

## بررسی نگرش گروه‌های جمعیتی شهر پردیس درباره اعتیاد به مواد مخدر و علل

### گسترش آن

حسن شاکری<sup>۱</sup>، سلمان آدینه‌وند<sup>۲</sup>، محمود پارسا<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۱۵

از صفحه ۶۹ تا ۹۶

فصلنامه علمی - تخصصی دانش انتظامی شرق استان تهران  
سال سوم، شماره دوازدهم، زمستان ۱۳۹۵

### چکیده

این پژوهش با هدف شناخت بررسی نگرش گروه‌های جمعیتی شهر پردیس درباره اعتیاد به مواد مخدر و علل گسترش آن تهیه شده است. روش پژوهش مذکور از نظر به صورت توصیفی - پیمایشی، از نظر هدف کاربردی و از نظر اجرا به صورت اسنادی - میدانی است و ابزار محقق ساخته آن دارای پایایی ۰/۹۱ مورد تأیید قرار گرفته است. جامعه آماری مورد مطالعه در این تحقیق را شهروندان پردیس تشکیل می‌دادند که بالغ بر ۳۹۰ نفر از آن‌ها به عنوان نمونه انتخاب شدند و پس از جمع‌آوری و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار پیرسون نتایج حاکی از این بود که عوامل سخت‌گیری‌های خانواده، اختلافات خانوادگی، معاشرین نامطلوب، مهاجرت و بی‌توجهی خانواده از عواملی بودند که به باور شهروندان پردیسی در گرایش افراد به اعتیاد مؤثر هستند.

### کلید واژه‌ها

اعتیاد، مواد مخدر، عوامل خانوادگی، عوامل اجتماعی.

۱- کارشناس ارشد علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن

۲- کارشناس ارشد اطلاعات، دانشگاه علوم انتظامی

۳- کارشناس ارشد مدیریت دولتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان

## مقدمه

آسیب‌های اجتماعی «نوعی بی‌سازمانی اجتماعی است که به شکل مستمر و فزاینده‌ای ارزش‌های محوری جامعه را مورد چالش قرار می‌دهد که در بستر اجتماعی متأثر از اختلال کارکردی در نظم اجتماعی و نابرابری در ابعاد فرهنگی، اجتماعی، سیاسی و اقتصادی است». هر آسیب اجتماعی را می‌توان به‌عنوان یک مسئله اجتماعی تلقی کرد که حکایت از نوعی بی‌سازمانی اجتماعی در عرصه ارزشی و هنجاری جامعه دارد که بی‌سازمانی اجتماعی و عدم مدیریت مناسب، به پیچیدگی، گستردگی و شدت آن می‌افزاید؛ بنابراین آسیب اجتماعی یک پدیده اجتماعی است، چرا که زاینده جامعه و اجتماع است. از طرفی، آسیب اجتماعی پدیده‌ای نسبی است؛ زیرا به دلیل ویژگی‌های فرهنگی و متمایز و منحصر به فرد هر جامعه و تغییرات اجتماعی که یک جامعه در طول زمان شاهد آن است، از یک جامعه به جامعه دیگر و از زمانی به زمان دیگر تفاوت می‌کند (کاوه، ۱۳۹۱: ۳۵). یکی از این آسیب‌های اجتماعی اعتیاد است؛ اعتیاد به مواد مخدر، امروزه یکی از معضلات اساسی زندگی بشری به‌شمار می‌رود. نزدیک به یک قرن است که جوامع بشری در سطحی گسترده مصمم به چاره‌اندیشی اساسی در مورد این معضل هستند و به سبب خطر ابتلا به بیماری‌هایی همچون ایدز و هیپاتیت از طریق تزریق وریدی، همچنین به خاطر نگرانی‌های دیرپا در خصوص اثرات زیان‌بار دارویی، اجتماعی، قانونی و بهداشتی ناشی از سوء مصرف مواد، ما اکنون شاهد فوریتی تازه برای گسترش هرچه بیشتر و بهتر راهبردهای پیشگیری کارآمد هستیم (آسایش، جهانگیر، ۱۳۹۱: ۸۳). سازمان بهداشت جهانی، اعتیاد را مسمومیت حاد یا مزمنی عنوان کرده است که شخص و اجتماع را مورد تهدید قرار می‌دهد. البته این سازمان، در سال ۱۹۶۴ واژه «وابستگی دارویی» را به‌جای «اعتیاد» توصیه و اعلام کرد که مهم‌ترین ویژگی وابستگی به مواد، مجموعه‌ای از نشانه‌های جسمی، رفتاری و روان‌شناختی است که دلالت بر آن دارد که شخص با وجود داشتن مشکلات قابل توجه در رابطه با مصرف مواد، به مصرف آن ادامه می‌دهد و برای رفع این نیاز، به انجام رفتارهای پرخطری ناگزیر می‌شود که زندگی اجتماعی و فردی وی را دچار اختلال می‌کند (ابوالفتحی، ۱۳۸۲: ۱). اعتیاد یک ناهنجاری مغزی است که در اثر تحریک مواد شیمیایی به‌وجود می‌آید و منجر به تغییر رفتار می‌شود و مردم به این دلیل ساده به دارو اعتیاد پیدا



می‌کنند که «داروها مغز آن‌ها را تغییر می‌دهند». البته اگرچه کارکرد هر نوع دارویی بر مغز متفاوت است، اما مواد اعتیادآور مهم در یک مکانیسم شریک هستند. آن‌ها «هسته اکومبسنس» را که مرکز پاداش در مغز است فعال می‌کنند؛ بنابراین می‌توان گفت که اعتیاد به‌طور قطع یک بیماری مغزی است. با توجه به این واقعیت که اعتیاد در نهایت نتیجه تغییرات بنیادی در کارکرد مغز است، بنابراین برای معالجه و مداوای بیمار، اقدامات باید در جهت دگرگون ساختن تغییرات ایجاد شده در مغز باشد. این درمان نیز یا باید از طریق تجویز دارو یا از طریق تغییر در رفتار فرد معتاد صورت گیرد. از آنجا که درمان و مداوای رفتاری معمولاً کارکرد مغز را در جهت ناهنجاری‌های روانی و زیستی تازه‌ای سوق می‌دهد، بنابراین در راستای رهایی از ناهنجاری‌های زیستی، زمینه‌های تازه‌ای برای درمان و مداوای مؤثرتر به‌ویژه برای درمان و مداوای دارویی ضد اعتیاد فراهم می‌شود (دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، ۱۳۸۱: ۱۰۹). بی‌شک نقش خانواده به‌عنوان واحد اصلی و عنصر تأثیرگذار بر روابط، رفتارها و خصوصیات ذاتی و اکتسابی اعضا، واضح و غیرقابل تردید است. تأثیرگذاری و تأثیرپذیری افراد این نهاد کوچک اجتماعی از یکدیگر، باعث شده خانواده همواره عنصر اصلی مطالعات و پژوهش‌های اجتماعی قرار گیرد و تأثیر آن بر موفقیت‌ها یا آسیب‌های فردی و اجتماعی در موضوعات مختلف سنجیده شود. خانواده سالم بستر مناسبی برای رشد و شکوفایی و بالندگی اعضای خود فراهم می‌کند و در حفظ و ارتقای سلامت جسمی و روانی آنها تأثیر فراوان و غیرقابل انکاری دارد. در مقابل، خانواده ناسالم زمینه را برای ایجاد اختلاف در ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی فراهم کرده و افراد را به سمت بزه‌کاری سوق می‌دهد. از این منظر که مردم چه نوع نگرشی نسبت به معتادان دارند نیز باید گفت که نگرش بیشتر مردم نسبت به افراد معتاد در بهترین شرایط این است که اظهار می‌دارند: «معتادان زاده موقعیت اجتماعی خود هستند»؛ اما به‌طور کلی، افکار عمومی و عامه مردم توجیه می‌کنند که افراد معتاد آدم‌های ناباب و ضعیف‌النفسی هستند که تمایلی به رعایت اصول اخلاقی نداشته، رفتار و کردار خود را کنترل نمی‌کنند و موقعیت خود را درک نمی‌کنند. عده‌ای دیگر نیز اعتقاد دارند که اعتیاد یک بیماری مزمن است که فرد معتاد، از روی اجبار، برای مصرف مستمر خود در جست‌وجوی مواد است. تفاوت بین دو نگرش اخیر، یعنی نگرشی که فرد معتاد را آدم ناباب، بد و پست می‌داند و نگرشی که

اعتیاد را یک بیماری مزمن می‌بیند بسیار زیاد است. پیامدهای نگرش اول با یک مثال روشن خواهد شد؛ یعنی آن‌ها باور دارند که افراد معتاد حتی برای پیگیری درمان و مداوای خود زیاد پیگیر نیستند. چنین برچسبی نه تنها پیامدهای ارزشی و اخلاقی ویژه‌ای را به همراه دارد، بلکه بر تمام تصمیمات مربوط به اعتیاد، مواد مخدر و معتادان نیز اثر می‌گذارد. در صورتی که هیچ کدام با واقعیت‌های به دست آمده از تحقیقات و تجربه‌های بالینی مطابقت ندارد (دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر، ۱۳۸۱: ۱۰۵) با توجه به این مسائل پژوهشگر در پی انجام این تحقیق برآمده و به دنبال پاسخ برای سؤال‌های زیر است.

