

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



ریاست جمهوری
ستاد مبارزه با مواد مخدر
دفتر تحقیقات و آموزش

عنوان طرح:

**بررسی علل و تأثیر بی تفاوتی اجتماعی و راهکارهای مداخلات مشارکت محور
در پیشگیری از اعتیاد**

مجری:

دکتر علیرضا صنعت خواه

همکاران:

رضا اکبرزاده و معصومه دادخواه

ناظر:

دکتر مرتضی ذره پرور

سال انتشار:

۱۳۹۶

نام کارفرما

دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر

تاریخ شروع

۱۳۹۴/۱۱/۳

تاریخ اتمام

۱۳۹۶/۱۱/۳

اعتبار مصوب طرح

۹۹۰۰۰۰۰۰ ریال

شماره و تاریخ قرارداد

۵۴/۱۸۳۵۲۹۹

۹۴/۱۰/۱۶

مدت زمان انجام طرح: ۲۴ ماه

تشکر و قدر دانی

لازم می دانم که تشکر ویژه‌ای داشته باشم از سردار چناریان که با نگاه علمی که ایشان به مدیریت دارند از توان اساتید و پژوهشگران در حوزه برنامه ریزی‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر بهره می‌برند و دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر مکان مناسبی است که پژوهشگران می‌توانند با علاقه به انجام تحقیق و تولید یافته‌های علمی بپردازند و در پایان:

"شایان گفتن است کلیه اعتبار طرح پژوهشی حاضر، توسط دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر تأمین شده است."

فهرست

نام کارفرما.....	ج
۱-۲ ضرورت انجام تحقیق.....	۸
۱-۳ اهداف تحقیق.....	۱۰
۱-۳-۱ اهداف فرعی تحقیق.....	۱۰
۱-۴ قلمرو زمانی تحقیق.....	۱۱
۱-۵ قلمرو مطالعاتی.....	۱۱
۱-۶ قلمرو مکانی.....	۱۱
۱-۷ موانع و تنگناهای تحقیق.....	۱۱
فصل دوم.....	۱۲
ادبیات و مبانی نظری تحقیق.....	۱۲
شخصیت و اعتیاد.....	۱۵
فاکتورهای محیطی، اجتماعی و ملاحظات فرهنگی:.....	۱۶
فاکتورهای روانی و اعتیاد.....	۱۷
جنسیت، نژاد، قومیت و اعتیاد.....	۱۷
سوء مصرف مواد.....	۱۸
۱-۲ نقد و بررسی منابع فارسی در خصوص موضوع تحقیق.....	۴۲
۲-۲ نقد و بررسی منابع لاتین در خصوص موضوع تحقیق.....	۸۶
۲-۳ مباحث نظری.....	۹۲

۹۲	..... برخی نظریات کارکرد گر
۹۵	..... نظریه هیبرشی
۹۹	..... نظریه یاد گیری اجتماعی
۱۰۰	..... نظریه پیوند افتراقی
۱۰۲	..... نظریه برچسب زنی:
۱۰۳	..... نظریه محرومیت نسبی
۱۰۳	..... نظریه های خرده فرهنگ
۱۰۴	..... نظریه تعهد به رسوم، قواعد و تعلق اجتماعی
۱۰۵	..... نظریه الگوی رشد اجتماعی
۱۰۷	..... انواع پیشگیری تعاریف و برنامه های پیشگیری
۱۰۷	..... تعریف بر مبنای مراحل مسئله
۱۱۱	..... ۳ - ۲ - پیشگیری ثانویه
۱۱۲	..... ۳ - ۳ - پیشگیری ثالثیه
۱۱۵	..... ۴ - ۱ - الگوی اطلاعات
۱۱۶	..... ۴ - ۲ - الگوی تأثیر اجتماعی
۱۲۷	..... نظریات مربوط به بی تفاوتی مدنی:
۱۳۴	..... نظریه اجتماع محوری در پیشگیری از جرم
۱۳۷	..... چارچوب استراتژی مؤثر در مبارزه با مواد مخدر
۱۴۰	..... چارچوب نظری

۱۴۳	فرضیه اصلی.....
۱۴۴	فرضیه‌های فرعی.....
۱۴۶	تعاریف مفهومی متغیرهای تحقیق.....
۱۴۶	اعتیاد.....
۱۴۶	سوء مصرف.....
۱۴۶	معتاد:.....
۱۴۷	بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد:.....
۱۴۷	زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه.....
۱۴۸	میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی از مضرات اعتیاد:.....
۱۴۸	شناخت انواع مواد مخدر:.....
۱۴۸	میزان ناآگاهی خانواده‌ها از عوامل مؤثر بر اعتیاد.....
۱۴۹	پنداشت شهروندان از میزان نظم و قانون در جامعه.....
۱۵۰	وابستگی به دیگر آن.....
۱۵۱	امید به آینده.....
۱۵۱	کیفیت روابط خانوادگی.....
۱۵۸	فصل سوم.....
۱۵۸	روش شناسی تحقیق.....
۱۶۳	خوشه‌ها و مناطق شهرداری نمونه گیری تحقیق.....
۱۶۸	۳-۵- اعتبار.....

تعاریف عملیاتی متغیرهای تحقیق..... ۱۷۱

میزان ناآگاهی خانواده‌ها از عوامل مؤثر بر اعتیاد..... ۱۷۸

تا چه اندازه در خانواده به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد..... ۱۸۲

تا چه اندازه در خانواده شما پدر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد..... ۱۸۲

تا چه اندازه در خانواده شما مادر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد..... ۱۸۲

تا چه اندازه بین فرزندان در خانواده شما نزاع و درگیری رخ می‌دهد؟..... ۱۸۲

تا چه اندازه در خانواده شما بین والدین نزاع و درگیری رخ می‌دهد؟..... ۱۸۲

تا چه اندازه در جامعه ما سازمان‌ها و نهادهایی ایجاد شده است که هدف از تشکیلشان جلب مشارکت شما در

جهت حل و فصل مشکلات و یا تصمیم‌گیری‌ها باشد..... ۱۸۴

فصل چهارم..... ۲۰۰

تحلیل داده‌های تحقیق..... ۲۰۰

۴-۱ توصیف داده‌های تحقیق و ارائه آمار توصیفی..... ۲۰۱

پدر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد..... ۲۲۲

مادر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد..... ۲۲۲

بین فرزندان در خانواده شما نزاع و درگیری رخ می‌دهد؟..... ۲۲۲

بین والدین نزاع و درگیری رخ می‌دهد؟..... ۲۲۲

۴-۲ آمار استنباطی و آزمون فرضیات تحقیق..... ۲۲۸

آزمون فرضیه‌های فرعی تحقیق..... ۲۳۴

۴-۲-۲ آزمون مدلهای رگرسیونی تحقیق..... ۲۳۶

فصل پنجم..... ۲۴۱

جمع بندی و نتیجه گیری و ارائه راهکارها..... ۲۴۱

۳۸۷ پدر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد..... ۳۸۷

۳۸۷ مادر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد..... ۳۸۷

۳۸۷ بین فرزندان در خانواده شما نزاع و درگیری رخ می دهد؟..... ۳۸۷

۳۸۷ بین والدین نزاع و درگیری رخ می دهد؟..... ۳۸۷

چکیده

در تحقیق پیش رو تلاش شده است تا به بررسی علل و تأثیر بی تفاوتی اجتماعی و راهکارهای مداخلات مشارکت محور در پیشگیری از اعتیاد پرداخته شود. جامعه آماری تحقیق شهروندان ۱۸-۶۴ ساله کرمانی می باشد که در مناطق چهارگانه شهرداری کرمان ساکن هستند. نمونه تحقیق بر اساس فرمول کوکران با دقت ۹۵ درصد اطمینان در حدود ۴۰۰ نفر برآورد شده است. روش تحقیق از نوع پیمایشی بوده است اما در اندازه گیری برخی از متغیرهای تحقیق از روش کیفی هم استفاده شده است. چارچوب نظری تحقیق بر اساس نظریات «والتر لیپمن»، دورکیم، نظریه انزوا طلبی مرتون و نظریه هیرشی تدوین شده است. نتایج تحقیق حاکی از آن است که بی تفاوتی شهروندان نسبت به اعتیاد تحت تأثیر متغیرهایی از جمله پیشگیری ثانویه (با ضریب تأثیر ۰/۴۰۱-)، وابستگی به دیگر آن (با ضریب تأثیر ۰/۲۱۴-) کیفیت شبکه های اجتماعی (با ضریب تأثیر ۰/۲۱۴-) زمینه سازی مشارکت اجتماعی با ضریب تأثیر ۰/۱۴۶ و زمینه سازی مشارکت پیشگیرانه با ضریب تأثیر ۰/۴۶۱- می باشد.

این نتایج حاکی از آن است که ستاد مبارزه با مواد مخدر با مشکل ساختارهای نامناسب مشارکت اجتماعی در خصوص اعتیاد برخورددار است. از آنجا که زمینه های مناسب مشارکت مردمی برای شهروندان تعریف شده نیست (چه در سطح اجتماعی که با مشارکت اجتماعی مشخص می شود) (و چه در سطح مأموریت های نیروی انتظامی و ستاد مبارزه با مواد مخدر) حتی اگرایشان تصمیم به مشارکت اجتماعی داشته باشند نمی دانند از چه راه هایی باید این مشارکت را انجام دهند. این امر نوعی دلزدگی را به دنبال داشته است که پیامد آن متأسفانه بی تفاوتی اجتماعی نسبت به مقوله اعتیاد بوده است.

نکته دیگری که باید به آن توجه کرد این است که بی تفاوتی نسبت به اعتیاد مقوله ای نیست که تنها مربوط به ستاد مبارزه با مواد مخدر باشد. مسئولیت سازمان های دیگری از جمله آموزش و پرورش، دانشگاه ها و به طور کلی وزارت علوم، همچنین صدا و سیما در ایجاد برنامه های آموزشی در جهت ایجاد انگیزه لازم مشارکت اجتماعی مهم است. ستاد مبارزه با مواد مخدر تنها با کمک ارگانهای فوق و همچنین شهرداری است که می تواند انگیزه های لازم مشارکت اجتماعی در خصوص مبارزه با مواد مخدر را در شهروندان ایجاد نماید. در این خصوص راهکارهای کاربردی در تحقیق ارائه شده است که این راهکارها به صورت برنامه های کوتاه مدت می تواند تا اندازه زیادی مسیراینده مأموریت های ستاد مبارزه با مواد مخدر را بر اساس منش علمی رقم زند.

واژگان کلیدی: بی تفاوتی نسبت به اعتیاد، ساختارهای مشارکت اجتماعی، مبارزه با مواد مخدر، پیشگیری از اعتیاد

مقدمه

پژوهشگران در عرصه مواد مخدر و سوء مصرف آن چندین منطقه مشهور به هلال طلایی و مثلث طلایی را در پژوهش‌های خود مشخص می‌کنند که معتقدند عمده تولید مواد مخدر را در جهان دارا می‌باشند. مثلث طلایی بین لائوس، میانمار و تایلند است و هلال طلایی میان افغانستان و پاکستان می‌باشد. آن چه از آمار کشفیات مواد مخدر در کشور استنباط می‌شود این است که عمده مواد مخدر از دو استان خراسان و سیستان بلوچستان وارد کشور می‌شود و این اطلاعات مبین آن است که مواد مخدر از طریق مرزهای افغانستان و پاکستان که دو رأس هلال طلایی می‌باشند وارد ایران گشته و سپس به سوی اروپا گسیل می‌شود. در استان سیستان بلوچستان با وسعت ۱۸۷۵۰۲ کیلومتر مربع، ۱۵۰۰ کیلومتر مرز مشترک با افغانستان و پاکستان، فقر مالی و به تبع آن، فقر فرهنگی حاکم بر منطقه، چندگانگی قومی و مذهبی در استان و نیز اشتراکات قومی در دو سوی مرز و عدم ثبات در کشورهای هم‌جوار، موجب بروز زمینه و بستر مساعد جهت رواج و شیوع پدیده قاچاق در این خطه از خاک کشور شده است. (علیوردی نیا، ۱۳۸۸: ۱۹۳-۲۱۲)

آمارهای منتشره در سال ۱۳۷۹ حاکی از آن است که تاکنون نزدیک به ۵۰۰ نفر از نیروهای امنیتی درگیری با قاچاقچیان کشته شده و بیش از ۵۰۰۰ نفر زندانی در امور مواد مخدر در زندان‌ها به سر می‌برند. عمده معامله کنندگان و تولید کنندگان مواد مخدر در سال گذشته چند تن از اعضای شورای طالبان بودند. به طوری که طبق آمارهای غیررسمی ۹۶٪ از تریاک تولیدی افغانستان زیر نظر طالبان کشت می‌شده است. طالبان به منظور کسب درآمد هرچه بیشتر بخش وسیعی از کشتزارهای افغانستان را در حالی که فقر و گرسنگی مردم را در تنگنا قرار داده بود به اجبار زیر کشت تریاک بردند. بنا به گزارش‌های سازمان ملل در سال ۱۹۹۶ در مناطق تحت کنترل طالبان بین ۵۵ تا ۵۸ هزار هکتار از زمین‌ها به کشت خشخاش اختصاص داشته است و طالبان در همین سال ۲۲۵۰۰۰ تن تریاک خام تولید کرده‌اند که می‌توان از آن ۱۱۰۰۰ تن هروئین به دست آورد. علیرغم سقوط طالبان هنوز افغانستان عمده‌ترین تولید کننده مواد مخدر در جهان می‌باشد. مواد مخدر در افغانستان در بازار ثقیل واقع در شهر بدخشان معامله می‌شود و نیز تولیدات استان هلمند در بازار فرمانداری سنگین و تولیدات استان‌های ارزگان و بادغیس در بازارهای دھوار و مرغاب به فروش می‌رسد.

اولین آمار رسمی مکتوب در باره تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر در ایران مربوط به سال ۱۹۴۸ میلادی (۱۳۲۷ ه.ش) است که تعداد معتادان به تریاک را ۱/۲۵۰/۰۰۰ نفر از کل جمعیت ۱۴/۰۰۰/۰۰۰ نفر ذکر

کرده است. در سال ۱۹۴۹ میلادی (۱۳۲۸ ه.ش) تعداد معتادان به تریاک را ۱۱ درصد از کل بزرگسالان معادل ۱/۳۰۰/۰۰۰ تخمین زده‌اند. در سال ۱۹۷۵ میلادی (۱۳۵۴ ه.ش) تعداد معتادین به هروئین ۳۰ هزار نفر برآورد شده که تعدادی از آن‌ها، هروئین را تزریق می‌کردند.

در خرداد ماه سال ۱۳۵۴، آمارهای رسمی ایران از وجود ۱۶۹ هزار و ۵۰۲ نفر معتاد ثبت نام کرده در کشور خبر داده که افیون مورد نیاز آن‌ها به ۱۸۰ تن در سال بالغ می‌شده است. تعداد معتادان غیررسمی نیز بین ۲۰۰ تا ۵۰۰ هزار نفر تخمین زده شده بود. بین سال‌های ۱۹۷۴ تا ۱۹۷۷ میلادی (۱۳۵۳ تا ۱۳۵۶ ه.ش) مراکز درمان سرپایی (سم زدایی) معتادان تشکیل و حدود ۳۰۰۰۰ نفر به این مراکز مراجعه کرده بودند. سپس برای کاهش تعداد مصرف کنندگان مواد، قرص‌های متادون را در آن موقع در اختیار معتادان قرار می‌دادند. در یک بررسی که در سال ۱۹۷۷ میلادی (۱۳۵۶ ه.ش) در ایران انجام شد شیوع مصرف مواد را ۲/۵ درصد گزارش کرد (نارنجی‌ها، ۱۳۸۷: ۱۲).

طبق گزارشات در سال ۱۳۸۲، سن آغاز مصرف مواد مخدر در ایران به ۱۴ تا ۱۶ سال رسیده است و سالانه ۱۰ درصد به تعداد معتادان افزوده می‌شود. رشد اعتیاد تزریقی ۳۰ درصد بوده و این میزان تقریباً ۵ برابر جمعیت کشور است. (تاریکی، ۱۳۹۳: ۵۴).

آمار مرگ و میر ناشی از سوء مصرف مواد (سال‌های ۱۳۷۶ و ۱۳۷۷) این بررسی توسط سازمان پزشکی قانونی کشور صورت گرفت. در این پژوهش، هفتصد و هشتاد و هشت مورد مرگ و میر در سال ۱۳۷۶ و هزار و سیصد و هفتاد و هفت مورد در سال ۱۳۷۷ ثبت شده است. در این بررسی، رقم معتادان تزریقی کشور حدود سی هزار نفر تخمین زده شده بود. در تحقیقی دیگر و در ارتباط با محاسبه تخمین رقم معتادان تزریقی کشور، آمار معتادان تزریقی از حداقل صد هزار نفر به بالا ذکر شده است (گزارش همه گیرشناسی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران، ۱۳۸۲).

می‌توان گفت مرگ و میرها و امراض ناشی از سوء مصرف الکل، مواد دخیانی و مواد مخدر غیرقانونی، باری سنگین را بر بهداشت عمومی کشور تحمیل کرده است.

پیشگیری از مصرف مواد مخدر، به عنوان یکی از تدابیر و اقدامات اساسی برای کنترل و مقابله با این معضل اجتماعی مورد توجه صاحب نظران بوده است. از طرفی، این مفهوم در سال‌های اخیر جایگاه ویژه‌ای در ادبیات حقوقی ما پیدا کرده است و از زوایای گوناگون مورد بررسی قرار گرفته است.

امروزه پژوهشگران به این نتیجه رسیده‌اند که پیشگیری کارآمد از مواد مخدر و سوء مصرف آن بدون مشارکت همه جانبه مردمی ممکن نیست. به همین علت در پژوهش پیش رو مداخلات مشارکت محور شهروندان در پیشگیری از اعتیاد مورد توجه قرار می‌گیرد.

۱-۱ بیان مسئله

نتایج بررسی‌های انجام شده، نشان داده که آمار اعتیاد طی چهار دهه اخیر در نوسان بوده است؛ به گونه‌ای که در سال ۱۳۹۰، این برآورد در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال (طبق سرشماری سال ۱۳۸۵ معادل ۵۰ میلیون نفر) برابر با یک میلیون و سیصد و بیست و پنج هزار نفر اعلام شده است. (صرامی، قربانی و مینوئی، ۱۳۹۲: ۵۲)

اعتیاد ناهنجاری روانی-اجتماعی است که از مصرف غیرطبیعی و غیرمجاز برخی مواد مانند الکل، تریاک و حشیش ناشی شده و باعث وابستگی روانی یا فیزیولوژی فرد مبتلا (معتاد) به مواد مذکور می‌شود. این وابستگی در عملکرد جسمی، روانی و اجتماعی فرد معتاد اثر ناپسندی بر جای گذاشته و در موارد شدید حتی زندگی فردی و اجتماعی وی را به طور جدی تهدید می‌کند.

در سال‌های اخیر اعتیاد به مواد مخدر به عنوان معضل جهانی وقت و هزینه زیادی برای دست‌اندرکاران بهداشتی، اجتماعی و حتی سیاسی کشورها به خود اختصاص داده است.

دشواری‌های ناشی از اعتیاد همه بعدهای زندگی فرد، خانواده و حتی جامعه را تحت تأثیر مخرب خود قرار داده و متبع عظیم اجتماعی را در قلمرو مادی و معنوی به هرز می‌برد. این وضعیت به ویژه در کشورهای در حال توسعه مانند ایران که نیاز بیشتری به نیروی انسانی مولد و بهره‌گیری بیشتر از امکانات و منابع موجود در جهت نیل به هدف‌های کلان ملی دارند، حساسیت بیشتری دارد. بر پایه پژوهش دفتر طرح‌های ملی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی در سال ۱۳۸۱، اعتیاد به عنوان سومین آسیب اجتماعی مهم در جمعیت بالای ۱۵ ساله مطرح است.

نتایج برخی پژوهش‌ها، رشد اعتیاد در کشور را ۸ درصد را نشان می‌دهد که حدود سه برابر رشد جمعیت است. طبق اظهار مسئولان وقت وزارت بهداشت، بیشترین میزان اعتیاد در کشور ما مربوط به دو ماده تریاک و هروئین بوده و بین پنج تا هفت میلیون نفر در کشور تجربه دست کم یک بار مصرف مواد را داشته‌اند. در سال ۱۳۸۷ هزینه مستقیم اعتیاد در کشور مبلغی در حدود ۲ هزار و ۶۸۷ میلیارد و ۹۹۰ میلیون ۹۲۲ هزار تومان نزدیک ۳ میلیارد دلار بوده که معادل ۱۵ درصد درآمد نفتی کشور در شرایط عادی است.. (مدبر نیا و همکاران، ۱۳۹۲: ۷۰-۷۱)

مبارزه با مواد مخدر بر سه روش کلی مبارزه با عرضه، درمان معتادان و فعالیت‌های پیشگیری در جهت کاهش تقاضا استوار است. اگرچه مبارزه با عرضه مواد بسیار ضروری است و بدون آن‌ها مشکل اعتیاد بسیار بدتر از امروز می‌بود، لیکن این تلاش، مشکل سوء مصرف و اعتیاد را از بین نبرده است. مشارکت با محوریت اجتماع در سال ۱۳۸۱ رویکرد غالب در طرح‌های پیشگیری از اعتیاد گردید، تقویت و حمایت برنامه‌های آموزشی درون استانی، بستر سازی، مناسب سازی و حمایت از سازمان‌های مردم نهاد، تلاش برای برنامه ریزی برای سازمان‌های مردم نهاد محلی، مشارکتی کردن اجرای طرح به صورت داوطلبانه، اصلاح طرح از حالت جامع به حالت منطقه‌ای و اجرای طرح‌های پیشگیری از اعتیاد به صورت اقلیمی. این راهکارها ضرورت انجام یک برنامه ریزی مشارکتی را در اجتماعات کوچک نشان می‌داد. هدف غایی طرح پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد چیزی نبود جز ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی و اهداف اختصاصی آن عبارت بودند از: ۱. کاهش بروز و شیوع سوء مصرف مواد در جامعه ۲. ارتقاء عوامل محافظتی ۳. کاهش عوامل خطر و راهبردهای این برنامه نیز عبارت بودند از: آموزش و آگاه سازی، پژوهش، توانمند سازی فردی، حمایت گیری، آفرینش محیط حمایت گر و مقتدر سازی (پارسا، ۱۳۸۳؛ به نقل از سهراب زاده، ۱۳۸۹: ۱۶).

تجربه تاریخی سه دهه اخیر ایران نشان می‌دهد که اعتنای اجتماعی و مشارکت مردمی که نقطه مقابل بی تفاوتی اجتماعی محسوب می‌شود، یکی از عوامل مهم در پیروزی انقلاب اسلامی و مقاومت در جنگ هشت ساله با عراق بوده است. اما نگاهی مجمل به همه پرسش‌های دو دهه بعد از انقلاب اسلامی (به استثنای همه پرسش ۱۲ فروردین ۱۳۵۷، همه پرسش قانون اساسی و اولین انتخابات ریاست جمهوری که جملگی متأثر از فضای وفاق حداکثری وقوع انقلاب اجتماعی-سیاسی بودند)، به طور آشکاری حاکی از نوعی بی تفاوتی از سوی درصد چشمگیر از ایرانیان است به نحوی که در انتخابات سال ۱۳۸۰، ۳۰ درصد از واجدین شرایط مشارکت نکردند (حبیب زاده، ۱۳۸۴). همچنین صرف نظر از مشارکت‌های سیاسی، در پژوهشی ملی، اکثریت پاسخگویان (بیش از ۷۵ درصد) مشارکت اجتماعی (انجمنی) اندکی در سازمان‌ها و انجمن‌های اجتماعی نشان داده‌اند (شکوری، ۱۳۸۴) که حاکی از نوعی بی تفاوتی اجتماعی است. دین^۱ (۱۹۶۹) معتقد است نظریه پردازان، مفاهیم مرتبط و متعددی را برای مفهوم بیگانگی ارائه کرده‌اند که از

¹ Dean

جمله مهم‌ترین آن‌ها بی‌تفاوتی یا بی‌احساسی و بی‌تفاوتی سیاسی است. مک لگان و نل^۱ (۱۳۷۷) با این عنوان که «بی‌تفاوتی نوعی تهدید است.»، به مسئله تمایل افراد به عدم دخالت در امور و پذیرش مسئولیت اشاره کرده‌اند. آبرل^۲ معتقد است در هر جامعه برخی شرایط بنیادین وجود دارد که در صورت عدم وجود آن‌ها، جامعه به شدت دچار اختلال خواهد شد؛ یکی از مهم‌ترین این عوامل، این است که جمعیت یک جامعه بی‌تفاوت^۳ شود و این برای آن جامعه تهدیدی جدی به شمار می‌رود تا آنجا که همه ساختارها را تحت تأثیر قرار خواهد داد (ریتزر^۴، ۱۳۷۴).

کناره‌گیری افراد و بی‌توجهی آن‌ها نسبت به محیط اطراف دل‌سردی و بیگانگی نسبت به مسائل اجتماعی از موضوعاتی هستند که در محافل اجتماعی و سیاسی مورد توجه بسیاری از اندیشمندان اجتماعی بوده به طوری که بی‌توجهی نسبت به این موارد بستر ساز بی‌تفاوتی و نهایتاً احساس پوچی در بین افراد جامعه به حساب آمده است. (روزنبرگ، ۱۹۵۵: ۳۴۹)

فردی که نسبت به جامعه به‌طور عام و نظام اجتماعی سیاسی به‌طور خاص احساس خصومت می‌کند احتمال دارد که از همه نوع انواع مشارکت کناره‌گیری کرده و به صف افرادی که کاملاً بی‌تفاوت هستند بپیوندد و یا اینکه در سطوح مختلف جامعه مشارکت فعال داشته باشد (راش، ۱۳۸۱: ۱۲۹). از این رو بی‌توجهی نسبت به توانش فردی یا گروهی عناصر اجتماعی عامل فروپاشی هر ساختار یا محیطی خواهد بود که انسان به عنوان عامل اثرگذار و دارای قدرت تصمیم‌گیری مورد توجه قرار نگیرد. (نادری، ۱۳۸۹: ۳۱-۳۲) در مقابل بی‌تفاوتی اجتماعی، رویکرد مشارکت محور مطرح می‌شود.

رویکرد اجتماع محور در برخورد با معضلات و مشکلات اجتماعی (نظیر اعتیاد و سایر انحرافات اجتماعی) با مشارکت دادن مردم در برنامه ریزی‌ها از طراحی تا اجرا و ارزشیابی، با استفاده از راهبردهایی نظیر اقتدارافزایی^۵، آموزش مهارت‌های زندگی، حمایت‌گیری، آگاه‌سازی و... از بروز بسیاری از نابه‌سامانی‌ها در سطح اجتماعی جلوگیری نموده، فرایند آن منجر به افزایش کیفیت زندگی آحاد جامعه می‌گردد.

¹ Mc Legan & Nel

² Abrele

³ apathetic

⁴ Ritzer

⁵ Empowerment

هدف برنامه‌های اجتماع محور این است که فرایندهای خدماتی، رفاهی و ارتقایی و مسئولیت معطوف به آن را به افراد، خانواده‌ها، نهادهای مردمی، و جامعه واگذار نماید تا با ایجاد ساختاری مناسب مشکل اجتماع، شناسایی و اولویت بندی شده، براساسان برنامه ریزی گردد و سپس به اجرا، تداوم، ارزشیابی، اصلاح. ارتقا برنامه پرداخت گردد. (علیپوری نیاز، ۱۳۸۸:۳۵۸)

رویکرد اجتماع محور در برخورد با معضلات و مشکلات اجتماعی (نظیر اعتیاد و سایر انحرافات اجتماعی) با مشارکت دادن مردم در برنامه ریزی‌ها از طراحی تا اجرا و ارزشیابی، با استفاده از راهبردهایی نظیر اقتدارافزایی^۱، آموزش مهارت‌های زندگی، حمایت گیری، آگاه سازی و... از بروز بسیاری از نابه سامانی‌ها در سطح اجتماعی جلوگیری نموده، فرایند آن منجر به افزایش کیفیت زندگی آحاد جامعه می‌گردد.

هدف برنامه‌های اجتماع محور این است که فرایندهای خدماتی، رفاهی و ارتقایی و مسئولیت معطوف به آن را به افراد، خانواده‌ها، نهادهای مردمی، و جامعه واگذار نماید تا با ایجاد ساختاری مناسب مشکل اجتماع، شناسایی و اولویت بندی شده، براساسان برنامه ریزی گردد و سپس به اجرا، تداوم، ارزشیابی، اصلاح. ارتقا برنامه پرداخت گردد. (علیپوری نیاز، ۱۳۸۸:۳۵۸)

بدلیل اینکه شهر کرمان در مسیر ترانزیتی قاچاق مواد مخدر است، مصرف این مواد در شهر کرمان زیاد است و متأسفانه در این شهر افراد معتاد را به وفور می‌توان مشاهده کرد و از طرف دیگر در این شهر دیدن فرد معتاد امری عادی شده و باعث بی‌تفاوتی و بی‌اعتنایی مردم نسبت به معتادین و همچنین مشارکت در راه‌های پیشگیری شده است. لذا تحقیق پیش رو به دنبال شناخت علل و تأثیر بر تفاوتی اجتماعی و راهکارهای برای مشارکت مردم شهر کرمان در پیشگیری از اعتیاد می‌باشد و بدین ترتیب سؤال اصلی تحقیق این گونه شکل می‌گیرد که میزان بی‌تفاوتی اجتماعی مردم نسبت به پدیده اعتیاد چه میزان است؟ و نقش مشارکت محور شهروندان در پیشگیری از اعتیاد چگونه می‌تواند باشد؟

۲-۱ ضرورت انجام تحقیق

سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد یکی از مشکلات عمده کشورهای در حال توسعه است. از آنجا که این کشورها دارای جمعیت جوان هستند، بالطبع بیشتر در معرض خطر واقع می‌شوند در این بین جوانان به

¹ Empowerment

عنوان عمده‌ترین و مستعدترین گروه در معرض خطر بیشتری قرار دارد دامنه تأثیرات سوء مصرف مواد از آن رو حائز اهمیت است که عواقب آن تنها فرد مورد نظر را دربر نمی‌گیرد، بلکه معمولاً خانواده، دوستان و همکاران نیز در معرض آثار ویران‌گیران قرار خواهند گرفت. (چیریلو، ۱۳۷۸: ۱۵) درمان سوء مصرف مواد نیز پر هزینه، دشوار و طاقت فرسا است. بنابراین پیشگیری از سوء مصرف مواد می‌تواند در جلوگیری از تحمل هزینه‌های سنگین به اجتماع جلوگیری کند. سوء مصرف مواد مخدر وقتی در جامعه‌ای شیوع پیدا می‌کند هزینه‌های کلان اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی را بر آن جامعه تحمیل می‌کند، ضروری باشد.

از طرف دیگر پیشگیری از اعتیاد زمانی مؤثر است که شهروندان در این زمینه مشارکت فعالانه‌ای را داشته باشند. این مشارکت می‌تواند نقطه مقابل بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به مقوله اعتیاد باشد. بی‌تفاوتی اجتماعی به‌نوعی محصول فردگرایی افراطی جهان مدرن است. پیدایش فردگرایی توأم با تحولات تاریخی که به استقرار مدرنیته و صنعتی شدن جوامع انجامید، تأثیرات عمیقی بر رشد و تکوین اندیشه اجتماعی داشت و فهم پیامدها و دلالت‌های این پدیده از دغدغه‌های اصلی پیشگامان جامعه‌شناسی بوده است. در پی تک قطبی شدن جهان و گسترش نئولیبرالیسم، مسئله بازگشت فردگرایی «و نگرانی از تهدید نفع طلبی‌های خودخواهانه و فردگرا، کاهش تعهدات شهروندی و مسئولیت اجتماعی، شخصی شدن گفتمان‌ها و پروژه‌های زندگی و به تعبیری از دست دادن تدریجی زبان مشترک باعث توجه مجدد به مسئله عمل جمعی در حوزه عمومی و رفتارها و گرایش‌های مقدم آن و از جمله مسئله بی‌تفاوتی و بی‌اعتنایی افراد نسبت به تعهدات شهروندی و مشارکت‌های اجتماعی سیاسی و رفتارهای دگرخواهانه شده است (روشنفکر، ۱۳۸۵)

شهروندان گاهی در یک حالت بی‌تفاوتی و فاقد مشارکت به سر می‌برند و از حق شهروندی خود استفاده نمی‌کنند. اهمیت موضوع زمانی آشکار می‌شود که مشخص شود چه عواملی اعم از اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و یا سیاسی بر رفتار مشارکتی مردم تأثیرگذار هستند و این عوامل چگونه زمینه انفعال و یا مشارکت را فراهم می‌کنند (مظلوم خراسانی و همکاران، ۱۳۹۱) در فرایند زندگی اجتماعی روزمره خصوصاً در شهرهای بزرگ، وضعیت‌هایی اضطراری اتفاق می‌افتند که طی آن برخی شهروندان دچار یک مسئله یا مشکل اساسی شده، شدیداً به کمک دیگر آن نیازمند می‌شوند (از جمله معضل اعتیاد) تا به جریان عادی زندگی برگردند. (کلانتری، ۱۳۸۶: ۲۲) بی‌تفاوتی دیگر آن نسبت به فرد معتاد باعث می‌شود تا درمان، پیشگیری و فعالیت سازنده اجتماعی این گروه از شهروندان با اختلال مواجه شود. به همین علت بررسی زمینه‌های ایجاد مشارکت‌های مردمی در پیشگیری از این معضل خانمان‌سوز ضرورتی اساسی دارد.

