار مانند سوء رفتار در مدرسه، فرار از مدرسه و نزاع مکرر با سایر کودکان نیز است. رفتارهای ضداجتماعی زود هنگام در مدرسه می‌تواند هم شکست تحصیلی و هم مصرف مواد را در آینده پیش بینی کند (همان).

ج) **عوامل حفاظت کننده:** مرکز پیشگیری از سوء مصرف مواد، با مرور مطالعات انجام شده در زمینه عوامل حفاظت کننده مصرف مواد، آنها را در چند حیطةی اساسی دسته بندی کرده است (برنستاین و زیگ، ۱۹۹۹).

د) **ویژگی‌های مثبت فردی:** خلق و خوی انعطاف‌پذیر، جهت‌گیری اجتماعی مثبت، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، برخورداری از توانمندی‌های فردی و اجتماعی مؤثر، توانایی در حل مسئله، خودپنداره مثبت و ثبات هیجانی از مهم‌ترین عوامل فردی حفاظت کننده افراد در برابر مصرف مواد و سایر رفتارهای پرخطر می‌باشند.

ه) پیوند اجتماعی مثبت: داشتن پیوندهای اجتماعی مثبت، آثار بسیاری را از عوامل خطر‌ساز یا ویژگی‌های محیطی را خنثی می‌کند. کودکانی که با خانواده، دوستان، مدرسه و اجتماع پیوند و رابطه خوب دارند و افرادی که به اهداف مورد نظر این گروه‌ها متعهد هستند، کمتر احتمال دارد که در نوجوانی دچار مشکل شوند. برای ایجاد پیوند، کودکان باید از فرصت مشارکت در جامعه، خانواده، همسالان و مدرسه برخوردار باشند. هدف اصلی، فراهم آوردن فرصت‌های معناداری است که به کودکان کمک می‌کند تا احساس مسئولیت و مهم‌بودن نمایند. همچنین لازم است مهارت‌های ضروری برای بهره‌مندی از فرصت‌های ایجاد شده، به کودکان آموخته شود.

و) باورهای سالم و انتظارات روشن: افرادی که کودکان با آنان پیوند عاطفی دارند، باید معیارهای مثبت و روشن در مورد رفتار داشته باشند. محتوای این معیارها چیزی است که نوجوانان را حفاظت می‌کند. اگر والدین، معلمان و جامعه، معیارهای روشنی برای رفتار کودکان ارایه نمایند و این معیارها به طور گسترده و پایدار مورد حمایت قرار گیرند و پیامدهای تخطی از معیارهای تعیین شده ثابت و پایدار باشد، احتمال زیادی وجود دارد که نوجوانان این معیارها را دنبال نمایند.

### ۲۷-۳-۲ چهارچوب نظری

انسان موجودی است اجتماعی و ادامه زندگی به صورت انفرادی تقریباً غیرممکن است. به محض تولد و با دریافت نخستین احساس، خود را در رابطه با دیگران می‌بیند. هرچند این رابطه در ابتدا محدود است ولی همگام با رشد طبیعی به ناچار خود را در محیط وسیع‌تر و شلوغ‌تری می‌بیند که می‌بایست به تعامل با این محیط بپردازد. از آغاز دوران کودکی که انسان علاوه بر رشد جسمی کم‌کم در جریان فرآیند جامعه‌پذیری قرار می‌گیرد تا مرحله نوجوانی و جوانی، محیط اجتماعی و اطرافیان تاثیر بسزایی در بلوغ اجتماعی افراد ایفا می‌کنند. هرچند به‌زعم بسیاری از صاحب‌نظران بسیاری از خصوصیات و ویژگی‌های انسان ناشی از ویژگی‌های انتسابی می‌باشد ولیکن بواسطه وجود عقل و خرد که مهمترین وجه تمایز بشر با سایر موجودات عالم می‌باشد و البته به واسطه قدرت اختیار و آزادی که انسان در زندگی اجتماعی خود بهره‌مند است، بر اساس فطرت جستجوگر و لذت‌بخش خود بسیاری از وقایع و پدیده‌های زندگی خود را در بستر اجتماعی برگرفته و در پیش می‌گیرد. البته همانطور که صاحب‌نظران علوم اجتماعی بیان داشتند در این میان محیط اجتماعی و

دیگران مهم اطراف فرد، از جمله گروه همسالان، گروه خانوادگی که بخصوص نوجوانان و جوانان تعلق عاطفی بیشتری به آنها دارند در کنار حس کنجکاوی و تصورات قالب منفی متاثر از خرده فرهنگ‌ها، کنش‌های رفتاری را در جامعه شکل می‌دهند. در خصوص آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد هم اگر ما این تحلیل را بپذیریم فرض بر این است که به طور معمول نوجوانان و جوانان قبل از آنکه به مواد مخدر وابسته شوند، یک روند مصرف آزمایشی و تجربی مواد را تحت تاثیر کنجکاوی، عدم شناخت درست، محیط جغرافیایی و محل زندگی، تعلق عاطفی به همسالانی که مواد مصرف می‌کنند، شروع (مرحله آشنایی) و بر اساس ناتوانی والدین در انتقال حمایت، نظارت، و انضباط به نوجوان و همچنین مشاهده مصرف والدین و یا سایر شبکه خویشاوندی، میل به افزایش مصرف مواد در آنها افزایش یافته و بلاخره وابستگی به مواد در این افراد صورت می‌گیرد (نظریه یادگیری اجتماعی چندمرحله‌ای) حال اگر بر اساس نظریه کندل برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان، بر پیشگیری از مصرف مواد می‌بایست در مراحل اولیه یا حداقل به تأخیر انداختن شروع مصرف در میان نوجوانان متمرکز شود و در حد امکان نوجوانان و جوانان را در سنین پایین (دوره راهنمایی یا سال اول دبیرستان) آماج مداخله‌ی خود قرار دهند، زیرا این دوره، دوره‌ای است که بیشتر نوجوانان، مواد مخدر را برای اولین بار تجربه می‌کنند. همچنین با افزایش سن (شاید به دلیل تکامل مغز نوجوانان) احتمال بروز وابستگی به مواد نیز کاهش می‌یابد، از این رو تلاش برای به تأخیر انداختن شروع مصرف مواد، بسیار مهم است (کاجو و کلاین<sup>۵۰</sup>، ۲۰۰۲). لذا توجه به اینکه برنامه‌های پیشگیری که در واقع بر افزایش عوامل محافظت‌کننده و کاهش عوامل خطر ساز تاکید دارند، می‌توانند در جهت کاهش گرایش نوجوانان و جوانان بسیار حائز اهمیت باشند در غیر این صورت با توجه به عوامل و زمینه‌های متعدد در بین این گروه، گرایش به مصرف مواد مخدر یا روانگردان در بین آنها شایع می‌گردد.

---

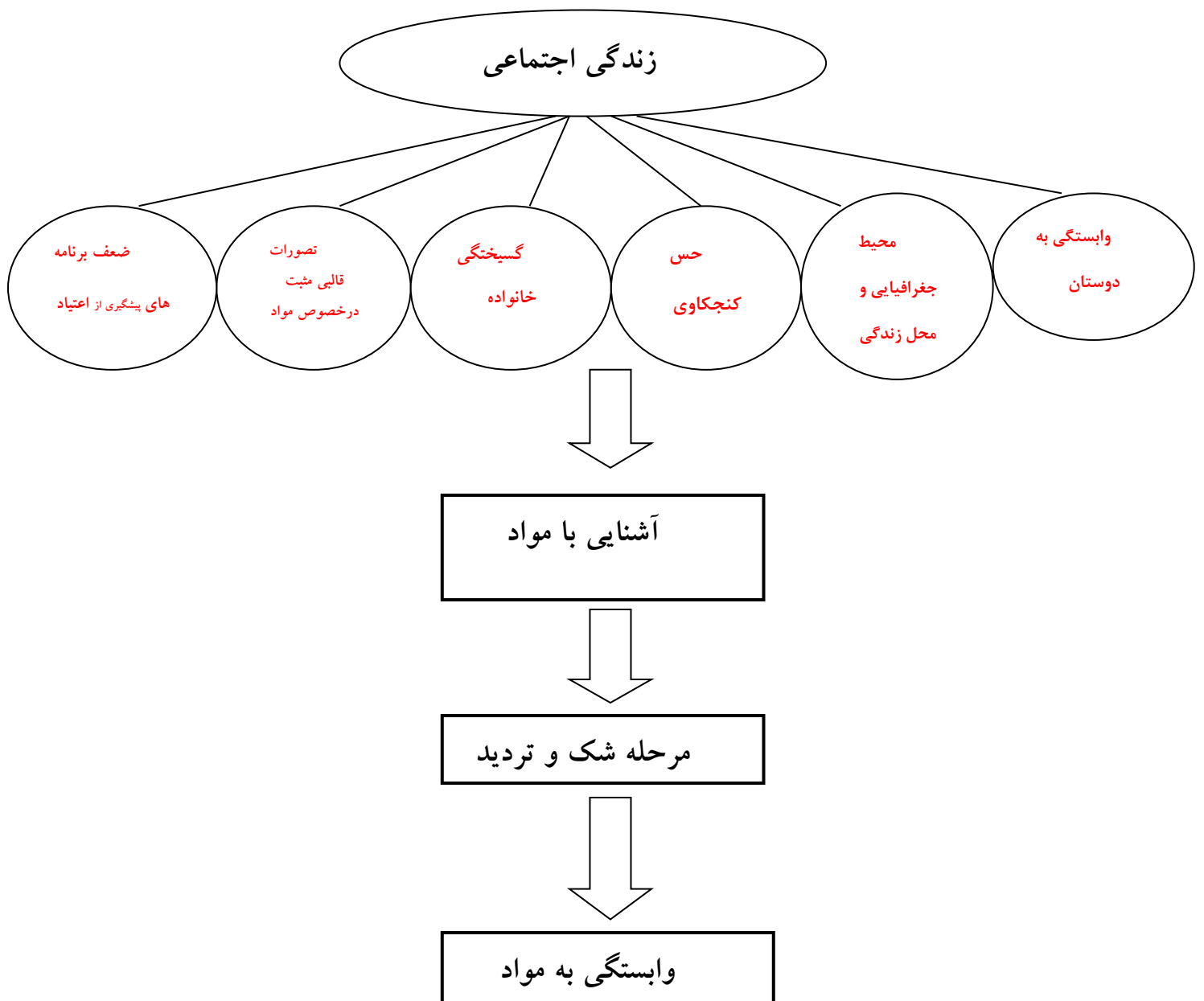
<sup>50</sup> Kodjo & Klein

## ۲-۴ فرضیه‌های تحقیق

- بین وابستگی به گروه همسالان و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روان گردان رابطه معنی داری وجود دارد.
- بین محیط جغرافیایی و محل زندگی نا سالم و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد.
- بین حس کنجکاوی و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد.
- بین گسیختگی خانواده و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد.
- بین تصورات قالبی مثبت از مواد و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد.
- بین برنامه های پیشگیری از اعتیاد و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد.



## ۲-۵ مدل نظری



نمودار ۲-۲: مدل نظری

## **۳- فصل سوم**

# **روش اجرای تحقیق**

## ۳-۱ مقدمه

انجام پژوهش‌هایی که بتواند محقق را به هدف واقعی تعیین در پژوهش برساند، به آسانی میسر نیست. تحقق این هدف مستقیماً به متدولوژی تحقیق بستگی دارد. امروزه پژوهشگران آگاهند که اعتبار دست‌آوردهای پژوهش تا حد زیادی بستگی به روش تحقیق آنها دارد و هدف از آن دست یافتن به پاسخ‌های فرضیات تحقیق است. در این فصل به متدولوژی تحقیق پرداخته شده است که مباحثی چون روش تحقیق، جامعه نمونه و آماری، مدل تحلیلی و ابزار جمع‌آوری داده‌ها و روایی و پایایی تحقیق و نیز فرایند تحقیق پرداخته شده است.

## ۳-۲ روش تحقیق

با توجه به هدف پژوهش ما در این تحقیق، روش تحقیق در پژوهش حاضر توصیفی و از نوع پیمایشی می‌باشد. در واقع روش تحقیق توصیفی آنچه را که هست توصیف می‌کند و شامل توصیف، ثبت، تجزیه و تحلیل شرایط موجود است. در این روش سعی می‌شود تا روابط بین متغیر بدون دستکاری کشف شود (هومن، ۱۳۷۱: ۴۵). در پژوهش حاضر نیز به دلیل این که رابطه متغیرها بدون دستکاری مورد مطالعه قرار می‌گیرد و فقط شرایط موجود توصیف می‌شود تحقیق از نوع توصیفی است. پیمایشی بودن این پژوهش از این جهت است که اطلاعات مورد نیاز پژوهش توسط پرسشنامه جمع‌آوری گردید.

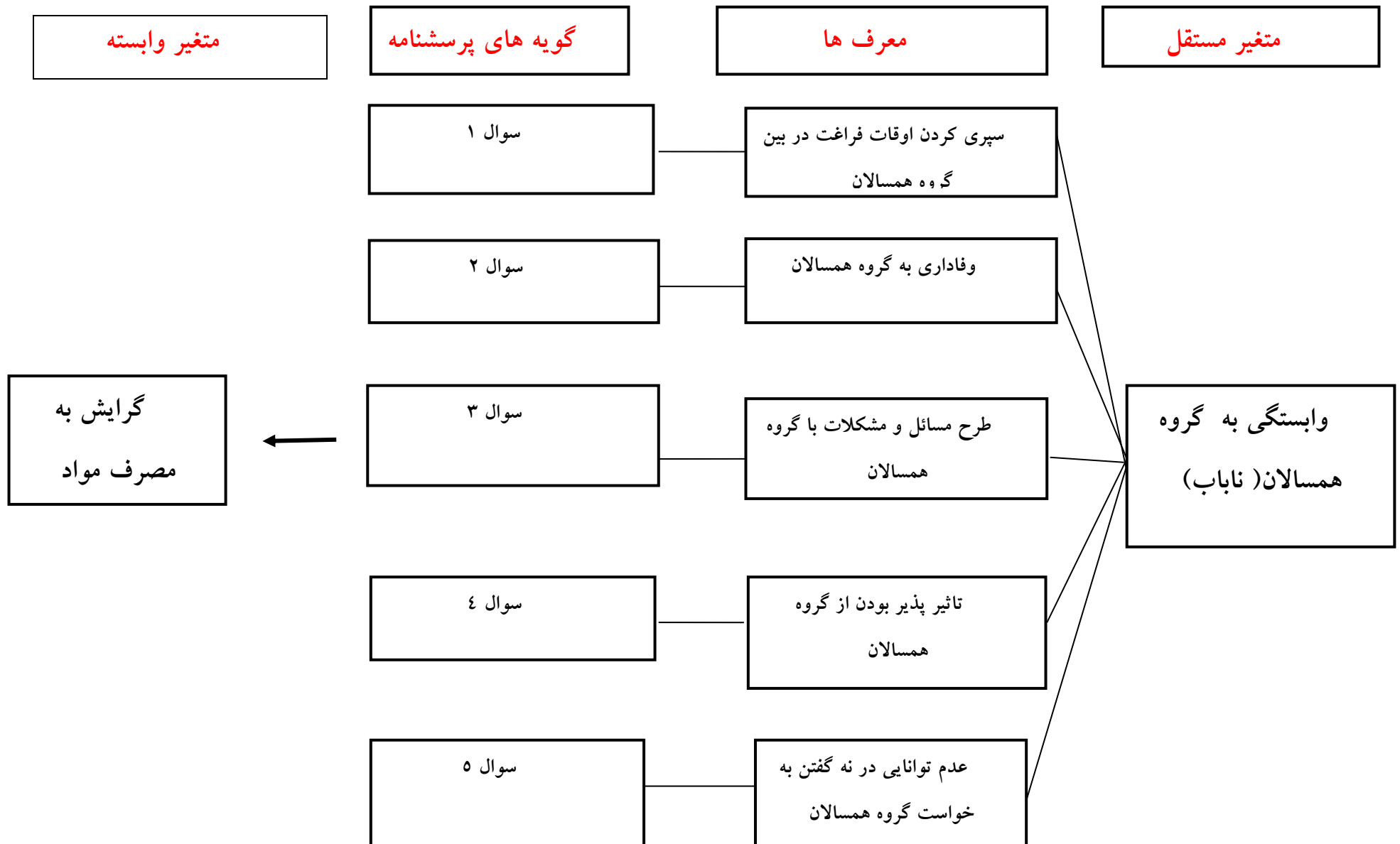
## ۳-۳ متغیرهای پژوهش

متغیر یک نوع صفت، ویژگی یا عنصر کمی یا کیفی است که در یک تحقیق تغییرپذیر بوده و دارای دو ویژگی سنجش‌پذیری و تغییرپذیری است. به عبارتی مشاهداتی که دارای بعدی وسیع بوده و از هر فردی به فرد دیگر تغییر نماید را متغیر می‌نامند (منصورفر، ۱۳۸۷: ۸۵). متغیر بر اساس نقشی که در پژوهش بر عهده دارد به دو دسته تقسیم می‌شود:

الف) متغیر مستقل      ب) متغیر وابسته

متغیر مستقل یک ویژگی و خصوصیت است که بعد از انتخاب توسط محقق در آن دستکاری می‌شود و مقادیری را می‌پذیرد تا تأثیرش بر روی متغیر وابسته مشاهده شود (خاکی، ۱۳۸۹: ۹۵) که در این پژوهش وابستگی به گروه همسالان، حس کنجکاوی، گسیختگی خانواده، تصورات قالبی مثبت به مواد، محیط زندگی و موقعیت جغرافیایی، ضعف برنامه‌های پیشگیری به عنوان متغیر مستقل هستند.

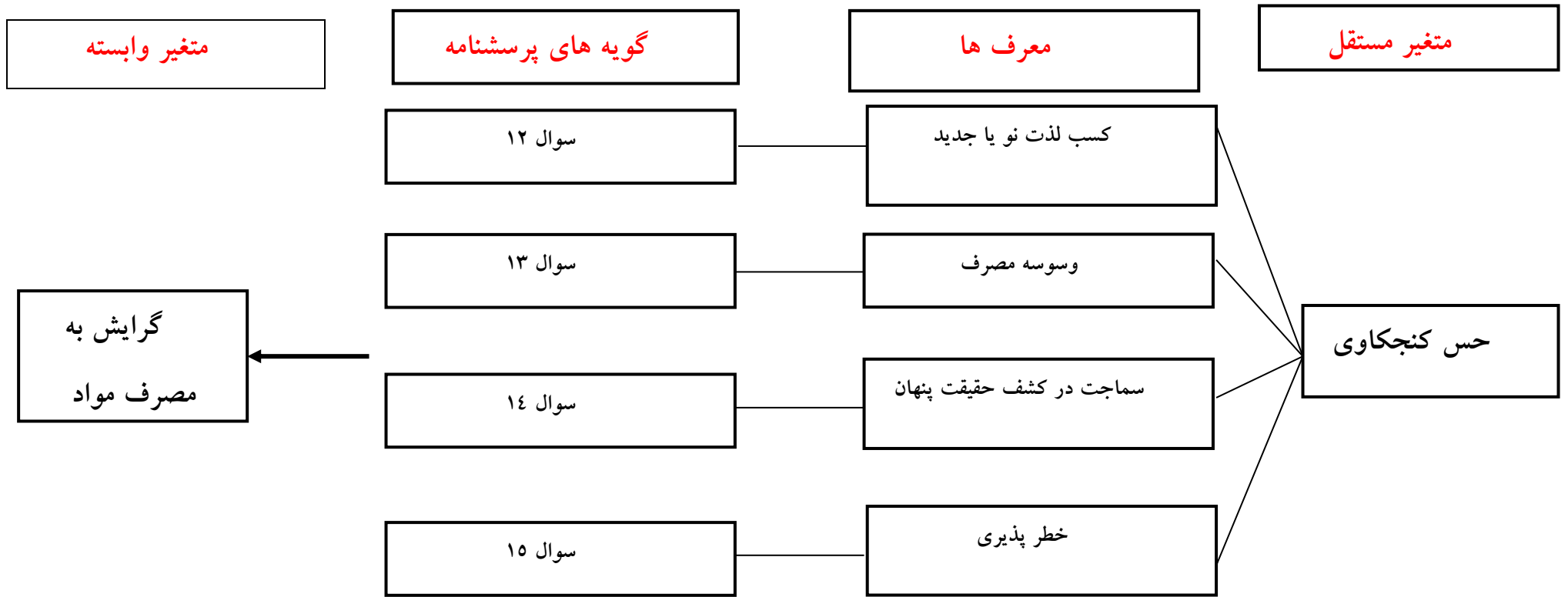
متغیر وابسته تغییری است که هدف محقق تشریح یا پیش‌بینی تغییرپذیری در آن است (همان). که در این پژوهش گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شده است.



نمودار ۱-۳: رابطه بین متغیر مستقل و وابسته



نمودار ۲-۳: رابطه بین متغیر مستقل و وابسته



نمودار ۳-۳: رابطه بین متغیر مستقل و وابسته

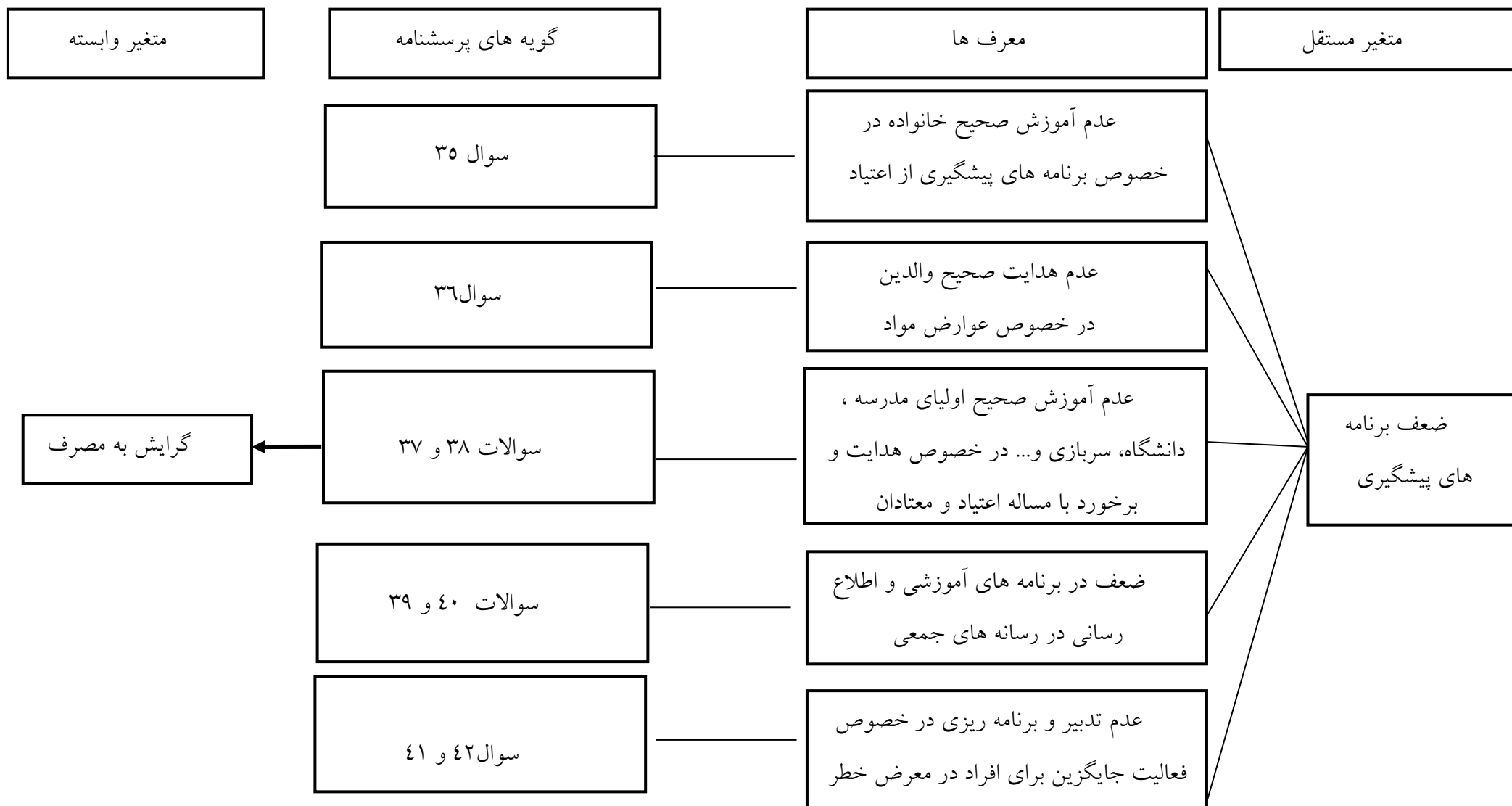


نمودار ۴-۳: رابطه بین متغیر مستقل و وابسته

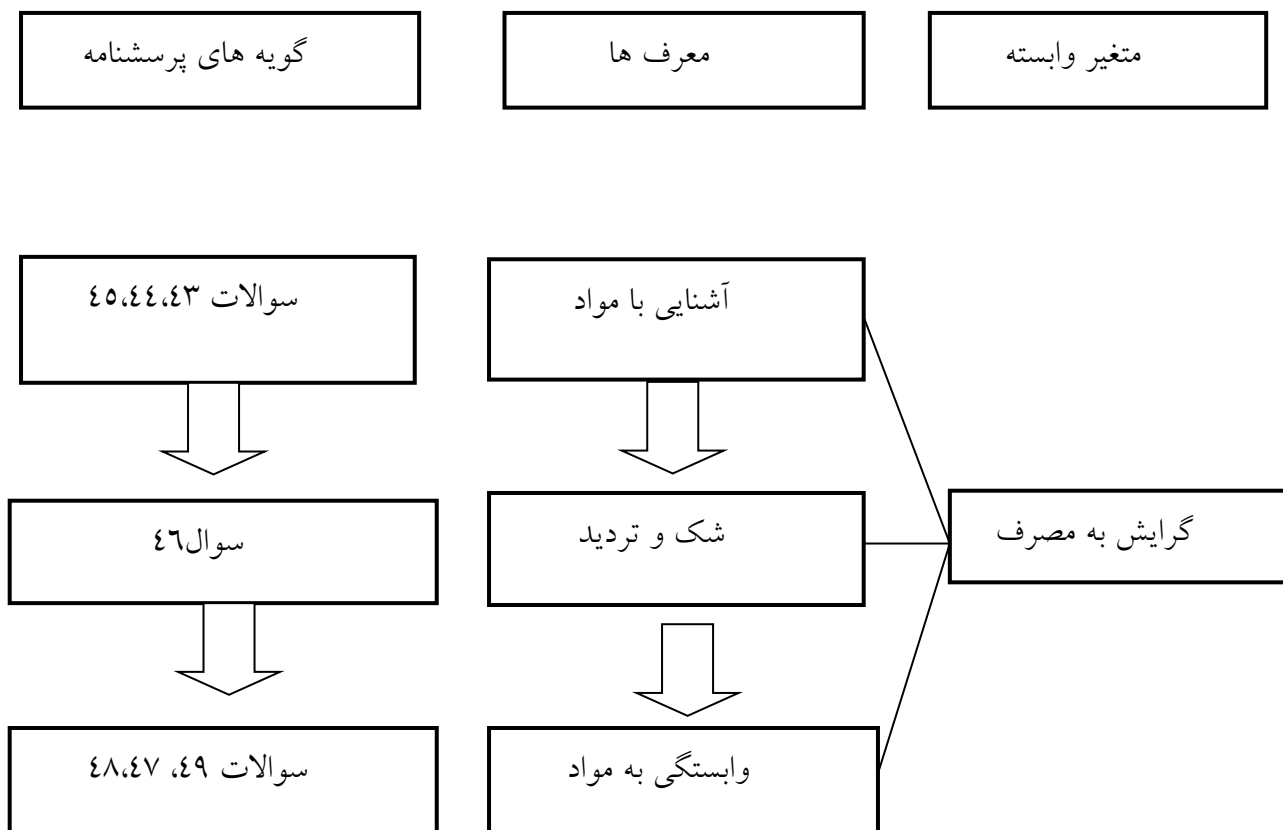




نمودار ۳-۵: رابطه بین متغیر مستقل و وابسته



نمودار ۳- ۶ : رابطه بین متغیر مستقل و وابسته



نمودار ۷-۳: رابطه بین متغیر مستقل و وابسته

## ۳-۴ جامعه آماری، نمونه آماری، روش نمونه گیری

### ۳-۴-۱ جامعه آماری

جامعه آماری عبارت است از کلیه عناصر و افرادی که در یک مقیاس مشخص دارای یک یا چند صفت مشترک باشند. (خویی نژاد، ۱۳۸۰: ۸۳)

جامعه آماری در این پژوهش، جوانان حاضر در مراکز اقامتی ترک اعتیاد، دارای مجوز شهر تهران در سال ۱۳۹۶ را در بر می گیرد. در حال حاضر طبق اعلام سایت سازمان بهزیستی استان تهران، ۳۸ مرکز اقامتی دارای مجوز در شهر تهران وجود دارد که بصورت میانگین گنجایش ۳۰ نفر را دارا می باشند که بر اساس بررسی صورت گرفته در زمان این پژوهش نزدیک ۲۵ درصد از بیماران این مراکز را جوانان دارای سن ۱۴ تا ۲۹ سال تشکیل می دادند بنابراین جامعه آماری ما در این تحقیق بر اساس برآورد صورت گرفته حدود تعداد ۲۸۰ نفر را تشکیل می دادند.

### ۳-۴-۲ جمعیت نمونه

در تحقیقات اجتماعی، از آنجایی که معمولاً جمع آوری اطلاعات از کل جمعیت تحقیق به دلیل حجم زیاد، هزینه بالا، زمان بیشتر، سخت و در مواردی غیر ممکن است، لذا به انتخاب یک نمونه از میان اعضای جمعیت تحقیق می پردازند که به آن "جمعیت نمونه" می گویند (نوروزی، ۱۳۹۲: ۳۷۵). به عبارت دیگر، نمونه به بخشی از جامعه گفته می شود که معرف یا نماینده آن باشد. در انتخاب هر گروه نمونه معمولاً مایل هستیم بخشی از جامعه را به منظور پژوهش برگزینیم که همه ویژگی های جامعه، به ویژه، ویژگی هایی را که از لحاظ موضوع پژوهش مهم است، به تناسب دارا باشد (شریفی، ۱۳۶۹: ۱۴).