### سؤال‌های پژوهش

#### سؤال اصلی

آیا بین عوامل اجتماعی - خانوادگی و محیطی و اعتیاد افراد به مواد مخدر رابطه وجود دارد؟

#### سؤال‌های فرعی

آیا بین اختلافات خانوادگی و اعتیاد افراد به مواد مخدر رابطه وجود دارد؟

آیا بین مهاجرت و اعتیاد افراد به مواد مخدر رابطه وجود دارد؟

آیا بین معاشرین نامطلوب و اعتیاد افراد به مواد مخدر رابطه وجود دارد؟

#### اهمیت و ضرورت

مسئله اعتیاد و آسیب‌ها و انحرافات ناشی از آن همواره در خانواده‌ها و جامعه بشری وجود داشته و دارد. شناخت عوامل روی آوردن به اعتیاد همیشه موضوع نو و جدیدی بوده است و عوامل گرایش به اعتیاد را می‌توان در ابعاد مختلف مورد توجه قرار داد. تاکنون جامعه‌شناسان و روان‌شناسان و به‌طور کلی محققان و متخصصان در زمینه اعتیاد به مواد مخدر عوامل مختلفی را به فاکتورهای گرایش به اعتیاد اضافه کرده‌اند (رضایی پورکتابی، ۱۳۸۹: ۸). دخانیات به‌عنوان یک عامل خطر در بروز بسیاری از مشکلات جسمانی و روانی شناخته شده است. امروزه حدود یک پنجم جمعیت جهان سالانه بیش



از ۶ تریلیون نخ سیگار مصرف می‌کنند و تخمین زده می‌شود تا در سال ۲۰۲۵ این میزان به ۹ تریلیون نخ برسد. سالانه بیش از ۴ میلیون مرگ ناشی از مصرف دخانیات در جهان اتفاق می‌افتد که گفته می‌شود در صورت ادامه این روند و عدم انجام اقدامات کنترلی بیش از یک میلیارد نفر جان خود را در قرن بیست و یکم از دست خواهند داد (شریفی، سیگاری، ۱۳۹۳: ۲۰). به یقین باید اعتیاد به مواد مخدر را به‌عنوان یکی از عوامل مهم تهدید سلامت جامعه مورد توجه قرار داد که همگان نیز به آن اذعان دارند. اکنون مجامع علمی، روان‌شناسان، جامعه‌شناسان و سایر اقشار جامعه ارتباط مخرب اعتیاد با سلامت و بهداشت روان را تأیید کرده و آن را آسیبی چند وجهی و تأثیرگذار بر بنیان‌های فرهنگی، اجتماعی، اقتصادی، تولیدی، آموزشی و تحصیلی و نیز نظام خانوادگی مورد تأکید قرار می‌دهند. هم‌چنین این پدیده ویران‌گر را تهدیدی جدی علیه امنیت شخصی و اجتماعی تلقی کرده و کنترل آن را در پیشگیری از بروز سایر آسیب‌های اجتماعی ضروری می‌دانند (هاشمی، ۱۳۸۳: ۱۰۰) آمار رو به افزایش مصرف مواد مخدر در دنیا به حدی رسیده است که یکی از سم‌شناسان معروف دنیا به نام لودوینگ می‌گوید: «اگر غذا را مستثنی کنیم، هیچ ماده‌ای در روی زمین نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین آسان وارد زندگی ملت‌ها شده باشد» (ضیغمی، ۱۳۸۷: ۱۶). اعتیاد به مواد مخدر همه ساله ده‌ها هزار قربانی از مردم جهان می‌گیرد، صدها میلیارد دلار هزینه بر آن‌ها تحمیل می‌کند و خسارات عظیم و غیرقابل اندازه‌گیری به افراد، خانواده‌ها و کل جامعه جهانی وارد می‌آورد. در ایران به علت قرار گرفتن بر سر راه ترانزیت مواد از افغانستان به سایر کشورهای دنیا و سایر علل مربوط، سهم نابرابری از خسارت مواد مخدر به مردم می‌رسد. سالیانه میلیاردها تومان هزینه مبارزه با قاچاقچیان، خرده فروشان داخلی و هم‌چنین مداوای معتادان و حمایت از خانواده‌های درگیر با مواد مخدر می‌شود (صدیق سروسستانی، ۱۳۹۰: ۱۷۸). در خصوص این‌که چه افرادی و با چه ویژگی‌هایی بیشتر در معرض خطر اعتیاد هستند، باید گفت پژوهش‌هایی که تاکنون در مورد اعتیاد انجام شده است، مشخصات فردی، اجتماعی و روانی ویژه‌ای را برای افراد معتاد شناخته و مطرح کرده‌اند. طبیعی است که اعتیاد برای هر جامعه‌ای توأم با خساراتی است که جنبه‌های اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و انسانی را در بر می‌گیرد. در این میان، عده‌ای از روان‌شناسان «من و فرامن ضعیف»،

«هماندسازی غلط»، «دید غیر منطقی و دور از واقعیت» و «عدم اعتقاد به اصول و موازین اجتماعی» را از جمله ویژگی‌های معتادان می‌دانند. در مورد انواع مصرف‌کنندگان مواد مخدر هم، تبس، اسنو و زاپرت (۲۰۰۲) مصرف‌کنندگان را به چهار گروه تقسیم کرده‌اند که عبارتند از آنهایی که گاهی مصرف می‌کنند؛ کسانی که تازه شروع کرده‌اند؛ افرادی که مدت طولانی مصرف دارند؛ اشخاصی که به دفعات و مقدار زیاد مواد مصرف می‌کنند (مددی و نوغانی، ۱۳۸۴: ۱۰-۱۹). با توجه به مسائل مطرح شده در پژوهش، تحقیق درباره موضوع اعتیاد بسیار مهم است؛ زیرا پیامدهای گوناگون آن باعث نابودی خانواده‌ها و در نتیجه جامعه می‌باشد؛ بنابراین انجام تحقیق در این زمینه ضروری به نظر می‌رسد.

## اهداف پژوهش

### هدف اصلی

شناخت نقش عوامل اجتماعی - خانوادگی و محیطی بر اعتیاد افراد به مواد مخدر.

### اهداف فرعی

- شناخت تأثیر اختلافات خانوادگی بر اعتیاد افراد به مواد مخدر .
- شناخت تأثیر مهاجرت بر اعتیاد افراد به مواد مخدر.
- شناخت تأثیر معاشین نامطلوب بر اعتیاد افراد به مواد مخدر.

### پیشینه پژوهش

- درک (۲۰۰۹) دریافت که ۳۷ درصد از سوء مصرف‌کنندگان الکل و ۵۳ درصد از مبتلایان به سوء مصرف مواد حداقل یک بیماری جدی روانی دارند.
- فالک و همکاران (۲۰۰۵) در یک پژوهش میزان شیوع مصرف مواد محرک و کراک در بین جوانان و نوجوانان آمریکایی را به ترتیب ۶/۸۹ و ۶/۷۳ درصد گزارش کرده است.
- ویزلی و همکارانش (۱۹۹۷) در تحقیقات خود دریافتند که از ۲۴ نمونه مورد مصاحبه، تعداد ۱۴ نفر دارای خانواده‌ای با سابقه سوء مصرف مواد مخدر بودند.



– ساعی ارسی و عسگری (۱۳۹۱) در پژوهشی با عنوان «تبیین جامعه‌شناختی علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد در شهر زنجان» بیان کردند که هدف کلی این مقاله تبیین جامعه‌شناسی علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد در شهر زنجان بوده است. نوع مطالعه، توصیفی و علی (پس از وقوع) بود و از روش پیمایش<sup>۱</sup> استفاده شد. برای مطالعه اکتشافی و واکاوی ادبیات پژوهش از روش بررسی اسناد و مدارک<sup>۲</sup> بهره گرفته شده است. داده‌های پژوهش به وسیله پرسش‌نامه محقق ساخته گردآوری شد. پرسش‌نامه پس از طراحی مقدماتی، پیش‌آزمون شده و پس از اعتباریابی و محاسبه روایی و اصلاح، نهایی شده و گردآوری شد. پرسش‌نامه در مراکز بازپروری سازمان بهزیستی شهر زنجان تکمیل شد. پاسخ‌گویان معنادان حاضر در این مراکز بودند. جامعه آماری تعداد کل معنادان شهرستان زنجان ( $N=3480$ ) نفر در سال ۱۳۹۱ بودند. فرضیه اول نشان داد که بین معاشرت با دوستان ناباب و گرایش به اعتیاد رابطه معنی‌داری وجود دارد. فرضیه دوم پس از تأیید نشانگر این است که بین لذت‌جویی و گرایش به اعتیاد رابطه معنی‌داری وجود دارد. فرضیه سوم تأیید کرد که بین فقر اقتصادی خانواده و گرایش به اعتیاد رابطه معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین در فرضیه چهارم پژوهش، رابطه فقر فرهنگی و گرایش به اعتیاد تأیید شد. فرضیه پنجم نشانگر آن است که بین رفاه مادی در خانواده و گرایش به اعتیاد رابطه معنی‌داری وجود دارد. فرضیه ششم بین ساختار خانوادگی نامناسب‌تر و گرایش به اعتیاد رابطه معنی‌داری را تأیید کرد. فرضیه هفتم رابطه بین بیکاری و گرایش به اعتیاد را تأیید نکرد و سرانجام فرضیه هشتم بین دردگریزی و گرایش به اعتیاد رابطه معنی‌دار را تأیید کرد.

– اسکندری (۱۳۸۹)، پژوهشی با عنوان «بررسی عوامل مؤثر بر گرایش جوانان به سوء مصرف مواد مخدر صنعتی» انجام داد که پژوهش حاضر از نوع مطالعات توصیفی است و با استفاده از تکنیک دلفی و روش پیمایش به انجام رسیده است. هدف اصلی این پژوهش شناخت عوامل مؤثر بر گرایش جوانان به مواد مخدر صنعتی است. بدین منظور با استفاده از نظریه‌های مطرح شده در حوزه اعتیاد همچون نظریه آنومی

1- Survey Method

2- Documentary Method

دورکیم و مرتون، نظریه برچسب‌زنی لمرت، نظریه کنترل شاد (CAP) (استیون گلد) و نظریه معاشرت افتراقی (ساترلند) به طرح چهارچوب نظری پژوهش پرداخته شده است. سپس با استفاده از تکنیک دلفی به بررسی نظریه‌های نخبگان در این حوزه پرداخته و عوامل مؤثر بر گرایش جوانان به مواد مخدر صنعتی شناسایی شدند. در مرحله بعد با استفاده از روش پیمایش و ابزار پرسش‌نامه پژوهشگر ساخته شده، به بررسی نظرات جوانان معتاد به این مواد پرداخته شده است. بدین منظور تعداد ۴۰ نفر از جوانان معتاد به مواد مخدر صنعتی که واجد شرایط شرکت در این پژوهش بودند، به‌عنوان نمونه انتخاب شدند که در نهایت ۳۵ نفر از آنان حاضر به همکاری شدند.