۳-۱ اهداف تحقیق

۳-۱-۱ اهداف اصلی تحقیق

- بررسی وضعیت بی تفاوتی اجتماعی شهروندان نسبت به پدیده اعتیاد
- ارائه راهکار در بالا بردن مشارکت افراد برای پیشگیری از اعتیاد
- مطالعه و بررسی علل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر بی تفاوتی نسبت به پدیده اعتیاد
- مطالعه و بررسی علل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر بی تفاوتی نسبت به مشارکت های اجتماعی مداخلات پیشگیرانه نسبت به اعتیاد
- مطالعه و بررسی علل و عوامل ایجاد اعتماد (بین شخصی، نهادی، تعمیم یافته) در بین شهروندان جهت شرکت در مشارکت های طرح های پیشگیری
- ارائه طرح جامعی برای تقویت و ایجاد مداخلات مشارکت محور در زمینه پیشگیری از اعتیاد
- ارائه راهکارهای کاربردی و راهبردی در جهت کسب مشارکت های مردمی در پیشگیری از اعتیاد

۳-۱-۲ اهداف فرعی تحقیق

بررسی رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی (نظیر جنسیت، سن) و بی تفاوتی نسبت به پدیده

اعتیاد

بررسی رابطه تحصیلات و بی تفاوتی نسبت به پدیده اعتیاد

بررسی رابطه طبقه اجتماعی و بی تفاوتی نسبت به پدیده اعتیاد

بررسی رابطه منطقه محل سکونت و بی تفاوتی نسبت به پدیده اعتیاد

بررسی رابطه امید به آینده و بی تفاوتی نسبت به پدیده اعتیاد

بررسی رابطه اعتماد (نهادی، عمومی و بین شخصی) و بی تفاوتی نسبت به پدیده اعتیاد

بررسی رابطه مشکلات اقتصادی و بی تفاوتی نسبت به پدیده اعتیاد

بررسی رابطه کیفیت روابط خانوادگی و بی تفاوتی نسبت به پدیده اعتیاد

بررسی رابطه بین کیفیت شبکه‌های اجتماعی و بی تفاوتی نسبت به پدیده اعتیاد

۴-۱ قلمرو زمانی تحقیق

تحقیق در سال ۱۳۹۵ به اجرا در خواهد آمد. این تحقیق از نوع تحقیقات مقطعی است که در یک مقطع از سال اجرا خواهد شد. با این حال مطالعات اسنادی و کتابخانه‌ای تحقیق گسترده‌تر خواهد بود و در نظر دارد تا با مطالعه مقالات، کتاب‌های چاپ شده و طرح‌های پژوهشی در دوره زمانی بیش از ۵ سال به مطالعه موضوع پرداخته و تا اشباع نظری مطالعات مذکور را ادامه دهد.

۵-۱ قلمرو مطالعاتی

قلمرو مطالعاتی تحقیق در درجه اول حوزه جامعه‌شناسی را در بر می‌گیرد اما به فراخور نیاز در تهیه چارچوب نظری از حوزه روانشناسی نیز مدد می‌جوید.

۶-۱ قلمرو مکانی

قلمرو مکانی تحقیق شهر کرمان می‌باشد و در این تحقیق مصاحبه‌های عمیق و پرسشنامه‌های بسته از شهروندان ساکن این شهر به عمل می‌آید.

۷-۱ موانع و تنگناهای تحقیق

بی‌اعتمادی به یافته‌های علمی و اعتقاد به اینکه یافته‌های علمی در تصمیم‌گیری‌های کلان و مؤثر اعمال نمی‌شود، یکی از موانع بزرگ تحقیقات اجتماعی در جامعه ما است. این امر تا حد زیادی صحیح است اما با این حال تلاش می‌شود تا بین شهروندان اعتماد سازی صورت گیرد و بدین وسیله تلاش شود تا پاسخ‌های تحریف نشده‌ای از مصاحبه‌های علمی کسب شود.

نبودن یک بانک اطلاعاتی دقیق و علمی در خصوص آمار اعتیاد، افراد معتاد، و بیوگرافی این افراد یکی دیگر از مشکلات تحقیق است. این مشکل تا جایی است که دسترسی به نتایج تحقیقات حساس را مشکل می‌سازد. در جهت رفع این مشکل تلاش می‌شود رأی زنی با مسئولین مربوطه صورت گیرد و در حد توان اطلاعات در این خصوص را مورد تحلیل قرار داد.

فصل دوم
ادبیات و مبانی نظری تحقیق

مقدمه (نگاهی به تاریخچه سوء مصرف مواد مخدر و معرفی اجمالی انواع مواد)

در طول تاریخ آدمی از مواد مختلفی برای اهداف درمانی، اجتماعی، مذهبی و تفریحی استفاده می‌کرده است. امروزه نیز به‌نوعی مصرف این مواد ادامه دارد. بعضی از این مواد از اعصار باستان استفاده می‌شود. در حالی که گروهی حاصل روش‌های شیمی مدرن هستند. هومر شاعر یونانی اولین کسی است که در شعرهای خود به زیباییهای گل خشخاش اشاره کرده و آن را جزء گل‌های باغ روم به حساب آورده است. همچنین سومریان کهن‌ترین قومی بودند که تریاک را شناختند و آن را گیاه نشاط آور نامیده‌اند. آن طوری که از نوشته‌های باستانی بر می‌آید، مردم بابل، مصر و روم از دیرباز نه تنها تریاک را می‌شناختند، بلکه آن را کشت کرده و به خواص تخدیری آن نیز آشنا بودند. گفته می‌شود که جایگاه اصلی تریاک مصر بوده است. در تاریخ و ادبیات آشوریه‌ها نیز آمده است که پزشکان آشوری صدها سال پیش از میلاد مسیح با خواص درمانی تریاک و مواد افیونی آشنا بودند و آن را به مثابه دارو بکار می‌بردند. حکمای هندی و یونانی نیز تریاک را در معالجه بیماران تجویز می‌کردند. اروپائیان از چهار هزار سال پیش با اثرات ضد دردی و خواص دارویی افیون آشنا بوده‌اند. در ایران نیز دانشمندان و پزشکان چون محمد زکریای رازی و ابن سینا جزء اولین کسانی بودند که خواص دارویی تریاک را شناخته و آن را برای مداوای بیماران خود به کار بردند. (فائزه بابایی اصل، ۱۳۸۸: ۱۲۱-۱۲۸)

تحقیقات تاریخی و مردم‌شناختی نشان داده است که استفاده از مواد مخدر در گذشته صرفاً به بزرگسالان محدود بوده و نوجوانان و جوانان به آن گرایش نداشتند. مصرف مواد مخدر به‌طور پراکنده در مراسم اعتقادی و مذهبی و منحصراً توسط گروه‌های خاص صورت می‌گرفت. اما بعدها هنگامی مرفین، هروئین و کوکائین به بازار آمد، مواردی از اعتیاد جوانان نیز مشاهده شده در دهه ۱۹۶۰ تعداد معتادین بسیار کم بوده، اما در اوایل دهه ۱۹۷۰ استفاده از مواد مخدر در میان نوجوانان شایع شد و به صورت مسئله‌ای جهانی درآمد و ابعاد همه‌گیران به صورت یک موج از قاره‌ای دیگر گسترش یافت.

ترویج سوء مصرف مواد توسط دولت‌های استعماری و دیکتاتوری و با انگیزه‌های سیاسی و در تغافل نگهداشتن مدت‌ها، یکی دیگر از جنبه‌های مربوط به موضوع سوء مصرف مواد است که بدلیل اثرات تخدیر کننده و سرکوبی خلاقیت و نشاط نیروهای فعال و جوان جامعه ایجاد می‌شود و به همین دلیل است که

سیاستمداران دیکتاتوری و استعماری جهان معتقدند: برای تسخیر کشور و تصاحب ملتی، هیچ عاملی بهتر از تریاک نیست. (همان، ۱۳۸۸: ۱۱)

۱/۵ درصد از مرگ و میرهای موجود در ایالات متحده و بیش از ۵۰۰/۰۰۰ مرگ و میرهای سالانه آن در اثر عوارض سیگار کشیدن حادث می‌شود. همچنین ۳۰ درصد همه مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های قلبی، ۹۰ درصد قربانیان کانسر ریه و ۹۰ درصد همه مرگ و میرهای ناشی از بیماری‌های مزمن انسدادی ریه، در ارتباط با تدخین سیگار می‌باشد.

مصرف سیگار یکی از مشکلات جامعه امروزی است. بر اساس برآوردهای جهانی از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۲۰ مرگ و میر ناشی از سیگار از ۱۰ میلیون نفر به ۲۰ میلیون نفر افزایش خواهد یافت. در حال حاضر دو سوم از این مرگ و میرها در کشورهای توسعه نیافته و یک سوم آن در کشورهای توسعه یافته می‌باشد. در ایران سالانه ۲۰ میلیارد نخ سیگار مصرف می‌شود که یک سوم آن توسط شرکت دخانیات ایران تولید می‌شود و دو سوم آن وارداتی است. برآوردها نشان می‌دهد که طی سال‌های ۷۴-۱۳۷۰ بیش از ۵۰ میلیون دلار صرف واردات سیگار به کشور شده است و روزانه ۲ میلیارد تومان صرف استفاده از سیگار و سه برابر این مبلغ صرف هزینه‌های بهداشتی درمانی می‌گردد. استعمال دخانیات همانند مواد مخدر، علاوه بر این که لطمات اقتصادی، فردی و اجتماعی در بر دارد، باعث صدمات جانی دیگری نیز می‌شود. استفاده از سیگار عامل عمده مرگ‌های ناگهانی است.

اعتیاد یکی از معضلاتی است که گریبانگر بشر بوده و کشور ما نیز از این آسیب مصون نمانده است. جمهوری اسلامی ایران حدود ۱۹۲۵ کیلومتر مرز مشترک با افغانستان و پاکستان دارد که مشترکاً به عنوان هلال طلایی مواد مخدر شهرت دارند. این دو کشور به عنوان بزرگ‌ترین تأمین کنندگان منطقه‌ای مواد مخدر در جهان می‌باشد و بیش از ۹۰ درصد از مواد مخدر جهان را مثلث طلایی (شامل کشورهای تایلند، لائوس، برمه) و هلال طلایی تأمین می‌کنند.

تحقیقات زیادی جهت پاسخگویی به این سؤال که چرا بعضی از افراد مستعد مصرف موادند و برخی دیگر خیر، انجام شده است در این زمینه تنوری‌های گوناگونی با تکیه بر جنبه‌های زیستی، روانی، اجتماعی- فرهنگی و رفتاری - شناختی ارائه شده است.^۱

همچنین شواهد گوناگونی مبین آن است که سوء مصرف مواد ممکن است با استعدادهای ژنتیکی افراد مرتبط باشد. به عنوان مثال مطالعات کودکانی که به فرزند خواندگی، پذیرفته شده‌اند نشان داده که سوء مصرف الکل در یک یا دو والد بیولوژیکی (با خونی) با سوء مصرف الکل توسط کودک مرتبط است، حتی اگر والدین غیر هم‌خون او (پدر و مادر خوانده)، بیانگر افزایش خطر سوء مصرف الکل در یکی از دو قلوهای همسانی است که یکی از آنها وابستگی الکلی داشته‌اند. همچنین تحقیقات دیگری، حاکی از وجود استعداد ژنتیکی مشابهی از فرآیند وابستگی به سایر مواد از جمله اوپیوئیدها می‌باشد. در همین زمینه ویدیک معتقد است که: فاکتورهای محیطی و ژنتیکی توأم در بروز الکلیسم مؤثرند به نحوی که ۵۸-۴۸ درصد از اتیولوژی الکلیسم مربوط به ژنتیک و بقیه موارد در رابطه با تأثیرات محیطی است. اثرات نرو شیمیایی ناشی از مصرف مواد نیز تأییدی بر وجود فاکتور بیولوژیکی می‌باشد. مصرف مواد مؤثر بر روان، راه‌های دوپامینی را در سیستم لیمبیک تحریک کرده و موجب ایجاد احساس لذت و سرخوشی در فرد می‌شود، که در حقیقت یک نوع «تقویت مثبت» ناشی از مواد می‌باشد. توزیع مواد در مغز، نوروترانسمیترهایی را که پاسخ‌های مربوط به درد، پاداش و لذت را تعدیل و تنظیم می‌کنند تغییر می‌دهد، تحقیقات نشان داده که بعضی از افراد واجد یک آلارم درونی‌اند که میزان مصرف آنها را به یک یا دو جرعه محدود می‌کند و با این مقدار مصرف، فرد احساس لذت کرده و بیشتر از آن مصرف نمی‌کند در حالی که افرادی که این آلارم درونی را ندارند. ابتدائاً این سرخوشی را تجربه می‌کنند اما همچنان به نوشیدن ادامه می‌دهند تا زمانی که سیستم اعصاب مرکزی کاملاً سرکوب و مسمومیت (مستی) ایجاد شود. (همان، ۲۳: ۱۳۸۸-۲۴)

شخصیت و اعتیاد

به نظر می‌رسد که بسیاری از افراد سوء مصرف کننده دارو، به ویژه جوانان، قبل از شروع سوء مصرف به درجاتی از آسیب پذیری شخصیت مبتلا بوده‌اند. غالباً این افراد کسانی هستند که توان مقابله با چالش‌های

¹ - G.A.B.A: Gamma-amino butyric acid

روزمه زندگی را ندارند. احساسات آنها بی ثبات است و مدام از جامعه و اولیای امور انتقاد می کنند که این نگرش به صورت سابقه به تحصیلی، مدرسه گریزی و یا بزهکاری تظاهر می کند. صفاتی نظیر هیجان طلبی و تکانش گری هم شایع است. بسیاری از کسانی که به سوء مصرف مواد مبتلا هستند.

از افسردگی و اضطراب حرف می زنند. معهذ معلوم نیست که این علائم، علت وابستگی به داروست یا معلول آن. برخی از این افراد سابقه اختلال روانی و اختلال شخصیت را در خانواده خود داشته اند. همچنین درصد بالایی از بیمارانی که تشخیص سوء مصرف یا وابستگی به مواد را دارند، دارای یک الگوی رفتاری ضد اجتماعی نیز هستند، خواه این الگو قبل از مصرف مواد وجود داشته باشد و خواه در مسیر مصرف مواد پدید آمده باشد. بیمارانی که تشخیص وابستگی به مواد یا سوء مصرف مواد را توأم با اختلال شخصیت ضد اجتماعی می دارند، احتمالاً مواد غیرقانونی بیشتری مصرف می کنند، آسیب روانی بیشتر، و رضایت کمتری از زندگی خود دارند و تکانشی تر، منزوی تر و افسرده تر از بیمارانی اند که فقط تشخیص اختلال شخصیت ضد اجتماعی دارند. (همان، ۲۴: ۱۳۸۸-۲۵)

فاکتورهای محیطی، اجتماعی و ملاحظات فرهنگی:

عواملی چون فاکتورهای فرهنگی، نگرش های اجتماعی، رفتارهای گروه همتا، قوانین، قیمت مواد، در دسترس بودن و فراوانی آن، همه این عوامل مجموعاً شروع و یا تداوم مصرف مواد را تحت تأثیر قرار می دهد. به عنوان یک قانون کلی، موادی مانند الکل و کانابیس که ارزانتر است، بیشتر توسط جوانان تجربه می شود در حالی که موادی چون کوکائین و اویپوئیدها که گرانتر بوده و پذیرش کمتری توسط جامعه دارد، در سنین بالاتر مورد استفاده قرار می گیرد. در مناطقی که الکل فراوانتر است مصرف آن بالاتر بوده و بر عکس در نواحی که الکل قیمت بالاتری داشته باشد مصرف آن کاهش می یابد. استفاده اجتماعی از کانابیس ها اگر چه غیرقانونی است، اما به نظر بسیاری از افراد خیلی مضر نیست، و بعضی ها در جوامع اروپایی و غربی حتی از قانونی کردن مصرف ماری جوانا به منظور بهبود عملکرد و اهداف اجتماعی حمایت می کنند. در مناطق شهری که کوکائین و مواد مخدر به آسانی در دسترس افراد است، میزان جرم و جنایت نیز بیشتر است. بالا بودن میزان بیکاری وجود مدارس زیر استاندارد، موجب افزایش مصرف مواد می شود. بنابراین محیط و اجتماع بر نحوه استفاده افراد از مواد تأثیرگذار می باشد.

از طرفی خطر سوء مصرف مواد معمولاً در جوامعی بالا است که به نوعی نسبت به مصرف مواد سهل انگاری وجود دارد. در گروه‌های همتا نیز، ممکن است جوان برای مصرف مواد جهت کسب شأن، قابلیت و شبیه گروه شدن، تحت فشار قرار گیرد. قرائنی وجود دارد که مصرف مواد توسط افراد را می‌توان با توجه به مصرف مواد توسط همتایان آن‌ها پیش بینی نمود. همچنین رابطه‌ای بین سوء مصرف مواد و شاخص‌های محرومیت اجتماعی مانند فقر و بی‌خانمانی وجود دارد. همچنین نگرش‌ها و چگونگی الگوی مصرف در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است به عنوان مثال مسلمانان الکلی مصرف نمی‌کنند اما نوشیدن شراب جزء آداب رسمی یهودیان می‌باشد. بعضی از اقوام بومی آمریکایی نیز از «پایوت» که یک نوع توهم زاست، در مراسم مذهبی‌شان استفاده می‌کنند. بنابراین آگاهی از این اعتقادات، هنگام بررسی افراد از نظر وجود مشکلات مربوط به سوء مصرف مهم است. (همان، ۱۳۸۸: ۲۵-۲۶)

فاکتورهای روانی و اعتیاد

صرف نظر از ارتباط ژنتیکی، دینامیک خانواده نیز در بروز الکلیسم مؤثر است. فرزندان خانواده‌هایی که والد الکلیک دارند، ۴ برابر بیشتر از کودکان خانواده‌های غیرالکلی در معرض خطر الکلیسم در معرض خطر الکلیسم می‌باشند. تعدادی از تئوریسین‌ها معتقدند که مغایرت در رفتار والدین، الگوی نقش ضعیف و تربیت نامناسب زمینه جهت انتخاب راهی مشابه برای سازگاری نامناسب، ارتباطات نامناسب و نهایتاً سوء مصرف مواد، فراهم می‌آورد و حتی کودکانی که از شیوه زندگی خانوادگی خود متنفرند، بدلیل فقدان مهارت‌های سازگاری و عدم توانایی جهت برقراری ارتباطات موفقیت آمیز، مستعد سوء مصرف مواد می‌باشند. (همان، ۱۳۸۸: ۲۷)

جنسیت، نژاد، قومیت و اعتیاد

جنس، نژاد و قومیت نیز از دیگر فاکتورهای تأثیرگذار جهت سوء مصرف مواد است. مصرف کننده‌های مذکر، مصرف مواد ممنوعه را معمولاً با مصرف زود هنگام الکلی شروع می‌کنند در حالی که مصرف کننده‌های خانم بیشتر مایل‌اند ابتدا سیگار را تجربه نمایند. از طرق اختلاف جنسیت در اثرات و عوارض ماده نیز خود را نشان می‌دهد. به عنوان مثال زنان در مقایسه با مردان پیشرفت سریع‌تری از علائم مسمومیت را نشان می‌دهند. همچنین زنان الکلی در مقایسه با مردان در معرض خطر بیشتری از کاردیومیوپاتی قرار دارند. در مورد فاکتورهای نژادی یا قومی نیز نکته قابل ذکر این است که آسیایی‌ها و

آمریکایی‌های آفریقایی تبار، تمایل بیشتری جهت اجتناب از مصرف الکل دارند. تمایل به سوء مصرف ماری جوانا، توهم زها و آمفتامین در میان سفیدپوستان بیشتر از سیاه پوستان است اما در مورد هروئین و کوکائین موضوع عکس می‌باشد.

همچنین صفات مشخصه‌ای که در برخی از گروه‌های قومی وجود دارد می‌تواند آن‌ها را مستعد بروز الکلیسم نموده و یا بر عکس آن‌ها را در قبال آن حفظ نماید. به عنوان مثال، فلاشینگ^۱ یا قرمزی صورت و گردن که در اثر متابولیسم الکل و افزایش جریان خون ناشی از آن، به وجود می‌آید، در برخی از نژادها، یک عامل منع کننده جهت مصرف است. به نحوی که حتی مقادیر کم مصرف الکل در این افراد موجب فلاشینگ توأم با سردرد و تهوع می‌شود. عکس‌العمل فلاشینگ در میان آسیایی‌ها از بیشترین از سیاه پوستان است اما در مورد هروئین و کوکائین موضوع عکس می‌باشد.

همچنین صفات مشخصه‌ای که در برخی از گروه‌های قومی وجود دارد می‌تواند آن‌ها را مستعد بروز الکلیسم نموده و یا برعکس آن‌ها را در قبال آن حفظ نماید. به عنوان مثال فلاشینگ یا قرمزی صورت و گردن که در اثر متابولیسم الکل و افزایش جریان خون ناشی از آن، به وجود می‌آید، در برخی از نژادها، یک عامل منع کننده جهت مصرف است. به نحوی که حتی مقادیر کم مصرف الکل در این افراد موجب فلاشینگ توأم با سردرد و تهوع می‌شود. عکس‌العمل فلاشینگ در میان آسیایی‌ها از بیشترین میزان برخوردار است. (همان، ۲۷: ۱۳۸۸-۲۹)

سوء مصرف مواد

مواد شامل همه ترکیباتی است که مصرف آن‌ها موجب تغییر در رفتار (مانند عصبانیت)، اختلال در خلق و خوی (افسردگی) و اختلال در قضاوت و شعور فرد (فرااموشی و بی‌توجهی) می‌شود. سوء مصرف مواد به مواردی گفته می‌شود که فرد بدون نیاز و بدون مجوز پزشکی اقدام به مصرف می‌کند؛ ولی شدت مصرف به حدی نیست که فرد وابسته و معتاد تلقی شود. این افراد با وجود دردها و مشکلاتی که برای خود و یا خانواده به وجود می‌آورند همچنان مصرف مواد را ادامه می‌دهند مانند مصرف گاه‌گاهی یا تفریحی موادی مانند تریاک و حشیش. اعتیاد، وابستگی به مصرف هر ماده مخدر و ناتوانی در ترک آن را گویند. وابستگی، میل شدید به مصرف هر ماده و تمایل به ادامه مصرف آن است، تا جایی که در بسیاری از موارد وابستگی

¹ - Flushing

به مصرف مواد برای فرد، مهم‌ترین مسئله زندگی‌اش می‌شود. به‌طور معمول، کسی که به ماده‌ای وابستگی دارد، مجبور می‌شود مقدار ماده مصرفی خود را به تدریج افزایش دهد، ثانیاً در صورت عدم مصرف و یا کاهش مقدار ماده مصرفی، دچار علائم ناخوشایندی می‌شود که به آن «علائم ترک» گویند.

علائم ترک تریاک و هرویین را در جامعه با عنوان «حالت خماری» می‌شناسند. علائم خماری این مواد معمولاً ۶ تا ۸ ساعت پس از آخرین نوبت مصرف ظاهر می‌شود و تا حدود ۱۰ روز باقی می‌ماند. دردهای استخوانی و عضلانی، دل پیچه و اسهال، آبریزش از چشم و بینی، بی‌خوابی، بی‌قراری، عصبانیت، خمیازه‌های فراوان و حتی تب از شایع‌ترین علائم آن است.

نیکوتین:

سوء مصرف نیکوتین یک رفتار اعتیادآور شناخته شده در همه دنیا و اولین علت بروز مرگ‌های قابل پیشگیری در امریکا می‌باشد. با وجود اثرات منفی شناخته شده مصرف نیکوتین، هر ساله بیش از یک میلیون کودک و نوجوان آمریکایی شروع به سیگار کشیدن می‌کنند و ترک آن برای اکثر معتادین به سیگار بسیار دشوار است.

نیکوتین یک محرک ضعیف CNS است که به صورت وسیعی در سراسر دنیا مورد سوء مصرف واقع می‌شود و امروزه مشکلات مربوط به وابستگی به نیکوتین مشابه و معادل این وابستگی برای سایر مواد می‌باشد. گرچه سیگار کشیدن، معمولاً در پاسخ به فاکتورهای روانی، اجتماعی شروع می‌شود. اما ادامه مصرف آن به صورت عادت، به دلیل اثرات تقویتی مثبت نیکوتین است.

مصرف فرآورده‌های توتون رفتاری پیچیده و فراگرفته از زندگی روزانه و مرتبط با نحوه برخورد فرد با دنیاست. فعالیت‌های متعدد روزانه و افکار و احساسات، همه می‌توانند محرکین قوی استعمال توتون باشند. مجموع این عوامل و اثرات تنظیمی مثبت نیکوتین بر اعصاب، فرآیند اعتیادآور آن را تقویت می‌کند.

مشخصات فردی مانند سطح تحصیلات، اعتماد بر قابلیت‌های خود در شرایط گوناگون و مهارت‌های تطبیقی، از شاخص‌های مصرف توتون به شمار می‌آیند. به همین ترتیب، عوامل محیطی مانند میزان پذیرش مصرف سیگار در منزل، محل کار و گروه همکاران نیز بر این رفتار مؤثر می‌باشد. (همان، ۶۷: ۱۳۸۸-۶۸)

استعمال انواع سیگار

توتون رایج‌ترین شکل نیکوتین است که به صورت سیگار، سیگار برگ و پیپ مصرف می‌شود. توتون همچنین به صورت انفیه و جویدنی هم مصرف می‌شود که توتون بی دود نامیده می‌شود.

ضرر استفاده از پیپ و سیگار برگ کمتر از سیگار است. زیرا وجود غلیظ سیگار برگ مانع از استنشاق آن می‌شود از طرف دیگر سیگار برگ خطر کانسرب، دهان و گلو و را افزایش می‌دهند تنباکوی بدون دود، به صورت پارچه نازکی است که در دهان گذاشته و نیکوتین موجود در آن به صورت پارچه نازکی است که در دهان گذاشته و نیکوتین موجود در آن به صورت زیر زبانی جذب می‌شود.

در این شکل مصرف، درهای بالاتری از نیکوتین وارد بدن می‌شود و نیکوتین مصرف به وسیله گرما خراب نمی‌شود. از آنجایی که در این شیوه مصرف نیکوتین کمتری به شکل مستقیم وارد جریان خود می‌شود، اعتیاد کمتری نیز ایجاد می‌شود.

فارماکولوژی دود سیگار

بیش از ۴۰۰۰ ماده در دود سیگار شناسایی شده که تعدادی از آنها از نظر فارماکولوژیک فعال بوده و دارای خاصیت آتش ژنتیک، سیتوتوکسیک، موتاژنیک و کارسینوژنیک می‌باشند. پاسخ نسوج، اعضا و سیستم‌های بدن به استنشاق دود سیگار متعدد و پیچیده است و به نظر می‌رسد که نیکوتین و منوکسیدکربن بیشترین خطر را برای سلامتی داشته باشند. نیکوتین استنشاقی در عرض ثانیه‌ها ما از طریق ریه جذب و از سد خونی مغز عبور می‌کند. این دارو در کبد متابولیزه می‌شود بنابراین مصرف کننده جهت کسب اثرات مطلوب، عبور به مصرف متعدد سیگار در طی روز می‌شود.

نیکوتین یک آلکالوئید بسیار سمی است و در ۶۰ میلی گرم آن موجب فلج تنفسی و مرگ می‌شود. با یک سیگار معمولی معمولاً ۰/۵ میلی گرم نیکوتین وارد بدن می‌شود علائم و نشانه‌های مسمومیت با نیکوتین در دزهای پائین عبارتند از: تهوع، استفراغ، آبریزش از دهان، رنگ پریدگی (بر اثر انطباق عروق محیطی) ضعف، درد شکمی (ناشی از افزایش پریستالتیسم روده‌ها) اسهال، سرگیجه، سردرد، افزایش فشار خون، سوزش و عرق سرد، مسمومیت با نیکوتین همچنین با ناتوانی برای تمرکز، اغتشاش شعور و اختلالات حس همراه

است. همچنین نیکوتین می‌تواند غلظت‌های سرمی گلوکز، کورتیزول، اسید چرب وازوپرسین و بتا اندروفین را افزایش دهد.

منوکسیدکربن حاصل از دود سیگار در روند انتقال اکسیژن دخالت می‌نماید. از آن جا که دود سیگار حاوی ۲-۶ درصد منوکسیدکربن است. افراد سیگاری غلظت‌هایی تا ۴۰۰ قسمت در میلیون را استنشاق نموده و سطح کربوکسی هموگلوبین آن‌ها بالا می‌رود.

میزان کربوکسی هموگلوبین یافته شده در افراد سیگاری در حدود ۱۵-۲ درصد است. در حالی که در افراد غیر سیگاری این میزان حدود یک درصد است افزایش خفیف و مزمن کربوکس هموگلوبین COHB در اثر استعمال سیگار یکی از علل شایع پلی سیستمی خفیف بوده و ممکن است اختلالات مختصری را در فعالیت سیستم اعصاب مرکزی ایجاد نماید. عمده‌ترین کار سینوزن‌های شناسایی شده در دود سیگار عبارتند از هیدروکربن‌های آروماتیک چند هسته‌ای، آمین دی آروماتیک و نیتروز آمین‌ها. کوکار سینوزن‌های موجود در دود سیگار نیز بر شدت سرطان زایی سیگار می‌افزایند. محرک‌های قوی ریوی و توکسین‌های مژکی که در دود سیگار وجود دارند موجب افزایش ترشح‌های مخاط برونش‌ها می‌شوند و نهایتاً افت حاد و مزمن عملکرد ریوی را فراهم می‌آورند. همچنین مطالعه اثرات نیکوتین بر جریان خون مغزی نیز حاکی از آن است که مواجهه کوتاه مدت با نیکوتین موجب افزایش جریان خون مغزی می‌شود. بر خلاف اثرات تحریکی CNS، نیکوتین بر روی عضلات اسکلتی اثر شکل‌کنندگی دارد. بسیاری از اشخاص مصرف‌کننده تنباکو، دلایل مصرف خود را، سازگاری با استرس بیان می‌کنند. (فائزه بابایی اصل: ۷۰-۷۳)

اثرات نامطلوب نیکوتین

به دلیل طبیعت شدیداً اعتیادآور مصرف نیکوتین و اثرات نامناسب آن بر روی سلامتی، همه اشکال مصرف تنباکو باید منبع شود. بر خلاف الکل مصرف نیکوتین، حتی در میزان متعادل و کم آن موجب اثرات سوء بر روی سلامتی می‌شود. و برخلاف سایر داروهایی که مورد سوء مصرف واقع می‌شوند، مصرف نیکوتین هیچ اثر درمانی ندارد.

نیکوتین سرکوب‌کننده خفیف تا متوسط اشتهاست و موجب افزایش موقت فشارخون می‌شود. در دزهای خیلی زیاد، نیکوتین موجب افزایش تعداد تنفس می‌شود.

دود سیگار می‌تواند مستقیماً توسط فرد مصرف کننده و یا به صورت غیرمستقیم توسط اطرافیان او استنشاق شود. دود سیگاری که به صورت غیرمستقیم استنشاق می‌شود، حاوی غلظت بیشتری، از سموم و مواد کار سینوژن است.

در همین رابطه هاریسون می‌نویسد: اکثر آلوده کننده‌های هوا بر اثر دود فرعی سیگار است و در مقایسه با دود اصلی غلظت بسیاری از اجزای تشکیل دهنده دود فرعی بالاتر است. استنشاق غیرفعال، دود سیگار همچنین می‌تواند سبب بروز بیماری عروق کرونر قلب شود. دود سیگار یکی از علل بیماری و مرگ در میان غیر سیگاری‌ها نیز محسوب می‌شود. استنشاق دود تنباکوی موجود در محیط یکی از علل کانسر ریه و سایر بیماری‌های قلبی است که سالانه منجر به بیش از ۵۰/۰۰۰ مرگ و میر در ایالات متحده می‌شود. همچنین دود تنباکوی محیطی موجب آسم و سایر بیماری‌های تنفسی نیز می‌شود. (فائزه بابایی اصل: ۷۳-۷۴)

بیماری‌های قلبی عروقی

استعمال سیگار، عامل اصلی بروز بیماری عروق کرونر قلب است و در ایالات متحده هر ساله ۲۰ درصد از ۵۰۰/۰۰۰ مرگ ناشی از بیماری‌ها عروق کرونر قلب را می‌توان به مصرف سیگار نسبت داد. مصرف سیگار، افزایش فشارخون و افزایش کلسترول نسبت دارد. مصرف سیگار، افزایش فشار خون و افزایش کلسترول خون، هر سه از ریسک فاکتورهای مهم بیماری عروق کرونر قلب (CHD) است. بین ریسک CHD و استعمال سیگار یک رابطه وابسته به دز وجود دارد. افراد سیگاری که تحت عمل بای پس عروق کرونر قرار می‌گیرند در مقایسه با غیر سیگاری‌ها، از ریسک مرگ و میر بیشتری بر اثر اعمال جراحی برخوردارند. (فائزه بابایی اصل: ۷۴)

تحمل، وابستگی و ترک نیکوتین

نیکوتین جزء فعال گیاه تنباکو و یک سم ویژه‌ای است که بدن برای حفظ خود به سرعت در مقابل آن تحمل پیدا می‌کند. اگر فردی به شکل منظم سیگار بکشد، تحمل نسبت به نیکوتین در عرض چند ساعت ایجاد می‌شود که در مقایسه با روزهایی که جهت وابستگی به هرئین و الکل مورد نیاز است، بسیار کوتاه است.