در این تحقیق با استفاده از جدول مورگان حجم نمونه تعداد ۱۶۲ نفر در نظر گرفته شد.

### ۳-۴-۳ روش نمونه گیری

در این پژوهش از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شده است. و بر این اساس پرسشنامه بین افراد نمونه توزیع خواهد گردید. یکی از دلایل انتخاب این شیوه نمونه گیری، تردد و ترخیص بیماران در مراکز اقامتی کوتاه مدت (کمپ) است چراکه حداکثر مدت اقامت افراد بیمار در این مراکز

۲۸ روز می‌باشد لذا پرسشگر در روز و ساعت مقرر در بین این گروه از بیماران به طور اتفاقی و در صورت تمایل به همکاری با پرسشگر انتخاب خواهند شد.

#### ۳-۴-۴ ابزار تحقیق

ابزار سنجش و اندازه‌گیری وسایلی هستند که محقق به کمک آن‌ها می‌تواند اطلاعات مورد نیاز را برای تجزیه و تحلیل و بررسی پدیده مورد مطالعه و نهایتاً کشف حقیقت گردآوری نماید. از آنجایی که ابزار جمع‌آوری داده‌ها در پژوهش‌های پیمایشی پرسشنامه است لذا با استفاده از منابع کتابخانه‌ای و پژوهش‌های قبلی پرسشنامه‌ای با سنجه با توجه به فرضیه‌های پژوهش توسط محقق طراحی شد.

#### ۳-۴-۵ روایی و پایایی آزمون

**الف) روایی آزمون:** منظور از روایی آن است که آزمون در عمل تا چه اندازه صفاتی را که برای اندازه‌گیری آنها طرح ریزی شده است اندازه می‌گیرد یا به‌طور اخص به آن صفات مربوط می‌شود. برای بررسی روایی پرسشنامه از روش روایی محتوایی استفاده گردید. ملاک ارزیابی روایی محتوا قضاوت گروهی از متخصصان هر یک از رشته‌هاست که در مورد دقت و صحت آن داوری می‌کنند. (سرمد و دیگران، ۱۳۸۵: ۴۳).

به عبارت دیگر، اعتبار یعنی در سنجش یک متغیر به‌طور واقعی همان چیزی سنجیده شود که قصد سنجش آن را داریم (نوروزی، ۱۳۹۲: ۴۳۴).

برای بررسی روایی محتوایی پرسشنامه‌ها، سوالات در اختیار تعدادی از اساتید و صاحب‌نظران قرار خواهد گرفت و از آن‌ها درخواست خواهد شد در مورد مرتبط و مناسب بودن سوالات در ارتباط با هدف و فرضیات پژوهش نظر دهند. در نهایت سوالاتی در پرسشنامه به کار گرفته شد که توسط اساتید مناسب و مرتبط تشخیص داده شدند.

**ب) پایایی آزمون:** پایایی یا اعتماد، عبارت است از: میزان ثبات رفتار (نتایج) یک معیار یا همان ابزار اندازه‌گیری. (همان، ۴۵۴)

به عبارت ساده‌تر، پایایی یک پرسشنامه به دقت آن اشاره می‌کند. یک آزمون در صورتی دارای پایایی است که اگر آن را در یک فاصله زمانی کوتاه چند بار به گروه واحدی از افراد بدهیم نتایج

حاصل نزدیک به هم باشند. برای برآورد پایایی پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید.

بدین صورت که ۲۰ نفر به صورت تصادفی از جامعه آماری انتخاب شد و پرسشنامه روی این تعداد اجرا گردید و پس از جمع‌آوری و نمره‌گذاری برای کل پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ به دست آمد. برای محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ابتدا باید انحراف معیار نمرات هر زیر مجموعه از سؤال‌های پرسشنامه و انحراف معیار کل سؤال‌ها (زیر مجموعه‌ها) را محاسبه کرده، سپس با استفاده از فرمول زیر ضریب آلفای هر زیر مجموعه از سؤال‌ها را بدست آورد:

$$r_{\alpha} = \frac{J-1}{J} \sum \frac{S_i}{S_t}$$

$$\text{ضریب آلفای کرونباخ} = r_{\alpha}$$

$$S_i = \text{انحراف معیار زیر مجموعه } i \text{ ام}$$

$$S_t = \text{انحراف معیار کل}$$

$$J = \text{تعداد زیرمجموعه سؤالات پرسشنامه}$$

در این تحقیق بر اساس الگوی مفهومی ارائه شده، برای پرسشنامه ضریب آلفای کرونباخ ۰.۸۱ تعیین شد. بنابراین می‌توان گفت سؤال‌های پرسشنامه تحقیق از پایایی مناسب و مطلوبی برخوردار می‌باشند.

عوامل	سؤال‌های مربوطه	تعداد سؤال‌ها	آلفای کرونباخ
کل پرسشنامه	۱-۴۹	۴۹	۰.۸۱

جدول ۳-۱: جدول سؤالات مربوط به متغیرها و ضریب پایایی پرسشنامه

### ۳-۵ روش‌های آماری تحلیل داده‌ها

جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات جمع‌آوری شده از دو روش آماری به شرح زیر استفاده خواهد گردید:

**الف) آمار توصیفی:** از آمار توصیفی جهت توصیف جمعیت نمونه و داده‌ها استفاده خواهد شد، که شامل جدول فراوانی، میانگین و انحراف معیار می‌باشد.

**ب) آمار استنباطی:** از آمار استنباطی در راستای رد یا تایید فرضیه‌های تحقیق بهره خواهیم گرفت.

#### ۳-۵-۱ روش‌شناسی تحقیق

روش اجرا در این پژوهش بدین صورت خواهد بود که ابتدا با مرور ادبیات نظری و شناسایی عوامل تاثیرگذار بر اعتیاد و تعیین شاخص‌ها و مقیاس‌های اندازه‌گیری متغیرهای مستقل و وابسته، پرسشنامه مناسبی با تعیین اعتبار روایی و پایایی تهیه خواهد شد و با مراجعه به مراکز ترک اعتیاد اقامتی میان مدت (کمپ‌ها) استان تهران، با جلب رضایت از بیماران جوانان (۱۴ تا ۲۹ سال)، برای تکمیل پرسشنامه‌های تهیه شده، اقدام خواهد شد. سپس با گردآوری اطلاعات جمع‌آوری شده با بهره‌گیری از تکنیک‌های آماری و استفاده از نرم افزارهای موجود به دسته بندی اطلاعات موجود و تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته و به آزمون فرضیات موجود دست خواهیم زد. در پایان به نتیجه گیری، ارائه پیشنهادها و راهکارهای عملی خواهیم پرداخت.

## ۳-۵-۲ روش و ابزار گردآوری داده‌ها

نوع تحقیق ما توصیفی، روش تحقیق ما در این پژوهش از نوع پیمایشی و ابزار گردآوری اطلاعات ما توزیع پرسشنامه محقق ساخته در بین جمعیت نمونه خواهد بود.

## ۳-۵-۳ روش‌ها و ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها

در تحلیل داده‌ها از آماره‌های توصیفی و استنباطی بهره‌گیری خواهد شد. در بخش توصیفی از فراوانی مطلق، فراوانی نسبی، حداقل و حداکثر نمره، میانگین، میانه، نما، دامنه تغییرات، واریانس، انحراف معیار، کجی، چولگی، خطای استاندارد و نمودار میله‌ای و هیستوگرام و... استفاده می‌گردد. در بخش استنباطی از آزمون‌های آماری و تحلیل داده‌ها به کمک نرم افزار spss، استفاده خواهد شد.

## ۳-۶ تعریف مفاهیم

### ۳-۶-۱ اعتیاد:

در لغت به معنای عادت کردن و یا خوی کردن به چیزی است (دهخدا، ۱۳۳۸: ۲۹۴۹). سازمان ملل متحد (۱۹۵۰) اعتیاد را اینگونه تعریف کرده است: اعتیاد، مسمومیت حاد یا مزمنی است که برای شخص یا اجتماع زیان‌بخش می‌باشد و از طریق استعمال داروی طبیعی یا صنعتی ایجاد می‌شود. اعتیاد به مواد مخدر دارای سه ویژگی ذیل است:

- احساس نیاز شدید به استعمال دارو و تهیه آن از هر طریق ممکن.
- وجود علاقه شدید به افزایش مداوم میزان مصرف دارو.
- وجود وابستگی روانی و جسمانی به آثار دارو، به طوری که در اثر عدم دسترسی به آن، علائم وابستگی روانی و جسمانی در فرد معتاد هویدا شود (شهیدی، ۱۳۷۵: ۱۵).

### \*تعریف عملیاتی:

منظور از مفهوم اعتیاد در این تحقیق هرگونه وابستگی به مواد مخدر و یا روانگردان در بین افراد می‌باشد.



## ۳-۶-۲ معتاد

معتاد فردی است که از راه‌های گوناگون نظیر خوردن، کشیدن، تزریق و استنشاق، یک یا چند ماده مخدر را با هم و به صورت مداوم مصرف می‌کند و در صورت قطع آن، با مسائل جسمانی، رفتاری یا هر دو مواجه می‌شود (آقابخشی، ۱۳۷۹: ۹).

### \*تعریف عملیاتی:

منظور از معتاد در این تحقیق، جوانان ۱۴ تا ۲۹ ساله‌ای هستند که به واسطه سوء مصرف مواد مخدر در یکی از مراکز درمان اقامتی استان تهران نگهداری می‌شوند.

## ۳-۶-۳ مواد مخدر

مواد مخدر شامل ترکیباتی است که موجب تغییر در کارکرد مغز به صورت ایجاد حالات هیجانی، رفتارهای نابهنجار، عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور فرد می‌شود (محبوبی‌منش، ۱۳۸۲: ۷۰).

### \*تعریف عملیاتی:

منظور از مواد مخدر در این تحقیق هرگونه ماده مخدر غیرقانونی اعم از شیمیایی یا طبیعی است که حمل، استعمال و خرید و فروش آن در جامعه جرم محسوب می‌شود.

## ۳-۶-۴ دوره نوجوانی:

نوجوانی دوره‌ای از زندگی فرد را که حد فاصل پایان دوره میانسالی کودکی و آغاز بزرگسالی است، تشکیل می‌دهد. مدت این دوره و شروع آن در جوامع و فرهنگ‌های مختلف و در سطح گوناگون اقتصادی-اجتماعی یک جامعه متغیر است بنابر این ماهیت دوره نوجوانی نه تنها بیولوژیکی (زیستی) بلکه اجتماعی است، و آغاز آن نیز تغییرات بیولوژیکی بلوغ در دختران و پسران است. نوجوانی دوره انتقال است. دوره نوجوانی از ۱۲ تا ۱۸ سالگی که دوره تحول جسمی و روانی فرد است، می‌باشد. رشد سریع اعضاء سبب بیداری هوس‌ها و احساسات و رویاهای گوناگون گشته و با شروع بلوغ همراه می‌باشد. (نقشه جامع سلامت نوجوانان و جوانان، ۱۳۹۱: ۱۴).

### \*تعریف عملیاتی:

منظور از نوجوان در این تحقیق، افراد شامل گروه سنی مذکور حاضر در یکی از مراکز درمان اقامتی کوتاه مدت استان تهران در مقطع زمانی انجام این پژوهش خواهد بود.

### ۳-۶-۵ دوره جوانی

در مطالعه‌ای که سازمان ملل متحد تحت عنوان (وضعیت جهانی جوانان در دهه ی ۱۹۹۰) انجام داده است این تعریف از جوانان ارائه شده است: "جوانی مرحله‌ای انتقالی از علایق و آسیب پذیریه‌های کودکی به حقوق و وظایف بزرگسالی است." در جمهوری اسلامی ایران گروه سنی ۱۴ تا ۲۹ سال، به عنوان جوانان شناخته می‌شوند. (همان)

### \*تعریف عملیاتی:

منظور از جوان در این تحقیق، افراد شامل گروه سنی مذکور حاضر در یکی از مراکز درمان اقامتی کوتاه مدت استان تهران در مقطع زمانی انجام این پژوهش خواهد بود.

### ۳-۶-۶ علل اجتماعی گرایش جوانان به مواد مخدر و روانگردان

عوامل اجتماعی به عنوان موثرترین عناصر در بروز و پیدایش انحرافات و آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد است. مهمترین عوامل و مواردی که تحت عنوان عامل اجتماعی طبقه بندی می‌شوند عبارتند از:

مصرف آسان، دسترسی و فراوانی مواد، کمبود امکانات حمایتی و مشاوره‌ای، فقدان مهارتهای زندگی و ارتباطی در جامعه، زندگی در محلات آلوده، وجود زمینه‌های جرم و انحرافات، نداشتن الگوی مناسب اخلاقی، مشکلات و اختلافات خانوادگی، وجود فرد معتاد در خانواده، معاشرت‌های ناسالم، روش‌های ناصحیح تربیتی به دلیل کم‌سوادی والدین، ضعف در نظارت تربیتی و کنترل صحیح فرزندان، ضعف در آگاهی نسبت به نیازهای جوانان و رفع آن‌ها، کمبود تفریحات سالم و بهره‌مندی از اوقات فراغت مناسب، هم‌رنگ شدن با دوستان، همسالان و رفقای ناباب، ناامیدی نسبت به آینده، زمینه ناهنجاری‌های شخصیتی و عدم توجه به آن، وجود افراد کجرو و ناباب در مدارس، جدایی والدین (طلاق)، شکست تحصیلی، بیسوادی/ کم سوادی والدین (امانی، ۱۳۹۲: ۴۶).

### \*تعریف عملیاتی:

منظور از عوامل اجتماعی در این تحقیق عواملی هستند که افراد معتاد تحت تاثیر این عوامل با مواد آشنا شده یا تجربه کرده و در ادامه به این مواد وابسته شده‌اند.

### ۳-۶-۷ باورداشت مثبت به مواد مخدر

افراد مصرف‌کننده مواد مخدر قبل از شروع مصرف ممکن است به صورت مستقیم و یا غیرمستقیم از طریق دوستان، مجلات، روزنامه‌ها، کتاب‌ها یا اینترنت احساسات و یا باورهای خوشایند غیر واقعی را نسبت به مواد مخدر کسب نمایند که این مواد را در نزد آنها خوب و مفید توصیف می‌نماید (حسینی، ۱۳۸۹: ۳۸).

### \*تعریف عملیاتی:

منظور از باورداشت مثبت از مواد در این تحقیق تصورات قلبی است که مصرف مواد را به عنوان (تفریح، ابزار شادی‌آفرین، فراموشی مشکلات، تقویت کارآیی مغز و افزایش قدرت، افزایش اعتماد به نفس و خلاقیت، افزایش توانایی‌های هنری، کاهش درد و اضطراب) چیز بدی نمی‌داند.

### ۳-۶-۸ خانواده گسیخته

«گسیختگی خانوادگی (Breakdown of the family) یا تجزیه برخی از نقش‌های اجتماعی به علت آنکه یک یا چند نفر از عهده انجام وظایف خود آنگونه که شاید و باید بر نیامده‌اند». به عبارت دیگر گسیختگی خانوادگی، بر اختلال رابطه‌ای در بین اعضای خانواده دلالت دارد که در قالب اختلافات و درگیریهای خانوادگی نمود پیدا می‌کند. در چنین شرایطی اعضای خانواده درک درستی از خواسته‌ها و نیازهای هم ندارند و به جای اقناع و گفتگو، تهدید، زور و خشونت بر روابط اجتماعی حاکم می‌گردد.