— حاجلی، زکریایی، حجتی کرمانی (۱۳۸۹)، در پژوهش «نگرش مردم به سوء مصرف مواد مخدر در کشور» اظهار داشتند که طرح ملی نگرش ایرانیان به مصرف مواد مخدر، به‌عنوان اولین طرح جامع ملی در ۳۰ سال گذشته در ۲۴ استان کشور در سال ۱۳۸۳-۴ در مرکز تحقیقات آموزش و فناوری اطلاعات دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر اجرا شده است. روش تحقیق پیمایشی و داده‌ها از طریق پرسش‌نامه استاندارد به‌دست آمده است. جامعه نمونه آماری ۱۴۰۰۰ نفر از مردم در ۲۴ استان کشور بوده‌اند. نتایج نشان می‌دهد که باورهای مذهبی و خانواده و انسجام آن مهم‌ترین عوامل در نگرش منفی به مصرف مواد مخدر هستند. جوانان نگرشی مدارا جویانه‌تری نسبت به مصرف مواد مخدر دارند. داده‌ها نشان می‌دهند مردم هیچ آمیدی به این‌که دولت این معضل را حل کند، ندارند. به همین علت حس مسئولیت‌پذیری بر خلاف اخلاق عمومی ایرانیان در این حوزه زیاد است، مهم‌ترین نقشی که مردم برای اقدامات دولتی قائل هستند ایجاد فضاهای فراغتی، ایجاد اشتغال، اجرای برنامه‌های فرهنگی و اجتماعی و ایجاد مراکز درمان و کاهش آسیب است.

## ادبیات پژوهش

### اعتیاد چیست و معتاد کیست؟

اعتیاد مقوله‌ای بحث برانگیز است. تعریف اعتیاد و نگرش به آن، در طی زمان، تغییرات شگرفی داشته است. این عقاید بر پایه باورهای شخصی، تجربه‌هایی از دوستان و خانواده، یا مشاهده زندگی مشقت‌بار بعضی ورزشکاران، موسیقی‌دان‌ها، یا





هنرپیشه‌های مشهور ایجاد شده‌اند. به رغم پیشرفت‌های چشم‌گیر اخیر در پژوهش و شناختن اعتیاد، هنوز هم در این‌که اعتیاد دقیقاً چیست، جای بحث باقی مانده است. دانشمندان و پژوهشگران در معیارهای قضاوت درباره اعتیاد اختلاف نظر دارند و در مورد بهترین شیوه مبارزه با اعتیاد و درمان آن نیز دارای دیدگاه‌های متفاوتی هستند. آنان حتی درباره این‌که کدام مواد یا فعالیت‌ها به لحاظ تکنیکی اعتیادآور محسوب می‌شوند، اختلاف نظر دارند (پاپا، ۱۳۸۵: ۱۰). اعتیاد را عادت کردن، خوگرفتن و خود را وقف عادت‌های نکوهیده کردن معنی کرده‌اند. به عبارت دیگر ابتلای اسارت‌آمیز به ماده مخدر که از نظر جسمی یا اجتماعی زیان‌آور شود، اعتیاد نام دارد. اصطلاح اعتیاد به سهولت قابل تعریف نیست؛ اما عواقب آن به صورت‌های مختلف نظیر کم شدن تحمل و وابستگی بدنی هویدا می‌شود (ابهری، ۱۳۹۰: ۹۴). در طب جدید به‌جای کلمه اعتیاد، وابستگی به دارو به‌کار می‌رود که دارای همان مفهوم ولی دقیق‌تر و صحیح‌تر است. مفهوم این کلمه آن است که انسان بر اثر کاربرد نوعی ماده شیمیایی از نظر جسمی و روانی به آن وابستگی پیدا می‌کند، به‌طوری که بر اثر دست‌یابی و مصرف دارو، احساس آرامش و لذت به او دست می‌دهد؛ درحالی که با نرسیدن دارو به خماری و دردهای جسمانی و احساس ناراحتی و عدم امنیت دچار می‌شود. تعریف کامل از اعتیاد به مواد مخدر که مورد قبول جهانیان است، در سال ۱۹۵۰ توسط کمیته متخصصان تشخیص مواد اعتیاد آور (وابسته به سازمان کمیسیون بهداشت جهانی)، ارائه شده؛ در این تعریف، اعتیاد به مواد مخدر، مسمومیت حاد یا مزمنی است که به حال شخص و اجتماع مضراست و زائیده مصرف دارویی طبیعی یا صنعتی به‌شمار می‌رود و خصوصیات این حالت عبارتند از: ۱- تمنا و نیاز به ادامه استعمال دارو و به‌دست آوردن آن به هر طریق ممکن، ۲- علاقه شدید با گرایش به ازدیاد میزان مصرف دارو که به فزون‌طلبی مشهود است، ۳- وابستگی روانی یا جسمی به آثار داروهای اعتیادآور، به‌گونه‌ای که وقتی دارو به معتاد نرسد، اثرات روانی و جسمی در وی ظاهر شود (ابهری، ۱۳۹۰: ۹۵). معتاد به کسی گفته می‌شود که در نتیجه استعمال متمادی دارو، در بدن وی حالت مقاومت اکتسابی ایجاد شده است، به شیوه‌ای که استعمال مکرر آن موجب کاسته شدن تدریجی اثرات آن می‌شود؛ از این رو پس از مدتی شخص مقادیر بیش‌تری از دارو را می‌تواند بدون بروز ناراحتی تحمل کند و در صورتی که دارو به بدن وی نرسد، اختلالات روانی و

فیزیکی موسوم به «سندروم محرومیت (عوارض و تظاهرات جسمانی و روانی در موقع نرسیدن مواد مخدر به بدن)» در او ایجاد می‌شود (ستوده، ۱۳۸۶: ۱۸۸) با این‌که تقریباً همه، در این باره که بیوشیمی بدن، در اعتیاد نقشی کلیدی ایفا می‌کند، اتفاق نظر دارند، کارشناسان با توجه به میزان اهمیتی که به شرایط زیستی بدن می‌دهند به دو گروه تقسیم می‌شوند؛ گروه نخست معتقد است که اعتیاد را می‌توان بیشتر نوعی بیماری زیست‌شناختی دانست. در حالی که گروه دوم اعتقاد دارد که اعتیاد عمدتاً یک مشکل رفتاری آموختنی است

### چهار چوب نظری پژوهش

از آنجایی که اعتیاد یکی از معضلات اساسی جامعه ما می‌باشد، بنابراین در این قسمت به نظریه‌ها و دیدگاه‌هایی که در زمینه این بحران بیان شده است پرداخته‌ایم. نظریات مختلف در مورد علل سوء مصرف مواد مخدر که طبق نظریه‌های زیست‌شناختی، علل سوء مصرف مواد مخدر در برخی عوامل زیست‌شناختی ارثی و نقش وراثت در گرایش افراد به سوء مصرف مواد نهفته است تحقیقات نشان داده‌اند که آستانه تحمل مادرزادی بالاتری برای مواد مخدر در برخی افراد وجود دارند یا اختلالات متابولیک موجود در بعضی افراد، اشتیاق بیشتری در آن‌ها برای مواد مخدر ایجاد می‌کند. نظریه‌های روان‌شناختی مربوط به سوء مصرف مواد مخدر بر گرایش بیشتر برخی انواع شخصیتی به مواد مخدر تأکید دارند. بر طبق این نظریه‌ها، احتمال مصرف مواد مخدر در افرادی که عزت نفس پایین دارند یا بیشتر مضطرب می‌شوند، به منظور آرامش یافتن، اعتماد به نفس پیدا کردن و رهایی از تنش همیشه بیشتر است. افرادی که شخصیت‌های وابسته دارند نیز با احتمال بیشتری به مواد مخدر آلوده می‌شوند. نظریه‌های جامعه‌شناختی مانند رویکرد ساختی-کارکردی که کارکردگرایان مدعی هستند که سوء مصرف مواد مخدر واکنشی به تضعیف هنجارهای اجتماعی است؛ از نظر کارکردگرایان هرچه جامعه پیچیده‌تر شود و تحولات اجتماعی با سرعت بیشتری روی دهند، هنجارها و ارزش‌های اجتماعی مبهم‌تر شده، به وضعیت اتوماتیک (بی‌هنجاری) خواهند انجامید. آنومی در مقیاس جامعه می‌تواند به فشارهای اجتماعی و ناهم‌سازی‌های هنجاری ختم شود و موجبات سوء مصرف مواد مخدر را فراهم کند. طبق رویکرد کارکردی-ساختی،