سندرم محرومیت به سرعت اتفاق می‌افتد که ۳-۱ ساعت بعد از کشیدن هر سیگار می‌باشد و به دنبال آن اشتیاق جهت مصرف سیگار بعدی شروع می‌شود. اشتیاق جهت مصرف مجدد نیکوتین برای هفته‌ها یا ماه‌ها بعد از قطع سیگار ادامه دارد اما تواتر و شدت آن به تدریج کم می‌شود. علائم محرومیت شامل: تحریک پذیری، اضطراب، کاهش تمرکز، سردرد، خستگی، بی‌خوابی، یبوست و یا اسهال و بی‌قراری می‌باشد. (همان، ۱۳۸۸: ۷۸)

کافئین^۱

کافئین بیشترین داروی سایکواکتیو مورد استفاده در دنیاست که در قهوه، چای و شکلات و نوشابه‌ها (کولا) و سایر نوشیدنی‌های ملایم یافت می‌شود. در امریکای شمالی حدود ۸۰٪ از بالغین به‌طور مرتب نوشیدنی‌های حاوی کافئین مصرف می‌کنند هر چند کافئین یک محرک ضعیف است اما می‌تواند موجب بی‌قراری، تپش قلب، و بی‌خوابی شود.

در متوسط کافئین (۳۰۰-۱۰۰ میلی گرم روزانه)، موجب افزایش هوشیاری می‌شود دزهای بالاتر می‌تواند منجر به بی‌خوابی، تحریک پذیری، لرزش، اضطراب، آریتمی قلب و سردرد شود.

استفاده منظم از دزهای بالا منجر به وابستگی بدنی می‌شود.

علائم محرومیت شامل سردرد، کند شدن حرکتی، افسردگی موضعی، تهوع، استفراغ، سوءهاضمه، هذیان‌های ضعیف و خستگی مفرط است. برای رفع این علائم فرد ممکن است فنجان دیگری قهوه یا چای میل نماید. اگر چنین شرایطی به وجود آید این عمل عادت شده و نوعی وابستگی روانی ایجاد خواهد شد. تا اواسط دهه ۱۹۷۰ کافئین در طب به عنوان ماده اعتیادآور به حساب نمی‌آمد.

استفاده مزمن از کافئین و رفتارهای خاص فرد مصرف کننده حالتی را به وجود می‌آورد که به آن «اعصاب قهوه» می‌گفتند. این علائم امروزه مسمومیت با کافئین با کافئینسم خوانده می‌شود.

علائم کافئینسم شامل بی‌خوابی مزمن، وحشت، عصبانیت، تحریک پذیری، اضطراب، انقباضات ظریف عضلانی، سردرد است. یک فنجان قهوه ۱۵۰-۱۰۰ میلی گرم کافئین دارد. چای حدود یک سوم آن کافئین

¹ - Caffeine

دارد. کافئین یک گزانتین است و از تثوفیلین که متیل گزانتین رایج دیگری است، قوی تر می باشد. (همان، ۱۳۸۸: ۸۶-۸۴)

عوارض نامطلوب کافئین:

مصرف کافئین در افراد سالم با خطرات قلبی همراه نیست اما به دلیل خاصیت آریتمی زایی کافئین، به بیماران قلبی توصیه می شود که مصرف کافئین خود را محدود سازند. کافئین ارتباط واضحی با افزایش ترشح اسید معده دارد بنابراین به افراد مبتلا به زخم معده توصیه می شود که از مصرف هر گونه محصولات کافئین خودداری کنند. (همان، ۱۳۸۸: ۸۶)

ناس (Pan)

ناس یا نسوار (Pan) ترکیبی است از برگ خشک شده گیاهی به نام تملول (tamlul) (betel nut) که حاوی نوعی فنل (phenol) است که احتمالاً خواص محرک (stimulant) دارد؛ و دانه فوفل (areca nut) که حاوی ماده ای به نام arecoline است که محرک پاراسمپاتیک بوده و منجر به انقباض مردمک ها و افزایش ترشح اشک و بزاق می شود؛ و نیز آهک که به حل شدن این مواد گیاهی در بزاق کمک می کند. تقریباً ۱۰ درصد مردم جهان عادت به مصرف ناس دارند. بیشتران در جنوب آسیا (هند و پاکستان) و جنوب شرقی آسیا زندگی می کنند. ناس همچنین در برخی نواحی جنوب ایران به ویژه بلوچستان مصرف می شود.

مصرف کنندگان معمولاً آن را در دهان بین لب و دندان قرار می دهند و پس از آن که خیس شد به مدت چندین دقیقه و گاهی تا ساعت ها در دهان نگاه داشته و می مکند. ناس رنگ آب دهان را قرمز می کند. از آن جا که ناس ترشح بزاق را افزایش می دهد، مصرف کننده به کرات مجبور است آب دهان خود را بیرون اندازد.

دیدن منظره ناخوشایند لکه های قرمز رنگ روی سطح پیاده روها و خیابان ها در مناطقی که مصرف این ماده رواج دارد امری عادی است.

آثار مصرف، عوارض جانبی، وابستگی

به نظر می‌رسد مصرف ناس اثر سرخوشی آور خفیفی داشته باشد. اغلب منابع ناس را اعتیادآور می‌دانند. مصرف کنندگان معمولاً ولع برای مصرف دارند. البته در صورت عدم مصرف علائم جسمی ترک دیده نمی‌شود. به نظر FDA امریکا ناس می‌تواند منجر به سرطان دهان شود.

سوء مصرف هم زمان بیش از یک ماده

گرچه اغلب سوء مصرف کنندگان یک داروی خاص را ترجیح می‌دهند اما سوء مصرف هم زمان بیش از یک ماده الگوی شایعی در مصرف کنندگان است. در مطالعه‌ای که در افرادی که به دلیل سوء مصرف مواد بستری شده بودند صورت گرفت استفاده هم زمان از چند ماده شایع‌تر از مصرف هر ماده به‌تنهایی بود. سوء مصرف هم زمان چند ماده در جوانان شایع‌تر است و ۷۲٪ موارد، ماده اولیهٔ ثانویه الکل می‌باشد مواد دیگری که بیشتر مورد سوء مصرف هم زمان قرار می‌گیرند حشیش، تریاک و هروئین هستند و ماده دوم معمولاً برای افزایش نئشگی یا کاهش عوارض جانبی ماده اول مصرف می‌گردد. مصرف هم زمان چند ماده خطر مسمومیت و عوارض جانبی بیش از یک ماده را دارد.

درمان و توصیه‌های لازم

- سم زدایی این بیماران مشکل‌تر است و به‌تراست که برای سم زدایی بیماران را بستری نمود.
- سم زدایی سرپائی اغلب بی‌فایده و خطرناک است.
- اصول درمان‌های غیر دارویی مشابه سایر مواد می‌باشد (مولوی و رسول زاده، ۱۳۸۳: ۴۹-۵۵)

مواد مخدر

انواع فرآورده‌های گیاهان خشخاش، شاهدانه، کوکا و ترکیبات شیمیایی مشابه که مصرف آن‌ها موجب اعتیاد می‌گردد.

انواع مواد مخدر:

۱- سستی‌زا

۲- توهم‌زا

۳- توان‌افزار

مواد سستی‌زا:

موادی هستند که مصرف آن بر روی سلسله مصرف کننده اثر گذاشته و در نتیجه فعالیت فکری و بدنی او را سست نماید.

این مواد به دو دسته تقسیم می‌شوند:

- طبیعی، مانند: استحصالات گیاه خشخاش، تریاک، شیره تریاک، مرفین
- مصنوعی، مانند: هروئین، متادون، ترمتادون، پایاورین، پتیدین، انواع و اقسام قرص‌های مسکن و آرام بخش

مواد توهم زا:

- با مصرف این مواد فرد دچار اوهام گیاه شاه‌دانه، حشیش، بنگ، ماری جوانا، گراس، چرس، مسکالین، جو سیاه آفت زده، برخی از قارچ‌های حاوی مواد توهم زا، دانه‌های نوعی نیلوفر وحشی
 - مصنوعی، مانند آل. اس. دی (L.S.D) دی متیل تریپتامین (D.M.T) دی اتیل تریپتامین (D.E.T)
- مواد توان افزار

- مصرف آن بر روی سلسله اعصاب تأثیر گذاشته و در نتیجه فعالیت فکری و بدنی مصرف کننده بیشتر و باعث هیجان می‌شود. این مواد به دو دسته تقسیم می‌شوند که عبارتند از:
- طبیعی، مانند: برگ کوکا، کوکائین، کراک، برگ و ساقه برخی درختان مثل خات و کراتم و ناس
- مصنوعی: مانند آمفتامین، متیل آمفتامین، ترکیبات آمفتامین‌ها

مراحل اعتیاد

۱- مرحله آشنایی

این مرحله با تشویق دیگر آن (مخصوصاً دوستان ناباب) یا از روی غرور و کنجکاوی خود فرد شروع می‌شود.

۲- مرحله شک و تردید:

در این مرحله فرد با مبارزه با امیال خود می‌پردازد.

۳- مرحله اعتیاد واقعی:

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

با علائم و نشانه‌های فیزیکی و جسمی اعتیاد و سوء مصرف مواد آشنا شویم

اعتیاد به هر گونه وابستگی جسمی یا روانی که به گونه‌ای منفی زندگی فرد را متأثر سازد اطلاق می‌شود و در واقع بیماری است با ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی که علاوه بر آسیب‌های فراوانی که به سلامتی جسمی و روانی و در نتیجه تمامی ابعاد زندگی فرد وارد می‌آورد، آثار تخریبی فراوانی را نیز بر ريو خانواده و جامعه بر جای می‌گذارد.

وابستگی روانی (ذهنی) مشخصه اصلی اعتیاد بوده و بر خلاف تصویری که بعضاً در جامعه به چشم می‌خورد بسیاری از موادی که وابستگی جسمی به همراه ندارند (و از این رو اعتیاد آور تلقی نمی‌گردند) دارای وابستگی روانی و کشش شدید بوده (یعنی در واقع اعتیاد آور هستند) و به مراتب فاجعه بارتر از مواد با وابستگی جسمی می‌باشند.

علائم و نشانه‌های فیزیکی و جسمی سوء مصرف مواد:

- ۱- سرخ شدن چشم‌ها
- ۲- نگاه‌های مات به مدت طولانی
- ۳- نامفهوم و جویده شدن طرز صحبت
- ۴- عدم تعادل در حرکات
- ۵- کم شدن توجه به نظافت
- ۶- محل‌های متعدد تزریق سرنگ در بدن
- ۷- غیبت‌های مکرر از کلاس درس و کاهش علاقه به تحصیل
- ۸- بی‌قراری شدید
- ۹- تغییرات ناگهانی خلق
- ۱۰- به مشام رسیدن بوهای غیرعادی از دهان یا لباس
- ۱۱- وجود سوزن‌ها و سنجاق‌های سیاه شده، قاشق خمیده و دود گرفته و ورق آلومینیومی
- ۱۲- لوله‌های خالی خودکار، کبریت نیم سوخته در محل‌های غیرمعمول
- ۱۳- طولانی شدن زمان ماندن در دستشویی و حمام
- ۱۴- ناپدید شدن بعضی اشیاء در خانه
- ۱۵- خواب آلودگی

۱۶- تغییر دوستان

۱۷- تأخیر در حرکات و کند شدن رفتارها

***علائم مصرف مواد مخدر در جوانان و نوجوانان**

تشخیص رفتارهای آشکار دوره نوجوانی از رفتارهای ناشی از مصرف مواد مخدر دشوار است. زیرا بسیاری از این تغییرات کاملاً شبیه به هم هستند.

چنانچه والدین و اعضای مؤثر خانواده نسبت به نشانگان و علائم اولیه مصرف مواد در جوانان و نوجوانان حساس و هوشیار باشند، می‌توانند در بسیاری از موارد مانع از وخیم‌تر شدن اوضاع و انحطاط کامل جوان شوند.

مهم‌ترین این علائم عبارتند از:

- ۱- انزوایی، خستگی و بی‌تفاوتی نسبت به خانواده و ارزش‌های حاکم بر آن
- ۲- خشونت، پرخاشگری و قانون شکنی
- ۳- عدم تمایل به صحبت و مشورت با والدین و نزدیکان
- ۴- کاهش نمرات درسی و بی‌علاقگی نسبت به درس و آموزش
- ۵- نداشتن فعالیت‌های جسمی - ورزشی
- ۶- کاهش اعتماد به نفس، خویشتن داری و ثبات درونی
- ۷- تغییرات شدید خواب (بی‌خوابی، خواب آلودگی، خوابیدن در طول روز، کابوس دیدن و ...)
- ۸- تغییرات شدید در عادات غذا خوردن (بی‌اشتهایی، کم‌خوراکی، پر خوری و ...)
- ۹- عدم تمایل به برقراری رابطه دوستی با سایر هم سالان
- ۱۰- کاهش توان تحمل و بردباری در برابر مشکلات
- ۱۱- عدم پذیرش مسئولیت و ضعف در تصمیم‌گیری
- ۱۲- عدم تمرکز بر مسائل، فراموشی و بی‌توجهی
- ۱۳- قرمزی چشم‌ها و آب ریزش بینی
- ۱۴- نیاز شدید به پول اضافی (برای خرید مواد) و رفتارهای غیر مسئولانه (بزهکاری و دزدی از خانه)
- ۱۵- بی‌توجهی به ظاهر و آراستگی

مواد سستی زا:

خشخاش

بوته‌ای است یک‌ساله که در مناطق معتدل می‌روید. رشد سالانه این گیاه به ارتفاعی معادل ۷۰-۱۱۰ سانتیمتر می‌رسد. در اواسط بهار، بعد از اینکه گل‌های رنگارنگ آن کم‌کم شروع به ریختن می‌کند، از میان گل‌ها کپسول ظاهر می‌شود که به آن گرز خشخاش می‌گویند. این گرزها در اواخر بهار و اوایل تابستان دارای پوست سبزی است که به زردی می‌گراید. البته، قبل از این که میوه گیاه خشک و زرد شود به روش خاص مبادرت به تیغ زدن آن می‌نمایند. این کار به وسیله افرادی که تجربه خاصی در تیغ زدن دارند، انجام می‌شوند. آنان در ساعات اولیه شب با تیغ‌های مخصوص و با ایجاد چندین شیار افقی و یا عمودی و یا مورب بر روی گرزها مبادرت به تیغ زدن می‌نمایند. صبح روز بعد، شیره سفیدرنگی از محل شکاف‌های گرز به بیرون تشریح می‌کند و در مجاورت هوا به صمغ قهوه‌ای رنگ تبدیل گردیده در پیاله مخصوص جمع آوری و برای تریاک مالی آماده و به صورت لول روانه بازار قاچاق می‌شود.

تریاک

تاریخچه:

قدیمی‌ترین و مشهورترین ماده مخدر است که از گیاه خشخاش به دست می‌آید. این گیاه حدود ۲۵۰۰ سال قبل در منطقه مدیترانه کشت می‌شده است. سابقه این گیاه را تا ۵۰۰۰ سال قبل هم ذکر می‌کنند. از آثاری که از سومری‌ها باقی مانده است، چنین بر می‌آید، آن‌ها این ماده را استعمال می‌کرده‌اند و با آن گیاه شادی بخش می‌گفتند در نوشته‌های هومر از تریاک نام برده شده است. (اختر محقی، ۱۳۸۵: ۵۲-۳۷)

رفتارها و نشانه‌های مصرف تریاک و مشتقات آن

الف: نشانه‌های جسمانی

- ۱- اثر سوختگی در انگشتان، اثر تزریق بر دست‌ها و مشاهده وسایلی در اتاق شخص که برای مصرف مواد از آن‌ها استفاده می‌شود مانند تیغ، سرنگ، زرورق آلوده و شیشه مربا (با در سوراخ شده).
- ۲- بی‌اشتهایی و بی‌نظمی در غذا.
- ۳- استشمام بوی تریاک و مشتقات آن از شخص.
- ۴- حالت خواب آلودگی و خواب دیر هنگام.
- ۵- شکایت‌های فراوان جسمی، یبوست و شکایت از ناتوانی جنسی.

ب: نشانه‌های رفتاری

- ۱- تغییر رفتار فرد مثل قفل کردن در اتاق به هنگام خروج از خانه و ترک کردن بی دلیل خانه
- ۲- درخواست مکرر پول از افراد به بهانه‌ها و دروغ‌های مختلف
- ۳- خرج کردن پول زیاد در مدت کوتاه و گم شدن پول، طلا و وسایل منزل
- ۴- طولانی شدن مدت ماندن در دستشویی
- ۵- کم توجهی و بی توجهی به وضع ظاهری تا حد آشفته بودن سر و وضع
- ۶- تمایل به کناره گیری از بستگان و ایجاد رابطه با دوستان ناباب (زکریایی، اکبری ۱۳۸۵)

الکالوید:

تریاک دارای ترکیبات بسیاری است که تا کنون ۲۵ نوع مؤثران شناخته شده است. مهم‌ترین آلکالوئیدهای تریاک عبارتند از مرفین، نارکوتین، پاپاورین، تبائین، کدئین و نارسئین.

نحوه مصرف:

- تدخین به وسیله وافور و یا با وسایلی مانند آن مثل قلیان، قلقلی، سیخ و سنگ
 - استفاده به صورت قرص
 - حل کردن در آب یا چای و نوشیدن آن
- عوارض:

- مغز، وابستگی (اعتیاد)، بی خوابی هنگام شب، خواب آلودگی در طی روز
- تغییرات شخصیتی:
- ۱-کاهش علایق و انگیزه‌ها
- ۲-کاهش احساس مسئولیت
- ۳-کاهش توجه به تحصیل، شغل و خانواده
- ۴-افسردگی و بی قراری، پرخاشگری، اغماء به دنبال مصرف زیاد
- گوارش: تهوع و استفراغ، کاهش اسید معده و اختلال در هضم غذا، کاهش فعالیت روده‌ها، و یبوست مزمن، بی اشتهاپی و کاهش وزن، سوء تغذیه، خشکی دهان، اختلال در کبد
- پوست: خارش، تیره شدن رنگ پوست، تیرگی لب‌ها، کهیر

-بیضه و تخمدان: کاهش توان و میل جنسی، به هم خوردن دوره‌های قاعدگی در زنان
-تضعیف دفاع بدن علیه بیماری‌ها: بی‌حسی و عدم تعادل بدنی، عفونت ریه، پست تنفسی به دنبال مصرف
زیاد، انقباض مردمک چشم

مرفین:

مرفین از کلمه مورفئوس خدای رؤیایی یونان باستان مشتق شده است و یکی از اجزای اصلی و اساسی
تریاک است که به‌طور متوسط از هر ۱۰ کیلوگرم تریاک یک کیلوگرم مرفین تهیه می‌شود. رنگ آن به
صورت کرم روشن و گاهی اوقات به رنگ آرد نخودچی و مزه آن تلخ است. ذرات آن در زیر ذره بین شبیه
کریستال‌های سوزنی است.

از نظر دارویی، ضد درد بوده، با اثرات رخوت زایی که بر روی مغز دارد، باعث کنترل دردهای شدید
می‌شود و به همین خاطر مصرف مجاز آن فقط در بیمارستان‌هاست.

هروئین

هروئین یکی از ترکیبات مرفین است که با عمل استیلاسیون بدست می‌آید این ماده به رنگ سفید میل به
کرم دارای طعمی تلخ و بی‌بو است که پس از مدتی نگهداری بوی ترشی و سرکه می‌دهد.

نحوه پیدایش

هروئین، قوی‌ترین و مخرب‌ترین ماده مخدر دنیا به شمار می‌آید که در سال ۱۸۷۴ توسط یک دانشمند
انگلیسی ساخته شد و تحقیقات بیشتر را درباره این ماده دانشمندان آلمان در سال ۱۸۹۰ تکمیل نموده و آن
را به عنوان دارو معرفی نمودند. در ایران اولین لابراتوار هروئین سازی در سال ۱۳۳۴ توسط فردی به نام
دکتر مصطفوی ایجاد گردید. وی نحوه ساخت و استخراج هروئین از تریاک را به عده‌ای آموخت که باعث
به وجود آمدن لابراتوارهای بیشتری در سطح کشور گردید.

نحوه استعمال

هروئین از طریق کشیدن از راه مجاری تنفسی، تزریق داخل رگ‌ها و تزریق زیر جلدی استعمال می‌شود.
مصرف هروئین از طریق مجاری تنفسی (دهان) با زوروق به این صورت است که لبه زوروق سیگار یا هر
نوع زوروق دیگر را به طرفی که از جنس کاغذ است تا می‌کنند و با آن یک لوله می‌سازند، سپس هروئین را
که معمولاً حدود ۵ سانتی است روی سطح زوروق دیگری می‌ریزند و یک تکه مقوای بریده و نازک را به

صورت چوب کبریت درآورده پس از آتش زدن زرورق گرفته سپس دود حاصله را از دهان استنشاق می‌کنند.

دراستعمال تزریقی، ابتدا معتادان از رگ‌هایی که جلوی ساعد دست‌ها نمایان استفاده کرده، پس از آن که مدت طولانی از تزریق نقاط مختلف دست‌ها گذشت و دیگر این نقاط جوابگو نبود، به ترتیب نبوت به پشت دست، ساق پا، گردن و در نهایت به بیضه‌ها می‌رسد، تزریق در آخرین مرحله این گونه معتادان است.

عوارض:

-مغز: وابستگی، افسردگی

-تغییرات شخصی:

۱-کاهش علائق و انگیزه‌ها

۲-کاهش احساس مسئولیت

۳-کاهش توجه به تحصیل، شغل و خانواده

-بی‌خوابی هنگام شب، خواب آلودگی در طی روز، پرخاشگری، آبسه چرکی مغز، عفونت مغز، بیماری‌های مختلف ناشی از مرگ بخشی از سلول‌های مغزی و نخاع به دنبال مصرف زیاد

-گوارش: تهوع و استفراغ: کاهش اسید معده و اختلال در هضم غذا بی‌اشتهایی و کاهش وزن

-کلیه: ناتوانی در تخلیه ادرار، نارسایی، عفونت کلیه

-پوست: خارش، تیره شدن رنگ پوست، تیرگی لب‌ها، کهیر، عفونت پوست

-ریه: انسداد ناگهانی رگهای تغذیه کننده ریه، عفونت ریه، ایست تنفسی به دنبال مصرف زیاد

-قلب: نارسایی قلب، به هم خوردن نظم ضربان قلب، عفونت کلیه داخلی و دریچه‌های قلب

-عروق و خون: سخت شدن دیواره عروق، التهاب عروق، عفونت عروق

-کبد: اشکال در کار کبد، عفونت و التهاب کبد، بیماری مزمن کبدی

-بیضه و تخمدان: کاهش میل جنسی، کاهش توان جنسی

متادون:

یک ماده مخدر مصنوعی است که در جنگ جهانی دوم به علت کمبود مرفین برای تسکین مجروحین به وسیله آلمانی‌ها ساخته شد. در حقیقت متادون یک داروی برطرف کننده درد است که برای تسکین سرفه هم از آن استفاده می‌کنند. گرچه متادون خود یک ماده اعتیادآورنده قوی است ولی به عنوان یک داروی پزشکی برای ترک و معالجه معتادان به تریاک، هروئین و مرفین از آن استفاده می‌کنند. اثرات دارویی آن تا حدی شبیه به مرفین بوده، با این تفاوت که پس از مصرف، مدت بیشتری طول می‌کشد تا اثرات آن ظاهر شود و به مدت طولانی‌تر در بدن باقی می‌ماند.

کدئین

یکی از مشتقات معروف تریاک است که $0/2$ الی $0/8$ درصد آن را تشکیل می‌دهد. به عنوان مسکن در اشکال مختلف قرص، کپسول و شربت در پزشکی کاربرد دارد. اثر کدئین در حدود اثر مرفین است و در صورتی که زیاد مصرف شود علائمی مانند اثرات مرفین خواهد داشت. نحوه مصرف آن به صورت تزریقی و خوراکی می‌باشد.

پاپاورین:

یکی از مشتقات مؤثر تریاک می‌باشد که سفید کریستالی است و از نظر زهرآگین بودن حد وسط مرفین و کدئین است ماده‌ای است نشاط آور و محرک. کار عضلات صاف مثل روده را کند کرده و باعث شل شدن آنها می‌گردد. در برونشها و رگها انبساط ایجاد نموده و دراب نامحلول است و در الکل حل می‌شود.

پتیدین

این ماده هم مثل متادون از داروهای سستی زایی مصنوعی می‌باشد که قدرت ضد درد آن از مرفین کمتر است و عضلات بدن را سست و شل می‌کند.

شاهدانه (Cennabis):

بوته‌ای است شبیه گزنه که بلندیش تا ۲ متر می‌رسد گیاه نر و ماده آن به صورت جداگانه بوده دارای برگ‌های انبوه دراز و کنگره دار می‌باشد که میوه آن در سر شاخه به صورت خوشه نمایان است. اصولاً

شاهدانه برای روغن گیری و خوراک طیور استفاده می‌شود. بو داده و برشته آن را مردم به صورت تفنن می‌خورند.

-در اثر نشئه شدن اشیای مجاورش را بزرگ‌تر و یا کوچک‌تر می‌بیند.

-اشتهای کاذب و میل به مصرف غذا پیدا می‌کند.

-احساس قدرت عجیب در خود داشته و دست به اعمال وحشیانه و جنون آور و خشونت زده و

احساس پرواز کردن و سفر در آسمان و نوعی انبساط خاطر و آرامش و اعتماد به نفس کاذب پیدا می‌کنند.

-فرد به خواب عمیقی فرو می‌رود.

حشیش

ماده‌ای به رنگ سبز تیره و گاهی قهوه‌ای مایل به سبز شبیه حنا که از گل، برگ و ساقه گیاه شاهدانه مؤنث

و از ترشحات چسبنده آن‌ها به صورت صمغ به دست می‌آید. حشیش حاوی ماده‌ای شیمیایی به نام

(T.H.C تترا هیدروکانا بینول) است که ماده مؤثران به شمار می‌رود. حشیش در طبقه بندی مواد مخدر،

جزء مواد توهم زای طبیعی می‌باشد. (اختر محقق، ۱۳۸۵: ۶۴)

علائم و نشانه‌های مصرف حشیش

علائم شایع:

قرمزی چشم‌ها، افزایش ضربان قلب و نبض، افزایش اشتها و عدم تعادل هنگام راه رفتن.

علائم مصرف بیش از حد:

حالت وحشت، بی‌قراری، گیجی و منگی و دیدن اشیا یا شنیدن صداها به شکل غیرواقعی (توهم). این

نوعی مسمومیت با حشیش است که در افراد مستعد، ممکن است به بیماری شدیدروانی تبدیل شود. با

دیدن یک یا چند نشانه از علائم یاد شده، می‌توان به مصرف حشیش در افراد شک کرد ولی از زدن انگ و

برچسب اعتیاد به افراد باید خودداری کرد. (بامری، ۱۳۹۴: ۴۲).

آثار مصرف حشیش:

-تغییر در درک رنگ و صدا

-افزایش اشتهای کاذب

-تند شدن ضربان قلب

-قرمزی چشم

-اختلال حافظه، گیجی و بی‌توجهی به اطراف

-به هم خوردگی تعادل حرکتی

-علائم روانی شدید، مانند شنیدن صداهاى غیرواقعی، صحبت‌های نامربوط، توهم و هذیان، اختلال توجه، احساس کند شدن گذر زمان، سرخوشی و خنده خود به خود

عوارض مصرف طولانی حشیش

- بیماری‌های تنفسی مزمن و سرطان ریه
- نازایی در زن و عقیمی در مرد
- از بین رفتن سلول‌های مغزی (پوک شدن مغز)
- التهاب و انسداد مزمن مجاری تنفسی
- اختلال روانی شدید و پایدار
- کم شدن علاقه و انگیزه برای زندگی، شغل و روابط اجتماعی و خانوادگی
- سندرم بی‌انگیزگی (نامیدی، بی‌تفاوتی و بی‌مسئولیتی در مقابل امور جاری زندگی)
- تشنج

بنگ

سر شاخه‌های گل‌دار یا به میوه نشسته و خشک شده بوته شاهدانه - اعم از اینکه ماده رزینی آن را قبلاً گرفته یا نگرفته باشند - بنگ نامیده می‌شود.

ماری جوانا

در امریکا برگ‌ها و گل‌های شاهدانه آمریکایی را خشک می‌کنند و از آن توتون سبز رنگی به دست می‌آورند که همان ماری جواناست. چون این توتون خیلی زبراست برای پیچیدن آن از چندین دور کاغذهای سفید یا قهوه‌ای رنگ استفاده می‌کنند و آن را ریفر می‌نامند. مشتاقان آن را به صورت دسته جمعی در محل‌هایی به نام تی پاد تدخین می‌کنند. این سیگار به کندی می‌سوزد و خیلی زود خاموش می‌گردد، به همین علت معتادان با پک‌های سریع و دسته جمعی مانع خاموش شدن آن می‌شوند و برای اینکه از این سیگار استفاده کامل بشود در اماکن سر بسته استعمال می‌گردد.

گراس

در زبان انگلیسی به معنی علف است و در اصطلاح همان بنگ و ماری جواناست. برگ‌های بوته شاهدانه که در واقع مثل علف است جمع آوری کرده، مانند سیگار مصرف می‌کنند، گاهی هم آن را مثل چای دم کرده و می‌خورند.

جرس

همان حشیش است که از رزین آماده شده از سرشاخه‌های گل‌دار و به میوه نشسته گیاه بالغ شاهدانه تهیه می‌شود و از انواع دیگر آن مرغوب‌تر است.

مسکالین NESCALINE:

مسکالین یا همان کاکتوس مسکال یا کاکتوس کوچک و بدون خار با نام علمی *Lophophora williamsii* است که ترکیب اصلی آن مسکالین و از مواد توهم‌زا است. مسکالین ماده اصلی و فعال کاکتوس است (معمولاً این کاکتوس‌ها به نام پیوت معروفند) (که قرن‌هاست به عنوان دارویی سحرآمیز برای درمان دردها مصرف می‌شود. نحوه تهیه آن به این صورت است که تکه‌هایی از قسمت فوقانی این گیاه را بریده و پس از خرد کردن می‌جویند و یا با ساییدن آن را به صورت پودر درآورده و با ریختن به داخل کپسول، مورد استفاده قرار می‌دهند. دوز توهم‌زایی مسکالین ۰/۵-۰/۳ گرم بوده که اثران تا ۱۲ ساعت باقی می‌ماند.

قدرت اعتیاد آوری:

مسکالین قدرت اعتیادآوری کم دارد. موجب وابستگی فیزیکی نمی‌شود و معمولاً وابستگی روانی نیز به وجود نمی‌آورد. بعد از چندروز مصرف مسکالین، شخص مصرف‌کننده نسبت به مقدار بیشتران مقاوم می‌شود و بدین ترتیب برای استعمال منظم و روزانه آن بی‌میل می‌شود.

نحوه مصرف

از راه دهان به صورت کپسول یا به شکل جوانه‌های کاکتوس است که تازه یا خشک شده آن را می‌خورند یا به صورت چای می‌نوشند یا همراه با ماری جوانا دود می‌کنند. نحوه مصرف دیگر از راه دهان به صورت

کپسول یا به شکل جوانه‌های کاکتوس است. ولی بهترین راه به صورت مایع است. (اختر محقی، ۱۳۸۵: ۵۳-۵۱).

توهم زاهای (هالوسینوزن‌ها)

بیش از ۱۰۰ نوع توهم زای طبیعی و مصنوعی مورد استفاده انسان قرار می‌گیرد که شایع‌ترین آن‌ها LSD (لیزرژیک اسید دی اتیل آمید) است. LSD یک پودر صناعی (سنتتیک) سفید محلول در آب است که به اشکال مختلف از قبیل قرص‌های بسیار ریز، کپسول، مایع بی مزه، بی بو و بی رنگ و کاغذهای مربع شکل کوچک آغشته به دارو موجود است و اغلب به صورت خوراکی مورد مصرف قرار می‌گیرد. LSD به نام‌های اسید و تریپ نیز معروف است. مکانیسم اثر از طریق تأثیر بر سیستم سروتونرژیک اعمال می‌شود. آثار نیم تا یک ساعت پس از مصرف ظاهر می‌شود. اوج آن ۶-۲ ساعت است و پس از ۱۲ ساعت ناپدید می‌شود.

آثار مصرف

- جسمی: آثار تحریک سمپاتیک شامل لرزش، تاکی کاردی، افزایش فشار خون، هیپرترمی، تعریق، تاری دید، اتساع مردمک.
- روانی: با مصرف مواد توهم‌زا ادراک‌ها روشن و عمیق می‌شود؛ مثلاً رنگ و جنس غنی‌تر به نظر می‌رسند، طرح‌ها واضح می‌شوند، موسیقی عمیق‌تر و پرتأثیرتر می‌شود، هیجانات شدت یافته و تغییرات ناگهانی پیدا می‌کنند. جابجایی حسی (Synesthesia) شایع است؛ مثلاً بیمار ممکن است رنگ‌ها را بشنود یا صداها را ببیند. توهم خصوصاً توهم بینایی شایع است. آگاهی ظاهری از اعضاء داخلی بدن، زنده شدن خاطرات فراموش شده قبلی، بروز احساسات مذهبی و نگرش‌های فلسفی و مسخ شخصیت ممکن است روی دهد.

عوارض جانبی

بازگشت خاطره توهمی (Flashback)، افسردگی، اضطراب، سایکوز. بازگشت خاطره توهمی (Flashback): عبارت است از بازگشت خودبخودی و گذرای تجربه ناشی از مواد، که معمولاً چند ثانیه تا چند دقیقه دوام می‌آورد. اکثراً به صورت دگرگونی بینایی، توهم هندسی، توهم شنوایی، ریزبینی، درشت بینی، احساس گستردگی زمان و تجربه مجدد هیجانات قوی است. وابستگی

مصرف دراز مدت مواد توهم‌زا شایع نیست. معمولاً اعتیاد جسمی و سندرم ترک روی نمی‌دهد. وابستگی روانی نیز شایع نیست. تحمل نسبت به مواد توهم‌زا به سرعت به وجود آمده و به سرعت نیز از بین می‌رود.