به بیان دیگر انسان‌ها در «عالم حیات» به دنیا می‌آیند و در این عالم با دیگران همزیستی و همنوایی دارند. بنابراین بر دیدگاه‌های یکدیگر تأثیر می‌گذارند. این تأثیرگذاری از طریق زبان انجام می‌گیرد که عامل ارتباط بین افراد است. بنابراین در شرایط گسیختگی خانوادگی، زبان کارایی لازم برای برقراری ارتباط بین اعضای خانواده را ندارد به همین دلیل افراد درک درستی از هم ندارند (قادرزاده و پیری، ۱۳۹۳: ۵).

بنابر نظر کارشناسان، بیشترین علت گسیختگی خانواده‌ها را می‌توان به:

- ۱- عدم ثبات است که از دلایل عدم ثبات خانواده، عدم موفقیت اعضای خانواده (مادر یا پدر) در انجام تکالیف ناشی از نقش خود.
- ۲- طلاق و جدایی: گاه خانواده به این دلیل از هم گسیخته می‌شود که یکی از همسران تصمیم بر جدایی می‌گیرد و بدین ترتیب از اجرای تکالیف ناشی از نقش خود باز می‌ایستد.
- ۳- خانواده درون تهی: اعضای آن به زندگی با یکدیگر ادامه می‌دهند ولی روابط سالم و کنش مثبت متقابل با یکدیگر ندارند و از حمایت عاطفی یکدیگر محروم هستند این نوع خانواده‌ها را با اصطلاح (طلاق عاطفی) می‌شناسیم.
- ۴- غیبت اجباری یکی از زوجین: برخی خانواده‌ها به دلیل مرگ زن یا شوهر و یا زندانی بودن یا غیبت آنها بر اثر جنگ و فاجعه‌ای دیگر گسیخته می‌شوند.
- ۵- عدم موفقیت غیر ارادی: مثل بیماری روانی، جسمی و... (همان، ۷)

#### **\*تعریف عملیاتی:**

منظور از خانواده گسیخته در این تحقیق، خانواده‌ای است که دارای یک فرد معتاد در بین اعضا خانواده است یا در اثر طلاق، جدایی و فوت یکی از والدین و یا هر دوی آنها را ندارد، دارای عدم روابط مطلوب اجتماعی است، حمایت عاطفی مناسبی از اعضا در آن صورت نمی‌پذیرد، نزاع و درگیری و خشونت در آن به چشم می‌خورد.

### **۳-۶-۹ گروه همسالان**

در دهه ۱۹۵۰، دیوید رایزمن، عده زیادی از جمعیت آمریکا را به عنوان افراد «دگر رهبر» توصیف کرد. افراد دگر رهبر برای هرگونه جهت‌گیری در زندگی به سایر افراد نگاه می‌کنند. این قبیل اشخاص به طور چشمگیری از یک مرجع قدرت خارجی تأثیر می‌پذیرند که می‌تواند شامل فشار همسالان نیز باشد. از یک همسالان به عنوان شخصی یاد می‌شود که با اشخاصی دیگر از نظر سن، کلاس و شأن و رتبه برابری می‌کند و از فشار به عنوان نیرو یا یک عقیده تأثیرگذارنده از بیرون تعبیر می‌شود. زمانی که گروه‌های همسال، شما را برای انجام کاری تشویق می‌کنند یا از انجام کار موافق یا مخالف باشید- شما با فشار همسالان رو به رو هستید (سانتور و همکاران: ۲۰۰۰).

همسالان را می‌توان یک سازمان غیر رسمی دانست که معمولاً از افراد هم سن و سال تشکیل شده است. همسالان به افرادی گفته می‌شود که در یک سطح رفتاری با یکدیگر تعامل دارند و یا در چند صفت مشترک همسانند.

احساس تعلق و وابستگی به دیگر انسان‌ها از اساسی‌ترین نیازهای فردی است که در زمینه‌های مختلفی، از جمله روابط با همسالان بروز می‌کند و بر رشد روانی، جسمی و اجتماعی فرد تأثیر می‌گذارد. (رضوی، ۱۳۵۳: ۲۵۳).

#### \*تعریف عملیاتی:

منظور از گروه همسالان در این تحقیق همانا دوستان نابابی است که فرد معتاد در اثر سپری کردن اغلب اوقات فراغت خویش و به سبب وفاداری و احساس راحتی در طرح مسائل و مشکلات خویش و تاثیر پذیرفتن و عدم مهارت در نه گفتن به آن‌ها، با مواد آشنا شده است.

#### ۱۰-۶-۳ کنجاوی

کتابخانه ملی پزشکی آمریکا کنجاوی (Curiosity) را اینگونه تعریف می‌کند:

"تمایل به جستجو یا کاوش در یک محیط نو"

با این تعریف کنجاوی عامل اصلی مواجهه با یک محیط جدید، محرک‌های نو و اطلاعات تازه است.

به عبارت دیگر کنجاوی یعنی تلاش آگاهانه برای پی بردن به ماهیت رفتارها و موقعیت‌ها، در فضاهای مختلف زندگی. (سعدی پور و عبدالرحمان جریحی، ۱۳۹۴: ۸۱).

کنجاوی نشانه‌ای است از شور و هیجان پنهان و وضعیتی ناخواسته و غیرارادی. کنجاوی در مورد چیزی است که دور شدن از آن برای فرد بسیار دشوار است و به این دلیل که شخص نمی‌تواند به نحو دیگری مگر تلاش برای یافتن جواب پرسشی که ذهن او را مشغول کرده رفتار نماید، پس فرد برای چنین رفتاری فقط تا اندازه‌ای مسئول است. ما انسان‌ها با احساسی از کنجاوی زیاد به دنیا می‌آییم و همگی برای کشف و شناختن جهان و وسعت بخشیدن آن براساس توانمندی‌هایمان تا آنجا که می‌توانیم از عهده آن برآیم آماده شده‌ایم.

اشتیاق انسان برای آن دانشی که کنجکاوی مادرزادی را به سوی فراتر رفتن از افق های معلوم تشویق می کند، غیر قابل مهار باقی نمی ماند. کنجکاوی انسان سیری ناپذیر و ارضا نشدنی است و در تحقیقات علمی به طرز تفکیک ناپذیر به پیش بینی ناپذیری نتایج چسبیده است. تحقیقات خودش جریانی بی پایان است، آن هم با مقصدی که هیچ کس نمی تواند آن را به دقت پیش بینی کند. آن نتایج غیر قابل پیش بینی و دور از انتظاری که توسط تحقیقات علمی در آزمایشگاه ها به بار می نشیند هر چقدر بیشتر پیش شرطی برای ابداعات و نوآوری های دیگر باشند، به همان اندازه نیز فشار بیشتری برای به زیر نظارت درآوردن محصولات دانش جهت هدایت تحقیقات در مسیرهای معلوم و برای رام کردن کنجکاوی های علمی اعمال خواهند کرد. لیکن کنجکاوی نباید بیش از اندازه جدی و به طور شدید محدود شود، زیرا در غیر این صورت توانایی های علمی برای ایجاد دانش جدید هم از دست خواهد رفت.

کنجکاوی مستلزم تندروری به خصوصی است، یعنی یک زیاده روی ضروری و مشخص. این دقیقاً همان چیزی است که کنجکاوی را به یک شور و هیجان تبدیل می کند: یعنی چیزی که خارج از مقوله اخلاق قرار می گیرد و از قوانین خودش پیروی می کند، و به همین خاطر هم هست که چرا جامعه اصرار به رام کردن آن از راه های متفاوت دارد. سرمایه گذاری های خصوصی در تحقیقات کنجکاوی را به مسیرهایی هدایت می کند که در آنها پیشرفت های جدید علمی وعده رسیدن به ظرفیت ها و امکانات بالای اقتصادی را می دهد (همان، ۳۹).

#### **\*تعریف عملیاتی:**

منظور از کنجکاوی در این تحقیق کسب لذت های نو یا جدید، وسوسه مصرف، سماجت در کشف حقیقت پنهان و خطرپذیری در راه مصرف انواع مواد است.

### **۱۱-۶-۳ پیشگیری از اعتیاد**

بکارگیری اقداماتی که منجر به کاهش ابتلای افراد به اعتیاد می شود. پیشگیری شامل اقداماتی است که برای کاهش عواملی که افراد را در معرض خطر قرار می دهد و افزایش عواملی که افراد را از

مصرف مواد حفظ می‌کند. بنابر این، شناسایی کامل این عوامل در هر منطقه، به موثر بودن فعالیت‌های پیشگیری کمک خواهد کرد. مهمترین شیوه‌های پیشگیری از اعتیاد عبارتند از:

الف) آگاه کردن جامعه از خطرات و مضرات مواد

ب) تقویت مهارت‌های جایگزین

پ) افزایش مهارت‌های زندگی (باصری، ۱۳۸۴: ۱۰۷)

#### **\*تعریف عملیاتی:**

منظور از برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در این تحقیق آموزش صحیح خانواده در خصوص پیشگیری از اعتیاد، هدایت صحیح والدین در خصوص عوارض مصرف مواد، آموزش‌های صحیح اولیای مدرسه، دانشگاه، سربازخانه‌ها، برنامه‌های آموزشی و اطلاع رسانی در رسانه‌های جمعی و تدبیر و برنامه‌ریزی در خصوص فعالیت‌های جایگزین برای افراد در معرض خطر است.

#### **۱۲-۶-۳ مرکز اقامتی میان مدت درمان وابستگی به مواد**

به مرکزی اطلاق می‌شود که بصورت اقامتی داوطلبانه و میان مدت (یک تا سه ماه) فعالیت می‌کند. رویکرد اصلی در این مرکز، سم زدایی (بازگیری) به همراه درمان‌های دارویی و غیردارویی ترجیحاً با مشارکت گروه‌های هم‌تا و خودیار برای مصرف کنندگان مواد مخدر و یا روانگردان است. (سایت ستاد مبارزه با مواد مخدر).

#### **\*تعریف عملیاتی:**

منظور از مراکز اقامتی در این تحقیق، ۳۸ مرکز اقامتی دارای مجوز در شهر تهران است که محقق با مراجعه به ۱۲ تا از این مراکز، تعداد ۱۶۵ پرسشنامه را در بین جوانان ۱۴ تا ۲۹ سال بیمار بستری در این مراکز را که به صورت داوطلبانه حاضر به همکاری شده بودند توزیع و پس از تکمیل، آنها را جمع‌آوری نمود.

## **۴- فصل چهارم**

# **تجزیه تحلیل داده ها**



## ۴-۱ مقدمه

پس از آن که محقق داده‌ها را گردآوری، استخراج و طبقه‌بندی نمود و جداول توزیع فراوانی و نسبت‌های توزیع را تهیه کرد، مرحله جدیدی از فرآیند تحقیق که به مرحله تجزیه و تحلیل داده‌ها معروف است، آغاز می‌شود. در مرحله تجزیه و تحلیل نکته مهم این است که محقق باید اطلاعات و داده‌ها را در مسیر هدف تحقیق، پاسخگویی به سوالات تحقیق و نیز ارزیابی فرضیه‌های خود را جهت داده و مورد بررسی قرار دهد.

محتوای فصل چهارم تحقیق، تجزیه و تحلیل و جمع‌بندی داده‌های به‌دست‌آمده از پرسشنامه‌ها می‌باشد. به همین منظور برای بالابردن میزان دقت و کاهش میزان اشتباهاتی که ممکن است در محاسبات دستی بروز نماید، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای آماری SPSS استفاده گردیده که از قابلیت‌های بالایی در تجزیه و تحلیل داده‌ها برخوردار می‌باشد.

این فصل از دو بخش تشکیل شده است بخش اول شامل تحلیل توصیفی اطلاعات گردآوری شده پیرامون موضوع تحقیق است که در آن، از توزیع فراوانی نسبی و شاخص‌های مرکزی استفاده شد و سپس به توصیف متغیرهای تحقیق پرداختیم و در نهایت به بررسی پیش‌فرض‌های آماری پرداخته شده است. بخش دوم این فصل به یافته‌های تبیینی و تحلیلی این تحقیق اختصاص یافته است. در این قسمت، آزمون فرضیات تحقیق و روابط میان متغیرهای مختلف بررسی و ارائه می‌شود.

## ۴-۲ توصیف متغیرهای پژوهش

اولین مرحله تحلیل داده‌ها، توصیف یا تلخیص داده‌ها با استفاده از آمارهای توصیفی است. در تحلیل توصیفی، داده‌ها صرفاً برای بررسی وضع یک گروه یا یک موقعیت به کار می‌روند. آمارهای توصیفی عمده عبارتند از:

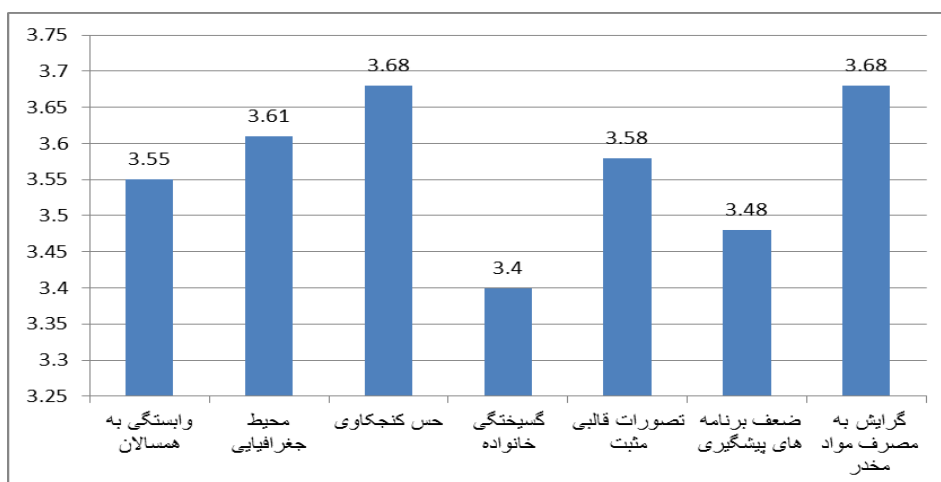
- ✓ اندازه‌های گرایش به مرکز (میانگین، میانه، نما)
- ✓ اندازه‌های پراکندگی (دامنه تغییرات، واریانس، انحراف استاندارد)
- ✓ اندازه‌های وضعیت نسبی (رتبه درصدی، نمره انحراف متوسط)
- ✓ اندازه‌های رابطه‌ای (ضریب همبستگی پیرسون، اسپیرمن)

همان‌گونه که در جدول ۴-۱ مشاهده می‌شود آماره‌های توصیفی هر یک از مؤلفه‌های تحقیق از جمله میانگین، انحراف معیار، میانه، نما، ماکزیمم و مینیمم گزارش شده است.