سوء مصرف مواد مخدر واکنشی است به نبود پیوند بین فرد و جامعه و تضعیف شدن وفاق جمعی در مورد هنجارهای مقبول اجتماعی. رویکرد ساختنی - کارکردی به کارکردهای منفی پنهان سوء مصرف مواد مخدر نیز اشاره دارد. از این منظر، مبارزه با مواد مخدر که عمدتاً بر کاهش عرضه (از طریق بستن مرزها) و دستگیر کردن فروشندگان مواد تأکید دارد ناخواسته قیمت مواد و نرخ جرایمی مانند سرقت را افزایش می‌دهد (صدیق سروستانی، ۱۳۹۰: ۲۱۱-۲۱۰). رویکرد تضاد بر اهمیت تفاوت قدرت سیاسی، اقتصادی و اجتماعی گروه‌های ذی‌نفع اجتماعی و چگونگی تأثیر آن بر رفتارها و ارزش‌های مربوط به سوء مصرف مواد مخدر تأکید می‌کند. از این منظر، سوء مصرف مواد مخدر واکنشی است به نابرابری موجود در نظام سرمایه داری (صدیق سروستانی، ۱۳۹۰: ۲۱۱) در کنش متقابل نمادین بر اهمیت تعریف و برجسب زنی و معانی منتسب به مصرف مواد تأکید می‌کند. اگر تجربه نخستین مصرف مواد خوب تلقی و تعریف شود، مصرف مواد تکرار خواهد شد و فرد ممکن است به تدریج برجسب معتاد بخورد. نخستین سنگ بنای نظریه کنترل این فرض است که وقوع جرم نتیجه عدم توازن میان محرک‌های فعالیت تبهکارانه و کنترل اجتماعی یا فیزیکی بازدارنده آن است. این نظریه به انگیزه‌های افراد برای ارتکاب جرم چندان علاقه و توجهی ندارد. در عوض فرض بر این است که مردم به‌صورت عقلانی عمل می‌کنند و اگر فرصت مساعدی دست می‌داد همه مرتکب اعمال کج‌روانه می‌شدند. هیرشی به بررسی احتمال وقوع رفتارهای کج‌روانه در میان قشر جوان پرداخته و با تکیه بر الگوی یاد شده یادآور می‌شود که جوانان در سطوح متعددی با جامعه پیوند می‌خورند و هنجارها و مقررات اجتماعی را رعایت می‌کنند. او تفاوت جوانان را در موارد زیر خلاصه می‌کند؛ در میزان تأثیرپذیری آن‌ها از دیگران، پاداشی که به ازای رفتار مناسب و متعارف خویش دریافت می‌کنند، میزان متعهد ماندن و باور داشتن هنجارهای حاکم بر جامعه ( تقوی، ۱۳۸۷: ۴۶-۴۵).

طبق نظریه انومی (بی‌هنجاری) دورکیم و نظریه فشار ساختاری، بی‌هنجاری به وضعیت آشفته‌ای در جامعه گفته می‌شود که هنجارها از بین رفته، یا در تضاد قرار گرفته باشند. جامعه‌ای که در آن به‌طور گسترده بی‌هنجاری وجود داشته باشد، در خطر تلاشی قرار می‌گیرد؛ زیرا اعضای آن جامعه برای نیل به مقاصد مشترک خطوط راهنمایی در اختیار ندارند و اغلب مواقع احساس نگرانی و بی‌جهتی می‌کنند (دوب

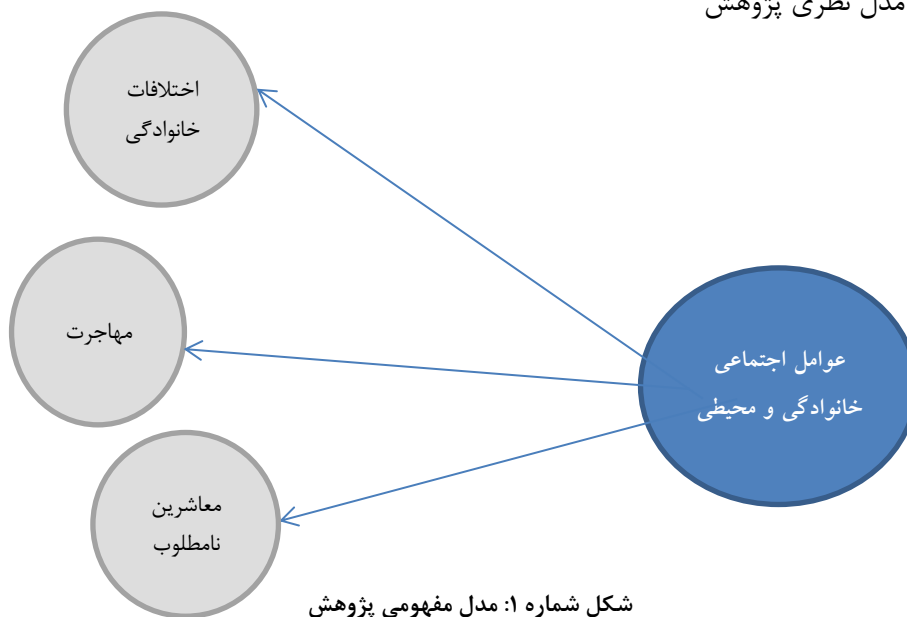
۱۹۸۸: ۱۷۲). دیدگاه محرومیت نسبی و نظریه انتقال فرهنگی بر این نکته تأکید دارند که رفتار انحرافی از طریق معاشرت با «دوستان ناباب» آموخته می‌شود. ادوین ساترلند (۱۹۳۹) به این امر معتقد بود که رفتار انحرافی از طریق «معاشرت با اغیار» یا «پیوند افتراقی» یعنی داشتن روابط اجتماعی با انواع خاصی از مردم مانند تبهکاران آموخته می‌شود (ستوده، ۱۳۸۴: ۱۴۹). نظریه یادگیری اجتماعی، اهمیت یادگیری مشاهده‌ای پاداش و تنبیه را مورد تأکید قرار داده و بیان می‌کند که کودک رفتارهای مربوط به جنس خود را از طریق مشاهده الگوهای نقش جنسی و تشویق شدن برای رفتارهای مناسب و تنبیه شدن برای رفتارهای نامناسب نقش جنسی فرا می‌گیرد (اسدورو، ۱۳۸۴: ۱۵۵). این نظریه از جوانب متفاوت به گونه‌های متعددی به «تحریک‌های محیطی» که در این دیدگاه «مشوق» نام گرفته‌اند اشاره می‌کند و مدعی است که این مشوق‌ها می‌توانند در افزایش رفتارهای ضد اجتماعی مؤثر باشند. در این نظریه هم‌چنین یادآوری می‌شود که تأثیر این مشوق‌ها هنگامی معنادار خواهد بود که محیط، نوعی زمینه تقویت را برای ارتکاب رفتارهای ضد اجتماعی فراهم ساخته باشد. نمونه‌ای از این مشوق‌ها، برخوردارهای آزاردهنده گذشته، اوهام، استعمال الکل و مواد مخدر می‌باشد (بیات و همکاران، ۱۳۸۷: ۸۰).

**دیدگاه برچسب زنی:** لمرت (۱۹۵۱) بر این باور بود که فرآیند درگیر شدن فرد در رفتار بزه‌کارانه و مجرمانه و تبدیل شدن او به منحرف حرفه‌ای، از دو مرحله می‌گذرد؛ در مرحله اول هر کسی ممکن است به عللی برای اولین بار مرتکب رفتار انحرافی شود که این نوع انحراف برای شخص پیامدهای ناچیزی دارد. لمرت این رفتار را که فرد مرتکب می‌شود و برای آن برچسب منحرف دریافت نمی‌کند «انحراف اولیه» نامید و ادعا کرد هنگامی که این رفتار انحرافی تداوم می‌یابد و برچسب منحرف به فرد زده می‌شود «انحراف دومین» پدید می‌آید و عامل رفتار تبدیل به بزه‌کار یا مجرم حرفه‌ای می‌شود. بکر (۱۹۷۳) نیز در تحلیل رفتار انحرافی به دو عنصر «خود برچسب‌زنی» و نتایج حاصل از برچسب‌های «اتهام زندگان» اشاره کرده است (احمدی، ۱۳۸۴: ۱۰۱). فردی که به علت دزدی زندانی شده است، پس از رهایی به علت برچسب «دزد» که به او زده شده است، نه‌تنها نمی‌تواند شغلی بیابد، بلکه چون فردی منحرف تعریف می‌شود و به مانند یک مجرم با وی رفتار می‌کنند و مقبولیت اجتماعی خود را نیز به‌عنوان یک



شهروند عادی از دست می‌دهد، در کنش متقابل اجتماعی با مردم به تدریج تغییر هویت داده و هویت یک مجرم را کسب می‌کند (احمدی، ۱۳۸۴)

#### مدل نظری پژوهش



شکل شماره ۱: مدل مفهومی پژوهش

#### روش پژوهش

در واقع در روش‌شناسی پژوهشگر مسیر پژوهش و اصول روش‌شناختی را که در پژوهش به کار برده است، مشخص می‌نماید. بنابراین با توجه به ویژگی‌های جامعه و نمونه آماری و شرایط زمان و مکان و امکانات موجود، نوع روش به کار گرفته شده در این پژوهش توصیفی و پیمایشی بوده و محدود به زمان و مکان شده است. در این روش، نمونه‌ای از افراد جامعه آماری پژوهش برگزیده و انتخاب و با استفاده از ابزار پرسش‌نامه و مصاحبه و مشاهده به مطالعه و سنجش آراء و نگرش‌ها و عقاید آنها پرداخته شده است که با توجه به سؤال‌های اساسی پژوهش و بر اساس مطالعات درباره پیشینه آن و همچنین تجربیات محقق و تبادل نظر با تنی چند از مشاوران و متخصصان در این زمینه تهیه شده است.

مصاحبه ساخت‌دار: با توجه به هدف‌های پژوهش، از پرسش‌نامه به‌عنوان ابزار گردآوری داده‌ها استفاده شده است؛ اما چون پرسش‌نامه استاندارد در این زمینه وجود نداشت، از پرسش‌نامه محقق ساخته استفاده شده است. این پرسش‌نامه شامل ۳۳ سؤال بسته پاسخ از نوع مقیاس درجه بندی لیکرت می‌باشد.

### جامعه آماری

«جامعه آماری عبارت است از افراد، اشیاء یا پدیده‌هایی که حداقل دارای یک صفت مشترک هستند؛ بنابراین جامعه آماری محدود به افراد نیست، بلکه پدیده‌های دیگری از قبیل انواع محصولات، سازمان‌ها و فضای فیزیکی را شامل می‌شوند. به عبارت دیگر جامعه آماری عبارت از مجموعه عنصرهایی هستند که نمونه از آن انتخاب می‌شوند و تعمیم‌پذیری به آن‌ها صورت می‌گیرد» (کفاشی، ۱۳۹۱: ۳۰). تمام ساکنان منطقه پردیس که شامل ۳۷۲۵۷ نفر (طبق سرشماری نفوس و مسکن سال ۱۳۹۰) می‌باشند جامعه آماری این پژوهش هستند.