آمفتامین

آمفتامین‌ها نخست جهت مصرف درمانی ساخته شده و اکنون نیز در درمان نارکولپسی، افسردگی و سندرم پرتحرکی کودکان کاربرد دارند. این داروها به عنوان مقلد سمپاتیک یا محرک سیستم عصبی مرکزی نیز معروفند. این ترکیبات شامل متیل فنیدیت (ریتالین)، دکستروآمفتامین و مت آمفتامین هستند و اسامی خیابانی نظیر کریستال، یخ (ICE)، کریستال مت و سرعت (Speed) دارند و به صورت پودر با رنگ‌های مختلف سفید، صورتی، زرد و قرص‌ها و کپسول‌هایی با رنگ، شکل و اندازه متفاوت موجودند.

آمفتامین‌ها اغلب جهت بهبود کارایی، کاهش خواب و ایجاد سرخوشی توسط ورزشکاران، دانشجویان و رانندگان مورد سوء مصرف قرار می‌گیرند. نحوه مصرف به صورت خوردن، استنشاق، تزریق یا کشیدن با سیگار است.

آثار مصرف

- آثار روانی: مصرف باعث افزایش راحتی شده و سرخوشی و رفتار دوستانه ایجاد می‌کند. دوزهای پایین عموماً باعث بهبود توجه و عملکرد، کاهش خستگی، کاهش خواب و بالا رفتن آستانه درد می‌شود. با مصرف دوزهای بالا برای دوره‌های زمانی طولانی آثار نامطلوب دارو به وجود می‌آید.
- آثار جسمی: افزایش فشار خون و ضربان قلب، خشکی دهان، تعریق، افزایش انرژی و کاهش اشتها.

عوارض جانبی مصرف طولانی مدت

بروز وابستگی و تحمل، کاهش وزن، ضایعات پوستی مزمن، سایکوز شبه اسکیزوفرنی، ایسکمی قلبی و وابستگی

تحمل و وابستگی به آمفتامین‌ها رخ می‌دهد.

توصیه‌ها و درمان‌های لازم

- بیمارانی را که علائم سایکوز یا افسردگی شدید دارند به مراکز روان پزشکی هدایت کنید.
- به بیماران اطمینان دهید که علائم لتارژی، افسردگی و خستگی از عوارض طبیعی ترک بوده و گذرا است.

- اغلب برای ترک نیاز به داروی خاصی نیست. داروی ضد افسردگی در برخی موارد کمک کننده است.

اکستازی (Ecstasy)

Ecstasy یا MDMA یک آمفتامین توهمزا است یعنی به دلیل تأثیر بر سیستم دوپامینرژیک، محرک و به دلیل تأثیر بر سیستم سروتونرژیک، توهمزا است. Ecstasy معمولاً به شکل قرص و کپسول با اندازه، شکل و رنگ‌های متفاوت و یا پودر سفید موجود است و از طریق خوردن مورد سوء مصرف قرار می‌گیرد و به نام‌های X، XTC، E و قرص‌های شادی نیز معروف است.

آثار مصرف

- آثار جسمانی: تعریق، خشکی دهان، تریسموس، افزایش فشار خون، تاکی کاردی، گشادی مردمک، افزایش انرژی، هیپرترمی.
- آثار روانی: احساس آرامش، شادی، گرما، افزایش انرژی و احساس صمیمیت با دیگران. در دوزهای بالا ممکن است اضطراب، افسردگی، پانیک، بی‌خوابی و سایکوز بروز کند.

عوارض جانبی

افزایش فشار خون، عوارض کبدی و قلبی، آسم، دیابت، تشنج و علائم شبیه سندرم نورولپتیک بدخیم. Ecstasy می‌تواند موجب هیپرترمی شود که در اثر فعالیت مفرط مثلاً رقص‌های طولانی مدت و وحشیانه شدت یافته و حتی منجر به مرگ می‌گردد.

فن سیکلیدین (Phencyclidine = PCP)

فن سیکلیدین به عنوان یک داروی بیهوشی کشف و طبقه بندی شد اما به دلیل عوارض جانبی زیاد امروزه دیگر به عنوان داروی بیهوشی در انسان مصرف نمی‌شود. یک ترکیب وابسته به آن به نام کتامین که K مخصوص (Special K) هم نامیده می‌شود هنوز به عنوان داروی بیهوشی در انسان کاربرد دارد. فن سیکلیدین به نام‌های دیگری مانند گرد فرشته، کریستال، صلح، Supergrass نامیده می‌شود. آثار PCP شبیه آثار مواد توهمزا مانند LSD است.

PCP و ترکیبات وابسته به آن به صورت پودر متبلور، خمیر، مایع یا کاغذ آغشته به دارو عرضه می‌شود و معمولاً به سیگارهای حاوی حشیش اضافه شده و مصرف می‌شود. آثار ۵ دقیقه پس از مصرف ظاهر شده و در مدت ۳۰ دقیقه به حداکثر می‌رسد.

آثار مصرف

احساس سرخوشی، احساس خوشایند غوطه وری، تغییر در تصویر ذهنی بدن، دگرگونی در درک زمان و مکان. آثار کوتاه مدت ۳ تا ۶ ساعت طول می‌کشد و گاهی جای خود را به حالت افسردگی می‌دهد که ضمن آن بیمار تحریک پذیر، تا حدودی پارانویید و گاهی دچار رفتارهای تهاجمی نامعقول، تمایل خودکشی و دیگر کشی می‌شود.

عوارض جانبی

اضطراب، افسردگی، نیستگموس، افزایش فشار خون، هیپرترمی، تاکی کاردی، تشدیدرفلکس‌های وتري عمقی، دیزآرتري، رابدومیولیز، تشنج، اغماء و مرگ. برخی از کسانی که مدت‌ها PCP مصرف کرده‌اند کریستالیزه می‌شوند، یعنی به سندرمی شامل کندی تفکر، کاهش رفلکس‌ها، نقصان حافظه، عدم کنترل تکانه، افسردگی، بی‌حالی و اختلال تمرکز دچار می‌شوند.

افزایش فشار خون، تاکی کاردی و نیستگموس نشانه‌های شایع مصرف فن سیکلیدین هستند که در مراکز فوریت مشاهده می‌گردند.

وابستگی تحمل به عوارض و وابستگی روانی روی می‌دهد ولی وابستگی فیزیکی معمول نیست و علائم ترک شدید نیست. (بامری، ۱۳۹۴: ۴۶).

مواد استنشاقی (inhalants)

مواد استنشاقی شامل چسب‌ها، حلال‌ها، بنزین، مایع سوخت فندک، تینرهای نقاشی، اتر، لاک غلط گیر، رنگ‌های اسپری و ... هستند، برای استعمال این مواد ابتدا دستمال یا پارچه‌ای را به آن آغشته نموده، مقابل دهان یا بینی گرفته و استنشاق می‌نمایند. ویژگی‌های مواد استنشاقی عبارتند از: هزینه پایین، انواع متنوع، استفاده آسان، تأثیر سریع و کوتاه مدت و فقدان عوارض حاد چشمگیر.

مصرف مواد استنشاقی معمولاً توسط نوجوانان صورت می‌گیرد و در بسیاری از مواقع پیش درآمد مصرف سایر موادند. اکثر افراد احتمالاً مواد استنشاقی را برای مدت کوتاهی مورد استفاده قرار داده و الگوی مصرف

دراز مدت پیدا نمی‌کنند. بشورات پوستی اطراف دهان و بینی، بوی غیرمعمول تنفس، بقایای ماده مصرفی روی صورت و لباس‌ها، تحریک گلو و بینی از نشانه‌های مصرف هستند.

آثار مصرف

آثار مشابه به مصرف الکل هستند ولی معمولاً سریع ظاهر شده و طی چند دقیقه برطرف می‌شود و عبارتند از: تغییرات رفتاری یا روانی (سرخوشی و احساس خوشایند غوطه وری، خطاهای حسی و توهم شنوایی و بینایی، اختلال قضاوت، رفتارهای پرخاشگرانه و تکانه‌ای).

عوارض جانبی

مواد استنشاقی باعث وابستگی روانی می‌شوند. مصرف طولانی مدت منجر به صدمه به مغز، کاهش ضریب هوشی، صرع لوپ تمپورال، صدمات کبدی و کلیوی، التهاب و خونریزی گوارشی، آسیب عضلانی پایدار و عوارض قلبی و ریوی، استئوپوروز، اغماء و مرگ ناشی از مصرف زیاد می‌شود. (اختر محقی، ۱۳۸۵: ۶۳).

استروئیدهای آنابولیک

استروئیدهای آنابولیک مشتقات صنعتی (سنتتیک) تستوسترون می‌باشند که به صورت کپسول، قرص و آمپول و به رنگ‌های متفاوت موجودند و به صورت خوراکی، زیر جلدی و داخل عضلانی مصرف می‌شوند. استفاده غیرقانونی از آن‌ها به منظور افزایش عملکرد فیزیکی و افزایش توده عضلانی به خصوص در ورزشکاران رشته‌های دو و میدانی، وزنه برداران و بدنسازان صورت می‌گیرد. به این منظور گاهی میزان مصرف به ۲۰ برابر دوز روزانه درمانی می‌رسد.

آثار مصرف

مصرف استروئیدهای آنابولیک ابتدا سرخوشی و بیش فعالی ایجاد می‌کند اما پس از دوره نسبتاً کوتاهی موجب خشم فزاینده، تحریک پذیری، رفتار خصمانه بینی، اضطراب، جسمانی کردن (somatization) و افسردگی می‌گردد. موضوع نگران کننده دیگر ارتباط بین سوء مصرف استروئیدها و خشونت است به نحوی که در برخی موارد مصرف کنندگان بدون آن که سابقه‌ای از خشونت یا رفتار ضد اجتماعی داشته باشند مرتکب قتل و سایر جرائم خشن شده‌اند.

عوارض جانبی

در مردان و زنان: افزایش فشار خون، بیماری‌های قلبی، صدمات ریوی، کبدی و کلیوی، هپاتیت، سرطان.

در مردان: آکنه، طاسی، زرد شدن پوست و چشم، ژینکوماستی، کاهش اندازه بیضه‌ها و پروستات.
در زنان: بزرگی کلیتوریس، مشکلات قاعدگی، آلوپسی، کلفتی صدا، کوچک شدن پستان (همان، ۱۳۸۵: ۵۷).

شیشه یا کریستال

کریستال^۱ یا شیشه^۲ یکی از مواد مخدر جدیدی است که در بازار قاچاق عرضه می‌شود ایس، شیشه یا کریستال نام‌های دیگر آن است به این دلیل در کشور ما به آن شیشه گفته می‌شود که شکل ظاهری این ماده شبیه شیشه‌ای که خورد و پودر شده می‌باشد و یا تکه‌های ریز یخ و یا خورده‌های ریز نبات است. و در اروپا و آمریکا بیشتر به نام ایس شناخته می‌شود. شایو که در آسیای جنوب شرقی رواج دارد نیز شباهت‌های به این ماده دارد. (اختر محقق، ۱۳۸۵: ۵۸).

۲-۱ نقد و بررسی منابع فارسی در خصوص موضوع تحقیق

مدبرنیا (۱۳۹۲: ۷۷-۷۰) در تحقیق خود به دنبال بررسی عوامل مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر در افراد ۱۵ تا ۳۰ ساله است. از نظر ایشان مصرف روزافزون مواد مخدر در کشور ما با توجه به جوان بودن جامعه ایرانی و اعتیاد به مواد مخدر به دشواری پیچیده اجتماعی بدل شده و پیامد ویرانگر دارد. از سوی دیگر با توجه به این نکته که رفتار وابستگی زیادی به محیط اجتماعی دارد و هم چنین در نظر داشتن این جستار که لازمه بررسی و شناخت دقیق این مسائل داشتن نگاه کل نگرانه مبتنی بر روش‌های کیفی است در این پژوهش تلاش شده عوامل مؤثر بر اعتیاد در افراد جوان بر اساس تجربه خود آن‌ها بررسی شود. شناسایی عوامل مذکور این امکان را به مسئولان و دست‌اندرکاران اعتیاد به مواد مخدر می‌دهد تا با انتخاب راهبرد مناسب اقدام مؤثرتری برای پیشگیری از این بلای اجتماعی به اجرا درآورند.

این تحقیق به روش پژوهش کیفی و با استفاده از روش «تجزیه و تحلیل محتوایی» انجام شده است. نمونه‌های پژوهش را ۳۳ نفر از مصرف کنندگان مواد مخدر مراجعه کننده به مرکز روانپزشکی درمانی-آموزشی شفای رشت و هم چنین ۱۲ نفر از درمانگران مرکز مذکور تشکیل می‌دادند که در چارچوب نمونه گیری غیراحتمالی و با روش «نمونه گیری مبتنی بر هدف» انتخاب شدند. داده‌های پژوهش با مصاحبه نیمه

^۱ amphetamines

^۲ glass

ساختار یافته و ضبط صدا گردآوری شد. محتوای این مصاحبه‌ها پس از تبدیل به متن بر اساس متدلوژی انتخاب شده تجزیه و تحلیل شد.

یکی از مهم‌ترین نتایج این تحقیق، تأکید بر نقش انگیزاننده‌های درونی به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر اعتیاد است. اولین مقوله بدست آمده از مصاحبه با مصرف کنندگان مواد نشان داد که انگیزاننده‌های درونی بر تمایل فرد به مصرف مواد مخدر تأثیر گذار هستند.

ویژگی‌های فردی نیز از جمله دیگر عوامل مؤثر بر اعتیاد در این تحقیق معرفی شده است. در این پهنه بیشترین امتیاز را عواملی نظیر نداشتن جرات و مهارت نه گفتن، و ناتوانی مهارت‌های حل مسئله و پیشینه شخصیتی فرد به خود اختصاص می‌دهد.

تعدادی از گویه‌های مشارکت کنندگان این پژوهش بر عوامل انگیزشی دلالت داشتند که سرآغاز آن‌ها در خود فرد بود و می‌تواند به روی آوردن به مصرف مواد منتهی شود یا برعکس او را از مصرف این مواد باز دارد. نکته جالب آن که بعضی از این عوامل (نظیر کنجکاوی) در زمره خصلت‌های منفی نبوده بلکه به واسطه استفاده نامناسب، پیامدهای ناخوشایندی را متوجه فرد می‌کند.

شرکت کنندگان در این پژوهش از کسب آسان منفعت در زمینه‌های روانی و جسمی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر نام برده‌اند. به گفته این افراد وسوسه دستیابی فوری به نتایجی که فرد معتاد درازروی رسیدن به آن بوده یا دستیابی فوری به نتایجی که فرد معتاد درازروی رسیدن به آن بوده و یا دستیابی به آن‌ها از راه‌های دیگر را پر درد سر و وقت گیر می‌دانسته، در بسیاری از موارد به عنوان عامل شروع و ادامه مصرف مواد مخدر مطرح می‌شود. تلاش برای کاهش استرس‌های مرتبط با دوره نوجوانی یا استرس‌های درسی، نیاز به التیام روحی روانی در مواجهه با مشکلات شغلی یا خانوادگی در زمره رایج‌ترین علل و مقابله با درد، افزایش توانایی جسمی و تقویت قوای جنسی از جمله شایع‌ترین علل روی آوردن افراد به مصرف مواد مخدر محسوب می‌شوند.

لذت طلبی کاذب نیز یکی دیگر از مؤلفه‌های تأثیر گذار بر استفاده از مواد مخدر در این تحقیق مطرح شده است. روحیه کنجکاوی به عنوان ویژگی خوب انسان‌های موفق همواره مورد توجه بوده است اما در برخی از افراد معتاد استفاده نادرست از این خصیصه باعث به دام افتادن آنان شده است.

تعدادی از افراد معتاد شرکت کننده در این پژوهش به اقتضای سنی که داشتند از نیاز به مطرح نمودن خود به عنوان یک فرد مستقل و دارای اختیار کامل صحبت می‌کردند که همین عامل می‌تواند به عنوان عاملی مؤثر در به دام افتادن این افراد در گرداب اعتیاد مطرح شود (مدبرنیا، ۱۳۹۲: ۷۳).

به اظهار مشارکت کنندگان بسیاری از افراد معتاد مهارت نه گفتن به وسوسه‌ها که لازمه حضور موفق هر انسان در جوامع کنونی است را ندارند مهارت نه گفتن یکی از این موارد بود که یکی از افراد معتاد از تجربه خود زمانی که مصرف مواد توسط دوستان به او پیشنهاد شده بود می‌گفت " خجالت می‌کشیدم بگویم نه " فرد دیگری که فاقد " مهارت حل مسئله بود: چنین می‌گفت: " وقتی گرفتاری‌هایم زیاد می‌شد یه راه حل بلد بودم مواد "

از طرف دیگر از نظر این پژوهشگران، متأثر شدن ساختار شخصیتی از دو سو (زیست شناختی - جامعه شناختی) بستری مناسب برای شکل‌گیری شخصیت ناتوان ایجاد می‌کند. و دیگر نتایج حاکی از آن است که **مشوق‌های بیرونی**، به عنوان سومین عامل مؤثر بر اعتیاد قابل شناسایی است. طبقه اصلی حاصل از یافته‌های مطالعه ایشان را مشوق‌های بیرونی تشکیل می‌دهد. شرایط فرهنگی: وضعیت فرهنگی خانواده و جامعه یکی از مواردی بود که هم افراد معتاد و هم درمانگران بر نقش برجسته آن در سوق دادن افراد به اعتیاد تأکید داشتند.

از این مشوق‌ها، سهم خانواده بسیار برجسته‌تر بوده است به گونه‌ای که سابقه مصرف سایر اعضای خانواده و سابقه مصرف در خویشاوندان و ضعف مهارت‌های فرزند پروری از مهم‌ترین عوامل مرتبط با خانواده بود که بر آغاز و تداوم اعتیاد تأثیر گذار بوده‌اند. به نظر می‌رسد جامعه با وارد کردن پیام‌های مختلف از راه مصرف مواد و پیامدهای آن بر ساختار روانی خانواده، شرایطی ایجاد می‌کند که در تربیت فرزندان بسیار اثر گذار بوده و محصول آن افراد کم‌توان با سازوکارهای رفتاری بسیار ضعیف است.

از دیگر نتایج مهم تحقیق **نقش عوامل اجتماعی** بر مصرف مواد مخدر است. بسیاری از مشارکت کنندگان شرایط اجتماعی را به عنوان یکی از اصلی‌ترین عوامل تأثیر گذار بر بروز اعتیاد معرفی کردند. در این شرایط درون خانواده از مؤلفه‌های مهم تأثیر گذار محسوب می‌شود

دریافته‌های دیگر پژوهش زندگی در محله‌هایی که تهیه مواد در آن‌ها به آسانی فراهم بوده و همچنین در دسترس بودن ماده مخدر از عمده‌ترین عوامل اجتماعی مؤثر بر شروع و تداوم اعتیاد به مواد مخدر بوده است.

از مباحث مطرح شده در عرصه اجتماعی می‌توان چنین نتیجه گرفت که توانایی اجتماعی از راه‌های مختلف از جمله فرهنگ، مسائل اقتصادی، زندگی در محلات خاص، فراهم بودن مواد و شرایط نامناسب برای ابراز هیجان تجلی می‌یابد. در مجموع به نظر می‌رسد عناصر مختلف در عرصه زیستی (آثار مصرف مواد)، عرصه روانشناختی (ویژگی‌های شخصیتی) و شرایط خانوادگی و جامعه در مجموعه در هم تنیده‌ای عمل می‌کنند تا شخص مستعد ابتلای به مصرف مواد مخدر شود.

در مطالعه ایشان عواملی مثل در دسترس بودن آسان مواد مخدر، ناتوانی فرد در مواجهه با استرس، وجود کم توانی و ناتوانی شخصیتی و بالاخره زندگی در سطح اقتصادی - اجتماعی پایین، نقش برجسته‌ای داشتند.

بی‌تردید، لازمه چشمگیری و درمان وابستگی به مواد، وجود دیدگاهی جامع‌نگراست که بتواند عوامل عمده در عرصه زیست، روان، جامعه شناختی اعتیاد را به‌طور هم‌زمان و در تعامل باهم مورد توجه و رسیدگی قرار دهد.

داده‌های کلی این پژوهش نشان دادند مشارکت کنندگان دیدگاهی کاملاً منفی نسبت به اعتیاد به مواد مخدر داشته و در حین صحبت‌های خود بارها از این مفهوم با عنوان‌هایی نظیر خانه برانداز، شوم ویرانگر و واژه‌های نظیران استفاده کرده‌اند. هم چنین، داده‌ها مبین این نکته هستند که به معتادان و هم درمانگران به لزوم رهایی از این پدیده مخرب اجتماعی اذعان داشته‌اند.

از تجزیه و تحلیل مقایسه‌ای مداوم داده‌های پژوهش دو طبقه مفهوم اصلی با عنوان انگیزاننده‌های درونی و مشوق‌های بیرونی پایدار شدند.

جهانگیری و غلام زاده نطنزی (۱۳۹۰: ۱۲۹-۱۵۵) در تحقیق مشترکشان به دنبال بررسی رابطه کنترل اجتماعی و گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در جوانان می‌باشند. از نظر ایشان اعتیاد یا به تعبیری بهتر سوء مصرف مواد مخدر پدیده‌ای اجتماعی است که در جهان امروز گریبان گیر بسیاری از جوامع است و آمارهای بسیار زیاد سوء مصرف مواد مخدر و مواد توهم زای شیمیایی، در جهان امروز تصدیقی بر این ادعاست. بنابراین بی‌ارتباط نخواهد بود اگر بگوییم که سوء مصرف مواد مخدر بیشتر عرصه‌های زندگی بشر امروز را مورد تهدید جدی قرار داده است. مواردی چون کاهش سن شروع مصرف، بروز بیماری‌های خطرناکی نظیر ایدز، ورود مواد صنعتی و آزمایشگاهی مانند اکس شیشه و محبوبیت مصرف سیگار و تریاک نزد جوانان، همه مؤید این مطلب است. در این بین افزایش میزان سوء مصرف مواد مخدر در ایران

به ویژه در سال‌های اخیر تبعات و معضلات چندی را برای جامعه امروزی به دنبال داشته است چرا که این پدیده علاوه بر این که به لحاظ فیزیکی سلامت افراد را تهدید می‌کند بلکه ارزش‌های فرهنگی جامعه از جمله خانواده، اعتماد، هم بستگی، مشارکت اجتماعی... را نیز به چالش می‌کشد. در این میان جوانان به عنوان کسانی که در معرض خطر جدی این مواد شناخته می‌شوند بیشتر در شهرهای اقماری نزدیک به کلان شهرها زندگی می‌کنند از آنجا که درست در کنار تهران به عنوان پایتخت ایران و یکی از کلان‌شهرهای بزرگ کشور مترکم‌ترین شهرستان کشور یعنی اسلام شهر قرار گرفته و از آنجا که این شهر پر جمعیتی نزدیک به ۸۰۰ هزار نفر یک شهر مهاجر پذیر بوده و بخش قابل توجهی از آن را جوانان تشکیل می‌دهند و پدیده اعتیاد به عنوان مهم‌ترین خطرات احتمالی موجود برای جوانان در این شهرستان با توجه به ویژگی‌های جمعیتیان به میزان بسیار زیادی قابلیت اشاعه داشته و گریبان گیر جوانان در این شهر است لذا در این تحقیق بر آن شدیم تا در این خصوص به تحلیل و تبیین عوامل اجتماعی مؤثر بر گسترش اعتیاد در این شهرستان پرداخته و از این طریق جهت پیشگیری از ابتلای جوانان به این معضل و شناخت نقیصه‌های موجود گاهی در جهت تسهیلات مربوطه به مسئولین برداریم. سؤال اصلی تحقیق عبارت بوده است از این که چه عواملی می‌تواند بر گرایش جوانان به سوء مصرف مواد مخدر در جامعه مؤثر باشد؟ برای پاسخ گویی به سؤال فوق در این بررسی از رویکرد کنترل اجتماعی بهره برده‌ایم با استفاده از فرمول نمونه گیری کوکران و اطلاعات موجود در مرکز درمان و باز توانی شهر اسلام شهر با تعداد صد نفر از کلیه جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال معتاد که دارای پرونده در این مرکز بودند و صد نفر از جوانان ۱۸ تا ۲۹ سال که معتاد نبودند را باروش نمونه گیری تصادفی به عنوان نمونه تحقیق انتخاب کردیم. داده‌های مورد نیاز نیز به کمک پرسشنامه گردآوری شدند. نتایج تحقیق نشان داد که: بین میزان دلبستگی، میزان تعهد، میزان مشارکت، میزان اعتماد جوانان و اعتیاد آن‌ها رابطه معنا داری وجود دارد. (جهانگیری و همکارانش ۱۳۹۰: ۱۲۹-۱۵۵)

نتایج کلی این تحقیق حاکی از آن است که سوء مصرف مواد مخدر و اعتیاد یکی از مشکلات عمده کشورهای در حال توسعه است. از آنجا که این کشورها دارای جمعیت جوان هستند، بالطبع بیشتر در معرض خطر واقع می‌شوند در این بین جوانان به عنوان عمده‌ترین و مستعدترین گروه در معرض خطر بیشتری قرار دارد دامنه تأثیرات سوء مصرف مواد از آن رو حائز اهمیت است که عواقب آن تنها فرد مورد نظر را دربر نمی‌گیرد، بلکه معمولاً خانواده، دوستان و همکاران نیز در معرض آثار ویران‌گر قرار خواهند گرفت. (چیریلو، ۱۳۷۸: ۱۵) درمان سوء مصرف مواد نیز پر هزینه، دشوار و طاقت فرسا است. بنابراین پیشگیری از سوء مصرف مواد می‌تواند در جلوگیری از تحمل هزینه‌های سنگین به اجتماع جلوگیری کند. سوء مصرف مواد مخدر وقتی در جامعه‌ای شیوع پیدا می‌کند هزینه‌های کلان اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی را بر آن جامعه تحمیل می‌کند با توجه به شرایط کنونی برای رفع این مشکل نیازمند شناخت علل اجتماعی گرایش با آن هستیم که سعی شد تا در این مجال کوتاه برخی به از عوامل اجتماعی مؤثر در این زمینه اشاره گردد چنانچه مشخص است سوء مصرف مواد مخدر یکی از حالات انومی در جامعه است. در واقع انومی حالت مبهمی است بین فرد و جامعه که فرد در آن‌ها هنجارها یا از بین رفته‌اند یا ضعیف‌اند و باهم در تضادند وقتی حالت بی‌هنجاری به سطح بالایی برسد ممکن است جامعه با خطر متلاشی شدن مواجه گردد، چون اعضا جامعه دیگر ارزش‌ها و اهداف مشترکی را قبول ندارند فرد در حالت بی‌هنجاری رهنمود رفتاری ندارد زیرا در این دو وضعیت کمترین احساسی از تأثیر نظم اجتماعی بر خواش‌های شخصی و اعمال خویش ندارد. دورکیم معتقد است که در شرایط مستحکم و پایدار، آرزوهای انسان‌ها از طریق هنجارها، تنظیم و محدود شده است که با از هم پاشیدگی هنجارها انومی یا یک وضعیت آرزوهای بی‌حد و حصر به وجود می‌آید، از آنجایی که این آرزوهای بی‌حد و حصر طبعاً نمی‌توانند ارضاء و اشباع شوند در نتیجه یک وضعیت نارضایتی اجتماعی دائمی پدید می‌آید سپس این نارضایتی در جریان‌های اقدامات اجتماعی منفی نظیر سوء مصرف مواد مخدر، خودکشی، اقدامات جنایی، طلاق و... ظاهر می‌گردند. (رفیعی پور، ۱۳۷۸: ۱۸-۲۰) همان طوری که ملاحظه کردید در این پژوهش سعی کردیم مسئله سوء مصرف مواد مخدر جوانان را با نگاه جدیدی مورد کنکاش قرار دهیم. بنا براین برای پاسخ گویی به سؤال اصلی تحقیق که عبارت است از چه عواملی بر سوء مصرف مواد مخدر توسط جوانان مؤثر است؟ پس از مرور نظریات مربوط در این زمینه، نظریه کنترل اجتماعی هیرشی به عنوان چارچوب نظری انتخاب گردید و فرضیات پژوهش از آن نظریه استخراج شد. هرکدام از ابعاد کنترل اجتماعی از قبیل دلبستگی با چهار گویه، تعهد با ۴ گویه،

مشارکت با ۴ گویه و باور و اعتقاد با ۳ گویه طراحی شدند و به‌طور جداگانه با متغیر سوء مصرف مواد مخدر توسط جوانان در ارتباط گذاشته شدند. پس از تهیه پرسشنامه به عنوان ابزار سنجش، آن را در بین ۱۰۰ نفر از جوانان معتاد ۱۸ تا ۲۹ دارای پرونده در مرکز درمان و باز توانی شهرستان اسلام شهر و ۱۰۰ نفر از جوانانی که از نظر خصوصیات مختلفی چون سن، وضعیت اشتغال، وضعیت تأهل و... با گروه آزمایش همگن شده بودند و گروه کنترل ما را تشکیل می‌دادند اجرا کردیم نتایج نشان داد که در هرکدام از ابعاد کنترل اجتماعی نمره جوانان غیر مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر بیشتر در دو طبقه متوسط و بالا قرار داشت. در صورتی که نمره جوانان مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر در هرکدام از ابعاد فوق بیشتر در دو طبقه متوسط و پایین قرار می‌گرفت و رابطه همه ابعاد پیوند اجتماعی با متغیر ابتلای جوانان به سوء مصرف مواد مخدر با توجه به مقدار x^2 و sig محاسبه شده معنا دار بودند. به‌طور کل نتایج ذیل از جمله مهم‌ترین یافته‌های این تحقیق بود:

۱ بین میزان پیوند اجتماعی و سوء مصرف جوانان از مواد مخدر رابطه معکوس وجود دارد. بدین معنی که از میزان پیوند اجتماعی آن‌ها با جامعه بیشتر باشد ابتلا به اعتیاد آن‌ها کم‌تر می‌شود و بالعکس اگر میزان پیوند اجتماعی جوانان با جامعه کم‌تر شود احتمال و میزان ابتلای آن‌ها بیشتر می‌شود.

۲ علاوه بر فرضیه اصلی هرکدام از ابعاد پیوند اجتماعی نیز رابطه معکوسی با سوء مصرف مواد مخدر داشتند. یعنی با افزایش میزان هرکدام از ابعاد مؤلفه پیوند اجتماعی احتمال و میزان ابتلای جوانان به سوء مصرف مواد مخدر کاهش میابد و بالعکس.

ابتلا به سوء استفاده از مواد مخدر زندگی فرد را از هم می‌پاشد، نظام ارزش‌ها، باورها و هنجارهای جامعه را مورد تهدید قرار می‌دهد برای نگهداری فرد مبتلا خانواده و جامعه هزینه‌های گزافی را تحمل می‌کنند. فرد نه تنها از تولید باز می‌ماند بلکه بار مالی سنگینی بر سبد هزینه خانواده و جامعه می‌افزاید و بالاخره زمینه آلودگی‌های اجتماعی و سایر بزهکاری‌ها و آسیب‌های اجتماعی را فراهم می‌سازد و در نهایت کیان جامعه را مورد تهدید قرار می‌دهد. بنابراین این موضوع به عنوان یک مسئله جدی در جامعه انسانی مطرح است. راهکارهایی که در این پژوهش پیشنهاد شده است بدین قرار است:

۱ خانواده و جامعه در مقابل بی‌تفاوتی جوان‌ترها نسبت به مسائل خانوادگی، اجتماعی و... حساس باشند و هرگز اجازه ندهند پیوند اجتماعی جوانان با خانواده، جامعه قطع گردد.

۲ با به کار گیری انواع روش ها جوانان را به مشارکت در مسائل خانوادگی و اجتماعی ترغیب کنند چرا که در غیر این صورت با توجه به نتایج به دست آمده در این تحقیق و تحقیقات مشابه احتمال ارتکاب اعمال انحرافی از قبیل اعتیاد و... در بین جوانان افزایش میابد بنابراین وجود برنامه های پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و آگاه سازی جوانان بیش از پیش ضروری به نظر می رسد و لازم است در پیشگیری از این افت جامعه هرچه سریع تر و حساب شده تر برنامه های اجتماعی جدید و متفاوتی از راه کارهای قهرانه طرح ریزی اجرا گردد

بدین ترتیب و با توجه به مسئله و چارچوب نظری تحقیق می توان اذعان داشت که احتمالاً بین پیوند اجتماعی و گرایش جوانان به سوء مصرف مواد مخدر رابطه وجود دارد لذا پژوهش پیش رو برای پاسخ گویی به مسئله تحقیق به بررسی این فرضیه می پردازد

تحقیق دیگری که می توان به آن اشاره کرد، گزارش ارزیابی بهزیستی در خصوص وضعیت سوء مصرف مواد در ایران (۱۳۷۹) است. این تحقیق توسط سازمان بهزیستی کشور و دفتر برنامه کنترل مواد ملل متحد انجام شد. در این بررسی آمار معتادان ایرانی را که تا سال ۱۳۷۶ پانصد هزار نفر برآورد می شد، تغییر داد؛ به گونه ای که بر اساس آمار مراکز بازپروری طی ۱۱ سال، میزان معتادان کشور حدود هفتصد هزار نفر و تعداد معتادان تزریقی را حدود یکصد و شصت و شش هزار نفر و حداقل میزان شیوع وابستگی به مواد را یک میلیون نفر در زمان اجرای پژوهش برآورد کرده است (رزاقی و همکاران، ۱۳۷۹).