متغیر آماره	وابستگی به همسالان	محیط جغرافیایی	حس کنجکاوی	گسیختگی خانواده	تصورات قالبی مثبت	ضعف برنامه‌های پیشگیری	گرایش به مصرف مواد مخدر
میانگین	۳.۵۵	۳.۶۱	۳.۶۸	۳.۴۰	۳.۵۸	۳.۴۸	۳.۶۸
انحراف معیار	۰.۶۵۲	۰.۳۹۵	۰.۶۴۴	۰.۶۵۳	۰.۴۲۰	۰.۵۶۲	۰.۵۰۳
میانه	۳.۸۰	۳.۶۶	۳.۷۵	۳.۷۱	۳.۶۳	۳.۳۳	۳.۸۰
ماکزیمم	۴.۴۰	۴.۳۳	۵.۰۰	۴.۱۴	۴.۱۸	۴.۶۷	۴.۴۰
مینیمم	۱.۶۰	۲.۶۷	۲.۰۰	۲.۰۰	۲.۵۵	۲.۵۶	۲.۲۰

جدول ۴-۱: میانگین و انحراف معیار هر یک از متغیرهای پژوهش در نمونه آماری

با بررسی میانگین مؤلفه‌های تحقیق مشخص گشت مؤلفه‌های "حس کنجکاوی" و "گرایش به مصرف مواد مخدر" دارای بالاترین میانگین (۳.۶۸) و مؤلفه‌ی "گسیختگی خانواده" دارای پایین‌ترین میانگین (۳.۴۰) در بین مؤلفه‌های تحقیق می‌باشد.



جدول ۴-۲: میانگین هر یک از متغیرهای پژوهش در نمونه آماری

### ۴-۳ بررسی نرمال بودن داده‌ها

(نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنوف)

سطح معناداری	شاخص Z	
	کولموگروف-اسمیرنوف	متغیر
۰.۰۰۰	۰.۲۵۸	وابستگی به همسالان
۰.۰۰۰	۰.۱۵۸	محیط جغرافیایی و محل زندگی
۰.۰۰۰	۰.۱۹۷	حس کنجکاوی
۰.۰۰۰	۰.۲۵۰	گسیختگی خانواده
۰.۰۰۰	۰.۱۸۶	تصورات قالبی مثبت
۰.۰۰۰	۰.۶۱۶	ضعف برنامه های پیشگیری از اعتیاد
۰.۰۰۰	۰.۲۱۳	گرایش به مصرف مواد مخدر و روان گردان

جدول ۴-۳: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده ها

از جمله پیش شرط‌های بکارگیری آزمون پارامتری آن است که متغیرهای تحقیق دارای توزیع نرمال باشند. برای آزمون نرمال بودن از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده می‌شود که یک نوع آزمون ناپارامتریک می‌باشد. در صورتی که مقدار آماره ارائه شده توسط این آزمون بیشتر از ۰.۰۵ باشد، فرض صفر آماری مبنی بر نرمال بودن توزیع متغیر مورد بررسی با اطمینان ۹۵ درصد پذیرفته می‌شود.

با توجه به اینکه سطح معناداری به دست آمده برای متغیرهای تحقیق از سطح خطای در نظر گرفته شده ۰.۰۵ کمتر می‌باشد لذا فرض نرمال بودن متغیرهای تحقیق رد می‌شود. یعنی توزیع داده‌ها غیر نرمال است و برای آزمون فرضیات از آزمون‌های ناپارامتری همبستگی اسپیرمن استفاده می‌شود.

$$\rho = \frac{\sum_i (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_i (x_i - \bar{x})^2 \sum_i (y_i - \bar{y})^2}}$$

#### ۴-۴ یافته های استنباطی

با توجه به غیر نرمال بودن توزیع داده های حاصل از تحقیق برای بررسی فرضیات از آزمون های ناپارامتری همبستگی اسپیرمن استفاده می شود:

**فرضیه اول:** بین وابستگی به گروه همسالان و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد.

چنانچه جدول ۴-۴ نشان می دهد بین وابستگی به همسالان و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته های جدول نشان می دهد همبستگی بین وابستگی به همسالان و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان برابر با ۰.۶۲۶ گزارش شده است. فرضیه اول مبنی بر رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته های جدول نشان می دهد همبستگی بین وابستگی به همسالان و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان در سطح معناداری کمتر از ۵ درصد تایید می شود.

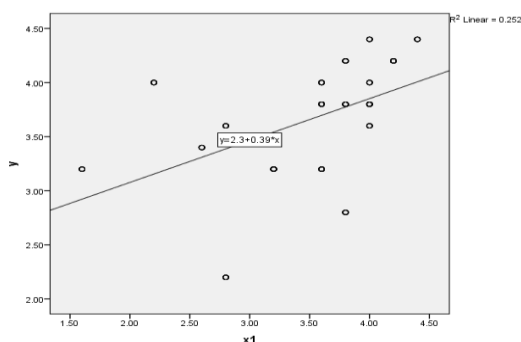
متغیر	۱	۲
وابستگی به همسالان	-	
گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان	**۰.۶۲۶	-

\*\*P < 0.05

جدول ۴-۴: ماتریس همبستگی بین متغیر فرضیه ۱

از آنجایی که همبستگی اسپیرمن بین وابستگی به همسالان و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان مقداری مثبت و معنادار به دست آمده است لذا اینگونه استنباط می شود که هر چه وابستگی به همسالان بیشتر باشد گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان نیز بیشتر

می شود.



نمودار ۴-۱: همبستگی بین متغیر فرضیه ۱

فرضیه دوم: بین محیط جغرافیایی و محل زندگی ناسالم و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد.

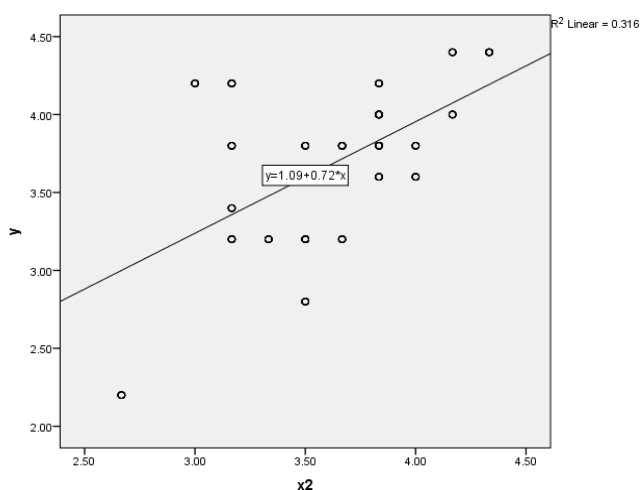
چنانچه جدول ۴-۵ نشان می‌دهد بین محیط جغرافیایی و محل زندگی ناسالم و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته‌های جدول نشان می‌دهد همبستگی بین محیط جغرافیایی و محل زندگی ناسالم و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان برابر با ۰.۴۶۷ گزارش شده است. فرضیه دوم مبنی بر رابطه‌ی بین محیط جغرافیایی و محل زندگی ناسالم و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان در سطح معناداری کمتر از ۵ درصد تایید می‌شود.

متغیر	۱	۲
محیط جغرافیایی و محل زندگی ناسالم	-	
گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان	۰.۴۶۷**	-

\*\*\*P < 0.05

جدول ۴-۵: ماتریس همبستگی بین متغیر فرضیه ۲

از آنجایی که همبستگی اسپیرمن بین محیط جغرافیایی و محل زندگی ناسالم و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان مقداری مثبت و معنی‌دار به دست آمده است لذا اینگونه استنباط می‌شود که هر چه محیط جغرافیایی و محل زندگی ناسالم‌تر باشد گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان نیز بیشتر می‌شود.



نمودار ۴-۲: همبستگی بین متغیر فرضیه ۲

فرضیه سوم: بین حس کنجکاوی و گرایش جوانان به مصرف موادمخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد.

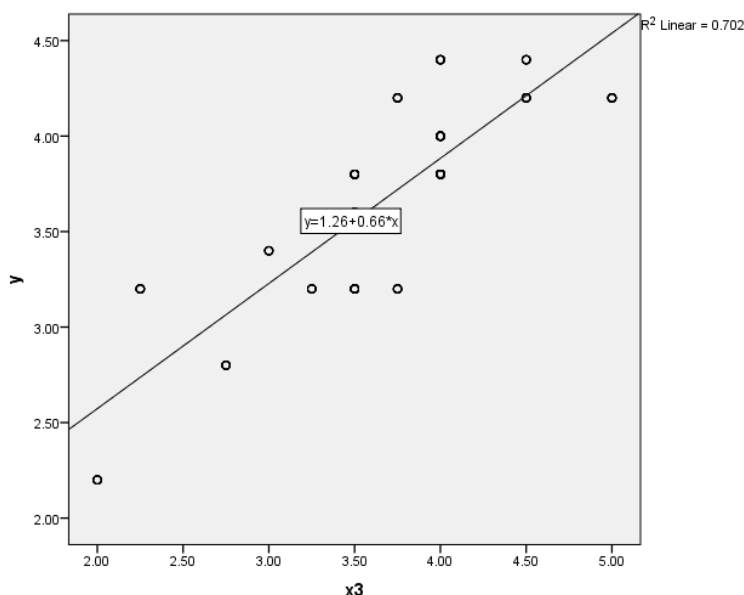
چنانچه جدول ۴-۶ نشان می دهد بین حس کنجکاوی و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته های جدول نشان می دهد همبستگی بین حس کنجکاوی و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان برابر با ۰.۸۳۰ گزارش شده است. فرضیه سوم مبنی بر رابطه بین حس کنجکاوی و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان در سطح معناداری کمتر از ۵ درصد تایید می شود.

متغیر	۱	۲
حس کنجکاوی	-	
گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روان گردان	**۰.۸۳۰	-

\*\*P < 0.05

جدول ۶-۴: ماتریس همبستگی بین متغیر فرضیه ۳

از آنجایی که همبستگی اسپیرمن بین حس کنجکاوی و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان مقداری مثبت و معنادار به دست آمده است لذا اینگونه استنباط می شود که هر چه حس کنجکاوی بیشتر باشد گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان نیز بیشتر می شود.



نمودار ۳-۴: جدول همبستگی متغیر فرضیه ۳

**فرضیه چهارم:** بین گسیختگی خانواده و گرایش جوانان به مصرف موادمخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد.

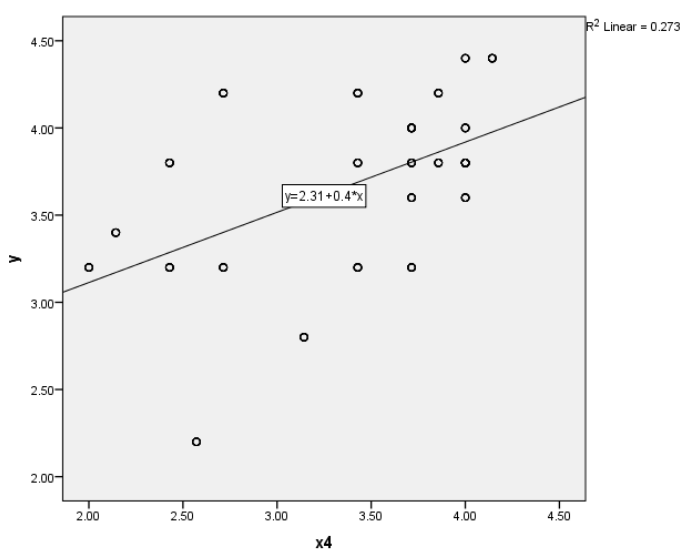
جدول ۴-۷ یافته‌های جدول نشان می‌دهد همبستگی بین گسیختگی خانواده و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان برابر با ۰.۵۲۰ گزارش شده است. فرضیه چهارم مبنی بر رابطه‌ی بین گسیختگی خانواده و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان در سطح معناداری کمتر از ۵ درصد تایید می‌شود.

متغیر	
۱	۲
-	گسیختگی خانواده
**۰.۵۲۰	گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان

\*\*P < 0.05

جدول ۴-۷: ماتریس همبستگی بین متغیر فرضیه ۴

از آنجایی که همبستگی اسپیرمن بین گسیختگی خانواده و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان مقداری مثبت و معنادار به دست آمده است لذا اینگونه استنباط می‌شود که هر چه گسیختگی خانواده بیشتر باشد گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان نیز بیشتر می‌شود.



نمودار ۴-۴: شکل همبستگی متغیر فرضیه ۴

**فرضیه پنجم:** بین تصورات قلبی مثبت در خصوص مواد و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد.

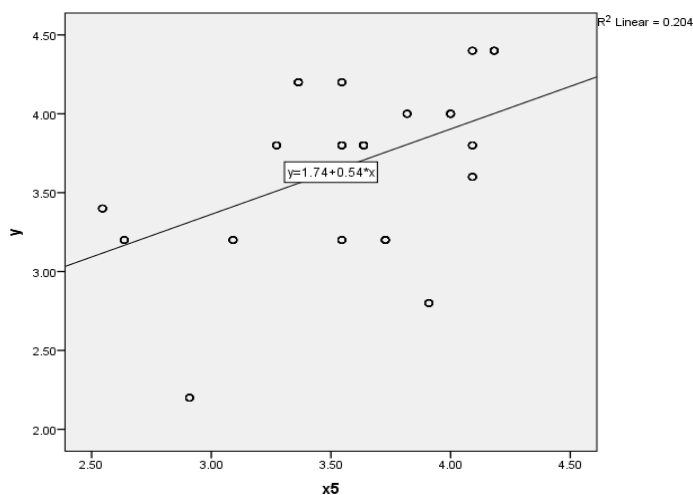
چنانچه جدول شماره ۴- ۸ نشان می دهد بین تصورات قلبی مثبت در خصوص مواد و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته های جدول نشان می دهد همبستگی بین تصورات قلبی مثبت و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان برابر با ۰.۳۳۶ گزارش شده است. فرضیه پنجم مبنی بر رابطه مثبت بین تصورات قلبی مثبت در خصوص مواد و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان در سطح معناداری کمتر از ۰۵ درصد تایید می شود.

متغیر	
۲	۱
	-
	تصورات قلبی مثبت در خصوص مواد
-	۰.۳۳۶**
	گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان

\*\*P < 0.05

جدول ۴-۸: ماتریس همبستگی بین متغیر فرضیه ۵

از آنجایی که همبستگی اسپیرمن بین تصورات قلبی مثبت در خصوص مواد و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان مقداری مثبت و معنادار به دست آمده است لذا اینگونه استنباط می شود که هر چه تصورات قلبی مثبت در خصوص مواد بیشتر باشد گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان نیز بیشتر می شود.



نمودار ۴- ۵: شکل همبستگی متغیر فرضیه ۵



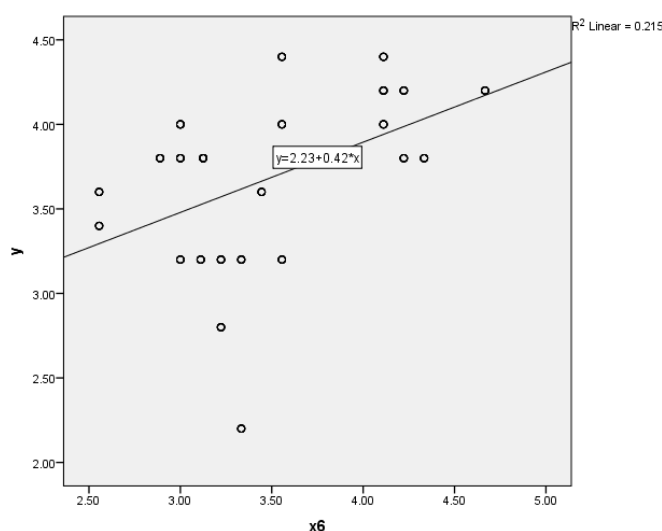
**فرضیه ششم:** بین ضعف برنامه های پیشگیری از اعتیاد و گرایش جوانان به مصرف موادمخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد. چنانچه جدول شماره ۴- ۹ نشان می دهد بین ضعف برنامه های پیشگیری از اعتیاد و گرایش جوانان به مصرف موادمخدر و روانگردان رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته های جدول نشان می دهد همبستگی بین ضعف برنامه های پیشگیری از اعتیاد و گرایش جوانان به مصرف موادمخدر و روانگردان برابر با ۰.۴۹۴ گزارش شده است. فرضیه ششم مبنی بر رابطه بین ضعف برنامه های پیشگیری از اعتیاد و گرایش جوانان به مصرف موادمخدر و روانگردان در سطح معناداری کمتر از ۵ درصد تایید می شود.