### نمونه آماری و تعیین اندازه نمونه

«نمونه بخشی از جامعه آماری است که طبق ضوابط معین انتخاب می‌شود و معرف جامعه به حساب می‌آید. نمونه آماری عبارت است از مجموعه‌ای از نشانه‌ها که از یک قسمت، یک گروه یا جامعه بزرگ‌تر انتخاب می‌شود، به طوری که این مجموعه معرف کیفیت و ویژگی‌های آن قسمت، گروه یا جامعه بزرگ‌تر باشد و معمولاً آن را با  $n$  نمایش می‌دهند» (کفاشی، ۱۳۹۱: ۳۲). با توجه به فرمول کوکران تعداد محاسبه شده ۳۸۰ نفر برآورد شده است که بین ۳۹۰ نفر پرسش‌نامه پخش شده است، که این تعداد نمونه آماری پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهند.

جدول شماره ۱: شاخص و سؤال‌های پژوهش

| شماره سؤال        | شاخص              |
|-------------------|-------------------|
| ۹-۸-۷-۶-۵         | اختلافات خانوادگی |
| ۲۰-۱۹-۱۸-۱۷-۱۶    | مهاجرت            |
| ۲۶-۲۵-۲۴-۲۳-۲۲-۲۱ | معاشین نامطلوب    |



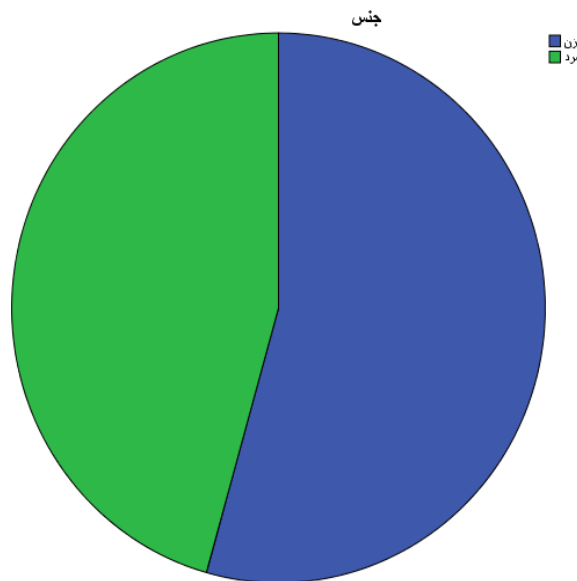
## تجزیه و تحلیل داده‌ها

## آماره‌های توصیفی

جدول شماره ۲: فراوانی و درصد پاسخ‌گویان بر حسب جنسیت

| جنسیت | فراوانی | درصد  | درصد معتبر | درصد تجمعی |
|-------|---------|-------|------------|------------|
| مرد   | ۲۱۲     | ۵۴/۴  | ۵۴/۴       | ۵۴/۴       |
| زن    | ۱۷۸     | ۴۵/۶  | ۴۵/۶       | ۱۰۰/۰      |
| جمع   | ۳۹۰     | ۱۰۰/۰ | ۱۰۰/۰      |            |

جدول فراوانی پاسخ‌گویان بر حسب جنسیت نشان می‌دهد که از ۳۹۰ نفر جمعیت نمونه ۲۱۲ نفر یعنی ۵۴/۴ درصد را مردان و ۱۷۸ نفر یعنی ۴۵/۶ درصد را زنان تشکیل داده‌اند.

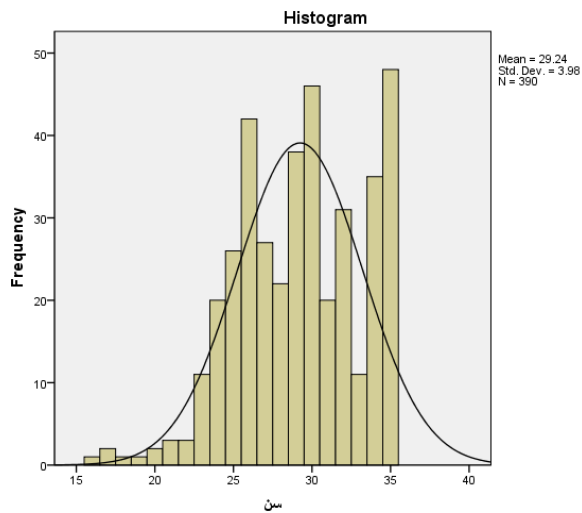


شکل شماره ۲: فراوانی و درصد پاسخ‌گویان بر حسب جنسیت

## جدول شماره ۳ توزیع فراوانی بر حسب سن

|        |         |
|--------|---------|
| ۳۹۰    | تعداد   |
| .      |         |
| ۲۹/۲۴  | میانگین |
| ۲۹/۰۰  | میانه   |
| ۳۵     | مد      |
| ۱۵/۸۳۸ | واریانس |
| ۱۶     | کمترین  |
| ۳۵     | بیشترین |

از ۳۹۰ نفر پاسخ‌گو بیشتر افراد ۳۵ سال داشتند و ۲۹ سال در میانه قرار داشته و به‌طور میانگین افراد ۲۹ ساله بودند و ۱۶ سال کم‌ترین سن و ۳۵ سال مسن‌ترین شخص پاسخ‌گو بوده است.



نمودار شماره ۱: توزیع فراوانی بر حسب سن

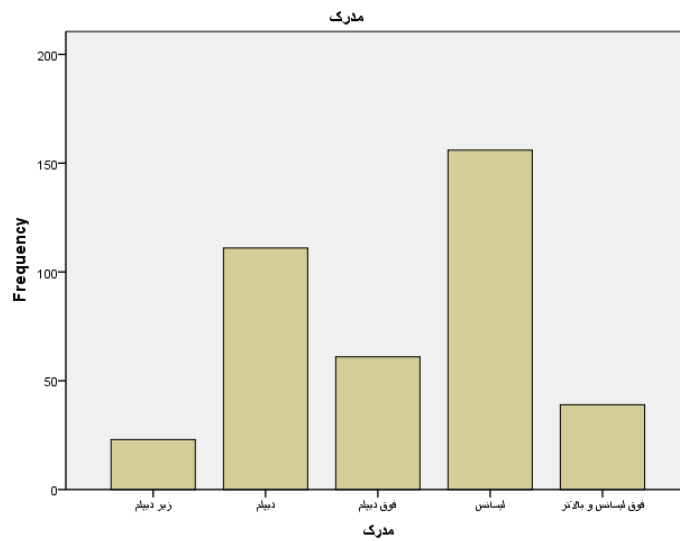




جدول شماره ۴: جدول فراوانی و درصد پاسخ‌گویان بر حسب میزان تحصیلات

| میزان تحصیلات پاسخ‌گویان | فراوانی | درصد | درصد معتبر | درصد تجمعی |
|--------------------------|---------|------|------------|------------|
| زیردیپلم                 | ۲۳      | ۵/۹  | ۵/۹        | ۵/۹        |
| دیپلم تا فوق دیپلم       | ۱۱۱     | ۲۸/۵ | ۲۸/۵       | ۳۴/۴       |
| کارشناس                  | ۶۱      | ۱۵/۶ | ۱۵/۶       | ۵۰/۰       |
| کارشناس ارشد و بالاتر    | ۱۵۶     | ۴۰/۰ | ۴۰/۰       | ۹۰/۰       |
| مد                       | ۴       |      |            |            |
| میانگ                    | ۳/۵۰    |      |            |            |
| جمع                      | ۳۹۰     | ۱۰۰  | ۱۰۰        |            |

طبق جدول وضعیت تحصیلی پاسخ‌گویان از ۳۹۰ نفر جمعیت نمونه، ۲۳ نفر یعنی ۵/۹ درصد آنان را افراد با تحصیلات زیردیپلم، ۱۱۱ نفر یعنی ۲۸/۵ درصد را افراد دیپلم تا فوق دیپلم، ۶۱ نفر یعنی ۱۵/۶ درصد را افراد کارشناس و ۱۵۶ نفر یعنی ۴۰ درصد آنان را افراد با تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر تشکیل داده‌اند.



نمودار شماره ۲: فراوانی و درصد پاسخ‌گویان بر حسب میزان تحصیلات

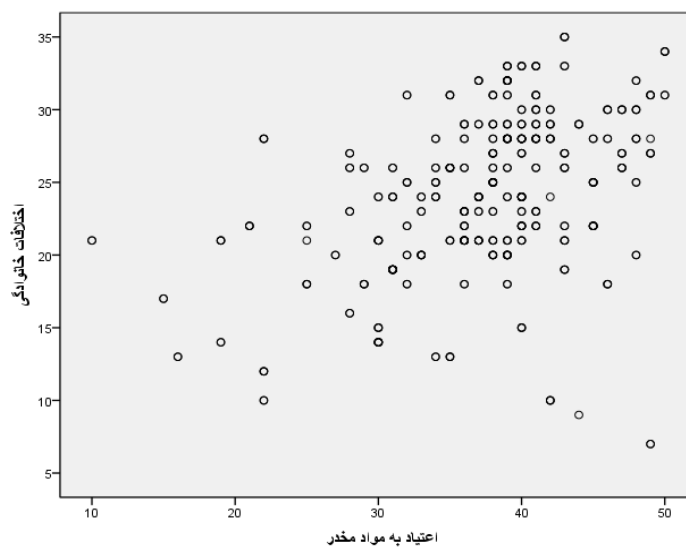
آزمون فرضیه ۱: بین اختلافات خانوادگی و اعتیاد به مواد مخدر رابطه وجود دارد.