بررسی میزان شیوع مصرف مواد در شهروندان شیراز (۱۳۸۱): جامعه آماری این پژوهش افراد ۱۵ سال به بالای شهر شیراز بوده که ۱۴۰۰ نفر (۷۰۰ نفر مرد و ۷۰۱۰ نفر زن) به صورت نمونه گیری چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش نیز پرسشنامه بوده است. در این تحقیق مشخص شد که ۴۵ درصد افراد، حداقل یک بار در طول عمر خود از دخانیات، ۲۶ درصد از الکل ۱۵/۶ درصد از تریاک، ۲/۹ درصد از هرویین، ۰/۶ درصد، آل. اس. دی، ۰/۵ درصد از کوکائین و ۶/۳ درصد از حشیش استفاده کرده اند. میزان مصرف کنندگان الکل برابر با ۱۱/۴ درصد، دخانیات ۸/۶ درصد، تریاک ۵/۹ درصد، هرویین ۰/۶ درصد آل. اس. دی ۰/۲ درصد، کوکائین ۰/۱ درصد و حشیش ۱/۲ درصد بوده است اولین ماده مصرفی با شیوع ۴/۴۰ درصد دخانیات، ۴/ درصد ۱۲ الکل، ۱/۸ درصد تریاک، ۰/۱ درصد هرویین، ۰/۱ درصد آل. اس. دی، ۰/۱ درصد کوکائین و ۰/۴ درصد حشیش بود ۵۶/۴ درصد از سوء مصرف کنندگان مواد متأهل و ۳۴/۶ درصد مجرد بودند (شریفی، ۱۳۸۱: ۳۴).

پژوهش بررسی همه گیر شناسی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران (۱۳۸۲) با حمایت دفتر مقابله با جرم و مواد سازمان ملل متحد و همکاری وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ستاد مبارزه با مواد مخدر باهدف اصلی تعیین میزان شیوع مصرف و سوء مصرف مواد بر حسب سن، جنس، محل سکونت، وضعیت تأهل و میزان سواد به تفکیک در دو منطقه کشور اجرا شد. جامعه آماری تحقیق افراد بالای ۱۵ سال ایرانی مراجعه کننده به درمانگاه‌های اورژانس بیمارستان‌های کشور (به جز بخش زایمان) بود و نمونه‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. برای این منظور جامعه به دو منطقه با شیوع بالا و پایین تقسیم شد. در این تحقیق از تمام نمونه‌ها آزمایش ادرار گرفته شد. این پژوهش تعداد مصرف کنندگان تریاک و سایر مواد افیونی را سه میلیون و هفتصد هزار نفر اعلام کرده که سه میلیون و سیصد هزار نفر آن‌ها حداقل یک سال این مصرف را داشته‌اند و دو میلیون و پانصد هزار نفر آن‌ها در حد مشکل آفرین (سوء مصرف و وابستگی) مصرف می‌کرده‌اند. قابل ذکر است تعداد معتادان طبق معیارهای چهارمین ویرایش طبقه بندی تشخیصی و آماری اختلالات روانی یک میلیون و دویست هزار نفر اعلام شد (یاسمی و همکاران، ۱۳۸۲)

بررسی وضع موجود سوء مصرف مواد مخدر در بین دانش آموزان کل کشور ۱۳۸۲ تحقیقی تحت عنوان بررسی وضع موجود سوء مصرف مواد مخدر در بین دانش آموزان کل کشور با حمایت معاونت تربیت بدنی و تندرستی وزارت آموزش و پرورش در سال ۱۳۸۲ انجام شد. در این تحقیق دانش آموزان مورد مطالعه در رده سنی ۱۵ تا ۱۸ سال (سوم راهنمایی تا سوم دبیرستان) قرار داشتند و به لحاظ جنسیت ۴۸/۳ درصد دختر و ۵۱/۷ درصد پسر بودند. به لحاظ رشته تحصیلی، تمام رشته‌های تحصیلی از جمله علوم انسانی، تجربی، ریاضی و فیزیک، فنی و حرفه‌ای و کار و دانش مورد مطالعه قرار گرفت ۹/۱ درصد دانش آموزان دارای خانواده بی ثبات مثل جدایی پدر و مادر ازهم، فوت یکی از والدین و یا زندانی شدن پدرشان بود که بیشتر از دانش آموزان دیگر در معرض خطر قرار داشتند. به نقل از صدیق سروستانی ۲۷/۱ درصد دانش آموزان اذعان داشته‌اند که یکی از اعضای خانواده آن‌ها سیگار می‌کشد ۴/۹ درصد خانواده‌ها مواد مخدر مصرف می‌کنند و ۳/۴ درصد مشروبات الکلی می‌نوشند. نتایج این تحقیق نشان داد که ۵/۳ درصد از دانش آموزان سیگار کشیدن را تجربه کرده‌اند، ۲/۱ درصد مشروبات الکلی نوشیده و نیم درصد مواد مخدر مصرف کرده‌اند یعنی صریحاً اشاره کرده‌اند که لااقل یک بار مواد مخدر را تجربه کرده‌اند (صدیق سروستانی، ۱۳۸۲).

ارزیابی سریع وضعیت سوءمصرف و وابستگی به مواد در ایران (۱۳۸۳): این ارزیابی توسط مرکز آموزشی و پژوهشی سوءمصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی با حمایت دفتر کنترل مواد مخدر و جرائم سازمان ملل متحد و معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور انجام شد. جمعیت مورد مطالعه و شیوه نمونه گیری آن عبارت بود از سه گروه معتادان خیابانی، زندانی و مراجعان به مراکز درمانی که به عنوان منابع استخراج اطلاعات انتخاب شدند. در مورد تعداد نمونه های زندان و مراکز درمانی شیوه نمونه گیری تصادفی بود و در مورد معتادان خیابانی از روش نمونه گیری گلوله برفی استفاده شد. حجم نمونه از هر بخش عبارت بود از مراکز درمانی (۴۵۲ مورد)، زندان ها (۳۸۷ مورد) و خیابان (۴۰۹۱ مورد). در این تحقیق با بهره گیری از روش برابری، تخمینی از میزان اعتیاد کشور به دست آمد که محاسبات آن بر اساس تعداد افراد درمان شده در مراکز دولتی، تعداد موارد دستگیری، تعداد موارد تست مثبت مواد افیونی در کشور (نظیر ازدواج، استخدام، پیشه وری و موارد مشابه) نشان می دهد که تعداد معتادان کشور رقمی بین یک میلیون و دویست هزار تا یک میلیون و هشتصد هزار نفر با میانگین یک میلیون و پانصد هزار نفر است که نیازمند دریافت خدمات درمانی و بازتوانی هستند. در این آمارها افراد مصرف کننده تفننی محاسبه نشده اند (نارنجی ها و همکاران، ۱۳۸۳)

تحقیقاتی در خصوص بی تفاوتی اجتماعی

نادری و بنی فاطمه و حریری اکبری (۱۳۸۹، ۲۹-۵۹) در تحقیق خود به دنبال الگو سازی ساختاری رابطه بین بیگانگی و بی تفاوتی اجتماعی هستند. از نظر ایشان کناره گیری از شرکت در مسائل اجتماعی دل سردی و نداشتن علاقه، عدم درگیری مدنی و بی اعتنائی نسبت به موضوعات اجتماعی، سیاسی و فرهنگی، بی تفاوتی اجتماعی و وضعیتی که هر فرد در رابطه با خود دیگر آن و جامعه به اشکال گوناگون احساس بی قدرتی احساس بی هنجاری احساس بی معنایی انزوای اجتماعی تنفر فرهنگی و تنفر از خود را بروز می دهد، بیگانگی اجتماعی تعریف می شود. هدف کلی این پژوهش بررسی رابطه بین بیگانگی اجتماعی و بی تفاوتی اجتماعی در بین دانشجویان دوره کارشناسی بوده است و با استفاده از روش پیمایشی و ابزار پرسشنامه، جمع اوری داده های تحقیق در سطح دانشگاه تبریز بین ۸ دانشکده مطابق با روش نمونه گیری منطبق متناسب و نمونه آماری ۴۱۰ نفر انجام گرفته است. دیدگاه های نظری جنبه تلفیقی بین سطح کلان و خورد داشته و بیشتر با تکیه بر نظری های برد متوسط که می توان به دیدگاه نظریه پوندس، رس،

سیمن... اشاره کرد نتایج تفسیری از مدل‌سازی ساختارهای کوواریانسی دال بر وجود ارتباط معنا دار بین متغیر بیگانگی و بی‌تفاوتی اجتماعی دارد.

نتایج آمارهای توصیفی بیگانگی اجتماعی و ابعاد آن نشان می‌دهند که برای بیگانه شدن با توسل به تفکرات و ایده‌های شیء واره شده خود محرک‌های مناسب را در جهت تغییرات نگرشی و تحولات تمایلاتی خود ایجاد کرده‌اند. قشر تحصیل کرده جامعه به دلیل جدا افتادگی و دلزدگی از اجتماع و مسائل پیرامون جامعه زمینه را برای شکل‌گیری بحران مشارکت و جهت‌گیری‌های مثبت و منفی این افراد نسبت به فرآیندهای مختلف اجتماعی فراهم کرده است. افراد با کناره‌گیری از درگیری مدنی، به بینش‌های پراگماتیسی از نوع مصلحت‌گرا پناه برده و زمینه‌های فردگرایی را در سطوح مختلف اجتماعی ایجاد کرده‌اند. کاهش تسلط افراد بر مسیر زندگی خود، احساس ناتوانی و عجز در برابر مشکلات در حال زایش و تا حدودی ناتوانی این افراد برای اصلاح ساختار دانشگاهی، دال بر دل‌سردی این افراد در رابطه با فرآیندهای علمی و اجتماعی است. روندرو به‌تازید تنفر فرهنگی از سوی دیگر، پارامتر تشدیدکننده بیگانگی و به تعبیری شیء‌وارگی افراد است. شرایط نفرت‌آور یک محیط نامتناسب زمینه‌ساز پرورش این نوع از بیگانگی در بین افراد می‌باشد به این مفهوم که عدم توجه به محیط کتاب‌خانه‌ها در دانشگاه، نوع و نحوه برخورد عناصر اجرایی در این محیط‌ها فقدان بودجه‌های لازم برای تقویت محیط علمی برای کتاب‌خانه‌ها و در کل محیط‌های فرهنگی نبود کتاب‌های جدید از عوامل بستر ساز تنفر فرهنگی و در کل بیگانگی اجتماعی است از طرف دیگر ابهام در وضعیت آینده شغلی افراد تحصیل کرده و با در حال تحصیل تیره و تاریک بودن آینده جامعه موازی با آینده شغلی هدفمند نبود زندگی دانشگاهی از عوامل تشدیدکننده دیگری است که در جریان بیگانگی، علی‌الخصوص گسترش ایده بی‌معنایی و پوچی را در بین افراد دوجندان کرده و بسترهای بی‌تفاوتی را پهن کرده است. با افزایش تمایلات مبتنی بر موارد مذکور احتمال این وجود دارد که زمینه‌های مناسب برای ایجاد هنجارهای جدید دانشگاهی فراهم شود آن دسته از هنجارهایی از نظر عرف و قواعد جامعه نوعی بی‌هنجاری شمرده می‌شود لازم به ذکر است در صورتی که تمایلات ابراز شده توسط افراد در رابطه با موارد فوق در سطح نامطلوبی باشد این امکان وجود دارد که همین افراد بعد از ناتوانی و تنفر فرهنگی هنجار سازی مطابق با نظر خود و به دنبالان پوچ‌گرایی و بی‌معنا شدن تمام چیزها در مسیری گام برمی‌دارد که از خود نیز زده شده و به انزوای اجتماعی روی می‌آورند فرایند شکل‌گیری بی‌تفاوتی بر اثر

عوامل تشدید کننده بیگانگی اجتماعی به شرح ذیل مدل سازی شده است. ابعاد بیگانگی را می توان: بی هنجاری، بی معنایی، تنفر فرهنگی، بی قدرتی، انزوای اجتماعی و بی تفاوتی برشمرد.

موضوع حادث شده در مدل بالا به سه بخش مربوطه برمی گردد. از یک طرف دانشگاه به عنوان یک محیط علمی بنیان های تنفر فرهنگی و تا حدودی بی هنجاری را در افراد پرورش می دهد. از طرفی دیگر دانشجویان خود قواعد هنجاری جدید ایجاد می کنند و بر اساس معیارهای فردی به مرحله تنفر از خود و انزوا می رسند. همچنین جامعه به عنوان یک محیط خارج از دانشگاه عامل بستر سازی برای رویش احساس بی قدرتی در افراد دچار پوچی شدن بی معنایی می باشند. گام اول به احساس بی قدرتی مربوط می شود که از طریق جامعه و ساختار اجتماعی حاکم به افراد تزریق می شود در گام دوم فرد یا افراد دارای احساس بی قدرتی در داخل دانشگاه هیچ تمایلی نسبت به حضور در فضای فرهنگی و دانشگاهی را در خود نمی بینند. افراد دچار احساس بی قدرتی هستند. چه فرقی می کند که درس بخوانیم یا نخوانیم علم بیاموزیم یا نیاموزیم لذا با احساس نفرتی که در فرد یا افراد پدید می آید هنجارهای جدید دانشگاهی در فرد ایجاد می شوند که در گام چهارم بی هنجاری از سوی دانشگاه از یک طرف و دانشجو از طرف دیگر پارامتر تسهیل کننده برای شکل گیری تنفر فرد از خود و سپس منزوی شدن و احساس یاس و ناامیدی تحت تأثیر فرایندهای اجتماعی شدن ایجاد می شود که در نهایت فرد وارد میدان بی تفاوتی می شود. (نادری، ۱۳۸۹: ۲۹-۵۹)

پیشینه پژوهش در باب بی تفاوتی اجتماعی، غالباً از منظر سیاسی مورد توجه قرار گرفته است. گنس^۱ (۱۹۹۲) به بررسی رابطه میان مشارکت سیاسی و بی تفاوتی پرداخته و با توجه به کاهش علاقه افراد به پیگیری مسائل سیاسی جامعه خود، بی تفاوتی را به عنوان مسئله ای مهم در این کشور معرفی کرده است. ون اسنپنبرگ و شیپرز^۲ (۱۹۹۱) نیز افزایش بی تفاوتی اجتماعی در هلند سال ۱۹۸۵ را ما به ازای اعتراض سیاسی عظیم طبقاتی دانسته اند که به شدت از رکود اقتصادی ضربه خورده اند، و به همین دلیل، الگویی را برای تبیین بی تفاوتی سیاسی در میان افراد طبقات پایین در اواسط دهه ۱۹۸۰ هلند طراحی کردند. در پژوهش دیگری که در کشور عربستان سعودی انجام شد، محقق مسئله بی تفاوتی عمومی را به عنوان مانعی در جهت برنامه های توسعه این کشور مورد تحلیل و تبیین قرار داد (المیزجانی، ۲۰۰۱). در پژوهش

¹ Gans

² Van Snippenburg & Scheepers

³ Al-Mizjaji

دیگری با عنوان سنجش بی تفاوتی سیاسی مردم شهر پکن عوامل مؤثر و اثر متغیرهای گوناگون زمینه‌ای و مستقل مانند رضایت اجتماعی، احساس اثربخشی، درانزوگرایی^۱ که گونه سوم از کنش ورزی غیراستاندارد و انحرافی مورد نظر نظریه بی‌هنجاری یا فشار ساختاری^۲ مرتن (۱۹۳۸) را تشکیل می‌دهد، افراد نه اهداف مورد قبول جامعه و نه وسایل نیل به آن‌ها را نمی‌پذیرند و از آنجا که هیچ جایگزینی را نیز مدنظر ندارند رفتار توأم با بی تفاوتی اجتماعی و سیاسی را از خود نشان خواهند داد و از هرگونه مشارکت در فعالیت‌های گوناگون پرهیز می‌کنند. به زعم رفیع پور (۱۳۸۴) رفتار منبعث از شق چهارم منجر به بی تفاوتی اجتماعی شده و به عبارتی گروه‌های بی تفاوت اجتماعی در این طبقه جای می‌گیرند. آلموند و وربا^۳ در کتاب فرهنگ مدنی (۱۹۶۳)، بی تفاوتی اجتماعی را به عنوان یکی از مصادیق عدم تطابق میان ساختار سیاسی جامعه و فرهنگ آن تعریف کنند و به شرح جهت گیری‌های افراد جامعه در ارتباط با مسائل عام یا عمومی پرداخته‌اند. (رحیمی، ۱۳۹۵: ۴۰).

محسنی تبریزی و صداقتی فرد (۱۳۹۰: ۱-۲۲) در تحقیق خود به دنبال بررسی بی تفاوتی اجتماعی در ایران هستند. در این پژوهش فرضیه‌هایی در مورد بی تفاوتی اجتماعی در شهر تهران به آزمون نهاده شد. اهداف این پژوهش، شناسایی چگونگی پدیده یاد شده در جامعه آماری، و سنجش همبستگی آن با برخی متغیرهای مؤثر به منظور سنجش میزان اثرگذاری هر یک از آن‌ها بر بی تفاوتی اجتماعی بود. با روش پیمایش، و اجرای ابزار پژوهش بر روی نمونه‌ای با حجم ۸۵۰ نفر در شهر تهران یافته‌ها نشان داد؛ میان متغیرهای قومیت، شغل، و تحصیلات از صفات زمینه‌ای تفاوت وجود دارد و بین تمامی متغیرهای مستقل اصلی، یعنی؛ بی‌هنجاری (آنومی)، اعتماد اجتماعی، اثربخشی اجتماعی، رضایت اجتماعی، محرومیت نسبی، فردگرایی، تحلیل هزینه-پاداش، و التزام مدنی با بی تفاوتی اجتماعی رابطه معنی داری بدست آمد. در نتایج حاصل از تحلیل چندگانه، مشخص شد که حدود ۴۰٪ درصد تغییرات در بی تفاوتی اجتماعی به وسیله مجموع پنج متغیر مستقل قابل تبیین است. بر اساس یافته‌های بدست آمده در این مطالعه، می‌توان استنتاج کرد که بی تفاوتی اجتماعی در شهروندان تهرانی در میزانی بالایی از حد متوسط وجود دارد و سطح آن به ترتیب با نوسانات پنج متغیر التزام مدنی، فردگرایی، بی‌هنجاری، رضایت اجتماعی، و محرومیت نسبی تغییر می‌کند.

¹ retreatism

² Structural strain theory

³ Almond & Verba

نتایج تجربی حاصل از تحلیل‌های پژوهش، نشانگران است که بی‌تفاوتی اجتماعی در شهروندان تهرانی وجود دارد و با در نظر گرفتن میزان آن که از حد متوسط بالاتر است و همچنین توأم شدن آن با میزان بالایی از بی‌هنجاری، نارضایتی اجتماعی، فردگرایی، محرومیت نسبی و التزام مدنی اندک، وضعیت نگران‌کننده‌ای را به مشابه یک معضل اجتماعی ترسیم می‌کند. با در نظر گرفتن این یافته‌ها، ضرورت چاره‌اندیشی و برنامه‌ریزی برای کنترل و کاهش آن قویاً احساس می‌شود. کاهش سطح التزام مدنی بیانگر کمبود احساس تعلق آحاد مردمی به ساختارهای جامعه خود بوده و سبب شیوع و قدرت بیشتر بی‌تفاوتی در جامعه شده است. همچنین وجود احساس بی‌هنجاری بالا به عنوان دومین عامل در اثر مستقیم و غیرمستقیم بر بی‌تفاوتی را، می‌توان نشانه نوعی اختلال هنجاری^۱ در جامعه دانست که در آن فرد به‌نوعی خود را فاقد عضویت در جامعه تلقی کرده، احساس فراگیری از ناهماهنگی و عدم تطابق با هنجارهای دلایل بالا بودن احساس بی‌تفاوتی اجتماعی، احساس منفعت طلبی شخصی و نوعی فردگرایی سودمحور است. قدر مسلم آن است که در حالت فردگرایی سودگرایانه، افراد به شیوه‌ای عمل می‌کنند که هدفشان، صرفاً به حداکثر رساندن منافع شخصی خودشان است و این امر، خود وجهی از بی‌تفاوتی اجتماعی در جامعه است. وجود نارضایتی اجتماعی بالا در این پژوهش، بیانگر واقعیات اجتماعی جامعه از نقطه نظر خشنودی کارکردی است. جامعه‌ای با جمعیت بی‌تفاوت و بی‌علاقه به فرصت‌های اجتماعی گویای وضعیتی است که در آن رضایتمندی اجتماعی از حیث بی‌اعتمادی و بی‌اعتقادی به ساختارهای اجتماعی-سیاسی جامعه وجود دارد؛ چنانکه جامعه‌شناسان معتقدند احساس نارضایتی در فرد می‌تواند به‌نوعی انفصال و انفکاک فرد از تمام پیوندهای اجتماعی منجر شود. وجود احساس محرومیت نسبی، به عنوان یکی از علل مؤثر بر بی‌تفاوتی اجتماعی نیز قابل تأمل است. محرومیت نسبی به عنوان اختلاف منفی میان انتظارات مشروع و واقعیت‌های جامعه باعث سرخوردگی در دستیابی به ضروریات زندگی و از جمله عوامل مهم در پیدایش احساس نارضایتی از وضع موجود است. نتایج نشان می‌دهد که افراد در جامعه آماری این پژوهش، شرایط خود را در مقایسه با دیگر آن با نوعی احساس محرومیت و بی‌عدالتی نسبی ارزیابی کرده و از این حیث بر میزان بی‌تفاوتی آن‌ها در جامعه افزوده شده است.

یافته‌های مربوط به روابط بین متغیرهای زمینه‌ای و بی‌تفاوتی اجتماعی، مردها میزان بی‌تفاوتی اجتماعی بالاتری را نشان داده‌اند و حال آنکه جامعه ایران، به دلیل شالوده‌های سنتی و زیرساخت‌های فرهنگی خود،

¹ Disorder of Norm

همچنان سهم بیشتری را در فرصت‌ها و عملکردهای اجتماعی برای مردان قائل است. با توجه به سطح بالای احساس‌های نامطلوب اجتماعی که در متغیرهای مستقل این پژوهش مندرج بود، شاید این نابرابری جنسیتی در میزان بی‌تفاوتی اجتماعی را بتوان با تجارت توأم با نارضایتی، بی‌قدرتی، و سرخوردگی‌های عملی این نیروی حداکثری جامعه ایران در فرایندهای اجتماعی در ارتباط دانست چرا که علیرغم حضور بیش از پیش زنان حال حاضر جامعه ایران در عرصه فعالیت‌های اجتماعی، همچنان مردان جمعیت حداکثری این جامعه را در رویارویی با مسئله‌های اجتماعی تشکیل می‌دهند و بنابراین می‌توان تفاوت مشاهده شده مذکور را به این مواجهه و تماس با شرایط اقتصادی-اجتماعی ناهمگون و به تبع آن وقوع بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت داد. همچنین قومیت کرد در ایران که همواره به مثابه اجتماعی جامعه محور، و متعصب به ارزش‌های ملی و مذهبی شناخته شده است در نتایج این پژوهش کمترین میزان بی‌تفاوتی اجتماعی را نشان داده است. در عین حال وقوع میزان بالای بی‌تفاوتی اجتماعی در قومیت عرب زبان ایرانی را می‌توان با میزان حداقلی جمعیت و در عین حال عدم اتصال فرهنگی و زبانی این قوم در قیاس با سایر اقوام تحلیل کرد. به لحاظ تحصیلی، درجات پایین تحصیلی بالاترین حد بی‌تفاوتی اجتماعی و دارندگان مدرک فوق لیسانس کمترین حد آن را نشان داده‌اند که می‌تواند ریشه در نقش مشهود سواد و معلومات عمومی و دانشگاهی در درک صحیح فرایندها و مسئله‌های اجتماعی جامعه داشته باشد.

به نتایج تجربی-تبیینی پیشین، می‌توان سه نتیجه نظری و نهایی از این پژوهش را افزود:

۱- تحلیل ابعاد مختلف گویه‌های بی‌تفاوتی اجتماعی نشان دهنده آن است که میزان مشارکت اجتماعی رسمی، مثل مشارکت داوطلبانه در سازمان‌ها، احزاب و انجمن‌ها، تمایل به شرکت در انتخابات، تعامل با نهادهایی مثل سیاست و امثال آن در مجموع کم، و بیشتر مشارکت‌ها در زمینه فعالیت‌های اجتماعی غیررسمی مثل کنش‌های مشارکتی دگرخواهانه و نوع‌دوستانه‌ای از قبیل کمک به مستمندان، حمایت از دیگران، توجه به مشکلات اطرافیان و غیره بوده است. براین اساس می‌توان گفت احتمالاً بی‌تفاوتی اجتماعی موجود، بیشتر متوجه ساخت اجتماعی-سیاسی و نهادهای رسمی جامعه است تا ساختارها و نهادهای غیررسمی، ضمن اینکه با استفاده از نظریه شخصیت دموکراتیک، که در آن از جمله شروط مهم جامعه دموکراتیک را وجود شخصیتی می‌داند که در هماهنگی با ساختار قدرت سیاسی، مستعد مشارکت در حیات عمومی و اجتماعی و سیاسی است و اعتنای اجتماعی او بر بی‌تفاوتی‌اش غلبه دارد می‌توان گفت جامعه ایران احتمالاً هنوز آمادگی دارا بودن یا تکوین شخصیت دموکراتیک را ندارد چرا که بی‌تفاوتی

اجتماعی در درون ساختارها و فرایندهای غیر دموکراتیک صورت می‌گیرد و فقط به ویژگی‌های ذاتی و علائق روان شناختی فرد مربوط نمی‌شود، بلکه دلایل جامعه شناختی دارد.

۲- در دوران مدرن، در هر جامعه‌ای می‌توان دو دسته منافع و سه حوزه فعالیت برای زندگی فردی و اجتماعی را مدنظر داشت. دو دسته منافع عبارتند از منافع خاص شخصی و منافع عام اجتماعی. سه حوزه فعالیت‌های فردی و اجتماعی را نیز می‌توان چنین برشمرد: حوزه شخصی (خصوصی)، حوزه عمومی، و حوزه سیاسی یا حکومتی (قاضی مرادی، ۱۳۸۵ به نقل از محسنی تبریزی و صداقتی فرد ۱۳۹۰: ۶). ارتباط متقابلی میان آن دو دسته منافع و این سه حوزه فعالیت است. در زمانی که منافع خصوصی نسبت به منافع عمومی تقدم پیدا می‌کند، حوزه عمومی زندگی اجتماعی ضعیف یا محدود و بی‌اعتبار می‌شود و بنابراین به عنوان مثال برای فردی در چنین فضایی شرکت در سیاست، نه تنها بی‌نتیجه، بلکه بی‌معنا خواهد شد. بنابراین باعث خواهد شد که فرد از حد حوزه فعالیت شخصی یا خصوصی تجاوز نکند و به سوی فعالیت در حوزه عمومی یا سیاسی حرکت نکند. در تحلیل نهایی می‌توان گفت احتمالاً غلبه منافع خاص شخصی باعث عدم فعالیت در حوزه‌های عمومی و سیاسی جامعه و بی‌تفاوتی اجتماعی شده است.

۳- بی‌تفاوتی اجتماعی را علاوه بر نگاه آسیب شناختی، باید یک واکنش کلی و فراگیر به ساختار و موقعیت‌های اجتماعی دانست که فرد در جامعه با آن‌ها مواجه می‌شود. با استناد به نتایج این پژوهش می‌توان گفت وجود احساس‌های نامطلوب اجتماعی مثل بی‌تفاوتی، بی‌هنجاری، نارضایتی، احساس محرومیت، عدم التزام مدنی و فردگرایی به‌نوعی واکنشی به شرایط اجتماعی و ساختارهای اجتماعی-اقتصادی نامطلوب هم هست که بر روی باورها و نگرش افراد مؤثر واقع می‌شود. با در نظر گرفتن موارد یاد شده است که می‌توان گفت بسیاری از زمینه‌های پدید آورنده بی‌تفاوتی اجتماعی در جامعه ایران، در اساس، با ساختار اجتماعی-اقتصادی جامعه ارتباط دارد و از این منظر باید مورد مطالعه و اقدام قرار گیرد. هر یک از احساس‌های نامطلوب اجتماعی که در بالا بدان اشاره شد در شبکه‌ای از روابط متقابل علی بر یکدیگر مؤثر واقع شده و ضمناً می‌تواند علتی برای بروز بی‌تفاوتی اجتماعی باشد چنانکه این پژوهش نشان داد که تغییرات یا نوسان‌ها در این قبیل عوامل، با بی‌تفاوتی اجتماعی قابلیت تبیین می‌یابد.

پیشنهادهای و راهکارهای این پژوهش بدین قرار است:

-ارتقا میزان التزام مدنی با فراخواندن مسئولان حکومتی به رفتار توأم با صداقت با مردم و دعوت شهروندان به مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی و شناخت صحیح ارزش‌های جمعی و ملی در جهت ایجاد علاقه جمعی.

-فراخوان آحاد جامعه به دیگرخواهی و نوع‌دوستی و در نظر داشتن پاداش‌های اجتماعی و قانونی برای فعالیت‌های دگرخواهانه در فرصت‌های اجتماعی با آموزش در نهادهای اصلی اجتماعی، در جهت جامعه‌گرایی بیشتر که نقطه مقابل فردگرایی مفرط است.

-در نظر داشتن شاخص‌های مشارکت جویانه اجتماعی در برنامه ریزی‌های توسعه‌ای در سطوح خرد، میانه و کلان.

-فراهم ساختن بسترهای اجتماعی و فرهنگی در میان توده مردم با طرح و تدوین برنامه‌های مرتبط در جهت بسط و گسترش فرهنگ تعامل مثبت اجتماعی.

-افزایش احساس کارایی و اثربخشی در جامعه با دخالت دادن مردم در سرنوشت اجتماعی-سیاسی و تبلیغ مناسب جهت مشارکت حداکثری آحاد اجتماعی که مستلزم برنامه‌های درازمدت و تحقق مکرر وعده‌های مسئولان دولتی و حکومتی است.

-افزایش احساس رضایت اجتماعی با رفع نیازهای مادی و غیرمادی شهروندان به ویژه از ناحیه دولت و فعالیت‌های اقتصادی آن و کاهش احساس محرومیت نسبی با برقراری نظام متعادلی از نابرابری اجتماعی و کاهش هر چه بیشتر تبعیض‌های اجتماعی و شکاف طبقاتی. پدیده‌ای مانند بی‌تفاوتی اجتماعی، بیانگر بی‌احساسی، بدبینی، بی‌میلی و به عبارت بهتر نوعی افسردگی اجتماعی^۱ است. از این رو در منظری آسیب‌شناختی، بی‌تفاوتی در جامعه نوعی بیماری اجتماعی شناخته می‌شود همان‌گونه که در نقطه مقابل آن، هرگونه اعتنای اجتماعی و نوع‌دوستی در حیات فردی و اجتماعی، نشانه پویایی و سلامت اجتماعی^۲ است.

بررسی شیوع اعتیاد به پنج ماده مخدر و شاخص‌های اعتیاد در میان نوجوانان و جوانان ۱۵ تا ۲۹ ساله در سه شهرستان اصفهان، مشهد و شهرکرد در سال ۱۳۸۳ که با حمایت سازمان ملی جوانان در خانوار و نمونه‌های آن تمامی اعضای خانواده ۱۵ تا ۲۹ سال انجام شده است. شیوع مصرف مواد شامل ۱۳/۵ درصد استعمال سیگار، ۵/۸۳ درصد تریاک، ۳/۴ درصد هروئین، ۳/۱ درصد متادون، ۰/۷۲ درصد اکستازی یا ترکیبات مت‌آمفتامین و ۲/۱۲ درصد نیز حشیش بوده است (شاهرخی، ۱۳۸۳)

^۱ Social depression

^۲ Social health

پژوهش دیگری با عنوان دانشجویان و مسئله مواد مخدر، پنداشت‌ها و واقعیت‌ها: در سال ۱۳۸۳ پژوهشی توسط جهاد دانشگاهی واحد تربیت معلم و با حمایت و پشتیبانی دفتر مشاوره دانشجویی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری تحت عنوان شیوع شناسی مصرف مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه‌های دولتی انجام شد. در این پژوهش حدود نیمی از جمعیت نمونه زن و نیمی دیگر مرد با میانگین سنی ۲۱/۳ سال بودند. ۹/۵ درصد آن‌ها متأهل بودند.

نتایج این تحقیق نشان داد ۲۱/۴ درصد دانشجویان یک تا دو بار سیگار کشیده‌اند و ۶ درصد سیگاری هستند، ۱۹/۱ درصد مشروبات الکلی، ۹/۸ درصد تریاک، ۳/۸ درصد حشیش، ۲/۳ درصد شیر، ۲/۲ درصد سوخته تریاک، ۱/۱ درصد ماری جوانا، ۰/۶ هروئین، ۱۰/۴ درصد کوکائین - آل. اس. دی و اکستازی مصرف کرده بودند از بین کسانی که مصرف مواد داشتند ۳/۱ درصد در حد زیاد و ۵/۸ درصد تا حدی خودشان را وابسته به مواد مخدر می‌دانستند. ۳۳/۳ درصد آن‌ها قبل از ۱۵ سالگی برای اولین بار سیگار مصرف کرده و دو سوم از دانشجویانی که مواد مصرف می‌کردند، اولین تجربه مصرف مواد را در دوران دانشگاه اعلام کرده‌اند (سراج زاده، ۱۳۸۳).