متغیر	
۱	۲
-	
ضعف برنامه های پیشگیری از اعتیاد	
۰.۴۹۴**	-
گرایش جوانان به مصرف موادمخدر و روان گردان	

\*\*\*P < 0.05

جدول ۹-۴: ماتریس همبستگی بین متغیر فرضیه ۶

از آنجایی که همبستگی اسپیرمن بین ضعف برنامه های پیشگیری از اعتیاد و گرایش جوانان به مصرف موادمخدر و روانگردان مقداری مثبت و معنادار به دست آمده است لذا اینگونه استنباط می شود که هر چه ضعف برنامه های پیشگیری از اعتیاد بیشتر باشد گرایش جوانان به مصرف موادمخدر و روانگردان نیز بیشتر می شود.



نمودار ۴-۶: شکل همبستگی متغیر فرضیه ۶

## ۴-۵ اولویت بندی متغیرهای تحقیق

حال برای اولویت بندی مؤلفه‌های مربوط به گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان از آزمون فریدمن استفاده می‌گردد:

فرض صفر: مؤلفه‌های مربوط به گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان از لحاظ اهمیت در یک سطح قرار دارند.

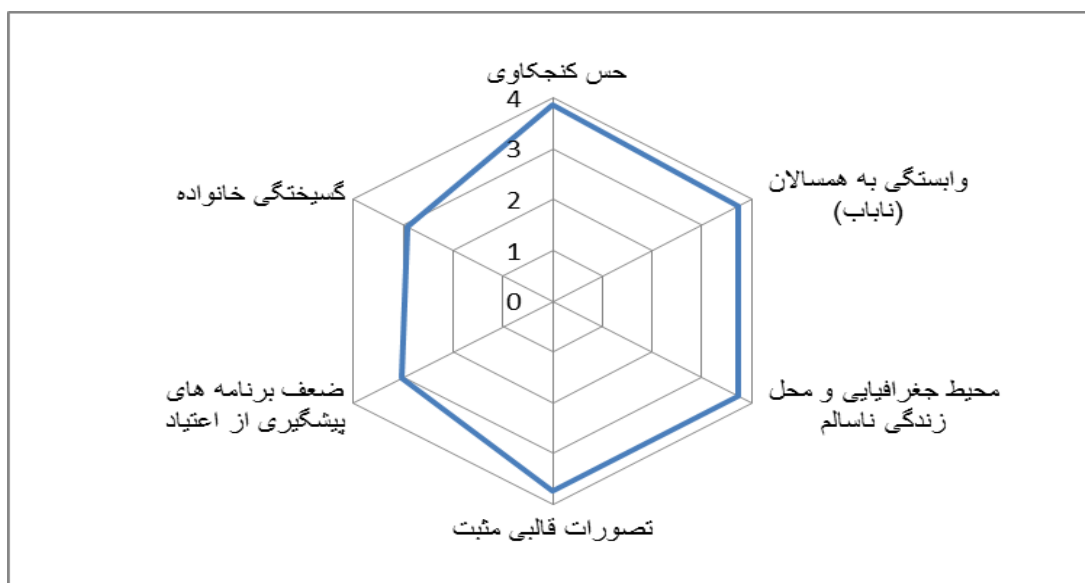
فرض یک: مؤلفه‌های مربوط به گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان در یک سطح قرار ندارند.

رتبه	مؤلفه‌ها	رتبه میانگین
اول	حس کنجکاوی	۳.۸۶
دوم	وابستگی به همسالان (ناباب)	۳.۷۴
سوم	محیط جغرافیایی و محل زندگی ناسالم	۳.۷۴
چهارم	تصورات قالبی مثبت	۳.۷۳
پنجم	ضعف برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد	۳.۰۲
ششم	گسیختگی خانواده	۲.۹۱

جدول ۱۰-۴: اولویت بندی مؤلفه‌های مربوط به گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان

سطح معناداری: ۰.۰۰۰

همانطور که از جدول ۴-۱۰ پیداست با توجه به سطح معناداری به دست آمده ۰.۰۰۰ که مقداری کوچکتر از سطح خطای در نظر گرفته شده ۵ درصد می‌باشد لذا فرض صفر رد می‌گردد یعنی مؤلفه‌های مربوط به گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان از لحاظ اهمیت در یک سطح قرار ندارند. اولین مؤلفه مربوط به "حس کنجکاوی" و آخرین مؤلفه مربوط به "گسیختگی خانواده" می‌باشد.



نمودار ۴-۷: نمودار عنکبوتی مربوط به مؤلفه های مربوط به گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان

#### ۴-۶ خلاصه:

همانطور که به تفصیل بیان شد در این فصل با استفاده از شیوه های آمار توصیفی و استنباطی به تجزیه و تحلیل داده های گردآوری شده از طریق پرسشنامه پرداختیم. نتیجه تحلیل حاکی از این بود که بین وابستگی به دوستان، محیط جغرافیایی و محل زندگی ناسالم، حسن کنجکاوی، گسیختگی خانواده، تصورات قالبی مثبت و ضعف برنامه های پیشگیری از اعتیاد با گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان بررسی شدند. در فصل بعد به بیان خلاصه تحقیق، تحلیل یافته های پژوهش، پیشنهاد و محدودیت های تحقیق پرداخته خواهد شد.

## **۵- فصل پنجم**

# **نتیجه گیری و ارائه پیشنهادات**

## ۵-۱ مقدمه

در این فصل به بحث، تفسیر و تبیین یافته‌های پژوهش که در فصل چهارم تشریح شده‌اند، پرداخته شد. این یافته‌ها با مبانی نظری پژوهش و تحقیقات پیشین در رابطه با موضوع، ربط داده شده‌اند؛ سپس با استفاده از یافته‌ها و نتایج پژوهش، پیشنهاداتی جهت کاربرد نتایج تحقیق و همچنین پیشنهاداتی در رابطه با پژوهش‌های آتی و محدودیت‌هایی در این زمینه ارائه شده است.

## ۵-۲ بحث و نتیجه‌گیری

**فرضیه اول: بین وابستگی به گروه همسالان و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه معنی‌داری وجود دارد.**

همانگونه که ادوین ساترلند (۱۹۳۹) منشاء انحرافات اجتماعی را عموماً در قالب گروه‌های نخستین نظیر گروه دوستان یا خانواده جستجو می‌کند و بندورا (۱۹۸۶) بر اهمیت مواجهه و ارتباط دوستان نزدیک در آشنایی و تداوم مصرف مواد تاکید می‌کند و البته تحقیقات اسکندری (۱۳۸۸) به تاثیر ترغیب و همنوایی دوستان فرد در شروع و ادامه مصرف صحه می‌گذارد، نتایج حاصل از آزمون فرضیه اول ما نیز حاکی از تایید رابطه معنادار بین وابستگی به گروه همسالان و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان است که در واقع تایید این فرضیه می‌تواند به نقش پر رنگ گروه همسالان بعنوان یکی از نهادهای نخستین جامعه در فرآیند جامعه پذیری افراد داشته باشد.

**فرضیه دوم: بین محیط جغرافیایی و محل زندگی ناسالم و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه معنی‌داری وجود دارد.**

همچنان که امیل دورکیم بر رابطه بین جرم و فرهنگ محل وقوع جرم تاکید ورزیده و چنانکه رابرت مرتن انحراف را نتیجه فشارهای اجتماع و جامعه اطراف فرد می‌داند و البته مبارکی (۱۳۸۳) در پژوهش خود به رابطه بین زندگی در محلات بی سازمان و محروم و تمایل به زیر پا گذاشتن قانون اشاره داشته است فرضیه دوم ما نیز تایید شد. بنابراین وجود محلات پرخطر، سکونتگاه‌های

غیررسمی، پاتوق های ناسالم و... در جامعه می‌تواند در بروز انواع آسیب‌های اجتماعی بخصوص اعتیاد بسیار حائز اهمیت باشد.

**فرضیه سوم: بین حس کنجکاوی و گرایش جوانان به مصرف موادمخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد.**

با مرور اغلب منابع و پژوهش‌های موجود، کنجکاوی به عنوان یکی از مهمترین عوامل تاثیرگذار در گرایش به اعتیاد در نوجوانان و جوانان مطرح شده است و تاکید شده که سرشت پرسشگر و جستجوگر نوجوانان و جوانان در هر جامعه‌ای که اتفاقاً در پی لذت‌های متنوعی نیز است، می‌تواند زمینه ساز انواع انحرافات اجتماعی از جمله اعتیاد باشد (قنبری، ۱۳۷۹، به نقل از داوری، ۱۳۸۱: ۵۴). لذا با تایید فرضیه سوم، این موضوع مورد حمایت قرار می‌گیرد و مشخص می‌گردد که حس کنجکاوی نوجوانان و جوانان اگر به درستی مدیریت نشود و جامعه و خانواده در این خصوص مهارت‌های پیشگیری از اعتیاد، تاب‌آوری و نه گفتن و... را جدی نگیرند و به نوجوانان و جوانان خود در زمینه‌های آسیب‌های اجتماعی گوشزد‌های لازم را نداشته باشند، در آینده ممکن است شاهد بسیاری از مسائل و بحران‌ها برای جوان خود باشند که البته شاید دیگر فرصتی برای جبران هم نداشته باشند.

**فرضیه چهارم: بین گسیختگی خانواده و گرایش جوانان به مصرف موادمخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد.**

همانگونه که سیمونز و رابرتسون (۱۹۸۹) طی تحقیقات خود اشاره داشتند که بین طرد فرزندان از سوی والدین و گرایش فرزندان به اعتیاد رابطه وجود دارد و نیز بویل (۲۰۰۰) و هافمن و سربون (۲۰۰۲) در تحقیقات خود به رابطه بین اعتیاد یکی از افراد خانواده و گرایش به اعتیاد دست یافته بودند و همچنین طبق یافته‌های پژوهشی پیکو (۲۰۰۰) که به تاثیر خلاء عاطفی فرزندان با والدین اشاره داشت، نتایج حاصل از آزمون فرضیه چهارم ما که مورد تایید قرار گرفته است نیز به اهمیت ساختار خانواده، روابط و پیوندهای خانوادگی بخصوص والدین تاکید دارد.

فرضیه پنجم: بین تصورات قالبی مثبت در خصوص مواد و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد.

همانگونه که کوهن (۱۹۵۵)، کلووارد و اوهلین (۱۹۶۰)، ماتزا (۱۹۶۴) و میلر (۱۹۷۵) در تبیین وضعیت بزهکاری جوانان به اهمیت خرده فرهنگها (باورها، پنداشت ها و ارزشهای مورد اجماع) اشاره داشتند، تایید فرضیه پنجم ما هم که به رابطه بین تصورات قالبی مثبت در خصوص مواد و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان اشاره دارد، را می توان به عنوان تاکید مضاعفی بر موضوع اهمیت خرده فرهنگ های موجود در جوامع مختلف را در گرایش یا پیشگیری از بروز انواع آسیب های اجتماعی دانست که برنامه ریزان اجتماعی می بایست به آن توجه ویژه ای داشته باشند.

فرضیه ششم: بین ضعف برنامه های پیشگیری از اعتیاد و گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر و روانگردان رابطه معنی داری وجود دارد.

برنامه های پیشگیری که در واقع بر افزایش عوامل محافظت کننده و کاهش عوامل خطر ساز تاکید دارند، برنامه هایی هستند که متناسب با بافت بومی و مواد رایج در یک محیط اجتماعی اعم از محله یا شهر به عوامل خطر آفرین در مخاطبین خاص، سن، نژاد، جنسیت و... توجه خاص داشته و مبتنی بر تقویت روابط خانوادگی و مهارت های فرزند پروری در والدین و آموزش ارتباطات، روابط با همسالان، خودکارآمدی و جرأت ورزی، مهارت های مقاومت در برابر مواد، تقویت نگرش های ضد مواد، تقویت تعهد شخصی در برابر سوء مصرف مواد در دانش آموزان و دانشجویان و... است.

بر اساس نظریه کندل برنامه های پیشگیری از مصرف مواد در نوجوانان، می بایست در مراحل اولیه یا حداقل به تأخیر انداختن شروع مصرف در میان نوجوانان متمرکز شود و در حد امکان نوجوانان و جوانان را در سنین پایین (دوره ی راهنمایی یا سال اول دبیرستان) آماج مداخله ی خود قرار دهند، زیرا این دوره، دوره ای است که بیشتر نوجوانان، مواد مخدر را برای اولین بار تجربه می کنند. همچنین با افزایش سن (شاید به دلیل تکامل مغز نوجوانان) احتمال بروز وابستگی به مواد نیز کاهش می یابد، از این رو تلاش برای به تأخیر انداختن شروع مصرف مواد، بسیار مهم است (کاجو و کلاین<sup>۵۱</sup>،

---

<sup>51</sup> Kodjo & Klein

۲۰۰۲). در غیر این صورت با توجه به عوامل و زمینه‌های موصوف در بین این گروه، گرایش به مصرف مواد مخدر یا روانگردان در بین آنها شایع می‌گردد.

لذا با تایید فرضیه ششم ما در این تحقیق به طور ضمنی ضعف برنامه‌های پیشگیری در بین جوانان تایید شد و با توجه به اهمیت این برنامه‌ها و لزوم تمرکز برنامه‌های موصوف در به تاخیر انداختن شروع مصرف، شاید بهتر باشد آسیب شناسی در خصوص اثربخشی این برنامه‌ها صورت پذیرد.

### ۳-۵ محدودیت‌های پژوهش

همانند هر پژوهشی، پژوهش حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی بود که توجه به آن، راه را برای پژوهش‌های دقیقتر آتی هموار خواهد نمود.

اولین محدودیت پژوهش حاضر این بود که به لحاظ نمونه جمعیت مورد مطالعه فقط محدود به مراکز اقامتی ترک اعتیاد استان تهران بوده که از مهمترین مراکز درمانی برای افراد دارای وابستگی به مواد مخدر و روانگردان است و شاید بتوان گفت بیشترین تعداد مراجعه کننده در بین مصرف کنندگان را دارا می‌باشد اما به لحاظ اینکه شاید برخی از بیماران که اکثرا مربوط به طبقات اجتماعی بالاتر جامعه محسوب می‌شوند تمایلی به مراجعه به اینگونه مرکز را نداشته باشند، در تعمیم نتایج دارای محدودیت باشیم. اما به نظر محقق این موضوع خیلی نمی‌تواند عامل تاثیرگذاری در نتایج تحقیق ما باشد.

دومین محدودیت در گردآوری اطلاعات و داده‌ها از طریق خود گزارش‌دهی آزمودنی‌ها و به وسیله پرسشنامه است که این شیوه همیشه تحت تاثیر عوامل متعدد تاثیرگذار مثل صداقت و گرایش پاسخ دهندگان به ارائه پاسخ‌های جامعه پسند می‌باشد.