جدول شماره ۵: همبستگی بین اعتیاد به مواد مخدر و اختلافات خانوادگی

| اختلافات خانوادگی | اعتیاد به مواد مخدر | ضریب همبستگی پیرسون       | اعتیاد به مواد مخدر |
|-------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|
| ۰/۴۲۷**           | ۱                   | سطح معنی داری ( دو دامنه) |                     |
| ۰/۰۰۰             |                     | تعداد                     |                     |
| ۳۹۰               | ۳۹۰                 | ضریب همبستگی پیرسون       | اختلافات خانوادگی   |
| ۱                 | ۰/۴۲۷**             | سطح معنی داری ( دو دامنه) |                     |
| ۳۹۰               | ۳۹۰                 | تعداد                     |                     |

\*\* همبستگی در سطح اطمینان ۰/۹۹ و سطح خطای ۰/۱ معنی دار است.

طبق جدول همبستگی فوق با استفاده از آزمون همبستگی (توافق) پیرسون  $sig=0/000$  به دست آمد که از ۰/۰۱ کوچک تر بوده بنابراین فرض  $H_0$  رد و فرض  $H_1$  تأیید می شود و با توجه به ضریب همبستگی ۰/۴۲۷ در سطح اطمینان ۰/۹۹ و احتمال خطای ۰/۱ شدت رابطه متوسط و مثبت می باشد. نتیجه می گیریم بین اعتیاد به مواد مخدر و اختلافات خانوادگی رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش اختلافات خانوادگی و اعتیاد به مواد مخدر نیز افزایش خواهد یافت.



نمودار شماره ۳: همبستگی بین اعتیاد به مواد مخدر و اختلافات خانوادگی



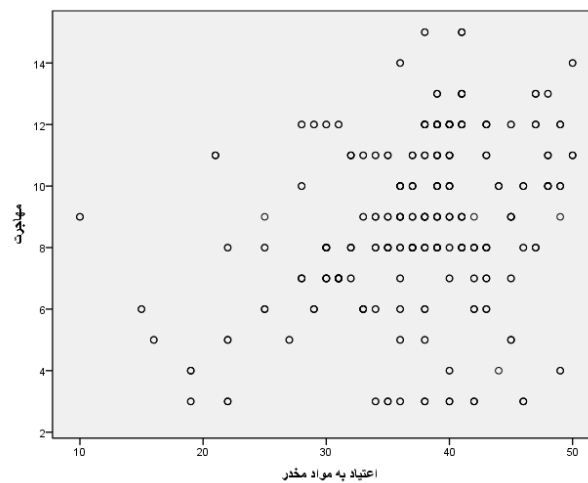
آزمون فرضیه ۲: بین مهاجرت و اعتیاد به مواد مخدر رابطه وجود دارد.

جدول شماره ۶: همبستگی بین اعتیاد به مواد مخدر و مهاجرت

| مهاجرت  | اعتیاد به مواد مخدر |                            |
|---------|---------------------|----------------------------|
| ۰/۳۱۵** | ۱                   | ضریب همبستگی پیرسون        |
| ۰/۰۰۰   |                     | سطح معنی‌داری ( دو دامنه ) |
| ۳۹۰     | ۳۹۰                 | تعداد                      |
| ۱       | ۰/۳۱۵**             | ضریب همبستگی پیرسون        |
|         | ۰/۰۰۰               | سطح معنی‌داری ( دو دامنه ) |
| ۳۹۰     | ۳۹۰                 | تعداد                      |

\*\* همبستگی در سطح اطمینان ۰/۹۹ و سطح خطای ۰/۱ معنی‌دار است.

طبق جدول همبستگی فوق با استفاده از آزمون همبستگی (توافق) پیرسون  $sig= ۰/۰۰۰$  به دست آمد که از ۰/۰۱ کوچک‌تر بوده بنابراین فرض  $H_0$  رد و فرض  $H_1$  تأیید می‌شود و با توجه به ضریب همبستگی ۰/۳۱۵ در سطح اطمینان ۰/۹۹ و احتمال خطای ۰/۱ شدت رابطه قوی و مثبت می‌باشد. نتیجه می‌گیریم بین اعتیاد به مواد مخدر و مهاجرت رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش مهاجرت و اعتیاد به مواد مخدر نیز افزایش خواهد یافت.



نمودار شماره ۴: همبستگی بین اعتیاد به مواد مخدر و مهاجرت

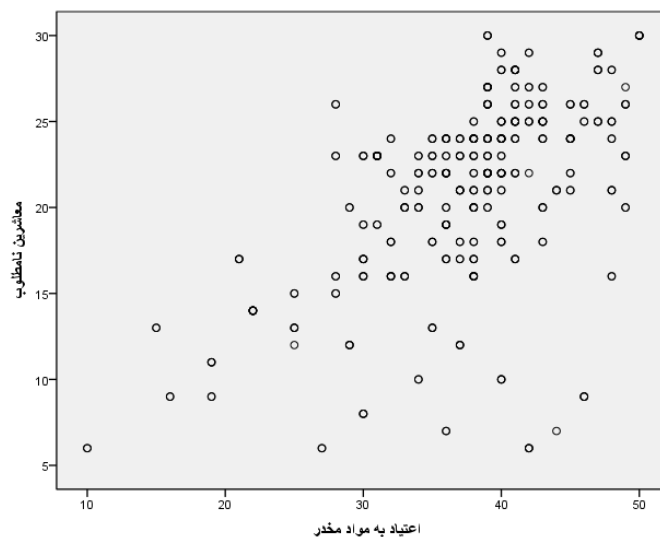
آزمون فرضیه ۳: بین معاشرین نامطلوب بر اعتیاد به مواد مخدر رابطه وجود دارد.

جدول شماره ۷: همبستگی بین اعتیاد به مواد مخدر و معاشرین نامطلوب

| معاشرین نامطلوب | اعتیاد به مواد مخدر |                            |
|-----------------|---------------------|----------------------------|
| ۰/۵۶۴**         | ۱                   | ضریب همبستگی پیرسون        |
| ۰/۰۰۰           |                     | سطح معنی داری ( دو دامنه ) |
| ۳۹۰             | ۳۹۰                 | تعداد                      |
| ۱               | ۰/۵۶۴**             | ضریب همبستگی پیرسون        |
|                 | ۰/۰۰۰               | سطح معنی داری ( دو دامنه ) |
| ۳۹۰             | ۳۹۰                 | تعداد                      |

\*\* همبستگی در سطح اطمینان ۹۹٪ و سطح خطای ۱٪ معنی دار است.

طبق جدول همبستگی فوق با استفاده از آزمون همبستگی (توافق) پیرسون  $sig = ۰/۰۰۰$  به دست آمد که از  $۰/۰۱$  کوچک تر بوده بنابراین فرض  $H_0$  رد و فرض  $H_1$  تأیید می شود و با توجه به ضریب همبستگی  $۰/۵۶۴$  در سطح اطمینان ۹۹٪ و احتمال خطای ۱٪ شدت رابطه متوسط و مثبت می باشد. نتیجه می گیریم بین اعتیاد به مواد مخدر و معاشرین نامطلوب رابطه مثبت و معنی داری وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش معاشرین نامطلوب و اعتیاد به مواد مخدر نیز افزایش خواهد یافت.



نمودار شماره ۵: همبستگی بین اعتیاد به مواد مخدر و معاشرین نامطلوب



### آزمون رگرسیون برای پیش بینی متغیر وابسته

جدول شماره ۸: ضرایب همبستگی

| مدل | ضریب همبستگی       | ضریب تعیین | ضریب تعیین تعدیل شده | برآورد انحراف معیار |
|-----|--------------------|------------|----------------------|---------------------|
| ۱   | ۰/۷۵۴ <sup>a</sup> | ۰/۵۶۹      | ۰/۵۶۲                | ۴/۶۸۰               |

جدول شماره ۹: سطح معنی داری

| مجموع مجزورات درجه آزادی | مجدور میانگین | F      | سطح معنی داری (sig) | بین گروه‌ها  |
|--------------------------|---------------|--------|---------------------|--------------|
| ۶                        | ۱۸۴۵/۸۲۷      | ۸۴/۲۸۸ | ۰/۰۰۰ <sup>a</sup>  | بین گروه‌ها  |
| ۳۸۳                      | ۲۱/۸۹۹        |        |                     | درون گروه‌ها |
| ۳۸۹                      | ۱۹۴۶۲/۲۶۹     |        |                     | جمع          |

جدول شماره ۱۰: ضرایب پیش‌بینی متغیرها

| مدل               | خطای ضرایب |            | T      | Beta   | سطح معنی داری (sig) |
|-------------------|------------|------------|--------|--------|---------------------|
|                   | B          | خطای معیار |        |        |                     |
| تقابل             | ۸/۳۹۴      | ۱/۵۲۷      | ۵/۴۹۸  |        | ۰/۰۰۰               |
| سخت‌گیری‌ها       | -۰/۱۵۹     | ۰/۰۷۸      | -۲/۰۴۱ | -۰/۰۷۹ | ۰/۰۴۲               |
| اختلافات خانوادگی | ۰/۱۶۴      | ۰/۰۶۸      | ۲/۴۲۰  | ۰/۱۲۶  | ۰/۰۱۶               |
| بی‌توجهی خانواده  | ۰/۰۵۱      | ۰/۰۵۶      | ۰/۹۱۴  | ۰/۰۳۸  | ۰/۳۶۱               |
| مهاجرت            | ۰/۰۵۰      | ۰/۱۱۱      | ۰/۴۵۶  | ۰/۰۲۰  | ۰/۶۴۹               |
| معاشین نامطلوب    | ۰/۳۵۹      | ۰/۰۶۷      | ۵/۳۱۹  | ۰/۲۷۱  | ۰/۰۰۰               |

مقدار ضریب همبستگی ۰/۷۵۴ و سطح معنی داری ۰/۰۰۰ به‌دست آمده نشان‌دهنده این است که همبستگی خیلی قوی و رابطه معنی دار می‌باشد. مقدار ضریب تعیین ۰/۵۶۹ بیانگر قدرت پیش‌بینی تقریباً بالای متغیرها است. قدرت پیش‌بینی متغیرها بدین ترتیب توجیه می‌شود که به ازای صفر واحد تغییر هر یک از متغیرهای سخت‌گیری والدین، اختلافات خانوادگی، معاشین نامطلوب به ترتیب ۰/۰۷، ۰/۱۲، ۰/۲۷ متغیر وابسته (اعتیاد به مواد مخدر) پیش‌بینی می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