بررسی وضعیت سلامت روان دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۸۶- دانشگاه‌های ۱۳۸۵ تحت پوشش وزارت علوم، تحقیقات و فناوری: این تحقیق توسط دفتر مرکزی مشاوره وزارت علوم، تحقیقات و فناوری با همکاری مراکز مشاوره دانشجویی دانشگاه‌ها انجام گرفت نشان داد که گروه‌های آزمایشی علوم ریاضی و فنی به لحاظ خطرپذیری مصرف مواد، بالاترین نمره را داشتند. دانشجویان پسر ورودی سال ۱۳۸۵ در مقایسه با دختران، بیشتر در معرض خطر مصرف مواد بودند. ۳/۷ درصد از پسران و ۳/۳ درصد از دختران سیگار مصرف کرده بودند ضمن آن که ۱۱/۵ درصد از پسران و ۳/۳ درصد از دختران، قلیان مصرف کرده بودند (سهرابی و همکاران، ۱۳۸۶).

شیوع شناسی مصرف مواد در میان دانشجویان دانشگاه صنعتی اصفهان و عوامل خطر و محافظت کننده (۱۳۸۵): این پژوهش با حجم نمونه ۱۱۸۱ نفر انجام گرفت و مشخص شد که ۳۷ درصد قلیان، ۲۱ درصد سیگار، ۱۲/۵ درصد مشروبات الکلی، ۲/۳ درصد تریاک، ۰/۲۶ درصد شیشه، ۰/۰۸ درصد هروئین، ۰/۰۸ درصد کراک، ۱/۳ درصد حشیش و ۰/۴ درصد قرص اکستازی را یک بار در طول عمر تجربه کرده بودند (گرجی، ۱۳۸۵).

بررسی میزان شیوع مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی در بین نوجوانان و جوانان شهرهای استان مرکزی (۱۳۸۶): این پژوهش در سال ۱۳۸۶ در بین افراد ۱۵ تا ۲۹ ساله شهرهای استان مرکزی اجرا شد ۴۶/۷ درصد افراد نمونه مرد و ۴۳/۳ درصد نیز زن بودند. ۶۳/۵ درصد مجرد و ۶۳/۵ درصد متأهل بودند میانگین سن آنها ۲۲/۴ سال گزارش شده است. در این تحقیق مشخص شد که ۸/۲ درصد از مشروبات الکلی، ۵ درصد از تریاک، ۱/۲ درصد از حشیش، ۱/۸ درصد از شیر، ۱/۲ درصد از سوخته تریاک، ۱ درصد از هرویین، ۰/۸ درصد از کراک، (هرویین فشرده)، ۰/۶ درصد از متادون، ۰/۵ درصد از اکستازی حداقل یک بار استفاده کرده‌اند (فیضی، ۱۳۸۶)

ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران (۱۳۸۶): این طرح توسط مرکز تحقیقات سوء مصرف و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی انجام شد. نتایج این تحقیق با بهره گیری از روش زمینه یابی از نوع مقطعی و به منظور ارزیابی وضعیت سوء مصرف مواد در ایران با حجم نمونه ۷۷۶۹ نفر (۱۲۴۶ از مراکز درمانی، ۵۸۰ از زندان‌ها و ۵۹۴۳ از خیابان) انجام شد و نشان داد که تریاک با فراوانی ۳۴ درصد بیشترین ماده مصرفی را در میان معتادان به خود اختصاص داده است. پس از آن به ترتیب کراک (هرویین فشرده) ۲۶/۶ درصد، هرویین ۱۹/۲ درصد، شیر تریاک ۴/۴ درصد، نورجیزک ۴/۱ درصد شیشه یا کریستال ۳/۶ درصد، و حشیش (۲ درصد) مواد مصرفی معتادان بودند. سایر مواد مانند آل. اس. دی، کوکائین، اکستازی کمتر از ۰/۵ درصد مواد غالب را به خود اختصاص داده بودند. روش غالب مصرف مواد نیز به ترتیب دودی (۵۸ درصد) خوردن (۲۰ درصد) تزریقی (۱۸/۹) و انفی (۳/۱ درصد) بود در این بررسی تعداد معتادان کشور حدود یک میلیون و دویست نفر تخمین زده شد که از این میان ۹۴/۸ درصد مرد و ۵/۲ درصد زن و ۴۴/۶ درصد زیر ۲۹ سال بوده‌اند. میانگین سنی معتادان کشور ۳۲/۵۹ سال بود. ۳۴/۶ در روستا و بقیه در حومه شهر زندگی بوده‌اند. (زردشت، ۱۳۸۷)

پژوهش دیگری که در زمینه وضعیت اعتیاد و عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام شده است پیمایشی است که بر اساس مطالعات تاریخی و پیمایشی در سال (۱۳۷۷) انجام شده است. این پژوهش در بخش‌های مختلف به بررسی وضعیت اعتیاد از دیدگاه معتادان به دام نیفتاده، وضعیت اعتیاد از دیدگاه مسئولان، وضعیت اعتیاد از دیدگاه مردم، جستجوی حلقه‌های مفقوده، بررسی ۸۸ سال قانون‌گذاری و شیوه‌های اجرایی مبارزه با مواد مخدر در ایران (از ۱۲۸۹ تا ۱۳۷۷ هجری شمسی) و ارزشیابی نهایی از وضعیت اعتیاد و عملکرد ستاد مبارزه با مواد مخدر در کشور پرداخته است. در این تحقیق تعداد معتادان

کشور را حداکثر چهار میلیون و دویست هزار نفر و حداقل یک میلیون و پانصد هزار نفر و با میانگین دومیلیون و پانصد و هفتاد و چهار هزار نفر از دیدگاه مسئولین و حداکثر چهار و نیم میلیون و حداقل یک و نیم میلیون با میانگین دو میلیون و هفتصد و نود هزار نفر از دیدگاه معنادان به دام نیفتاده برآورد کرده است (قورچیان ۱۳۷۷). به نقل از صرای و همکاران، ۳۷:۱۳۹۲

علیپوری نیاز، رفیعی، ستاره فروزان و طالبی (۱۳۸۸: ۳۵۷-۳۷۶) در تحقیق خود به دنبال بررسی اثربخشی برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد بر کیفیت زندگی در استان آذربایجان شرقی هستند. از نظر ایشان امروزه رویکرد پیشگیری اجتماع محور و ارتقا سلامت روانی-اجتماعی در ایران به جایی رسیده است که نیاز به نشان دادن اعتبار و اثر بخشی فعالیت‌ها برای گسترش موقعیت کنونی آن شدیداً احساس می‌شود. این تحقیق، فرایند، برآیند، اثر نهایی و چگونگی تحقق اهداف و نیز فعالیت‌های برنامه پیشگیری اجتماع محور در استان آذربایجان شرقی را ارزشیابی نموده است.

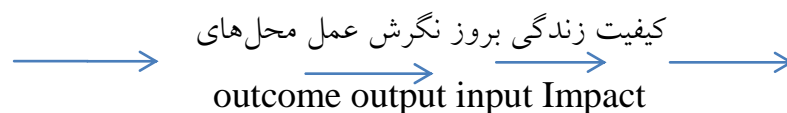
روش این مطالعه از نوع تجربی به روش پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل همسان انجام شده است. ۵ محله تحت پوشش برنامه (در بدو تأسیس) به عنوان گروه آزمایش و همین تعداد محله همسان به عنوان گروه کنترل انتخاب شده‌اند.

یافته‌ها: آزمون تفاوت میانگین‌ها، اثر مداخله بر نگرش و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد در حالی که اثر بر میزان بروز معنی دار نیست. تحلیل پراکنش (آنالیز واریانس) دوره اثر اصلی نگرش و کیفیت زندگی را معنی دار و اثر تقابلی را تنها برای کیفیت زندگی معنی دار گزارش کرده است. با آزمون تحلیل ممیزی مشخص شد گروه بندی دارای قاعده مبتنی بر ضرایب متغیرهاست و در مجموع ۶۱ درصد افراد دو گروه آزمایش و کنترل به درستی از هم تفکیک شده‌اند. مقدار مشارکت و تحقق اهداف در حد زیاد گزارش شده است.

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد مشارکت در برنامه زیاد بوده (بیش از ۷۰ درصد افراد در ۷۵ درصد جلسات شرکت کرده‌اند) و آن‌ها به ۷۵ درصد اهداف خود تعیین کرده سازمانی دست یافته‌اند. همچنین عمل محل‌های (مداخله پیگیری اجتماع محور) بر نگرش افراد محله به مواد و نیز بر کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر دارد، ولی بر میزان بروز اعتیاد در محله تأثیر ندارد.

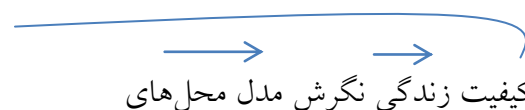
آزمون ضریب همبستگی پیرسون برای رابطه مشارکت در برنامه با متغیرهای وابسته (نگرش، بروز و کیفیت زندگی) معنی دار نبود اما همبستگی مشارکت با نگرش و بروز معکوس و با کیفیت زندگی مستقیم است.

توسعه محل‌های فرایند پویایی است که در آن افراد در محله‌ها رشد و شکوفایی دارند و می‌توانند زندگی شادتر و مولدتری داشته باشند who-undcp در سال ۲۰۰۰ گزارش کرده است که اقدام محلی (عمل محل‌های) فرصت ایجاد یک محیط اجتماعی را فراهم می‌کند که در آن کیفیت زندگی ارتقا میابد. در این پژوهش ملاحظه می‌کنیم که برنامه پیشگیری اجتماع محور سطح کیفیت زندگی افراد محله را ارتقا بخشیده است. مطابق مدل منطقی ارزشیابی انتظار داشتیم عمل محل‌های از طریق ایجاد تغییر نگرش و کاهش بروز موجب ارتقا کیفیت زندگی شود



ولی مطابق داده‌ها گرچه نگرش بر اثر مداخله بهبود یافته، اما اثر برنامه بر کیفیت زندگی بیش از نگرش بوده است. به این معنا که برنامه هم از طریق تأثیر بر نگرش بر کیفیت زندگی اثر گذاشته و هم مستقیماً کیفیت زندگی را ارتقا داده است (از طریق فرایندهایی که هنوز مشخص نیست). از طرفی برنامه در کاهش بروز تأثیری نداشته و از طریق کاهش بروز کیفیت زندگی را ارتقا نداده است.

با احتیاط شاید بتوان گفت برجستگی تأثیر عمل محل‌های بر کیفیت زندگی نشانه آن است که کیفیت زندگی لزوماً نباید در آخر زنجیره قرار گیرد. همچنین طبق یافته‌های این پژوهش این فرضیه مطرح می‌شود که این رابطه لزوماً رابطه‌ای خطی نیست. بنابراین مدل منطقی ارزشیابی سنتی که حالت خطی دارد موقتاً مورد تردید قرار می‌گیرد تا در تحقیقات بعدی فرضیه جدید یعنی مدل زیرآموده شود:



معنی داری ضریب همبستگی نیز به حجم نمونه بستگی دارد. چون حجم نمونه این تحقیق (سازمان‌های اجتماع محور) محدود به ۵ سازمان می‌باشد. می‌توان گفت احتمالاً عدم معنی داری با حجم نمونه کم رابطه دارد و ممکن است با افزایش نمونه معنی داری حاصل شود. از طرفی وجود همبستگی بین متغیرها (که از متوسط به بالا و تا حدودی قابل توجه است. که این نوید را می‌دهد که با زیاد کردن نمونه می‌توان به رابطه معنی داری دست یافت. کمبود پرسشنامه و محدودیت زمان ارزشیابی، و حجم نمونه کم، مهم‌ترین محدودیت‌های این مطالعه بوده‌اند.

استفاده از ابزارهای روا و پایا، توجه به دیگر شاخص‌های عوامل خطر و محافظ و فرایند، تخصیص زمان بیشتر، و انتخاب حجم نمونه بیشتر، در تحقیق‌های آنی پیشنهاد می‌شود. همچنین درک اهمیت ارزشیابی به ویژه ارزشیابی مشارکتی و اقتدار افزا تحت حمایت از سوی مدیران و آموزش ذی‌نفعان، مهم‌ترین پیشنهاد اجرایی این تحقیق است. از طرف دیگر بر خلاف مدل منطقی سنتی که در آن عمل محل‌های (در یک رابطه خطی) از طریق نگرش، موجب کاهش بروز و از آن طریق موجب ارتقا کیفیت زندگی می‌شود، نتیجه این پژوهش فرضیه رابطه غیر خطی را مطرح می‌کند.

تحقیق دیگری در خصوص شیوع مصرف مواد در دانشجویان دانشگاه‌های علوم پزشکی شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۸-۸۹ انجام شده است. این تحقیق باهدف شیوع شناسی مصرف مواد بر پایه یک طرح زمینه یابی و به صورت مقطعی انجام شد. با توجه به گستره طرح از لحاظ موضوع، جامعه هدف و اهمیت تعیین عوامل خطر و عوامل محافظت کننده و نیز بررسی نقش هریک در شیوع و سوء مصرف مواد، پژوهش در چهار مرحله انجام شد. بواله‌ری، طارمیان و پیروی (۱۳۸۹) در این تحقیق اعلام کردند که بیشترین میزان مصرف در طول عمر (۲۵/۷ درصد) متعلق به مصرف قلیان و پس از آن به ترتیب متعلق به مصرف سیگار (۱۸ درصد)، مشروبات الکلی (۱۱/۸ درصد) و تریاک (۲/۳ درصد) بوده است مصرف شیشه و کراک هرویین فشرده و هرویین نیز به ترتیب با ۱ و ۰/۹ درصد دارای کمترین میزان مصرف بوده‌اند. مصرف داروهایی مانند مورفین، ریتالین، ترامادول به ترتیب رتبه‌های چهارم، پنجم و ششم مصرف مواد را در بین دانشجویان علوم پزشکی داشته‌اند. در همه انواع مواد، میزان مصرف در پسران بیشتر از دختران بوده است. به گونه‌ای که ۳۱/۲ درصد از گروه پسران گزارش کرده‌اند که در طول عمر خود سیگار کشیده‌اند در حالی که این نسبت در دانشجویان دختر ۱۰/۷ درصد بوده است. مصرف قلیان نیز در دانشجویان پسر ۴۰/۷ درصد بود و صرفاً ۱۷/۴ درصد دانشجویان دختر تجربه مصرف قلیان داشته‌اند. مصرف مشروبات الکلی در بین دانشجویان پسر و دختر نیز به ترتیب برابر با ۲۰/۵ و ۷ درصد بوده است (بواله‌ری و همکاران، ۱۳۷۹).

طرح بررسی روند مصرف مواد محرک (۱۳۸۹): این طرح در بین افراد ۱۴ تا ۶۰ سال در شهر تهران اجرا شد. بر اساس اطلاعات این بررسی، ۴۷/۷ درصد از افراد نمونه مجرد، ۴۷/۹ درصد متأهل و ۱۱/۳ درصد شامل مواردی مانند متارکه، طلاق یا فوت همسر بودند. یک چهارم افراد مورد مطالعه دارای سطح سواد زیر مقطع دبیرستان و نیمی از افراد نمونه دارای تحصیلات دیپلم و پیش دانشگاهی و بیش از

یک چهارم نیز دارای تحصیلات دانشگاه بوده‌اند. نتایج این طرح مشخص کرد که ۱/۰۶ درصد روزانه شیشه، ۰/۸۸ درصد روزانه تریاک، ۰/۷۱ درصد حشیش، ۰/۶۲ درصد روزانه کراک (هروئین فشرده) و در مجموع ۲/۷ درصد روزانه یک ماده مخدر را استفاده می‌کنند. ضمناً ۴/۷ درصد در طول ماه یک بار و ۱۴/۹ درصد در طول عمر یک ماده مخدر مصرف کرده‌اند (نوری و همکاران، ۱۳۸۹).

بررسی دوره‌ای الگوی مصرف مواد اعتیادآور در معتادان درمان‌جوی مراکز درمانی در سطح استان تهران (۱۳۸۹): این تحقیق باهدف بررسی برخی از عوامل مربوط به الگوهای مصرف مواد اعتیادآور در بین مصرف‌کنندگان مراجعه‌کننده برای درمان اعتیاد در استان تهران انجام گرفت که نتایج آن بیانگر کاهش چشمگیر مصرف مواد مخدر طبیعی (به ویژه هروئین) و افزایش سوءمصرف کراک (هروئین فشرده) و شیشه در بین نمونه‌های تحقیق بود. نمونه‌های مورد بررسی در این تحقیق ۱۱۰۸ معتاد مراجعه‌کننده به مراکز درمانی تهران در ۳ ماه اول ۱۳۸۹ بود. نتایج این تحقیق نشان داد که ۳۱/۰۵ درصد از معتادان کراک (هروئین فشرده) ۳۰/۲۳ درصد شیشه، ۲۱/۲۱ درصد تریاک، ۶/۹۵ درصد شیره، ۱/۶۲ درصد هروئین، ۱/۷۱ درصد متادون و ۷/۲۲ درصد از سایر مواد استفاده کرده بودند (حاج رسولی، ۱۳۹۰).

طرح ملی شیوع شناسی مصرف مواد مخدر در بین شهروندان ایرانی (۱۳۹۰): این تحقیق توسط پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی جهاد دانشگاهی در سال ۱۳۹۰ و با حمایت مالی دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر انجام شد. حجم نمونه برابر ۱۵۰۰۰ خانوار بود که با یک نفر از اعضای خانوار بالای ۱۵ سال مصاحبه انجام شده بود. در این تحقیق نرخ شیوع برای جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال کشور و بر اساس سرشماری سال ۱۳۸۵، معادل ۲/۶۵ درصد برآورده شد؛ به طوری که برای مناطق شهری و روستایی به ترتیب ۲/۷۵ و ۲/۴۷ درصد گزارش شده است. نرخ شیوع مصرف مواد در جمعیت نمونه برای مردان و زنان به ترتیب ۹۰/۷ درصد و ۹/۳ درصد بوده است. مصرف‌کنندگان، محل اولین تجربه مصرف خود را در منزل یکی از دوستان (۲۸/۴۶٪) و منزل خود (۲۲/۲۸٪)، اماکن مخروبه (۸/۲۱٪)، پارک (۸/۲۱٪)، خوابگاه (۵/۸۴٪)، کوچه و خیابان (۵/۰۴٪)، محیط آموزشی (۳/۷۱٪)، محل کار (۳/۷۱٪)، سربازخانه (۲/۳۹٪)، زندان (۰/۲۷٪) و بی‌جواب (۱۱/۸۸٪) ذکر کرده بودند. نوع مواد مصرفی عبارتند بودند از: تریاک ۵۲/۰۲ درصد، شیشه ۲۶/۲۲ درصد، کراک (هروئین فشرده) ۱۵/۹۴ درصد، هروئین ۹/۷۷ درصد، حشیش ۶/۴۳ درصد، اکستازی ۳/۰۸ درصد و شیره ۲/۸۳ درصد بوده است (قنبری برزیان و همکاران، ۱۳۹۰).

برجاس، گواری علی زاده و همکارانش (۱۳۹۰: ۲۸۶-۲۷۹) در تحقیق خود به دنبال بررسی نظرات معتادان در مراکز ترک اعتیاد شهر کرمان در مورد عوامل مرتبط در گرایش به استفاده از مواد مخدر در سال ۱۳۸۶-۸۷ می‌باشند. از نظر ایشان با شناسایی علل و عوامل مرتبط در بروز اعتیاد می‌توان از اشاعه اعتیاد و در نتیجه از پیدایش عوارض متعدد اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و روانی آن جلوگیری کرده، به اهداف پیشگیری دست یافت.

این مطالعه باهدف تعیین نظرات معتادان بستری در مراکز ترک اعتیاد شهر کرمان در مورد عوامل که به روش متوالی انتخاب شده بودند، مرتبط در گرایش به استفاده از مواد مخدر انجام شد. روش این مطالعه پیمایشی با ۲۰۰ نفر از مردان معتاد تحت درمان در مراکز درمان شهر کرمان توسط پرسش نامه پژوهشگر ساخته است. این پرسش نامه مشتمل بر دو بخش، بخش اول شامل مشخصات فردی و بخش دوم شامل علل گرایش به استفاده از مواد مخدر در سه حیطه فردی، خانوادگی، اجتماعی جمع آوری شد.

کمترین سن شروع اعتیاد ۹ سالگی بود. از میان عوامل متعدد فردی، خانوادگی و اجتماعی به ترتیب "تقلید از بزرگ سالان معتاد" با ۵/۴۶ درصد، "اعتیاد والدین" با ۵/۵۳ درصد، "معاشرت با دوستان معتاد" با ۷۸ درصد، بیشترین نقش را در گرایش به استفاده از مواد مخدر داشت.

گرایش افراد به سوی انحرافات و امکان ابتلای آنها به اعتیاد در میان گروه‌های سنی مختلف متفاوت است. در این بین نوجوانان و به ویژه جوانان از آمادگی بیشتری برخوردار هستند. مسائل دوران بلوغ، بحران هویت و شرایط روانی نوجوانان و جوانان می‌تواند از عوامل مهم گرایش این گروه سنی به اعتیاد باشد. به‌طور کلی ساختار سنی مراجعه کنندگان به مراکز بازپروری نشان می‌دهد که اکثرانها در سال‌های مفید زندگی خود هستند.

شاغل بودن نوعی پیش آگهی مثبت به شمار می‌رود و ایجاد مشغله کاری و ترقی اجتماعی به عنوان یک عامل بازدارنده به سوی مصرف مواد مخدر شناخته شده است. یافته‌ها نشان داد که حداقل سن شروع اعتیاد در مصرف کنندگان تریاک کشیدنی ۹ سالگی (= ۴۴/۲۰) بوده است. این یافته‌ها به خوبی از پایین بودن سن شروع اعتیاد حکایت می‌کند و هشدار جدی برای طراحی و اجرای برنامه‌های وسیع پیش گیرانه و درمانی است. سن شروع مصرف، ارتباط آشکار با الگوی مصرف بعدی دارد. هرچه مصرف ماده مخدر زودتر

شروع شود، با مصرف شدیدتر و گسترده‌تر مواد دیگر در دوره‌های بعد همبستگی بیشتر دارد. تقلید از افرادی که در شرایط اجتماعی بالایی قرار دارند.

(هم سالان، والدین، هنرپیشه‌های فیلم و....) در گرایش افراد برای مصرف موادی نظیر سیگار، الکل و مواد مخدر بسیار تعیین کننده است. به‌طور کلی رابطه افراد در محیط خانوادگی یا در گروه‌های خویشاوندی و هم سالان و پیروی از الگوی تقلید و دنباله روی از فرهنگ گروهی، از مهم‌ترین عوامل اعتیاد هستند.

نگرش (Attitude)، تمایلی کم و بیش ثابت به صورت واکنش مثبت یا منفی به رده‌هایی خاص از آدم‌ها یا چیزها از جمله عوامل مربوط به شیوه زندگی، سلامتی، خوراک و ورزش می‌باشد.

یکی از دلایل اساسی مشکل اعتیاد هنجار شدن مصرف مواد مخدر و نگرش مثبت به مواد مخدر و آثار آن است. در این رابطه اصلاح نگرش نسبت به مواد مخدر می‌تواند در پیشگیری از اعتیاد در جامعه کارآمد باشد.

با توجه به این که یکی از عوامل محافظت کننده در مقابل سوء مصرف مواد، داشتن اعتقاد و باور راسخ دینی و مذهبی است، که نقش مهمی را در ایجاد نگرش منفی نسبت به سوء مصرف مواد مخدر دارد.

تقویت باورهای دینی مهم‌ترین مؤلفه در پیشگیری از اعتیاد است. نقش مذهب، علمای دینی و ایمان مذهبی در پیشگیری از شیوع مواد مخدر و در توانمند سازی جوانان بر ضد مواد مخدر فقط یک مسئله نظری نیست. مطالعات تجربی در سراسر جهان حکایت از این دارد که دین، رهبران دینی و جوامع ایمانی در مصون سازی جوانان بر ضد مواد مخدر تأثیری ملموس دارند. تحقیقات اخیر با استناد به مطالعات جامع و مدلل نشان داده است که بیشترین آمار اعتیاد در جوانی دیده می‌شود که یک یا هر دو والد معتاد باشند؛ چرا که مصرف این مواد توسط والدین کنجکاوی نوجوانان را بر می‌انگیزد و این تصور را درانان به وجود می‌آورد که اعتیاد یک عمل معمولی و از خصوصیات افراد کامل و بزرگ سال است. خانواده از چندین راه بر سوء مصرف مواد تأثیر می‌گذارد. بررسی‌های انجام شده آسیب پذیری شناخته شده است. نخست اثرات ژنتیکی برای سوء مصرف مواد را نشان داده‌اند. دو شیوه برای انتقال ژنتیکی آسیب پذیری شناخته شده است. نخست اثرات ژنتیکی مستقیم از والدین به فرزندان، والدینی که در نوشیدن و یا مصرف مواد افراط می‌نمایند، دارای فرزندانی هستند که به همان رفتارها تمایل دارند. این امر اشاره به زمینه ژنتیک دارد. دوم اثرات ژنتیکی غیرمستقیم که در جدول ۳ آمده است، یعنی انتقال ویژگی‌های شخصیتی ضد اجتماعی از والدین به فرزندان، که آن‌ها را در برابر رفتارهای ضد اجتماعی از والدین به فرزندان، که آن‌ها را در برابر

رفتارهای ضد اجتماعی و سوء مصرف مواد مستعد می‌کنند. مصرف مواد در نوجوانانی که دوستان آنان نگرش مثبت به مواد دارند، بسیار بیشتر است و حتی تا دو سوم علت مصرف مواد به این عامل بر می‌گردد که دوستان نزدیک تا چه حد در مورد مصرف مواد صحبت می‌کنند، به دوستان پیشنهاد می‌کنند و در مجموع مصرف مواد را قبول دارند. مصاحبه شوندگان این مطالعه نیز برای دوست نقش ویژه‌ای قابل بودند. جنگ یک پدیده نامساعد اجتماعی است و مردم کشورهای جنگ زده به علت از دست دادن عزیزترین اعضای خانواده‌هایشان نسبت به زندگی و آن چه در اوست بدبین شده، برای رهایی از این ناراحتی‌ها به مواد مخدر پناه می‌برند. مصرف بیش از حد متادون در آلمان در جنگ جهانی و یا مصرف بیش از حد هروئین و مورفین به وسیله سربازان آمریکایی در جنگ ویتنام نمونه زنده‌ای از این مسئله است. جنگ در هر کشور بحران اقتصادی ایجاد خواهد کرد و بحران اقتصادی هم به فقر مردم منجر می‌شود و فقر هم به نوبه خود عامل مساعدی برای کشش به طرف مواد مخدر است. علاوه بر این دیده شده است که هر وقت کشوری خود را در جنگی درگیر کرده است، نسبت معتادین آن افزایش ۲۵ درصد و در بوسنی باعث افزایش ۸۰ درصد در تعداد معتادان این کشورها شده است. پژوهش‌های انجام شده در مورد مصرف مواد پس از بلایا افزایش می‌یابند.

در این مطالعات نشان داده شده است که هم به مصرف کنندگان جدید مواد افزوده شده، هم تعداد زیادی از مصرف کنندگان قدیمی، دوباره اقدام به استفاده از مواد کرده‌اند. پیامدهای بهداشت روانی حاصل از بلایا را می‌توان با ویژگی‌های آن فاجعه تعیین کرد. هرچه نوجوان با یک تهدید جدی‌تر روبه‌رو شود و آسیب ببیند و یا خانواده و بستگان نزدیک و دوستانش آسیب ببینند، این اثرات افزایش می‌یابند. نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر نشان داد که عوامل متعدد فردی، خانوادگی، اجتماعی در سبب شناسی سوء مصرف و اعتیاد مؤثر هستند. بنابراین برای مبارزه با این پدیده شوم، هر تلاشی که با در نظر گرفتن تنها یک عامل انجام شود، آن تلاش محکوم به شکست است. از طرفی نمی‌توان فقط با به کار گرفتن یک روش بر تمام این عوامل تأثیر گذاشت، بلکه باید در یک جامعه، در یک زمان، چندین راه برد مورد استفاده قرار گیرد. امروزه پیش‌گیری در رأس همه درمان‌هاست. در زمینه پیشگیری نیز باید از شیوه‌های مختلف استفاده کرده، همه علل را تحت پوشش قرار داد. از طرفی هر چند نیاز به ترتیب ۱ و ۲۹ سال و بعد از اعتیاد ۱ و ۳۸ سال بود بیش از نیمی از نمونه مورد پژوهش سابقه اعتیاد را در بستگان درجه اول خود ذکر کردند. حداقل سن شروع اعتیاد مصرف کنندگان تریاک کشیدنی ۹ سالگی بود. در ۷۴/۵ درصد از افراد نمونه مورد بررسی،

تریاک را به عنوان اولین ماده مصرفی مورد استفاده قرار داده بودند. عوامل فردی مرتبط با اعتیاد را در جدول ۲، عوامل خانوادگی در جدول ۳ و عوامل اجتماعی در جدول ۴ قابل ملاحظه است. توزیع فراوانی نسبی مشوقین مصرف مواد افیونی نشان می‌دهد که در همه اشکال مصرف مواد افیونی "دوست" اولین پیشنهاد دهنده مصرف مواد به معتادان بوده است. بیشترین عامل فردی، که در گرایش به اعتیاد در معتادان مورد مطالعه وجود داشته، "تقلید از بزرگ سالان معتاد"، ۴۶/۵ درصد بود. (جدول ۲). بیشترین عامل خانوادگی که در گرایش به اعتیاد در معتادان مورد مطالعه وجود داشته، "اعتیاد والدین"، ۵۳/۵ درصد بود. (جدول ۳) بیشترین عامل اجتماعی که در گرایش به اعتیاد در معتادان مورد مطالعه وجود داشته، "معاشرت با دوستان معتاد"، ۷۸ درصد بود. (جدول ۴) مقایسه نظرات معتادان در مورد عوامل مختلف مرتبط در گرایش به استفاده از مواد مخدر در سه حیطه فردی، خانوادگی، اجتماعی بر حسب مشخصات فردی در همه موارد به جزء مقایسه نظرات معتادان در مورد عوامل خانوادگی گرایش به اعتیاد بر حسب وضعیت تأهل تفاوت معنی داری را نشان نداد. این مقایسه تفاوت معنی داری بین اعتیاد والدین و متأهل بودن نشان داد (۰/۰۲=). افراد متأهل تأثیر این عامل را بیش از سایر افراد بیان کردند.

حداقل سن شروع اعتیاد در مصرف کنندگان تریاک کشیدنی ۹ سالگی بود. حداکثر میزان مصرف در مورد تریاک کشیدنی ۸ مثقال و در مورد هروئین کشیدنی ۱۰ گرم، در مورد آمپول تمپیزک، ۲۷ عدد روزانه بود. حداقل طول مدت مصرف در مورد همه موارد دوازده ماه و حداکثر طول مدت مصرف در مورد تریاک کشیدنی، ۳۷۲ ماه بود.

عوامل فردی		مورد دارد		مورد ندارد	
تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
۱- ابتلا به بیماری جسمی	۴۰	۲۰	۱۶۰	۸۰	
۲- کنجکاوی در کسب تجارب تازه	۹۲	۴۶	۱۰۸	۵۴	
۳- نگرش مثبت به استفاده از مواد مخدر	۸۰	۴۰	۱۲۰	۶۰	
۴- تحت آزار جسمی و عاطفی قرار گرفتن در دوران کودکی	۴۰	۲۰	۱۶۰	۸۰	
۵- مورد سوء استفاده جنسی در دوران کودکی	۰	۰	۲۰۰	۱۰۰	
۶- کسب درآمد از راه فروشندگی مواد مخدر	۸	۴	۱۹۲	۹۶	
۷- خجالتی بودن و گوشه گیری	۳۷	۵/۱۸	۱۶۳	۵/۸۱	
۸- تقلید از بزرگسالان معتاد	۹۳	۵/۴۶	۱۰۷	۵/۵۳	
۹- تقویت قوای جنسی	۳۲	۱۶	۱۶۸	۸۴	
۱۰- شرکت در مجالسی که همراه با استعمال مواد مخدر است	۴۰	۲۰	۱۶۰	۸۰	
۱۱- ضعف اعتقادات مذهبی	۵۳	۵/۲۶	۱۴۷	۵/۷۳	
۱۲- کمبود آگاهی نسبت به اعتیاد و مضرات آن	۷۳	۵/۳۷	۱۲۵	۵/۶۲	
۱۳- تمایل به افزایش توان و انرژی برای انجام کار	۷۶	۳۸	۱۲۴	۶۲	
۱۴- مشکلات اعصاب و روان مثل افسردگی، اضطراب، احساس تنهایی و...	۶۷	۵/۳۳	۱۳۳	۵/۶۶	
۱۵- فرار از بحران‌های زندگی	۵۶	۲۸	۱۴۴	۷۲	

جدول: توزیع فراوانی مطلق و نسبی وجود عوامل خانوادگی مرتبط در بروز اعتیاد از دیدگاه بستری در مراکز ترک

مورد ندارد		مورد دارد		عوامل خانوادگی
درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۵/۸۰	۱۶۱	۵/۱۹	۳۹	۱- طلاق والدین
۸۰	۱۶۰	۲۰	۴۰	۲- مرگ والدین
۵/۴۶	۹۳	۵/۵۳	۱۰۷	۳- اعتیاد والدین
۸۷	۱۷۴	۱۳	۲۶	۴- طلاق همسر
۹۴	۱۸۸	۶	۱۲	۵- وجود ناپدیری و نامادری در خانه
۵۴	۱۰۸	۴۶	۹۲	۶- فقر مادی خانواده
۹۳	۱۸۶	۷	۱۴	۷- رفاه اقتصادی خانواده
۵۳	۱۰۶	۴۷	۹۴	۸- ابراز نکردن علاقه و محبت والدین نسبت به فرزندان
۹۴	۱۸۸	۶	۱۲	۹- توقعات بیش از حد و غیر معقول خانواده
۹۶	۱۹۲	۴	۸	۱۰- تبعیض گذاشتن والدین بین فرزندان
۹۰	۱۸۰	۱۰	۲۰	۱۱- تشنج و درگیری با همسر و فرزندان
۵/۸۴	۱۶۹	۵/۱۵	۳۱	۱۲- تشنج و درگیری با والدین
۵/۹۰	۱۸۱	۵/۹	۱۹	۱۳- بی بند و باری و لالابالی بودن والدین
۵/۹۵	۱۹۱	۵/۴	۹	۱۴- حمایت افراطی توسط والدین
۸۴	۱۶۸	۱۶	۳۲	۱۵- بی سرپرستی

تحلیل داده‌ها در دو مرحله توصیفی و استنباطی صورت گرفته است. به این صورت که ابتدا متغیرهای زمینه‌ای و اصلی پژوهش توصیف و روابط میان آن‌ها بررسی شده است و سپس به برآورد پارامترها و تعمیم‌پذیری نتایج حاصل از نمونه به کل جمعیت پرداخته‌ایم.