سومین محدودیت، انتخاب آزمودنی‌های گروه‌های درمانی فقط از بین مردان مبتلا به وابستگی به مواد صورت گرفت. همین مسئله تعمیم نتایج به جمعیت زنان را با مشکل مواجه می‌کند. با این وجود به خاطر ماهیت اختلال وابستگی به مواد که در مردان شیوع بیشتری دارد، و باتوجه به در



دسترس بودن و احتمال همکاری بالاتر جمعیت مردان، ترجیح داده شد نمونه مورد مطالعه از بین جمعیت مردان انتخاب گردد.

#### ۴-۵ ارائه پیشنهادات

۱- با توجه به اهمیت گروه همسالان در فرآیند جامعه پذیری و تاثیر پذیری نوجوانان و جوانان از گروه‌های اجتماعی نخستین در روابط و مناسبات اجتماعی، جا دارد در درجه اول خانواده‌ها بخصوص پدر و مادر با دقت و جدیت در آگاه سازی جوانان خود اولاً در مهارت های زندگی خود آگاهی، روابط بین فردی، ارتباط موثر و دوست یابی، نه گفتن، حل مساله، تصمیم گیری و... به شناخت نسبی برسند و ثانياً با آشنا کردن فرزندان خود با این مهارت ها میزان آمادگی آنها را در برخورد با محیط پیرامون خود به خصوص دوستان ناباب را بالا ببرند.

از سوی دیگر مسئولین و متولیان حوزه های آموزشی و تربیتی نیز می بایست با مراقبت از نوجوانان و جوانان در محیط های خارج از خانه اعم از مدرسه، دانشگاه، سربازخانه ها، پارک ها و... نسبت به کنترل و نظارت بر این محیط ها اهتمام بیشتری داشته باشند چراکه نوجوان و جوان ما در این ایام بیشتر اوقات خود را بدون نظارت خانواده ها در این محیط ها تجربه می نمایند و بنابراین هر چند خانواده به ایفای نقش مسئولیت خود بپردازد اما اگر محیط های بیرونی برای او ایمن نباشد باز زمینه انجام آسیب های اجتماعی در او وجود خواهد داشت.

۲- با توجه به اهمیت و نقش محیط زندگی سالم در کاهش آسیب های اجتماعی خانواده و جامعه هر دو می توانند با در نظر گرفتن کاهش عوامل خطر در محیط پیرامون فرزندان، مواجهه این گروه حساس را با انواع مناظر زشت و آلوده از منظر انجام فعل یا خرید و فروش مواد کاهش داده و کراهت برخورد با آسیب های اجتماعی از جمله مواد را برای آنان حفظ نماید.

تخریب محیط های آلوده، از بین بردن پاتوق های امن مصرف، جمع آوری کارتون خواب ها، دستگیری خرده فروشان و توزیع کنندگان مواد در سطح محلات و... اقداماتی است که جامعه می تواند در این راه انجام دهد. تشکیل تیم های اجتماع محور، پیگیری و مشارکت در احداث پارک،

بوستان، کتابخانه، زمین‌های بازی و... در مناطق مخروبه و آلوده، در محله و محیط اطراف از سوی خانواده‌ها می‌تواند در مسیر پیشنهاد گردد.

۳- اعتماد و حس صمیمیت بین والدین و فرزندان می‌تواند از سویی در انعکاس مسائل، مشکلات و طرح ابهامات و سوالات از سوی فرزندان و از سوی دیگر برخورد منطقی و خارج از خشونت والدین در برابر این موضوعات می‌تواند به طور مسلم در برقراری ارتباط موثر و حل مسایل مختلف در خانواده موثر واقع گردد. نکته اینجاست که در برخی موارد عدم استقبال خانواده‌ها از طرح مسایل خاصی مثل مسائل مربوط به امور جنسی، مواد مخدر، ایدز، مشروبات الکلی، ارتباط با جنس مخالف و... توسط نوجوان و جوانان و از سوی دیگر عدم توانایی در پاسخگویی مناسب به این پرسش‌ها، به طور غیر عمدی این گروه از جوانان را در جهت دریافت ابهامات و طرح مسائل خود به سمت دیگران غیر از خانواده سوق می‌دهند که این امر خود زمینه مهمی در سوء استفاده و گرایش به انجام تجربیات خطرناک و ارتباط با منابع غیر امن خواهد شد. بنابراین خانواده و جامعه می‌بایست این نکته را در نظر داشته باشد که این خلاء را با در پیش گرفتن راهکارهای مناسب پوشش دهد و فرصت‌های لازم را در جهت روشنگری نوجوانان و جوانان از طریق مطالعه و کسب آموزش‌های لازم از سوی خانواده‌ها و البته تربیت مشاوران متخصص و متعهد در محیط‌های آموزشی و تربیتی و نیز ایجاد مراکز مشاوره تخصصی ویژه جوانان و... فراهم نماید.

۴- به طور مسلم خانواده سالم و متعادل زمینه ساز رشد و پویایی فرزندان و کاهش آسیب‌های اجتماعی در محیط جامعه می‌باشد لذا چنانچه زن و شوهری در خانواده ای متزلزل و آشفته نتواند چتر حمایت عاطفی- روانی، مادی و اجتماعی بر فرزندان خود بخصوص نوجوانان و جوانان را داشته باشد و این گروه از احساس امنیت و لذت بهره مندی از یک خانواده گرم محروم گردد آنگاه این زن و شوهر نه تنها احساس رضایتمندی در زندگی خانوادگی را از این جوان و نوجوان سلب می‌کنند بلکه با عدم اعتماد به نفس و ضعف مهارت‌های ارتباطی در این فرزندان، عدم علاقه خانواده‌های سالم در ارتباط گیری با این فرزندان، تمایل به عدم حضور فرزند در این خانواده، مشکلات روحی و عاطفی و... در این فرزندان زمینه ساز گرایش به انواع آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد در آنها خواهند شد.

۵- توجه به باورها، ارزش ها، هنجارها و میراث فرهنگی هر جامعه ای به طور مسلم امری بدیهی است اما متأسفانه برخی از این باورها و رسم و رسوم محلی و منطقه ای در بخشی از این فرهنگ کلی جامعه که از آن به خرده فرهنگ یاد می شود به دور از زمینه های منطقی و حتی خارج از قواعد و هنجارهای فرهنگ کلی جامعه، ممکن است به ناخود آگاه باعث بروز مسائل و مشکلات عدیده ای گردد. وجود برخی تفکرات و تصورات قالبی مثبت در خصوص مصرف مواد از جمله تسکین برخی امراض و بیماری ها، کاهش درد و رنج ناشی از برخی مصائب و تاملات روحی، تقویت قوای جنسی، شادی آور بودن و ... در برخی از این خرده فرهنگ ها باعث گرایش و گسترش مصرف مواد در جامعه ما بخصوص در بین جوانان نیز شده است، که جا دارد جامعه با بهره گیری از ظرفیت افراد تاثیر گذار این جوامع محلی و منطقه ای با تلاش در جهت روشنگری و هشدار در خصوص عدم تطبیق این تصورات غلط با واقعیت های تلخ تجربه مواد، همچنین افزایش آگاهی و آموزش در بین خانواده های این گروه ها و البته برنامه های پیشگیری از آسیب های اجتماعی از جمله اعتیاد، این موضوع را مدیریت نماید، چرا که متأسفانه همانگونه که در ادبیات نظری تحقیق به آن اشاره شد فقر فرهنگی یکی از عوامل بسیار با اهمیت در خصوص گرایش به مواد در جوامع مختلف مطرح است.

۶- با توجه به این واقعیت که متأسفانه در ظرف فرهنگی جامعه ما اغلب خانواده ها دارای مهارت های لازم جهت فرزند پروری و سایر مهارت های لازم جهت مدیریت رفتار فرزندان خود بخصوص نوجوان و جوان نیستند و حتی متأسفانه ارتباط عاطفی خود با این گروه در خانواده را در این سنین، به مراتب محدود تر می نمایند و از سویی دیگر باز متأسفانه خانواده ها در جامعه ما، خیلی در تربیت فرزندان خود حاضر به صرف هزینه های مالی و معنوی نیستند، باعث شده که شاید بتوان ادعا کرد نقش جامعه در آگاه سازی و برنامه های پیشگیری از آسیب های اجتماعی به خصوص اعتیاد پر رنگ تر جلوه کند، به طوریکه جامعه بخش مهمی از اجرای این برنامه ها را در محیط های مختلف اعم از محیط خانواده، کار، آموزش و محلات دنبال می کند و البته تمامی انتظارات آحاد جامعه را در این موضوع به دوش می کشد. اما واقعیت این است با تمام تلاش ها و برنامه ریزی های صورت گرفته، چنانکه نتایج این تحقیق نشان می دهد این برنامه ها چندان کار ساز نبوده است

در آسیب شناسی این موضوع، مسائل متعددی از جمله کمبود منابع مالی و انسانی، وجود موانع سازمانی، سرعت بالا، انعطاف، توجه به سلايق مصرف کنندگان در مافیای عرضه کنندگان مواد، موانع فرهنگی و... را می توان برشمرد، اما واقعیت این است که اجرای موفق برنامه های پیشگیری از اعتیاد منوط به مشارکت و احساس مسئولیت آحاد مردم بخصوص خود خانواده ها، نخبگان و فعالین اجتماعی و بهره گیری جامعه از مدل های مختلف، جدید و خلاقانه و دارای تجارب مثبت در سایر جوامع مبتلا به است که امیدواریم در این موضوع با بهره گیری از ظرفیت رویکرد اجتماعی شده موضوع مبارزه با اعتیاد که چند سالی است در محافل رسمی و غیر رسمی جامعه دنبال می شود، جدی تر با این موضوع برخورد شود.

۷- به طور کلی همانطور که از دستاوردهای این پژوهش بدست آمد عوامل اجتماعی نقش تعیین کننده در بروز، شیوع و البته کاهش آسیب های اجتماعی از جمله اعتیاد به مواد در جامعه دارد، لذا با توجه به اهمیت عوامل اجتماعی لازم است نخبگان و فعالین اجتماعی اعم از اساتید و صاحب نظران مراکز و مجامع علمی، الگو های مرجع جامعه اعم از روحانیون، بازیگران، ورزشکاران، هنرمندان، مدیران سازمان های مردم نهاد و ... با احساس مسئولیت بیشتری در این حوزه ها ورود نمایند و در خصوص عواقب و مصیبت های این بلیه اجتماعی صحبت کنند، بحث کنند، راه حل ارائه دهند، منابع را بسیج کنند، هشدار بدهند، مطالبه گری اجتماعی از مسئولین داشته باشند و... به هر حال از هر علم، هنر و یا قابلیتی که دارند در راه پیشگیری از اعتیاد به خصوص در قشر نوجوان و جوان ما در جامعه گام بردارند.

۸- برنامه ریزی جهت پر کردن بهینه اوقات فراغت، افزایش نشاط اجتماعی و توجه به انجام فعالیت های ورزشی در بین نوجوانان و جوانان بدون شک موجب بالندگی و پویایی آنها گشته و مسلما در پیشگیری از گرایش آنها به اعتیاد و مواد مخدر بسیار حائز اهمیت خواهد بود. لذا ضمن اینکه جامعه در درجه اول می بایست به این مهم مذاقه بیشتری داشته باشد خانواده ها هم می توانند با جدی تر گرفتن این موضوع، با همفکری و نظر سنجی از خود فرزندان در این راه اقدام نمایند، شاید یک روز کوه پیمایی خانوادگی، دوچرخه سواری، پیاده روی شبانه، رفتن دست جمعی به پارک جهت صرف غذا، برگزاری یک جشن تولد مختصر، رفتن به سینما یا تاتر، دیدن یک مسابقه فوتبال

در ورزشگاه، گرفتن بلیط تور گردشگری یک روزه، بازدید از یک موزه و... خیلی دور از دسترس نباشد اما نکته اینجاست که والدین می بایست از ایفای مسئولیت پدرانه یا مادرانه خود سر باز نزنند.

۹- ایفای نقش مسئولیت پذیری اصحاب رسانه هم در اینجا خیلی می تواند حائز اهمیت باشد از ساخت برنامه های آموزشی و آگاه سازی تا برنامه ریزی جهت جذب بیشتر نسل جوان جامعه. توجه به سلیق و نیازهای واقعی خانواده ها و جوانان، استفاده از ابزار های جذب مخاطب با درک ویژگی های عاطفی و روانی مرحله حساس نوجوانی و جوانی، بهره گیری از هنر نمایش و تصویر در جهت حضور مثبت و فارغ از موضع پند و اندرز مستقیم و آمرانه، الگو سازی و معرفی الگوهای موفق جوان ایرانی در فضای رسانه، حضور در فضای مجازی با تهیه خوراک و محتوای جذاب و خلاقانه جهت جلوگیری از انحراف و گرایش جوانان به انواع آسیب های اجتماعی و....

۱۰- تقویت و تحکیم باورها و ارزش های معنوی و مذهبی در بین خانواده ها به خصوص در نسل نوجوان و جوان جامعه مسلما می تواند سد محکمی در برابر انواع آسیب های اجتماعی باشد و در این راستا نقش جامعه و حاکمیت بیشتر مطرح است، جامعه می تواند با بهره گیری از ظرفیت علما، حوزه های علمیه، دانشمندان و صاحب نظران امور مذهبی با تدوین راهکارها و استراتژی های مشخص در جهت نهادینه کردن این امور در بین نوجوان و جوان جامعه ما بیندیشد و بعد برنامه ریزی و با جدیت دنبال تحقق این برنامه ها باشد.

## ۵-۵ منابع و ماخذ

- احمدی، حبیب و محمدتقی ایمان. (۱۳۹۲). "فرهنگ فقر، حاشیه نشینی و گرایش به رفتار بزهکارانه در میان جوانان حاشیه نشین ده پیاله شیراز"، نشریه جامعه شناسی کاربردی، شماره ۱۹، اصفهان.
- آدرم، مهدیه. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط بین ویژگیهای شخصیتی و سبکهای دلبستگی با گرایش به مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی زاهدان در سال تحصیلی ۸۹-۸۸، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد بیرجند.
- ازکیا، مصطفی. (۱۳۸۱). جامعه شناسی توسعه، چاپ چهارم، تهران: موسسه نشر کلمه.
- اسکندری، محمد. (۱۳۸۸). "بررسی عوامل مؤثر بر گرایش جوانان به سوء مواد مخدر صنعتی"، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شیراز.
- آقا بابایی، اسماعیل. (۱۳۹۴). "دیدگاه شرع و قانون در برخورد با جرائم مرتبط با مواد مخدر"، فصلنامه رواق اندیشه، شماره ۴۳، مرکز پژوهشهای اسلامی صدا و سیما.
- آقابابایی، عزیزالله، داریوش جلالی، حمیدرضا سعیدزاده و سهیلا اقری. (۱۳۹۱). "مقایسه اثربخشی چهار روش پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر بر نگرش و عزت نفس دانش آموزان مجتمع های فرهنگی، تربیتی کمیته امداد امام (ره)"، فصلنامه اعتیاد پژوهی، شماره ۶.
- آقا بخشی، حبیب. (۱۳۷۹). اعتیاد و آسیب شناسی خانواده، تهران: انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- (۱۳۷۹). "اثرات اعتیاد پدر بر کارکردهای خانواده"، فصلنامه علوم اجتماعی، شماره ۱۰.
- امانی، حسن. (۱۳۹۲)، بررسی رابطه بین تاب آوری و سرسختی روانشناختی و گرایش به اعتیاد در دانش آموزان دوره متوسطه، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر.
- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۱۳۸۳). راهنمای تشخیص اختلالات روانی، ترجمه محمدرضا نائینیان و همکاران، تهران: انتشارات دانشگاه شاهد.