اعتیاد به مواد مخدر به‌عنوان جدی‌ترین مسئله اجتماعی ایران، وجوه مختلف جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، حقوقی، سیاسی و ... دارد. به اعتقاد تحلیل‌گران اجتماعی، اعتیاد به مواد مخدر، به‌عنوان یکی از مسائل پیچیده اجتماعی در عصر حاضر است که

زمینه‌ساز بروز بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی می‌باشد. اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر 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 مسئله یا مشکل اجتماعی رخ نموده است. این آسیب اجتماعی تعداد زیادی از مردم را تحت تأثیر قرار داده و به‌طور روزافزونی در حال تعامل با سایر آسیب‌های اجتماعی و تبدیل شدن به یک تهدید شالوده و ساخت‌شکن است. پدیده‌های اجتماعی به جهت ماهیت پیچیده آنها کمتر با رویکرد تک‌عاملی تبیین می‌شوند. این عوامل بسیار متعدد و دارای جنبه‌های خرد و کلان اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، سیاسی، شخصیتی و روانی است. در پژوهش حاضر عوامل گوناگون اجتماعی و فرهنگی از جمله مهاجرت، خشونت، تحصیلات، تبعیض جنسیتی، سخت‌گیری و بی‌تفاوتی، فقر، اعتیاد اعضای خانواده و محل سکونت و نظایر آن مورد توجه قرار گرفت. اغلب جرایم راه، افراد معتاد انجام می‌دهند؛ زیرا ناگزیرند برای خرید مواد مخدر مرتکب جرم شوند. بیشترین جرایمی که توسط معتادان انجام می‌گیرد عبارتند از دزدی، آدم‌کشی و فحشا. نتایج تمام مطالعاتی که در زمینه درمان اعتیاد صورت گرفته نشان می‌دهد که اعتیاد یکی از مشکل‌ترین انحرافات و کج‌رویی‌هایی است که که درمان آن چندان قطعی نمی‌تواند باشد (فرجاد، ۱۳۸۳: ۱۶۴-۱۶۳). در این پژوهش ما به دنبال بعضی از عوامل اجتماعی و خانوادگی مؤثر بر اعتیاد بوده‌ایم که به تفصیل در زیر به آن می‌پردازیم.

**آزمون فرضیه ۱:** بین اختلافات خانوادگی و اعتیاد به مواد مخدر رابطه وجود دارد.

طبق جدول همبستگی فوق با استفاده از آزمون همبستگی (توافق) پیرسون  $sig = 0/000$  به دست آمد که از  $0/01$  کوچک‌تر بوده بنابراین فرض  $H_0$  رد و فرض  $H_1$  تأیید می‌شود و با توجه به ضریب همبستگی  $0/427$  در سطح اطمینان  $99\%$  و احتمال خطای  $1\%$  شدت رابطه متوسط و مثبت می‌باشد. نتیجه می‌گیریم بین اعتیاد به مواد مخدر و اختلافات خانوادگی رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش اختلافات خانوادگی و اعتیاد به مواد مخدر نیز افزایش خواهد یافت. برای این‌که خانواده بتواند کارکردهای اصلی خود را به‌خوبی انجام دهد، لازم است امنیت و آرامش در آن وجود داشته باشد. واقعیت این است که در فرایند چرخه زندگی خانواده مسائل و مشکلاتی



به وجود می‌آید که آرامش آن را هر چند برای مدت کوتاهی سلب می‌کند. این مسائل در سطح خرد مربوط به ساختارها و کارکردهای نهاد خانواده و در سطح کلان مربوط به ساختارهای اجتماعی است. تغییر و تحولاتی که به لحاظ اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در جوامع به وجود می‌آید، نهاد خانواده را تحت تأثیر قرار می‌دهند.

**آزمون فرضیه ۲:** بین مهاجرت و اعتیاد به مواد مخدر رابطه وجود دارد.

طبق جدول همبستگی فوق با استفاده از آزمون همبستگی (توافق) پیرسون  $sig = 0/000$  به دست آمد که از  $0/01$  کوچک‌تر بوده بنابراین فرض  $H_0$  رد و فرض  $H_1$  تأیید می‌شود و با توجه به ضریب همبستگی  $0/315$  در سطح اطمینان  $99\%$  و احتمال خطای  $1\%$  شدت رابطه قوی و مثبت می‌باشد. نتیجه می‌گیریم بین اعتیاد به مواد مخدر و مهاجرت رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش مهاجرت و اعتیاد به مواد مخدر نیز افزایش خواهد یافت. این نظریه که ریشه در نظریات امیل دورکیم، جامعه‌شناس فرانسوی دارد به عوامل اصلی تضعیف معیارها و هنجارهای اجتماعی پرداخته و چنین مطرح می‌شود که سستی ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی-فرهنگی موجب روی آوردن افراد به مواد مخدر و اعتیاد می‌شود. تحولات سریع صنعتی-اقتصادی و به تبع آن تغییرات سریع در گستره اجتماعی مانند شهرنشینی، نوسازی، تضعیف باورها، ارزش‌ها و سنت‌های فرهنگی مذهبی، ملی و موروثی، متزلزل شدن ساختار سنتی خانواده و مهاجرت همه موجب تغییر در هویت افراد شده و باعث می‌شوند تا رفتار سنتی آنان تغییر کند. جالب توجه این‌که پیشرفت بر گسترش شاخص‌های توسعه که خود، گواهی بر تغییر جوامع سنتی هستند، رابطه مثبتی با میزان شیوع مواد مخدر دارند و مثلاً به نظر می‌رسد در شهرها مصرف مواد مخدر بیش از روستاهاست یا در خانواده‌هایی که در معرض نوگرایی قرار داشته و بافت سنتی خود را از دست داده یا در حال از دست دادن هستند، اعتیاد رایج‌تر است (باوی، ۱۳۸۸: ۱۸۷).

**آزمون فرضیه ۳:** بین معاشرین نامطلوب بر اعتیاد به مواد مخدر رابطه وجود دارد.

طبق جدول همبستگی فوق با استفاده از آزمون همبستگی (توافق) پیرسون  $sig = 0/000$  به دست آمد که از  $0/01$  کوچک‌تر بوده بنابراین فرض  $H_0$  رد و فرض  $H_1$  تأیید می‌شود و با توجه به ضریب همبستگی  $0/564$  در سطح اطمینان  $99\%$  و احتمال خطای  $1\%$  شدت

رابطه متوسط و مثبت می‌باشد. نتیجه می‌گیریم بین اعتیاد به مواد مخدر و معاشرین نامطلوب رابطه مثبت و معنی‌داری وجود دارد؛ بدین معنی که با افزایش معاشرین نامطلوب و اعتیاد به مواد مخدر نیز افزایش خواهد یافت. ادوین ساترلند با تأثیر از نظریه‌های شاو مک گی معتقد است که «رفتار انحرافی مانند سایر رفتارهای اجتماعی از طریق هم‌نشینی و پیوستگی با دیگران آموخته می‌شود». ساترلند رفتار بزه‌کارانه را ناشی از فرایند یادگیری در اثر تماس با افراد می‌داند؛ این رفتارها مخصوصاً در روابط داخلی گروه‌های کوچکی که در مدرسه، کوچه و محله شکل می‌گیرند، آموخته می‌شود. ساترلند معتقد است مردمی که دچار قانون‌شکنی می‌شوند، مطمئناً نسبت به کسانی که مرتکب قانون‌شکنی نمی‌شوند ارتباط بیشتری با قانون‌شکنان دارند. او بر این عقیده است که چنین وضعیتی هم برای مردان و هم برای زنان وجود دارد (محسن تبریزی، ۱۳۸۳: ۱۰۰ به نقل از ملکمیان و شریفیان، ۱۳۸۸: ۱۵۰). نتایج پژوهش حاضر طبق نظریات ساترلند و شاو مکی می‌باشد و با نتایج پژوهش آقابخشی و همکاران (۱۳۸۸) با عنوان بررسی عوامل مؤثر بر گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر هم‌سو است.

به‌طور کلی عدم توجه مادر و پدر به چگونگی تربیت فرزندان، نبودن نظارت‌های لازم و ضروری از جهات رفتاری، عدم توجه به رشد روانی و سالم فرزندان، نبودن فضای آرام و شاد خانوادگی، وجود رابطه‌های بیمارگونه بین پدر و مادر و فرزندان، اعتیاد پدر و یا مادر، کمبودهای عاطفی فرزندان و بسیاری از عوامل دیگر در اعتیاد فرزند یا فرزندان نقش دارند. به همین دلایل است که در درمان اعتیاد فردی از افراد خانواده، تمامی افراد خانواده باید مورد بررسی‌های لازم روان‌پزشکی قرار گیرند. علاوه بر جلسات روان‌درمانی خواه قبل از ترک و خصوصاً بعد از ترک و درمان که برای بیمار معتاد توصیه می‌شود، گاهی ضروری به نظر می‌رسد که جلسات روان‌درمانی، برای افراد خانواده به‌صورت گروهی یا انفرادی در نظر گرفته شود و اگر فردی از افراد خانواده دچار نوعی اختلال روانی باشد، وی نیز درمان شود؛ بنابراین در ترک و درمان بیمار معتاد، همه افراد خانواده باید همیاری و همکاری لازم را با روان‌پزشک معالج بنمایند. در غیر این صورت نمی‌توان انتظار داشت که فرد معتاد در ترک و درمان موفق شود. محیط و جامعه‌ای که فرد معتاد در آن زندگی می‌کند، کوچه، محله، شهر، همسایه‌ها، دوستان، افراد فامیل و ... در اعتیاد نقش دارند. در بعضی محله‌ها مواد مخدر راحت‌تر و بیشتر در اختیار





معتادان قرار می‌گیرد و نابسامانی خاصی از جهات اجتماعی، قانونی، رفتاری، اخلاقی، اقتصادی و ... در چنین محله‌هایی وجود دارد؛ بنابراین خانواده‌ها باید از وجود چنین محله‌هایی آگاهی داشته باشند تا اگر به هر دلیلی خانواده ناچار به زندگی در چنین محله‌هایی است، بیش از حد مراقب و مواظب فرزندان و افراد خانواده خود باشند و اگر محل زندگی خارج از چنین محله‌هایی است فرزندان خود را از رفت و آمد به چنین محله‌هایی منع نماید.