در مورد آماره‌های توصیفی نتایج به این صورت بود. در میان افراد مصاحبه‌کننده، ۱۱۶ نفر متأهل، ۴۸ نفر مجرد، ۱۵ نفر مطلقه، و همسر ۶ نفر از آن‌ها نیز فوت کرده بودند. ۳ نفر هم به این سؤال جواب نداده بودند. همچنین ۵ نفر بی‌سواد بودند و ۱۴ نفر سواد خواندن و نوشتن داشتند. سطح تحصیلات ۶۶ نفر راهنمایی، ۲۵ نفر متوسطه و ۵۰ نفر دیپلم بود. ۲۵ نفر فوق دیپلم بودند و تنها ۳ نفر مدرک لیسانس داشتند که نشان از پایین بودن سطح تحصیلات آن‌ها دارد.

۵۷ نفر از میان ۱۸۸ نفر بیکار، ۳ نفر محصل، ۳ نفر دانشجو و ۱۲۵ نفر شاغل بودند. از لحاظ پایگاه اجتماعی، ۱۱۳ نفر در سطح پایین، ۶۵ نفر در سطح متوسط و تنها ۱۰ نفر از آن‌ها در سطح بالا بودند.

۱۰۲ نفر مواد مخدر سنتی و ۸۵ نفر از اعضای انجمن هر دو دسته مواد سنتی و صنعتی را توأم مصرف می‌کردند. تنها یک نفر مواد صنعتی مصرف داشت. شایان ذکر است که از گروه مواد مخدر صنعتی بیشتر کراک مصرف می‌شد. دلیل آن ممکن است قیمت بالای آن باشد.

متوسط پاک‌ی اعضای انجمن ۱۰/۷ است و به جرئت می‌توان گفت انجمن موفق بوده است. در مورد متغیر وابستگی، از مجموع ۱۸۸ نفر ۶۱/۷ درصد از وابستگی اجتماعی بالایی برخوردارند، به عبارتی این دسته به خانواده، دوستان و انجمن وابستگی بالایی دارند. ۳۳ درصد وابستگی متوسط و تنها ۵/۳ درصد از وابستگی اجتماعی کمی برخوردارند.

در مورد تعهد اعضای انجمن مطالعه شده از میزان تعهد بالایی برخوردارند. به طوری که از مجموع ۱۸۸ نفر ۶۶/۵ درصد به میزان زیادی تعهد دارند، در واقع این دسته در حد بالایی به آینده امیدوارند و برای آن تلاش می‌کنند، از محبوبیت برخوردارند و از زندگی راضی‌اند. ۲۸/۲ درصد به میزان متوسط تعهد داشته‌اند و تنها ۵/۳ از تعهد پایینی برخوردارند. طبیعی است با آمار به دست آمده از میزان تعهد، بیشترین تأثیر را باید در ترک اعتیاد می‌گذاشت که تحلیل رگرسیون چند متغیره هم آن‌ها را تأیید می‌کند.

همبستگی تعهد با تداوم ترک اعتیاد در گروه مصرف کنندگان سنتی ۰/۲۶ و در گروه سنتی-صنعتی، ۰/۶۱ است. با توجه به مقدار، متغیر تعهد تأثیر بیشتری بر مداومت بر ترک اعتیاد و پاک‌ی گروه سنتی-صنعتی می‌گذارد، به طوری که ۳۷ درصد از مداومت بر پاک‌ی و ترک اعتیاد سنتی-صنعتی توسط تعهد تبیین می‌شود در حالی که این مقدار برای گروه سنتی ۷ درصد است.

از لحاظ مشغولیت، پاسخگویان به‌طور متوسط مشغولیت اجتماعی دارند. طبق آمار ۶۰/۱ درصد به‌طور متوسط مشغولیت اجتماعی دارند و درگیر مشارکت در نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی هستند. ۲۵/۵ درصد به میزان بالا و تنها ۸ درصد در حد پایینی مشغولیت اجتماعی داشته‌اند. ۶/۴ درصد هم پاسخ نداده بودند. در زمینه اعتقاد هم که بر حسب میزان اعتقاد به اصول اخلاقی، مذهبی و قانون سنجیده شده است، اعضای انجمن از میزان اعتقاد پابندی بالایی برخوردارند به طوری که از مجموع ۱۸۸ پاسخگو ۵۶/۹ درصد به میزان بالایی به اصول اخلاقی، مذهبی و قانونی اعتقاد دارند. همچنین ۳۵/۶ درصد در حد متوسط و تنها ۵/۷ درصد اعتقاد پایینی داشته‌اند.

در آزمون فرضیه‌ها، در مورد رابطه بین وابستگی و ترک اعتیاد، رابطه نسبتاً متوسطی (۰/۳۴) بین دو متغیر وابستگی اجتماعی و ترک اعتیاد وجود دارد. جهت این همبستگی مستقیم و مثبت است مبنی بر اینکه به هر میزان که وابستگی اجتماعی اعضای انجمن مطالعه شده بالا بوده است به همان نسبت ترک اعتیاد نیز بیشتر بوده است. بنابراین، این نظر که «هر چه پیوستگی فرد به خانواده، دوستان و گروه بیشتر باشد، به احتمال قوی اقدام به ترک اعتیاد در وی نیز بالا خواهد بود»، با ۹۹ درصد اطمینان تأیید شد. از طرفی ضریب یا ضریب تعیین بیانگر این است که ۱۱/۶ درصد تغییرات مربوط به ترک اعتیاد فرد توسط وابستگی اجتماعی او توجیه می‌شود.

همبستگی در گروه مصرف کنندگان سنتی، ۰/۳۱ و در گروه سنتی-صنعتی، ۰/۳۵ است. در گروه سنتی متغیر وابستگی تنها ۰/۰۹ از مداومت بر ترک اعتیاد را تبیین می‌کند در حالی که در گروه سنتی-صنعتی ۱۲ درصد از مداومت در ترک اعتیاد از طریق وابستگی تبیین می‌شود. بر اساس آمار جدول، متغیر وابستگی در گروه مصرف کنندگان سنتی-صنعتی بیشتر از گروه سنتی بر مداومت در ترک اعتیاد تأثیر می‌گذارد.

رابطه بین تعهد و ترک اعتیاد نیز تأیید شد و آمار نشان داد که رابطه متوسطی (۰/۴۴) بین دو متغیر تعهد اجتماعی و ماندن بر ترک اعتیاد وجود دارد. این همبستگی بیانگر این است که به هر میزان تعهد اجتماعی فرد بالا باشد به همان نسبت احتمال ترک اعتیاد در وی نیز بیشتر خواهد بود. به عبارتی فرد معتادی که

دستاوردها، موفقیت‌ها و موقعیت‌های مطلوبی مثل شغل، تحصیلات، پرستیژ اجتماعی و در کل پایگاه اجتماعی بالایی دارد بسیار بیشتر احتمال دارد که در اقدام به ترک اعتیاد و دوری از آن موفق‌تر باشد. بنابراین، این نظره‌پرسی که «هر قدر فرد در محیط‌هایی مانند تحصیل، اشتغال و غیره نیاز بیشتری به سرمایه گذاری در خصوص کنش‌های موافق با جامعه احساس کند، دلیل بیشتری خواهد داشت که برای حفاظت از دستاوردهای خود با دیگران، هم‌نوا بماند»، تأیید می‌شود. از طرفی ضریب یا ضریب تعیین بیانگر این است که ۲۱ درصد تغییرات مربوط به پاکی و ترک اعتیاد فرد توسط تعهد اجتماعی او توجیه می‌شود.

در مورد ارتباط بین مشغولیت به امور روزمره زندگی و ترک اعتیاد، مقدار اماره پیرسون برای میزان همبستگی ترک اعتیاد و مشغولیت اجتماعی نشان می‌دهد رابطه نسبتاً ضعیفی (۰/۲۸) بین دو متغیر مشغولیت اجتماعی و ترک اعتیاد وجود دارد. یعنی به هر میزان که مشغولیت اجتماعی فرد بیشتر باشد، به همان نسبت احتمال ترک اعتیاد در وی نیز بیشتر خواهد بود. به عبارتی معتادی که مشغولیت اجتماعی وی بالاست، به همان نسبت احتمال ترک اعتیاد نیز در وی برانگیخته می‌شود. ضریب یا ضریب تعیین بیانگر این است که ۸ درصد تغییرات مربوط به ترک اعتیاد در فرد از طریق مشغولیت‌های اجتماعی وی توجیه می‌شود.

همبستگی مشغولیت با موفقیت در ترک برای گروه مصرف کنندگان سنتی، ۰/۰۶ و برای مصرف کنندگان سنتی - صنعتی، ۰/۴۶ است. ضریب تعیین برای گروه سنتی - صنعتی ۲۱ درصد است و در گروه مصرف کنندگان سنتی، معنادار نیست. بنابراین، متغیر مشغولیت بر تداوم ترک اعتیاد در گروه سنتی - صنعتی به مراتب تأثیر بیشتری دارد.

در مورد رابطه بین میزان اعتقاد فرد به اصول اخلاقی، دینی و قانونی و ترک اعتیاد رابطه متوسطی (۰/۴۳) بین دو متغیر اعتقاد فرد و ترک اعتیاد وجود دارد. ضریب یا ضریب تعیین بیانگر این است که ۱۸/۵ درصد تغییرات مربوط به ترک اعتیاد در فرد از طریق اعتقادات وی توجیه می‌شود.

همبستگی اعتقاد با ترک برای گروه مصرف کنندگان سنتی، ۰/۳۲ و برای مصرف کنندگان سنتی - صنعتی، ۰/۴۶ درصد است. متغیر اعتقاد در گروه مصرف کنندگان سنتی - صنعتی تأثیر بیشتری بر مداومت در ترک اعتیاد و پاکی آن‌ها گذاشته است. به طوری که ۲۱ درصد از تغییرات ترک اعتیاد سنتی - صنعتی را اعتقاد آن‌ها تبیین می‌کند. در حالی که در گروه سنتی این مقدار ۱۰ درصد است. در مورد فرضیات فرعی نیز همان طور که در ادامه می‌آید، بیشتر رابطه‌ها تأیید شد.

در مورد رابطه بین میزان تعلق به گروه و ترک اعتیاد نتایج زیر بدست آمد. رابطه قوی (۰/۵۶) بین دو متغیر متعلق به گروه و ترک اعتیاد وجود دارد. ضریب یا ضریب تبیین بیانگر این است که ۰/۳۱ درصد تغییرات مربوط به ترک اعتیاد در فرد توسط تعلق به گروه توجیه می‌شود. همبستگی در گروه سنتی ۰/۵۴ و در گروه سنتی - صنعتی ۰/۶۰ است.

تعلق به گروه، در مصرف کنندگان سنتی - صنعتی تأثیر بیشتری داشته است. به طوری که بنا بر مقدار، ۳۶ درصد مداومت در ترک اعتیاد فرد در گروه سنتی - صنعتی توسط وابستگی به گروه تبیین می‌شود در حالی که در گروه سنتی مقدار ۲۹ درصد است.

در رابطه بین تعلق به خانواده و ترک اعتیاد، رابطه معنا داری بین دو متغیر تعلق خانواده و ترک اعتیاد وجود ندارد. به عبارتی در پژوهش حاضر ترک اعتیاد اعضای انجمن ربطی به میزان تعلق آن‌ها به خانواده ندارد. رابطه نداشتن در هر دو گروه مصرف کنندگان مواد سنتی و صنعتی وجود دارد.

رابطه بین تعلق به دوستان و ترک اعتیاد در مورد هیچ گروه مصرف کنندگان سنتی و صنعتی تأیید نشد. رابطه نسبتاً متوسطی (۰/۳۷) بین دو متغیر میزان شهرت و منزلت و با ترک اعتیاد وجود دارد. ضریب یا ضریب تبیین بیانگر این است که ۱۳/۷ درصد تغییرات مربوط به ترک اعتیاد در فرد به واسطه شهرت و منزلت توجیه می‌شود. یعنی اینکه به هر میزان فرد شهرت و منزلت بالایی داشته باشد به همان نسبت احتمال ترک اعتیاد در وی نیز بیشتر است.

همبستگی در گروه سنتی، ۰/۲۶ و در گروه سنتی صنعتی، ۰/۴۷ است. شهرت و منزلت در گروه سنتی - صنعتی تأثیر بیشتری بر مداومت بر ترک اعتیاد دارد. به طوری که، ۲۲ درصد تغییرات مداومت بر ترک اعتیاد در گروه سنتی - صنعتی توسط شهرت و منزلت تبیین می‌شود در حالی که این مقدار برای گروه سنتی تقریباً ۷ درصد است.

بین دو متغیر اعتقاد به اصول اخلاقی با تداوم ترک در گروه مصرف کنندگان سنتی، ۰/۴۰ و در گروه مصرف کنندگان سنتی - صنعتی، ۰/۴۷ است. بدین ترتیب اعتقاد به اصول اخلاقی در گروه سنتی - صنعتی تأثیر بیشتری بر مداومت بر ترک اعتیاد دارد. به طوری که بنابر مقدار ۲۲ درصد تغییرات ترک اعتیاد گروه سنتی - صنعتی توسط اعتقاد آن‌ها به اصول اخلاقی تبیین می‌شود، در حالی که این مقدار برای گروه سنتی، ۰/۱۶ است.

رابطه نسبتاً ضعیفی (۰/۱۹) بین دو متغیر میزان اعتقاد به اصول مذهبی با ترک اعتیاد وجود دارد. ضریب یا ضریب تعیین بیانگر این است که ۴ درصد تغییرات مربوط به ترک اعتیاد در اعضای انجمن توسط میزان اعتقاد آن‌ها به اصول مذهبی توجیه می‌شود.

همبستگی اعتقاد به اصول مذهبی با مداومت در ترک در گروه مصرف کنندگان سنتی در سطح فراتراز ۵ درصد معنا دار نیست ولی درمورد گروه مصرف کنندگان سنتی- صنعتی، ۰/۲۷ است. بنابر مقدار، ۰/۰۷ تغییرات ترک اعتیاد در گروه سنتی -صنعتی مربوط به اصول مذهبی است. بنابراین، درمورد مصرف کنندگان مواد صنعتی تأثیر بیشتری نسبت به معتادان به مواد سنتی گذاشته است.

مقدار اماره پیرسون برای میزان همبستگی اعتقاد به اصول قانونی و ترک اعتیاد نشان می‌دهد رابطه متوسطی (۰/۴۶) بین دو متغیر میزان اعتقاد به اصول قانونی با ترک اعتیاد وجود دارد. ضریب یا ضریب تعیین بیانگر این است که ۲۱ درصد تغییرات مربوط به ترک اعتیاد در اعضای انجمن توسط اعتقاد آن‌ها به قانون توجیه می‌شود.

همبستگی اعتقاد به قانون با تداوم ترک در گروه سنتی، ۰/۳۹ و در گروه سنتی-صنعتی، ۰/۵۲ است. اعتقاد به قانون در گروه مصرف کنندگان سنتی -صنعتی تأثیر بیشتری بر مداومت بر ترک اعتیاد می‌گذارد. به طوری که ۲۷ درصد تغییرات ترک اعتیاد در این گروه مربوط به اعتقاد به اصول قانونی است در حالی که این مقدار برای گروه سنتی ۱۵ درصد است.

رابطه متوسطی (۰/۳۶) بین پایگاه اجتماعی و تداوم ترک اعتیاد وجود دارد. ضریب تعیین بیانگر این است که ۱۳ درصد تغییرات مربوط به تداوم ترک اعتیاد در اعضای انجمن توسط پایگاه اجتماعی توجیه می‌شود.

همبستگی برای گروه مصرف کنندگان سنتی، ۰/۴۵ است. ولی برای گروه سنتی-صنعتی معنادار نیست. همچنین ۲۰ درصد مداومت در ترک اعتیاد گروه سنتی توسط پایگاه اجتماعی تبیین می‌شود. همان طور که آمارها نشان می‌دهند، تأثیر عوامل اجتماعی در تداوم ترک اعتیاد گروه مصرف کنندگان مواد مخدر سنتی-صنعتی بیشتر از سنتی است.

بدین ترتیب، بررسی روابط دو متغیری میان تک تک متغیرهای اصلی و متغیر وابسته نشان داد که تمام متغیرها، رابطه‌ای مثبت و معنادار با متغیر ترک اعتیاد دارند، که از این بین متغیر «تعهد» قوی‌ترین رابطه و متغیر مشغولیت ضعیف‌ترین رابطه را با متغیر مداومت در ترک اعتیاد نشان دادند.

نتایج حاصل از بررسی روابط چند متغیری میان متغیرها، یا تحلیل رگرسیونی، به طور خلاصه این بود: متغیر وابستگی (۰/۲۵)، به طور غیرمستقیم از طریق تعهد و اعتقاد بر مداومت در تداوم ترک تأثیر دارد. متغیر تعهد (۰/۴۴) در تداوم ترک تأثیر مستقیم دارد. متغیر اعتقاد (۰/۲۵) به واسطه تعهد در تداوم ترک تأثیر غیرمستقیم می گذارد. پایگاه اجتماعی (۰/۲۲) از طریق مشغولیت، وابستگی و اعتقاد بر تعهد واژ آن طریق در تداوم ترک تأثیر دارد. مشغولیت (۰/۱۰) به طور غیرمستقیم از طریق پایگاه بر اعتقاد و وابستگی تأثیر دارد که آن ها نیز از طریق تعهد در تداوم ترک تأثیر می گذارند. از میان متغیرها، بیشترین تأثیر را تعهد به میزان ۰/۴۴ داشت و ضعیف ترین تأثیر را مشغولیت (۰/۱۰) از طریق غیرمستقیم داشته است. آماره ها نشان دادند که تأثیر متغیرها در تداوم ترک اعتیاد در گروه مصرف کنندگان مواد سنتی - صنعتی بیشتر از گروه سنتی است. در تحقیق خود به دنبال بررسی عوامل مؤثر بر گسترش اعتیاد در نواحی روستایی است. از نظر ایشان با وجودی که نواحی روستایی در بین مردم محیط امن شناخته می شود، اما زندگی روستایی نیز می تواند تنش زا باشد. این وضعیت می تواند با دورافتادگی، بروز فشارهای روانی برای سازگاری، عدم توانایی برای پنهان شدن در جوامع یکپارچه، کمبود امکانات تفریحی، اعتیاد جرم و فشار بازسازی اقتصادی مرتبط باشد از نظر ایشان. اعتیاد یکی از ناهنجاری های جامعه روستایی می شود. اعتیاد در سال های اخیر، سبب اختلال در زندگی روستایی می شود. اعتیاد در سال های اخیر، سبب تضعیف و ناکارآمدی نیروی انسانی و عدم تعالی اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی و سیاسی جامعه و دلیل بسیاری از بزه کاری ها شده است. این پژوهش باهدف بررسی علل گرایش و گسترش اعتیاد در روستاهای دهستان چهار دولی غربی شهرستان قروه، برای شناسایی عوامل مؤثر برافزایش تعداد معتادان ارائه شده است. جامعه آماری روستاهای دهستان چهار دولی غربی است و روش نمونه گیری برای تعداد روستاها، نمونه گیری مکانی است. برای جمع آوری داده ها از پرسش نامه استفاده شده که در این راستا، افراد ناظر به صورت تصادفی ساده و جمعیت معتاد با استفاده از معتادان در دسترس انتخاب شده اند. روش تحلیل، توصیفی-تحلیلی و با تکیه بر مطالعات کیفی است. نتایج به دست آمده از این پژوهش بر اثرگذاری عواملی چون لذت جویی، گذران

اوقات فراغت، بیکاری، نزدیکان و دوستان معتاد از هم پاشیدگی نظام خانواده، فشار روانی، کنجکاو و ماجراجویی، شکست در ازدواج، استفادهٔ دارویی از مواد مخدر و از همه مهم‌تر، به وجود آمدن ناهنجاری فرهنگی جدید مصرف مواد مخدر، به عنوان تنقل مهمانی‌های شبانه تأکید دارد. مهم‌ترین راهکارهای ارائه شده برای کاهش اعتیاد در این پژوهش عبارتند از: آموزش خانواده‌ها برای مقابله با مصرف مواد مخدر در مجالس شبانه و نظارت بر فرزندان، به ویژه در فصل کاری است.

بررسی پژوهش‌های مرتبط با اعتیاد روستایی نشان داد که پژوهش‌های پیشین تک بعدی بوده و از زاویه دید یک علم به مقوله اعتیاد پرداخته شده است. برخی با دید پزشکی و عده‌ای با دید روان شناختی و اجتماعی به بررسی این موضوع پرداخته‌اند که نتایج کاران‌ها در بررسی پیشینه پژوهش بیان شده است، اما مقاله پیش رو تلاش داشته تا با بررسی همه جانبه و با دید جغرافیای اجتماعی و رفتاری، به مقوله اعتیاد بپردازد و این معضل اجتماعی را از دید دیگری بررسی کند.

با بررسی علت‌های گرایش به اعتیاد در نواحی روستایی، می‌توان به این اصل پی برد که از مهم‌ترین علت اعتیاد در نواحی روستایی، از بین رفتن فرهنگ‌های سنتی روستایی، مانند شب‌نشینی‌های فرهنگی، از جمله شاهنامه خوانی، قصه‌گویی‌های ادبی و بازی‌های محلی در مجالس شبانه است. به طوری که در دهه‌های پیش، روستاییان در گردهمایی‌های خود به تجربه اندوزی و فیوضات ادبی و علمی می‌پرداختند؛ ولی اکنون این مجالس تبدیل به مجالس عیش و نوش و مصرف مواد شده است که مهم‌ترین علت آن، نبود برنامه‌های کاری در زمینه گذران اوقات فراغت، تنش‌های حاصل از زندگی روزمره، شکست در ازدواج، گسستگی نظام خانواده و یأس و ناامیدی اشاره کرد.

از مهم‌ترین راهکارهای کاهش مصرف مواد مخدر، بازنگری فرهنگی در این زمینه است که نیازمند تفکر جدید به شیوه زندگی روستایی با اصول و معیارهای علمی جدید از سویی و استفاده از آگاهی و دانش بومی از سوی دیگر است. به گونه‌ای که با فرهنگ سازی در زمینه عواقب گرایش به اعتیاد می‌توان خانواده‌ها را به استفاده از سایر عوامل مؤثر در کاهش اعتیاد، می‌توان به گسترش نظارت خانواده‌ها بر فرزندان، آموزش خانواده‌ها در زمینه پیشگیری از اعتیاد فرزندان خود، آموزش خانواده‌ها در زمینه آگاهی از مواد مخدر و عواقب آن، آموزش دست‌اندرکاران توسعه روستایی مانند دهیاری و شوراهای اسلامی، استفاده از مراکز بهداشت به عنوان بازوی توانمند برای آموزش خانوارهای روستایی در زمینه مقابله با مواد مخدر اشاره کرد.

رحیمی موقر و همکاران (۳۸:۱۳۸۴) در تحقیق خود به دنبال بررسی اعتیاد و رابطه آن با جغرافیای جرم هستند. از نظر ایشان اعتیاد به مواد مخدر یکی از مشکلات اصلی جامعه جهانی است. آمار رو به افزایش مصرف مواد مخدر در دنیای کنونی به گونه‌ای است که یکی از سم شناسان معروف به نام لودوینگ ۱ بیان می‌کند: "اگر غذا را مستثنی کنیم، هیچ ماده‌ای در روی زمین نیست که به اندازه مواد مخدر این چنین آسان وارد زندگی ملت‌ها شده باشد" (اورنگ، ۱۳۶۷:۱). از دیرباز استفاده بشر از داروها برای تسکین دردهای خود مرسوم بوده است و مدارک تاریخی سوء مصرف نیز وجود داشته است. مواد مخدر و مفسد بی‌شماران را می‌توان یکی از بیماری‌های خانمان سوز فردی و آفات بزرگ اجتماعی به شمار آورد که در طول تاریخ، هیچ ماده‌ای به اندازه مواد مخدر برای جامعه بشری زیان بار نبوده است. اعتیاد از جمله مسائلی است که به عنوان فاجعه، جهان را وارد مشکل نوینی کرده و قربانیان زیادی از جوامع بشری، از جمله کشور ما گرفته است. معتاد علاوه بر اینکه نیروی جسمانی و عقلانی خود را تحت تأثیر مصرف مواد مخدر در مناطق روستایی، از سویی سبب خالی شدن روستاها از جمعیت جوان و نخبگان روستایی شده و از سوی دیگر، دچار شدن جامعه روستایی به ناهنجاری‌های جدید اجتماعی، مانند اعتیاد، جمعیت باقی مانده در این نواحی را، به جمعیتی ناکارآمد در عرصه فعالیت‌های اقتصادی _ اجتماعی مبدل کرده است.

پدیده اعتیاد را بیشتر با صنعتی شدن و شهری شدن جوامع مرتبط می‌دانند، در حالی که مصرف مواد در ایران سابقه طولانی دارد و گیاهانی که تریاک و حشیش از آن‌ها به دست می‌آیند، از گیاهان بومی ایران بوده‌اند (رحیمی موقر و همکاران، ۳۸:۱۳۸۴) به نظر می‌رسد اقوام ساکن فلات ایران با خواص روان گردان و دارویی این مواد آشنایی داشته‌اند، برای نمونه، بر اساس نوشته هردوت سکاهای که از اقوام آریایی بودند، از نوعی حمام بخار بنگ (حشیش)، به عنوان بخشی از مراسم عزاداری استفاده می‌کردند و از اولین احکام مربوط به ممنوعیت تریاک در ۴۰۰ سال پیش، می‌توان به این مهم پی برد که این پدیده شوم شده است (رحیمی موقر و همکاران ۳۸:۱۳۸۴) در نواحی روستایی کشور ما، مصرف مواد مخدر سابقه‌ای طولانی دارد که بیشتر برای درمان بیماری‌ها تجویز می‌شده و امروزه نیز این نوع مصرف، در منطق روستایی دورافتاده‌تر همچنان به قوت خود باقی است (پناهلو، ۳۹:۱۳۵۵) به نقل لنگرودی، (۶۸:۱۳۹۰)

آسیب اعتیاد، به دلیل خصلت مجرمانه مواد مخدر، باید در ابعاد چند جانبه بررسی شود به گفته دیگر، در زمینه اعتیاد باید موارد مربوط به اقتصاد سیاسی، روابط متعارف اقتصادی، آسیب شناسی اجتماعی، روابط اجتماعی، مسائل فرهنگی، سابقه استفاده از مواد مخدر، مسائل حقوقی و انتظامی و شرایط جغرافیایی در

یک کلیت طراحی شده و از روی واقعیت مورد ارزیابی قرار گیرند تا روابط متقابل آن‌ها کشف شود و به این ترتیب سازوکارهای واقعی اعتیاد و قاچاق را به دست دهند (رئیس دانا، ۱۳۸۱: ۹۳)

بیشتر جامعه شناسان و روان شناسان به‌طور مستقیم و غیرمستقیم به انحراف‌ها و کج روی‌های جامعه پرداخته‌اند و دیدگاه‌های آن‌ها با یکدیگر متفاوت است. در این پژوهش تلاش بر آن است تا به دلیل اهمیت جغرافیایی موضوع و مؤلفه‌های فضایی علم جغرافیا، مبانی نظریه‌ای استفاده شود که در ارتباط تنگاتنگ با جغرافیای رفتاری و جرم قرار دارند تا از سوگیری‌های صرف اجتماعی و روان شناختی اجتناب شود. بنابراین با این توضیحات و با توجه به بحثی که در زمینه جغرافیا و تحلیل‌های مکانی_ فضایی است، از سه رویکرد جغرافیای اجتماعی رفتاری و جغرافیای جرم و یک رویکرد اجتماعی خرده فرهنگ‌ها برای تبیین مبانی نظری بهره گرفته می‌شود.

جغرافیای جرم: اعتیاد با انحراف و جرم رابطه تنگاتنگی دارد، بر همین اساس، بررسی اعتیاد شاید امری صرف اجتماعی یا روانی باشد، اما به دلیل ریشه در جرم و به ویژه با وجود ابعاد فضایی در قالب جغرافیای جرم قابل بررسی است. دانشمندان علوم اجتماعی از دیرباز علاقه خاصی در توصیف جغرافیای جرم داشته‌اند. همچنین جرم شناسان به بررسی مکان و نقش آن در ایجاد جرم پرداخته‌اند. از اولین پژوهش‌ها در این زمینه می‌توان به کارادریانو بالبی و آندرمیشل گری در سال ۱۸۲۹ اشاره کرد، اما کمک‌های اولیه به جرم شناسی مکانی با تولد مکتب پوزیتویسم منطقی، در دهه ۱۹۶۰ در اروپا پا گرفت. در سراسر اقیانوس اطلس، بینش‌های جدید و مهمی در زمینه جرم و مکان مطرح شد که در اوایل قرن بیستم از سوی جرم شناسان دانشگاه شیکاگو به اوج خود رسید. به هر حال با گذر زمان، دیدگاه‌های فکری در زمینه مطالعه جرم و مکان تغییر کرد و در رشته‌های دانشگاهی، مطالعه علمی الگوهای فضایی جرم و عوامل محلی و جغرافیایی که بر انتخاب نوع جرم اثر می‌گذارد، در حیطه علم جرم شناسی محیطی قرار گرفتند. بررسی‌های متکی بر روش علمی و مبتنی بر اصول و روش‌های آماری پیرامون محیط جغرافیایی و جرم، برای نخستین بار در نیمه دوم قرن نوزدهم توسط "کتله" و "گری" انجام شده است. برخی منابع "کتله" را پدرامار جنایی و از جمله پایه گذاران مکتب جغرافیای جرم معرفی کرده‌اند و گفته می‌شود که پژوهش‌های او باعث شده تا جرم، به عنوان پدیده‌ای اجتماعی، تابع دو متغیر زمان و مکان شناخته شود (پوراحمد و همکاران، ۱۳۸۲: ۸۲)

بنابراین مطالعه جغرافیایی جرم در جست‌وجوی تحلیل و توصیف خوشه‌های فضایی رفتارهای بزهکاری، چگونگی ساخت و ساز و نظارت بر فضاها و عوامل مؤثر بر کاهش جرم و توضیح چگونگی گسترش اشکال پویایی اجتماعی و سیاسی ترس از جرم و جنایت و پاسخ اجتماعی به آن است. مانند بسیاری از پدیده‌های دیگر اجتماعی، رفتار مجرمانه به‌طور یکنواخت توزیع شده است. بنابراین جغرافیای جرم، شاخه‌ای از علم جغرافیا است که برآثار متقابل جرم، فضا و جامعه تأکید دارد و قانون‌شکنی‌ها، تخلف‌ها و تأثیرات جرم را مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌دهد. مطالعات در زمینه جغرافیای جرم به اواسط قرن نوزدهم در اروپا، زمانی باز می‌گردد که کارتوگراف‌های جرم شناس، تلاش بر نمایش الگوهای منطقه‌ای جرم و تخلف‌ها در محیط‌های سکونت و فیزیکی داشته‌اند.

جغرافیای اجتماعی: جغرافیا به لحاظ گستردگی قلمرو علمی خود و اینکه تنها دانشی است که روابط متقابل جامعه انسانی و محیط طبیعی را در جریان دیالکتیکی و بازتاب مکانی-فضایی آن در سطوح خرد و کلان، محور اصلی کار خود قرار داده است، بنابراین نقش آفرینی شایسته‌ای در این نوزایی دارد. در این میان، جغرافیای اجتماعی، به عنوان پلی میان دیدگاه‌های جامعه‌شناختی و جغرافیا شناختی، یکی از مظاهر این تعامل به شمار می‌رود (ضیاء توانا ۱۳۸۳: ۳۱). جغرافیای اجتماعی شاخه‌ای از جغرافیای انسانی است که ارتباط نزدیکی با نظریه‌های اجتماعی به‌طور عام و جامعه‌شناسی به‌طور خاص دارد و رفتار پدیده‌ها و عناصر اجتماعی را با روندهای مکانی-فضایی مورد بحث قرار می‌دهد اگرچه پیدایش جغرافیای اجتماعی به صد سال گذشته باز می‌گردد، ولی هیچ اجماع نظری در زمینه نظرات آن بین اندیشمندان این شاخه از جغرافیا وجود ندارد. در سال ۱۹۶۸ باتیمر بیان داشت که زمینه‌های پیدایش جغرافیای اجتماعی، به دست پژوهشگران فردی بوده تا اینکه نشأت گرفته از یک سنت دانشگاهی باشد. بنابراین این روندهای حاصل، سبب پیدایش تعاریف گوناگون و گسترده‌ای در زمینه جغرافیای اجتماعی شده است. با این حال تمام این اختلاف نظرها، نمی‌تواند سبب انحراف از شرایط اساسی مؤلفه‌های فضایی و فرایندهای مکانی در مباحث جغرافیای اجتماعی شود.