- بوالهروی، جعفر. (۱۳۸۲). "ارزیابی سؤ مصرف مواد مخدر در زندا های ایران"، فصلنامه علمی، پژوهشی سؤ مصرف مواد، سال اول شماره ۳.
- جلالی، حمید. (۱۳۹۱). علل گرایش جوانان و نوجوانان شهرستان دلیجان به مواد مخدر و راهکارهای مقابله با آن، پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی، دانشگاه تهران.
- حاجی رسولی، مسعود. (۱۳۹۰). ورزش و اعتیاد، تهران: انتشارات اطلاعات.
- دباغی، پرویز و همکاران. (۱۳۸۶). "بررسی اثر بخشی شناخت درمانی گروهی بر پایه تفکر نظاره- ای (ذهن آگاهی) و فعال سازی طرح واره های معنوی در پیش گیری از عود مصرف مواد افیونی"، مجله روانپزشکی و روان شناسی بالینی.
- رفیع پور، فرامرز. (۱۳۷۸). آنومی یا آشفتگی اجتماعی، تهران: انتشارات سروش.
- روزنامه اعتماد، تهران: شماره: ۲۹۴۲.
- سخاوت، جعفر. (۱۳۸۱). اعتیاد و قاچاق مواد مخدر، چاپ دوم، تهران: انتشارات آگاه.
- سموعی راحله. (۱۳۷۸). شیوه های مقابله با فشار روانی در معتادان و غیر معتادان و تعیین رابطه آن با عملکرد خانواده آنها، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان.
- شاه محمدزاده، یحیی. (۱۳۹۳). مقایسه انعطاف پذیری شناختی، سوگیری توجه و حافظه هیجانی در بین افراد مبتلا به سوء مصرف مواد، پایان نامه ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.
- صدیقی اورعی، غلامرضا. (۱۳۷۴). "جامعه شناسی مسائل اجتماعی جوانان"، مشهد: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- صرامی، حمید. (۱۳۹۳). آموزش سبک های فرزند پروری، مهارت های زندگی، پیشگیری اولیه از اعتیاد، تهران: نشر تندیس.
- فرجاد، محمدحسین. (۱۳۷۸). آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات، تهران، انتشارات بدر.
- قنبری طلب، محمد و محبوبه فولادچنگ. (۱۳۹۴). "بررسی ارتباط بین تاب آوری و نشاط ذهنی با استعداد اعتیاد در دانشجویان". فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال نهم، شماره ۳۴.
- کار، مهرانگیز. (۱۳۶۹). بچه های اعتیاد، تهران، انتشارات روشنگران.

- مامی، شهرام، احدی، حسن، نادری، فرح، عنایتی، میرصلاح الدین و مظاهری، محمد مهدی. (۱۳۹۱). پیشبینی مدل گرایش به اعتیاد دانش آموزان متوسطه شهر ایلام بر اساس عوامل شخصیتی (NEO) و متغیر میانجی سلامت روان، مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره ۲۱، شماره ۶.
- مبارکی، امید. (۱۳۸۳). "بررسی عوامل موثر بر شکل گیری حاشیه نشینی شهر تبریز و پیامدهای آن مطالعه موردی (محلات احمدآباد، کوی بهشتی، خلیل آباد)"، مجله جغرافیا و برنامه ریزی محیطی سال ۲۳، پیاپی ۴۵، شماره ۱، فصل بهار.
- محمد خانی، شهرام. (۱۳۸۹). توانمند سازی روانی اجتماعی دانش آموزان، ارتقا سلامت و پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر با تمرکز بر آموزش مهارت‌های زندگی در دانش آموزان در معرض خطر.
- معصومی راد، رضا. (۱۳۹۶). الگوی کاهش تقاضای مواد مخدر در ایران (با تاکید بر پیشگیری و درمان)، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.
- میرباقری، الهام السادات. (۱۳۹۵). بررسی عوامل موثر بر اعتیاد نوجوانان و جوانان مناطق حاشیه نشین در سال ۱۳۹۵، پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی تهران واحد شمال.
- نارنجی ها، هومان. (۱۳۸۴). ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد.
- نجمی حدادان، زیبا. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های ارتباطی بر تاب آوری و تغییر نگرش نسبت به سوء مصرف مواد مخدر در دانش آموزان شهر تبریز، پایان نامه ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز.
- سازمان ملی جوانان استان اصفهان. نقشه جامع سلامت نوجوانان و جوانان. (۱۳۹۱)، بی جا.
- نوروزی، فیض ... (۱۳۹۲). روش تحقیق در علوم اجتماعی، تهران: انتشارات سخنوران.
- نیکدل، مهدی. (۱۳۹۲). تاثیر آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش گرایش به مصرف مواد مخدر دانش آموزان، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس اهواز.



## ٥-٦ منابع لاتين

- \_ Bronstein, P. J., Zweig, J. M. (1999). Understanding substance abuse prevention: Toward the 21<sup>st</sup> Century. A Primer on Effective Programs. Center for Substance Abuse prevention.
- \_ Hawkins, J. D., Catalano, R.F., and Miller, (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse problems. Psychological Bulliten, 64, 112-105.
- \_ Kodjo, M. C & Klein, D.J. (2002). Prevention and risk of adolescent substance abuse: the role of adolescents, families, and communities. Pediatric Clinics of North America, 49.
- \_ Oetting, E. R., & Beauvais, E. (1986). Peer cluster theory: Drugs and the adolescent . Journal of Counseling and development, 22-17, 65.

## ۶- پیوست

" بسمه تعالی "

مددجوی گرامی:

با سلام و احترام؛

این پرسشنامه در راستای یک تحقیق دانشجویی در خصوص "بررسی عوامل اجتماعی گرایش به اعتیاد در جوانان" تدوین گردیده است. از آنجایی که دستیابی به نتایج صحیح علمی و ارائه راهکارهای مناسب، مستلزم پاسخگویی صحیح و صادقانه می باشد، خواهشمند است با مطالعه دقیق و پاسخگویی صحیح به موارد مطرح شده ما را در انجام این امر یاری فرمائید. در ضمن سوالات در راستای بررسی عوامل اجتماعی تاثیر گذار بر اعتیاد جوانان می باشد. هر سؤال دارای پنج گزینه است ( کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم). خواهشمند است عبارت های ذیل را با دقت بخوانید و گزینه ای را که به بهترین شکل وضعیت شما را توصیف می نماید، در پاسخ نامه روبروی جمله مربوطه علامت بزنید. امیدوارم با کمک و یاری شما بتوانیم گامی هر چند کوچک در جهت کمک به همه بیماران در بند اعتیاد بنماییم.

ضمناً نیازی به درج نام و نام خانوادگی بر روی پرسشنامه نمی باشد و اطلاعات شما کاملاً محرمانه در اختیار ما خواهد بود.

با تشکر

ردیف	سوالات (گویه ها)	کاملاً موافقم	موافقم	نظری ندارم	مخالفم	کاملاً مخالفم
۱	اغلب اوقات فراغت خود را با دوستان و همسالان خود سپری می نمودم.					
۲	اگر دوستانم با مشکلی روبرو می شدند، اغلب بلافاصله به یاری شان می شتافتم.					
۳	اغلب مسائل و مشکلات خود را به جای طرح با والدین، به دوستانم می گفتم.					
۴	اگر دوستان یا همکارانم از من درخواستی داشتند، نمی توانستم آنها رد کنم.					
۵	نه گفتن به دوستانم در برابر تعارف به مصرف مواد برایم سخت بود.					
۶	محل سکونت من در مناطق حاشیه نشین و یا فقیر نشین شهر واقع شده بود.					
۷	امکان دسترسی به امکانات تفریحی و رفاهی برای جوانان در محل زندگی ما بسیار محدود بود.					
۸	اغلب برخورد قاطعانه و سریعی از سوی نهادهای انتظامی با فروشندگان مواد در محیط زندگی ما صورت نمی گرفت.					
۹	در محیط زندگی ما خرید و فروش مواد به سادگی و در ملاء عام صورت می گرفت.					
۱۰	برای تهیه مواد از توزیع کنندگان در محله ما مشکل جدی وجود نداشت.					

					در محیط زندگی ما محل های مناسبی جهت مصرف مواد وجود داشت.	۱۱
					اغلب دوست داشتیم لذت مواد مخدر مختلف را در مکان ها و موقعیت های مختلف تجربه کنیم.	۱۲
					تجربه مصرف مواد جدید برایم بسیار جذاب بود.	۱۳
					اغلب دوست داشتیم تاثیر مواد را روی نقاط مختلف بدن ( جسمی، روانی، جنسی و ....) تجربه نمایم.	۱۴
					در موقع نیاز به مواد، حاضر به انجام هر کار ( پرخطری) بودم.	۱۵
					در خانواده ام افرادی بودند که مصرف کننده مواد می باشند.	۱۶
					اغلب فقدان یا فوت یکی از والدین می تواند عامل مهمی در سوء مصرف مواد باشد.	۱۷
					اغلب طلاق یا جدایی والدین می تواند عامل مهمی در سوء مصرف مواد باشد.	۱۸
					در اغلب موارد افراد خانواده ام در تصمیم گیری های حساس زندگی با هم مشورت نمی کردند.	۱۹
					در ارتباط با طرح مسائل و مشکلات خود با والدینم اغلب دچار تردید بوده ام.	۲۰
					در خانواده ام بیشتر اوقات شاهد نزاع و دعوی والدینم بودم.	۲۱
					والدینم اغلب در تربیت من و سایر فرزندان از تنبیه بدنی استفاده می کردند.	۲۲
					یکی از ابزارهای تفریح در محله و یا خانواده ام مصرف مواد است.	۲۳
					برای شادی و تفریح با دوستان اشکالی ندارد که گاهی آدم مواد مخدر مصرف کند.	۲۴
					مصرف برخی مواد آدم راسرزنده و با نشاط می کند.	۲۵
					مصرف مواد به آدم کمک می کند تا مشکلات خود را فراموش کند.	۲۶
					مصرف مواد قدرت تحمل فرد را در مقابل مشکلات زیاد می کند.	۲۷
					مواد مخدر صنعتی اصلا اعتیاد آور نیستند.	۲۸
					مصرف مواد باعث تقویت کارایی مغز و افزایش قدرت حافظه می گردد.	۲۹
					مصرف مواد باعث افزایش اعتماد به نفس و خلاقیت می گردد.	۳۰
					فقط افرادی که حد مجاز مصرف را رعایت نکنند، معتاد می شوند.	۳۱
					مصرف مواد مخدر و روان گردان باعث افزایش تواناییهای هنری می شوند.	۳۲
					مصرف مواد مخدر و روان گردان باعث کاهش درد، کاهش اضطراب و ناراحتی می شود.	۳۳
					کسانی که وضع مالی مناسبی دارند، ایرادی ندارد که مواد مخدر روان گردان مصرف کنند.	۳۴
					والدینم هیچوقت در خصوص عوارض و خطرات مواد با من صحبت نکرده بودند.	۳۵
					در اغلب موارد خانواده ام پاسخگوی اغلب سوالاتم در خصوص مواد نبوده اند.	۳۶
					آگاهی و شناخت دقیقی از عوارض و خطرات مواد از طریق مدرسه، دانشگاه و یا سربازخانه کسب نکرده بودم.	۳۷
					در ارتباط با طرح مسائل و مشکلات خود با مسئولین مدرسه، دانشگاه، سربازی و .... اغلب دچار تردید بوده ام.	۳۸

					برنامه های آموزشی موثری، در خصوص مهارت های زندگی از جمله ( مهارت دوست یابی، حل مساله، کنترل خشم و ...) در رسانه های جمعی از جمله صدا و سیما توجه مرا جلب نکرده بود.	۳۹
					فیلم، سریال، تئاترو یا برنامه هنری نتوانسته بود مرا از مصرف مواد برحذر دارد.	۴۰
					از نظر من اغلب برنامه ریزی ها یا امکانات تفریحی در خصوص اوقات فراغت، مناسب و یا به اندازه کافی دیده نشده اند.	۴۱
					اشتغال و داشتن شغل مناسب، در بسیاری از موارد می تواند مانع از اعتیاد گردد.	۴۲
					اغلب دوستانم مواد مصرف می نمودند.	۴۳
					اغلب در معرض تعارف دوستان مواد مصرف می نمودم.	۴۴
					اغلب مکان های تفریحی نزدیک محل تحصیل و زندگی ام پاتوق معتادان و فروشندگان مواد بود.	۴۵
					وقتی در یک جشن یا جمع دوستان قرار می گرفتیم، بیشتر تحریک می شدم مصرف مواد را تجربه کنم.	۴۶
					در زمان نیاز به مواد، دست به هر کاری برای تهیه مواد می زدم.	۴۷
					در زمان احساس نیاز به مواد، تحمل عدم مصرف برایم بسیار سخت بود.	۴۸
					در صورت عدم دسترسی به مواد دچار بدن درد، اختلالات خواب، مشکلات گوارشی و .... می شدم.	۴۹

**با تشکر فراوان از همکاری و مساعدت شما**

## **Abstract:**

Addiction to drugs and nps as an important threat has targeted teenagers and youngsters, and has worried family's officials. The tendency increase of teenagers and youngsters to drugs is a source of worriedness, since no the one hand young people are the active and productive source of a society and on the other hand if young starts using drugs in early years of their young hood they continue misusing drugs during their lifetime. Among factors that spread using drugs is social factors.

The aim of us in this research is to survey the role of social factors in making youngsters of Tehran city (14 to 29 years old) addicted in 1396. Our method in this research is descriptive, the questionnaire is researcher made that Cronbach./81 was determined. In conclusion, we can say that validity and suitability is good for it.

The examinees are teenagers and youngsters that have referred to 38 camps in Tehran city in 1396. 162 of this group have been selected in random. In statistics section, for examining the normality of data, clomogrof-esminof was used and for abnormality Spearman has been used.

Analyzing Findings and results of the statistics show that there is a meaningful relation dependent and independent variables and all 6 hypnosis have been approved. So it can be said that social factors (dependency to friends, geographical environment, unhealthy life environment, curiosity, divorced families, and weakness of preventing addiction) are influential in making our young addicted.

The current research affirms theories of saterland, durkim, becker, simones, robertsun aboutsocial factors thatfamilies and society must pay attention to social environment, social and family relations, geographical environment, curiosity, empowering family basis, and teaching life skills to reduce social damages to their kids.

Key Word: Addiction, youngsters, family, peer group, curiosity, friends, unemployment, poverty, crime.



**ISLAMIC AZAD UNIVERSITY**

North Tehran Branch

Humanity college - social science group

M .A Thesis

Field: sociology

Research Title

The survey of social factors in tendency to addiction in youngsters (14-29 years old) in Tehran-year 1396

Supervisor:

**Fizallah Noroozi. (Ph.D)**

Consulting Supervisor:

**Abdolreza Adhami. (Ph.D)**

By:

**Mohammad Rasoul Taheri**

2018