فرد معتادی که با هر روش درمانی موفق به ترک اعتیاد خود شده است و مرحله درمانی خود را می‌گذراند باید به این نکته توجه کند که حضور در محله‌های آلوده، ادامه ارتباط با دوستان معتاد یا افرادی که در خرید و فروش مواد مخدر دست دارند ممکن است باعث شود که او مجدداً به دامن اعتیاد کشانده شود.

### پیشنهادها

- با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهادهای زیر ارائه می‌شود:
- نظر به این که سخت‌گیری و بی‌تفاوتی خانواده در گرایش به مواد مخدر مؤثر است؛ پس آموزش والدین در مورد نحوه رفتار با فرزندان کاملاً ضروری است. برقراری ارتباط صحیح و دوستانه با فرزندان و حفظ تعادل در کنترل آنها باعث جلب اعتماد در خانواده می‌شود. همین امر می‌تواند سبب کاهش گرایش به سمت انحرافات مانند اعتیاد شود.
- نظر به این که بی‌توجهی خانواده در گرایش به مواد مخدر مؤثر است؛ به همین دلیل پیشنهاد می‌شود خانواده‌ها یک فضای گرم و صمیمی را به وجود بیاورند و حداقل امکان در مورد کارهای روزانه صحبت کنند تا این حس توجه به فرزندان و دیگر اعضا انتقال داده شود.
- نظر به این که اختلافات خانوادگی در گرایش به مواد مخدر مؤثر است، پیشنهاد می‌شود والدین به هنگام نزاع توجه داشته باشند که فرزندان‌شان در آنجا نباشند و آن‌ها را از فضای پرتنش‌شان دور نگاه دارند تا عوارض مخرب آن در بزرگسالی در

آنها بروز نکند؛ چرا که چنین فرزندان‌ی به بزه‌کاری‌هایی همچون شرارت و اعتیاد و ... روی می‌آورند.

- نظر به این‌که مهاجرت در گرایش به مواد مخدر مؤثر است، بنابراین مسئولان و برنامه‌ریزان با ایجاد فرصت‌ها و امکانات اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی در جامعه می‌توانند میزان مهاجرت به شهرهای بزرگ را کاهش دهند. وقتی افراد از محیط‌های کوچک به محیط‌های بزرگ‌تر وارد می‌شوند، میزان کنترل اجتماعی روی آنها کمتر شده و بیشتر هنجار شکنی می‌کنند. هنجار شکنی موجب گرایش افراد به انحراف و کج‌روی می‌شود. افراد با حفظ هنجارها و ارزش‌های خود کمتر به اعتیاد روی می‌آورند.

- نظر به این‌که داشتن معاش‌رین نامطلوب در گرایش به اعتیاد مؤثر است، می‌توان گفت که کنترل معقول و صمیمانه از جانب خانواده بر روند دوست‌یابی و هم‌نشینی افراد زمینه بروز کج‌روی را در افراد کاهش می‌دهد، بنابراین آگاهی دادن به فرزندان در خانواده و جامعه باعث می‌شود که افراد نسبت به معاشرت‌های خود محتاط‌تر عمل کنند و آگاهانه در معرض ارتباط با افراد کج‌رو قرار گیرند.



## منابع

- آسایش، حمید؛ جهانگیر، فریدون؛ قربانی، مصطفی؛ بادله، محمدتقی؛ رضاپور، عزیز و همکاران (۱۳۹۱). سوء مصرف مواد مخدر و ارتباط روش‌های مصرف مواد با عوامل سنی در معتادان به مواد مخدر. مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی، دوره نهم، شماره دو.
- آقابخشی، حبیب (۱۳۸۸). اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده. تهران: انتشارات رسانه تخصصی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- ابوالفتحی، میترا (۱۳۸۲). بررسی تأثیر آموزش از طریق مدل اعتقاد سلامتی برای آگاهی و نگرش دانش‌آموزان پایه اول دبیرستان‌های دخترانه و پسرانه شهرستان ساوه درباره پیشگیری از اعتیاد در سال تحصیلی ۱۳۸۲. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته آموزش بهداشت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران.
- ابهری، مجید (۱۳۹۰). آسیب‌های اجتماعی زمینه‌های بروز، راه‌های پیشگیری و مقابله. تهران: انتشارات پشوتن.
- احمدی، حبیب (۱۳۸۴). جامعه‌شناسی انحرافات. چاپ اول، تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی.
- اسکندری، محمد (۱۳۸۹). بررسی عوامل مؤثر بر گرایش جوانان به سوء مصرف مواد مخدر صنعتی. فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی، دوره جدید، شماره ۲۱ صص ۱۱-۳۲.
- اسعدی، حسن (۱۳۸۱). پیشگیری از اعتیاد. چاپ چهارم، تهران: انتشارات انجمن اولیا و مربیان.
- اکبری، ابوالقاسم (۱۳۸۵). مشکلات نوجوانی و جوانی. دماوند: انتشارات رشد و توسعه، چاپ سوم.
- برزگر، محمدباقر (۱۳۹۳). علل تغییر الگوی مصرف مواد مخدر سنتی کم‌خطر به صنعتی پرخطر در بین متهمین شهرستان دماوند ۱۳۹۳. پایان‌نامه کارشناسی ارشد علوم اجتماعی، جمعیت‌شناسی. دانشگاه آزاد رودهن
- بیات، بهرام؛ شرافتی‌پور، جعفر؛ عبدی، نرگس (۱۳۸۷). پیشگیری از جرم با رویکرد اجتماع‌محور. چاپ اول، تهران: معاونت اجتماعی نیروی انتظامی جمهوری اسلامی ایران.
- پارسا، غفار (۱۳۸۸). خانواده، دین و پیشگیری از اعتیاد. ماهنامه ایران پاک، شماره ۲۳.
- تقوی، نعمت‌اله (۱۳۸۷). مبانی جمعیت‌شناسی. ویرایش سوم، چاپ نهم، تبریز: انتشارات آیدین.
- حاجلی، علی؛ زکریایی، محمدعلی؛ حجتی کرمانی، سوده (۱۳۸۹). نگرش مردم به سوء مصرف مواد مخدر در کشور. فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران (نامه علوم اجتماعی)، دوره ۱، شماره ۲، صص ۱۱۲-۸۱.

- روحانی‌نژاد، سعید (۱۳۸۷). رویکردی جامعه‌شناسی به پدیده اعتیاد. ماهنامه ایران پاک، شماره ۹.
- ستوده، هدایت‌اله (۱۳۸۶). مقدمه‌ای بر آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات). تهران: نشر آوای نور.
- سخاوت، جعفر (۱۳۸۰). جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی. تهران: انتشارات پیام نور.
- سوتیل، کیت؛ پیلو، مویرا؛ تیلور، کلر (۱۳۸۳). شناخت جرم‌شناسی. ترجمه میرروح‌اله صدیق. چاپ اول، تهران: انتشارات دادگستر.
- ساعی ارسی، ایرج؛ عسگری، فرید (۱۳۹۱). تبیین جامعه‌شناختی علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد در شهر زنجان. فصلنامه علوم رفتاری، دوره ۴، شماره ۲، از صفحه ۵۱ تا صفحه ۷۳.
- سراج زاده، سیدحسین؛ فیضی، ایرج (۱۳۸۶). عوامل اجتماعی مؤثر بر مصرف تریاک و مشروبات الکلی در بین دانشجویان. نامه علوم اجتماعی. شماره ۳۱.
- شریفی، هومن؛ سیگاری، سپیده؛ صدر، ماکان؛ عبدالهی‌نیا، علی؛ مسجدی، محمدرضا (۱۳۹۳). بررسی ارتباط میان مصرف دخانیات و مصرف مواد مخدر، آیا مصرف دخانیات دروازه ورود به مصرف مواد مخدر است؟ ژورنال نفس، سال ۱، شماره ۲.
- شام‌بیاتی، هوشنگ (۱۳۸۵). بزه‌کاری اطفال و نوجوانان. چاپ چهاردهم، تهران: انتشارات مجمع علمی و فرهنگی مجد و ژوبین.
- صدیق سروسستانی، رحمت‌اله (۱۳۹۰). آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات). تهران: مرکز تحقیق و توسعه علوم انسانی.
- ضیغمی، شهریار (۱۳۸۷). خانه‌ای بر روی آب، اعتیاد، پیشگیری و درمان. مجله پژوهاک ایران، شماره ۵۷.
- عنایت، حلیمه؛ دسترنج، منصوره؛ سلمانی، فائزه (۱۳۹۰). بررسی عوامل مرتبط با اختلافات خانوادگی. فصلنامه علمی - پژوهشی جامعه‌شناسی زنان، سال دوم، شماره اول.
- *Brook, Je et Al (1999). The role of Parents in Protecting Colombia Adolescents from Delinquency and Mariguana Use, Archive of Pediatvies and Adolesents Medicine.*
- *Drake, Robert. (2009). Dual Diagnosis and Integrated Treatment of Falck RS, Siegal HA, Wang J, Carlson RG, Draus PJ. Non medical drug use among.*
- *Lee, Lou & Deng, Farjen (1995). Drug related crime in Taiwan, a time series analysis from 1960- 1990, Sociological abstract.*