مفاهیم مختلف در جغرافیای اجتماعی، سبب تداخل بیشتر جغرافیا نسبت به جامعه‌شناسی شده است. در دهه ۱۹۶۰ جغرافیای اجتماعی در سنت انگلو-آمریکایی برای توصیف الگوهای توزیع گروه‌های اجتماعی استفاده می‌شد که این امر سبب نزدیکی جغرافیای شهری و جامعه‌شناسی شهری شد. با وجود این، در دهه

۱۹۶۰ افکار جغرافیای اجتماعی، آثار بسیاری را بر جغرافیای فرهنگی گذاشت و سبب شکوفایی بیشتر جغرافیای انسانی شد. (مطیعی لنگرودی، ۱۳۹۰: ۷۰)

با وجود گذشت بیش از یک قرن از به‌کارگیری اصطلاح جغرافیای اجتماعی که برای اولین بار در سال ۱۹۰۱ توسط دمولینوس در بیان حیات تأثیر گذار دوسویه بین جغرافیا و علوم اجتماعی به کار گرفته شد، اما ریشه‌های عمیق‌تر چنین رویکردی را می‌توان، هم در مراحل تکوینی جغرافیا و هم در سیر تکوینی علوم اجتماعی به سادگی پیدا کرد. ریهل با مطالعات نوگرایی خود که می‌توان آن را به منزله سرآغاز اکولوژی انسانی دانست، پیشنهاد نهضت اکولوژی اجتماعی درآلمان است. راتزل با تدوین کتاب جغرافیای انسانی بر وابستگی انسان به طبیعت، به ویژه پراکندگی هر یک از پدیده‌های فرهنگی_تمدنی، بر پهنه جهان در ارتباط با موقع و موقعیت جغرافیایی تأکید داشت. علوم اجتماعی در این مقطع از زمان بهره‌گیری از نظریه تکامل و نیز پوزیتیویسم، چنین راهی را همچون جغرافیا سپری کرد. نشان دادن چنین منشأ تجربی، به‌طور قطعی یا تحلیلی منطقی، به نقش آفرینی طبیعت در جامعه انسانی بی‌توجه نبود. برای مثال، دورکیم که تفکراتش پیرامون محوراثبات گرایی منطقی بود، تلاش کرد تا علوم اجتماعی، به ویژه جامعه‌شناسی را به توصیف‌های رایج در علوم طبیعی نزدیک کند و از این راه تمامی فرهنگ مادی و بازتاب آن را در مفهوم چشم انداز جای دهد. از این رو، جامعه‌شناسی دورکیم بر سه پایه، یعنی: ریخت‌شناسی اجتماعی؛ فیزیولوژی اجتماعی؛ و جامعه‌شناسی عمومی استوار شد.

تأکید بر ابعاد جغرافیایی در موارد اول و دوم جامعه‌شناسی او کاملاً محسوس است به طوری که ریخت‌شناسی اجتماعی را مطالعه شالوده‌های جغرافیایی ملت و روابط آن با سازمان اجتماعی، جمعیت‌شناسی و مردم‌شناسی می‌داند. دورکیم برای روش مشاهده که یکی از مهم‌ترین روش‌های مطالعه و تبیین پدیده‌ها در جغرافیاست، ارزشی بسیار قائل می‌شود و براین باوراست که پدیده‌های اجتماعی را باید در حکم اشیا نگریست و از بیرون مشاهده کرد و آن‌ها را درست همان گونه دریافت که پدیده‌های طبیعی کشف می‌شوند. دورکیم در ادامه با به‌کارگیری اصطلاح زیر ساخت، شاخه جدیدی از جامعه‌شناسی را با عنوان مورفولوژی اجتماعی بنیان گذاشت که با مفهوم چشم انداز فرهنگی در جغرافیا نزدیکی بسیار دارد. چون نظریه‌های دورکیم در پاره‌ای از موارد، هرچند به شکل محدود و تعدیل شده بی‌تأثیر از دیدگاه راتزل نماند، بنابراین شاگردانش مورفولوژی اجتماعی را با عنوان سنتز یا برآیندی از علوم اجتماعی، جمعیت‌شناسی و جغرافیای انسانی درک می‌کردند (ضیاء توانا، ۱۳۸۳: ۳۳-۳۴)

در میان دهه‌های ۱۹۲۰ و ۱۹۳۰ پاره‌ای از جغرافیدانان و جامعه‌شناسان در تبیین مبانی نظریه‌ای در جغرافیا کوشش کردند. باروز^۳ (۱۹۲۳)، در امریکا با الهام از اکولوژی اجتماعی که سال ۱۹۱۶ در شیکاگو پدید آمد و نیز بوش و زانتر در آلمان، توانستند با برقراری ارتباط منطقی بین علوم اجتماعی و جغرافیا، گامی دیگر در تکوین جغرافیای اجتماعی بردارند (ضیاء توانا، ۱۳۸۳: ۳۵). بنابراین تمام تلاش‌های ذکر شده سبب تکامل و کارایی جغرافیای اجتماعی شد فرهنگ آکسفورد جغرافیای اجتماعی را مطالعه مردم و محیط زیست با تأکید ویژه بر عوامل اجتماعی تعریف کرده است. بنا بر تعریف سوزان میهو جغرافیای اجتماعی عبارت است از مطالعه الگوهای فضایی پدیده‌های جغرافیایی، در ارتباط متقابل با نظام‌های اجتماعی.

جغرافیای رفتاری: جغرافیای رفتاری، رویکردی از جغرافیای انسانی است که رفتار انسان را در رابطه با محیط جغرافیایی مورد مطالعه قرار می‌دهد. جغرافیدانان رفتاری، در فرایندهای شناخت براستدلال فضایی، تصمیم‌گیری و رفتار انسان در محیط جغرافیایی تمرکز دارند علاوه بر این جغرافیای رفتاری سبب استفاده از روش‌ها و فرضیه‌های رفتار گرایی برای تعیین فرایندهای شناختی می‌پردازد که دراداراک فرد، پاسخ و واکنش به محیط اطراف خود مورد استفاده قرار می‌دهد گروهی از نام جغرافیای رفتاری اغلب تصور می‌کنند که ریشه در رفتار گرایی دارد در حالی که جغرافیدانان رفتاری، به بررسی ریشه‌های رفتارگرایی با تأکید بر شناخت محیط جغرافیایی و الزامات چشم‌اندازهای جغرافیایی می‌پردازند (Norton-2001:284)

(بنابراین وجه تمایز جغرافیای رفتاری با رفتارگرایان این نکته است که جغرافیای رفتاری بیان جغرافیایی از رفتار گرایی است (شکویی، ۱۳۸۴: ۱۱۱) موضوعات مورد بررسی در جغرافیای رفتاری، شامل فرایندهای شناختی ادراکی از محیط زیست، وابستگی به محل یا حس جا توسعه نگرش در مورد فضا و مکان، رفتار و تصمیم‌گیری در مکان بر اساس شناخت و دانش افراد آن مکان است. (Norton-2002:158)

به‌طورکلی، جغرافیای رفتاری، در عصر اثبات گرایی منطقی و انقلاب، کمی بالندگی یافت و با دوری جستن از اقتصاد نیوکلاسیک وارد قلمروهای روانشناسی شد. از این‌رو، بر مطالعه امراداراک در رفتار فضایی انسان، اعتبار بخشید در این دیدگاه دو عامل محرک و واکنش مورد تأکید بود و با بهره‌گیری از افکار ژان پیازه، ادراک، تصویر ذهنی و رفتار فضایی اساس کار قرار گرفت. در جغرافیای رفتاری افراد اطلاعات از محیط فیزیکی (طبیعی و انسان ساخت) و محیط اجتماعی را جذب و همسان می‌کنند و از این طریق تصویر و بازنمایی‌های روان شناختی منحصر به فرد خود را از واقعیت‌ها، ترسیم می‌کنند. این تصویر و بازنمایی‌های

روانشناختی منحصر به فرد، به عنوان نقشه‌های ذهنی یا نقشه‌های شناختی مطرح می‌شوند (شکویی، ۱۳۸۴: ۱۱۲).

در تعریف جغرافیای رفتاری بیان شده است، جغرافیای رفتاری در پی کشف و شناخت نقشه‌های ذهنی مردم و پرده برداری از ادراکات عمیق آن‌ها درباره مکان‌هاست. در واقع، در این مکتب جغرافیایی، تأکید و گفتمان میان صورت ذهنی، جامعه و فضا مورد توجه است جغرافیای رفتاری از روانشناسی اثبات گرا و نظریه‌های شناختی ادراک بسیار تأثیر پذیرفته است (شکویی، ۱۳۸۴: ۱۱۱) به نقل از (مطیعی لنگرودی، ۱۳۹۰: ۷۲)

مولوی، رسول زاده (۱۳۸۳، ۵۵-۴۹) در تحقیق خود به دنبال "بررسی راهکارهای پیشگیری اجتماع مداراز اعتیاد به مواد مخدر در اطفال و نوجوانان (با تأکید بر آموزش کار با جامعه) هستند. هدف از این تحقیق، بررسی راهکارهای پیشگیری اجتماع مداراز اعتیاد به مصرف مواد مخدر در اطفال و نوجوانان است. در این تحقیق سعی شده تا با استفاده از تحلیل نظری، به بررسی عوامل مخاطره آمیز و سپس به نقش راهبردها و رویکردهای پیشگیری کننده اعتیاد توجه شود. مسئله پیشگیری می‌تواند از زوایای مختلف زیستی- روانی و جامعه شناختی تحت بررسی قرار گیرد. مؤثرترین روش پیشگیری، رویکردی است جامع و اجتماع مدار که طیف وسیعی از تعیین کننده‌های سبب شناختی را هدف قرار می‌دهد و این نکته مهم و سازنده در اصلاح رویکردهای پیشگیری بوده است. با این طرز تلقی ایجاد و تقویت نگرش‌های انطباقی دوسویه در جامعه از جمله در نهاد خانواده، نهادهای آموزشی و تحصیلی و سایر محیط‌ها در سطح جامعه، زیر بنای شناختی برای بررسی روش‌های پیشگیری قرار می‌گیرد. این راهکارها بر پایه و تأکید بر مداخلات غیرمستقیم و غالباً مبتنی بر درون فهمی، همدلی و جلب مشارکت و متناسب با گروه‌های سنی و خاص افراد است. در این راستا مقاطع سنی مختلف (کودکان و نوجوانان) با ویژگیها و نیازهای متفاوت و متعاقب آن راه‌های پیشگیری خاص مورد نظر قرار گرفته‌اند. بنابراین پیشگیری نیازمند همکاری همه جانبه تمامی دستگاه‌ها و نهادهای موجود در کشور است.

از نظر ایشان افزایش ارتکاب جرم توسط کودکان و نوجوانان و گرایش آنان به سمت مواد مخدر، از اواخر قرن ۱۹، ذهن محققان و حقوقدانان را به خود معطوف کرده است و آن‌ها در صدد شناختن علل بزهکاری این قشر از جامعه، به منظور پیشگیری از آن هستند. در مورد پیشگیری دوتن از اساتید حقوق جزای فرانسه، ویدال ومانیول چنین می‌نویسند: "اگر قبول کنیم که از نظر حفظ سلامتی افراد، پیشگیری مرض از

معالجه بهتر است، باید قبول کنیم که از نظر حفظ مصالح اجتماعی، پیشگیری از جرم نیز بهتر از مجازات مجرم خواهد بود. "از نظر ایشان پیشگیری از سوء مصرف شامل سه مرحله است:

(۱) پیشگیری اولیه:

سه هدف عمده برای پیشگیری اولیه از سوء مصرف مواد وجود دارد:

هدف اول این است که از شروع مصرف مواد توسط افراد جلوگیری شود.

دومین هدف جلوگیری از پیشرفت مصرف ماده توسط به سوی مصرف چند ماده می‌شود. به عنوان مثال در مورد سیگار هدف از پیشگیری اولیه جلوگیری از شیوع سیگار کشیدن می‌باشد. و در مرحله بعد پیشگیری از مصرف گهگاهی به سوی مصرف منظم تنباکو و نهایتاً پیشگیری از مصرف تنباکو به سوی مصرف مواد دیگری چون ماری جوانا می‌باشد. فعالیت‌های پیشگیری اولیه بر دو شیوه زندگی تمرکز دارد: ۱- آموزش

۲- تعدیل عوامل خطر ساز

آموزش:

معمولاً آموزش به اطلاع رسانی در مورد خطرات سوء مصرف مواد اشاره دارد و شامل آموزش‌های عموم مردم و برنامه‌های آموزشی مبتنی بر مدارس می‌باشد.

آموزش بهداشت به جزء اساسی مراقبت پرستاری از بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد می‌باشد بسیاری از این بیماران از اثرات فیزیولوژیک مواد ناآگاهند. به عنوان مثال ممکن است بیمار اطلاع نداشته باشد که مصرف الکل موجب بالا رفتن آنزیم‌های کبدی و تخریب بافت کبد می‌شود.

نقش مراقبین تیم بهداشتی راهنمایی بیمار در مورد جنبه‌های پزشکی سوء مصرف مواد می‌باشد به نحوی که بیماران در مورد اثرات صدمه زننده این مواد راهنمایی شوند همچنین ممکن است بیمار آگاه نباشد که بسیاری از سوء مصرف کنندگان از مواد و الکل جهت درمان و به منظور کاهش اضطراب و افسردگی خود استفاده می‌کنند. گرچه این عمل ممکن است تخریب موقتی را فراهم نماید اما نهایتاً منجر به احساس بدتری خواهد شد.

از طرق بسیاری از سوء مصرف کنندگان به ویژه آنهایی که از مواد مخدر تزریقی استفاده می‌کنند در معرض خطر انتقال HIV هستند. الکی‌ها نیز در معرض فراموشی و از دست دادن موقت حافظه در اثر مصرف الکل می‌باشند و به دنبال آن ممکن است اقدام به رفتارهای پرخطری چون اعمال جنسی حفاظت نشده یا

مصرف مواد مخدر تزریقی و استفاده از سرنگ مشترک نمایند. به همین دلیل آموزش‌های بهداشتی در مورد راه‌های انتقال HIV و برای مصرف کنندگان مواد ضروری می‌باشد. اقدامات دیگری که در این مرحله انجام می‌شود شامل آموزش مهارت‌های سازگاری و تقویت ذهنی مثبت و قوی از خود می‌باشد.

متعادل سازی عوامل خطر آفرین:

این عمل می‌تواند به وسیله افراد خانواده و با اجتماع انجام شود. همچنین پرستاران بهداشت جامعه نیز ممکن است افراد را جهت مشابه سازی عواملی که آن‌ها را در معرض خطر سوء مصرف مواد قرار می‌دهند کمک نمایند. به عنوان مثال درمانگر می‌تواند جهت کم کردن با حذف استرس‌های زندگی به افراد و یا خانواده‌ها کمک کند که مهارت‌های مؤثری را در جهت حل مسائل خود بیاموزند و یا حتی آن‌ها را برای حل مشکلات اقتصادی‌شان به مراجع موجود ارجاع دهند.

۲) پیشگیری ثانویه:

جهت شناسایی سوء مصرف مواد و برنامه ریزی و اقدام مناسب مراقبین بهداشتی و درمانی باید هر مددجو را به شکل انفرادی مورد ارزیابی قرار دهند. وقتی سوء مصرف دارویی و وابستگی محرز شد. درمانگر باید مددجو را در جهت درک ارتباط بین مصرف مواد و پیامدهای منفی آن بر بهداشت فردی خانواده و جامعه کمک نماید. هدف از پیشگیری ثانویه تشخیص زودهنگام مشکل می‌باشد به نحوی که مانع از پیشرفت مشکل و با بروز تغییرات پاتولوژیکی ناشی از سوء مصرف مواد گردد. هدف از این مرحله انجام اقدامات لازم جهت درمان می‌باشد. شاید اقدامات شامل کمک به خانواده جهت شرکت فعال در برنامه ریزی و ارجاع مددجو به منابع مختلف کنترل آن‌ها در حین درمان و برقراری پوشش بیمه‌ای مناسب جهت آنان می‌باشد.

۳) پیشگیری ثالثیه:

هدف از پیشگیری ثالثیه جلوگیری از عود سوء مصرف مواد می‌باشد و این عمل با بهره گیری از حمایت‌های اشخاص مهم زندگی فرد و خانواده، پرستاران بهداشت جامعه و نیز با تشخیص و حمایت‌های عاطفی مددجو و خانواده او و معرق او به سایر گروه‌های حمایتی امکان پذیر است. سایر اقدامات پیشگیری کننده نوع سوم شامل تلاش برای حذف و یا تعدیل استرس و رهایی است که موجب عود عارضه می‌شود. به عنوان مثال کمک فرد جهت پیدا کردن کار موجب تخفیف، استرس، بیکاری و نگرانی‌های اقتصادی دانشجو از آن می‌شود.

همچنین توسعه مهارت‌های سازگاری مثبت کمک به بیمار جهت برنامه ریزی اوقات خود، معرق و اطلاع رسانی در مورد منابع موجود در جامعه و کمک به فرد جهت کنار آمدن به تغییرات ایجاد شده در زندگی از دیگر عوامل کمک کننده در این مرحله می‌باشد.

رضا خانی مقدم، شجاعی زاده، لشگرارا و همکاران: در تحقیق خود به دنبال "مقایسه مصرف مواد مخدر و علل گرایش به آن در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران" می‌باشند. از نظر ایشان در حال حاضر اعتیاد و مصرف مواد مخدر به عنوان یکی از چالش‌های مهم اجتماعی، بهداشتی و سیاسی در سراسر جهان مطرح می‌باشد این مطالعه باهدف مقایسه مصرف مواد و عوامل مؤثر بر آن در دو دانشگاه علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران انجام شد.

یافته‌ها حاکی از آن است که شیوع مصرف مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران ۳۳ درصد و در دانشجویان دانشگاه تهران ۳۷/۵ درصد بود. سن شروع اولین مصرف بسیاری از مواد در دوران دانشجویی بود. در هر دو دانشگاه بین مصرف مواد و جنسیت، اعتقادات مذهبی، سابقه مصرف مواد در خانواده، دانشکده ارتباط آماری معنی دار وجود داشت. بیشترین روش ذکر شده در بررسی راه‌های اصلی مواجهه با مواد مخدر، دوستان بود.

۲-۲ نقد و بررسی منابع لاتین در خصوص موضوع تحقیق

کومفر و همکاران (komfer et all 1996) بر تأثیر برنامه‌های مداخله‌ای در کاهش عوامل خطر و افزایش عوامل محافظ تأکید کرده، نشان داده که با مداخلات پیشگیرانه می‌توان این عوامل را تغییر داد. نتایج ۲۰ ساله NIDA (Schaps, 2000) به نقل از احترامی، (۱۳۸۶) و مطالعه والاک و مونتگومری (Wallack and Montgomery) (به نقل از احترامی، ۱۳۸۶) مبین این حقیقت است که تمرکز بر عوامل خطر و محافظ از میزان بروز اعتیاد می‌کاهد. چنانچه ملاحظه شد در این پژوهش اثر عمل محل‌های بر تغییر نگرش به مواد و اعتیاد از مثبت به منفی نمایان گردیده است.

مطالعه بوتوین (Botvin 1995) نشان دهنده کاهش ۸ تا ۱۵ درصدی مصرف سیگار، ماری جوانا و تحرک‌ها در جوانان طی ۳ سال اجرای برنامه‌های اجتماع محوراست در طی سال‌های ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۵ در میامی نتیجه اجرای برنامه در ۵ سال، تعطیلی بیش از دو هزار محل مصرف کراک و کاهش معامله آن بود. همچنین افت واضعی در بروز ملاحظه گردید ((Lawinson 1997 در مطالعه NIDA از ۱۹۹۳ تا ۲۰۰۰

طی ۴ سال اجرای برنامه اجتماع محور میزان بروز در گروه کنترل ۲.۴ برابر گروه مداخله بود. پنتز در طی ۶ سال مداخله هزینه- فایده و هزینه - اثر بخشی برنامه را نشان داد.

مارلات و گوردن در پژوهشی در سال ۱۹۹۴، علل عود را برای الکلی‌ها و معتادان به سیگار و هرویین بررسی کردند. آن‌ها علل را به دو دسته درون فردی و برون فردی تقسیم کردند. علل درون فردی در بازگشت مجدد به اعتیاد شامل حالت‌های هیجانی منفی، حالت‌های جسمی منفی، حالت‌های هیجانی مثبت، گول خوردن و وسوسه شدن و علل بین فردی شامل تعارض‌های ارتباطی، فشارهای اجتماعی برای مصرف مواد و حالت‌های مثبت هیجانی در ارتباط با بعضی انواع تعاملات بود.

کارول و همکارانش در سال ۱۹۹۱ پژوهشی در زمینه پیشگیری از عود مصرف مواد مخدر انجام دادند. آن‌ها قدم‌های لازم برای کمک به فرد جهت تکامل یک شبکه حمایتی پیشگیری از عود را بدین صورت مطرح کرده‌اند: الف) ابتدا باید مددجو اعضای شبکه را تعیین کند؛ ب) مددجو باید در رابطه با اینکه چطور و چه موقع می‌تواند حمایت را طلب کند تصمیم‌گیری کند؛ ج) یک طرح عملی برنامه ریزی، تمرین، اجرا و در صورت نیاز تعدیل می‌شود.

کانالانو طی مطالعه‌ای (۱۹۹۸) در زمینه عوامل مؤثر در عود مصرف مواد مخدر و الکل، به این نتیجه رسید که قدرت فاکتورهای مؤثر در عود وابستگی به مواد مختلف باهم متفاوت است، به نحوی که در عود ترکیبات تریاک، درجه صدمه ایجاد شده به علت مواد در مقام اول از نظر اهمیت قرار می‌گیرد و عواملی مانند اختلالات روانپزشکی، طول مدت و کیفیت درمان، درگیری در جرائم، فقدان خانواده، حمایت گروه همتا، وضعیت‌های عاطفی منفی و نقص در مهارت‌ها در درجات بعد واقع می‌شوند.

لونیسون در سال ۱۹۹۷ پس از بررسی منابع مختلف، علل گرایش معتادان را موارد زیر می‌داند: ۱. عوامل یا متغیرهای عاطفی مثل وضعیت‌های منفی یا مثبت خلق از قبیل ناامیدی، تنهایی و انزوا، احساس اضطراب و افسردگی، لذت نبردن از زندگی، عصبانیت، ملالت و خستگی و احساس بی‌لیاقتی؛ ۲. متغیرهای رفتاری چون مهارت‌های انطباقی، یا نقص در مهارت‌های اجتماعی و تکانشی بودن؛ ۳. متغیرهای شناختی مانند نگرش‌های فرد به فرایند بهبودی و درمان، درک از خود در زمینه توانایی‌ها برای انطباق با موقعیت‌هایی که خطر بالای عود دارند، و سطح عملکرد شناختی؛ ۴. متغیرهای محیطی و بین فردی مثل از دست دادن موقعیت‌های اجتماعی و خانوادگی، فشارهای اجتماع برای استفاده از مواد (زندگی کردن با یک مصرف

کننده دارو، وارد شدن در اماکنی که محل تجمع معتادان است)، بی‌حاصلی در عملکردهای تحصیلی یا کاری، علاقه نداشتن به تفریحات سالم؛ ۵. متغیرهای فیزیولوژیکی، شامل اشتیاق، علائم سندروم قطع مصرف، بیماری مزمن، مشکلات و مسائل جنسی، دردهای جسمی، پاسخ به دستورات دارویی استفاده شده برای اختلالات روانپزشکی و طبی؛ ۶. متغیرهای روانپزشکی مانند حضور یک بیماری روانپزشکی توأم، شدت بالای اختلال روانپزشکی؛ ۷. متغیرهای مذهبی از قبیل احساس گناه و شرم شدید، احساس پوچی، وجود احساسات دال بر بی‌معنی بودن زندگی؛ ۸. متغیرهای مربوط به درمان مانند نگرش منفی نسبت به دریافت کمک، سرویس‌های مراقبتی ناکافی بعد از برنامه‌های ناتوانی، فقدان سرویس‌های درمانی مددجویان باتشخیص توأم.

دول و نیزواندر پژوهشی را درباره درمان نگهدارنده بامتادون دربخش متابولیک بیمارستان دانشگاه راکفیلر در سال ۱۹۶۳ آغاز کردند. بهبود شایان توجه وضعیت اجتماعی بیماران طی این برنامه بیش از حد تصور بود.

چاندر^۱ (۲۰۱۵: ۱-۶)، مقاله‌ای را با عنوان آیا مصرف کننده‌ها تریاک را جایگزین حشیش می‌کنند؟ یک آنالیز اقتصادی از کانابینوئید (محصولات گل اختر) هم زمان و مصرف مواد مخدر در یک رژیم حقوقی را نوشتند، ایشان باهدف: آنالیز روابط متقابل در مصرف مواد مخدر و کانابینوئید در یک رژیم حقوقی مخصوصاً اینکه آیا مصرف کننده‌های تریاک و کانابینوئیدها آن را به عنوان جایگزین یکدیگر در نظر می‌گیرند یا خیر. و با استفاده از روش، مدل‌های اقتصادی دینامیک پنل داده‌ها برای مصرف تریاک با استفاده از روش کلی مومنت‌ها (GMM) تخمین زده شده‌اند. یک دسته داده منحصر به فرد شامل اطلاعات در مورد مصرف تریاک از ایالات پنجاب هندوستان در سال‌های ۱۹۰۷ تا ۱۹۱۸ (n=252) به عنوان تابعی از قیمتش، قیمت‌های دو شکل شاهدانه برگ (بنگ) و صمغ (حشیش) و درآمد و دستمزد آنالیز شد. کشش قیمتی مورد ارزیابی قرار گرفت تا جایگزین یا کامل کننده بین تریاک و محصولات گل اختر (بنگ و حشیش) مشخص شود. نتایج: تریاک جایگزینی برای حشیش است با کشش قیمتی (β_3) از ۰/۱۴ ($P < 0.05$) اما برای بنگ (برگ گل اختر کشش قیمتی = ۰.۰۰، $P > 0.10$) نیست. مصرف تریاک ($\beta_1 = 0.47$ ، $P < 0.01$) ویژگی‌های تداوم عادت متناظر با اعتیاد را نشان می‌دهد. مصرف تریاک

¹ Chandra

پاسخگوی تغییرات در قیمتش است و دستمزد و درآمد مصرف کننده‌ها. و در آخر نتیجه گیری می‌کند که تریاک و حشیش، یک نوع از گل اختر، جایگزین یک دیگر هستند. به علاوه مصرف تریاک اعتیاد آور و وابسته به تغییرات قیمت و درآمد است.

زایچرا^۱ و همکارانش (۲۰۱۴: ۱۰۱-۱۰۵)، به بررسی شخصیت به عنوان یک فاکتور ریسک برای مصرف غیرقانونی مواد مخدر و یک فاکتور محافظت کننده برای وابستگی به مواد مخدر غیرقانونی پرداختند، ایشان عنوان داشتند که: اکثر تحقیق‌ها نقش شخصیت را به عنوان یک عامل ریسک برای توسعه وابستگی به مواد مخدر در مقایسه با مصرف کننده‌های مواد مخدر وابسته و آنهایی که کنترل سلامت دارند و هرگز هروئین استفاده نکرده‌اند مورد بررسی قرار داده‌اند. برای درک نقش بالقوه محافظتی شخصیت، مقایسه مصرف کننده‌های مواد مخدر غیرقانونی و آنهایی که هرگز به مواد وابسته نمی‌شوند حیاتی است. و با مقایسه: مقایسه فاکتورهای شخصیت بین سه گروه: ۱) ۱۶۱ مصرف کننده مواد که مواد مصرف کرده‌اند اما هرگز بدن وابسته نشده‌اند. ۲) ۴۰۲ مصرف کننده وابسته در درمان متادون یا درمان هروئین و ۳) ۱۳۵ نفر که هرگز هروئین مصرف نکرده‌اند. شخصیت را با یک نوعی کوتاه فهرست ویژگی و خلق و خو کلونینگر مورد ارزیابی قرار داده‌اند. و نتیجه می‌گیرند که، مصرف کننده‌هایی که هرگز به هروئین وابسته نشدند بیشتر به دنبال نوآوری و تنوع بودند و هم چنین به دنبال جلوگیری از صدمه بودند و کمتر خود جهت و هم کاری کننده بودند نسبت به گروه کنترل سلامتی به جایزه وابسته‌تر بودند و به علاوه افرادی که هرگز به مواد وابسته نبودند و بیشتر خود برتر بودند و نسبت به مصرف کننده‌های مواد و گروه کنترل سالم.

و عنوان می‌دارند که افرادی که هرگز به مواد وابسته نبودند ممکن است به خاطر تمایل آن‌ها به جستجوی چیزهای جدید و تجارب روحی جدید به مواد رو بیاورند اما با نیاز خود به تأکید اجتماعی و محرک جلوگیری از خطر (وابستگی بالا به جایزه) و خودکارآمدی از وابستگی دوری می‌کنند.

توموری^۲ (۲۰۱۴: ۱۳۷۲-۱۳۸۰)، آسیب پذیری اجتماعی و منابع حمایتی برای مردانی که از مراکز ترک اعتیاد در ویتنام مرخص شده‌اند. را بررسی کرده‌اند، و عنوان می‌دارند که اعتیاد به مواد مخدر را یک بیماری در نظر بگیرید، بسیاری از افراد که مواد تزریق می‌کنند (PWID) با محیط‌های قانونی ناهمگون

¹ Zaaijer

² Tomori

مواجه‌اند که شامل هم تنبیه و هم تخمین‌های کاهش آسیب هستند. در ویتنام، بسیاری PWID که ظرفیت بالای HIV دارند به مراکز ترک اعتیاد فرستاده می‌شوند یا مراکز 06 برای سم زدایی اجباری، آموزش‌های فنی و حرفه‌ای و کار تا ۵ سال این مطالعه به بررسی چالش‌ها و تسریع کننده‌های بازگشت به اجتماع و زندگی خانوادگی در میان مردانی که از مراکز 06 آزاد شده‌اند می‌پردازد و بینش و پیشنهادهایی برای توسعه سیاست‌ها و مداخلاتی که به نیازهای خاص این جمعیت آسیب پذیر می‌پردازد ارائه می‌کند. ایشان در سال ۲۰۱۱ توسط چندین مصاحبه کننده در میان نمونه‌ای از ۴۳ مرد PWID که در دو سال گذشته از مراکز ما درهانوی ویتنام آزاد شده بودند مصاحبه‌هایی انجام شد تا مسائلی که در بالا ذکر شد را مورد بررسی قرار دهند و مداخلات بالقوه‌ای را پیشنهاد کنند. شرکت کننده‌ها از کلینیک‌های HIV که برای PWID (n=22) و هم چنین از گروه‌هایی که خودشان به خودشان کمک می‌کنند (n=21) بودند. مصاحبه‌ها ضبط شدند و سپس ترجمه شدند و به Atalas-TI نرم افزار آنالیز داده‌های کمی وارد شدند و موضوع‌های اصلی و کلیدی آنالیز شدند.

نتایج نشان داد که، مصاحبه‌ها بد نام سازی مداوم مربوط به مصرف مواد را نشان دادند و اغلب با بدنام سازی مربوط به HIV و تشخیص و جدا سازی همراه بوده است که باعث عدم استخدام این افراد و افزایش جدا سازی اجتماعی شرکت کننده‌ها و بدتر کردن اعتیاد آن‌ها شده است خانواده‌ها منبع اولیه و اصلی شرکت کننده‌ها از لحاظ مالی، شغلی و حمایت احساسی بوده است اما تنش‌های مربوط به اعتیاد و خانواده نیز تأثیرات منفی روحی داشته است. شرکت کننده‌ها درمان با متادون را به عنوان روشی مؤثر برای مقابله با اعتیاد تشخیص دادند اما اندکی از آن‌ها می‌توانستند از این نوع درمان بهره کامل ببرند به خاطر محدودیت در دسترس بودن آن.

یانگ^۱ و سیلوا^۲ (۲۰۱۶: ۲۴۷-۲۵۷)، مطالعات جدید تفاوت شناختی و نورویژنیکی^۳ متمایزی بین اعتیادهای مواد مخدر یا مواد افیونی^۴ و مواد محرک را نشان می‌دهند؛ با این حال، درک ما از عوارض شایع و خاص این دو گروه از داروها به دلیل میزان بالای وابستگی به مواد چندگانه در میان معتادان همچنان محدود است. هدف از این پژوهش شناسایی نشانگرها یا مارکرهای ماده خاص چند متغیره

¹ Young

² Vassileva

³ Neurobiological

⁴ Opiate

می‌باشد که به وابستگی به هروئین (HD) و وابستگی به آمفتامین (AD)، با استفاده از روش‌های یادگیری ماشینی طبقه‌بندی می‌شوند. شرکت کنندگان شامل ۳۹ وابسته به تنها آمفتامین، ۴۴ وابسته به تنها هروئین، ۵۸ وابسته به مواد چندانگانه و ۸۱ نفر غیر وابسته به مواد بودند. اکثر شرکت کنندگان وابسته به مواد، در ترک اعتیاد^۱ طولانی مدت بودند. ما از آزمون‌های جمعیتی، شخصیت (خصوصیت تکانه‌ای بودن یا تکانش گری^۲، خصوصیت اختلالات فکری و روانی^۳، پرخاشگری، هیجان خواهی)، روانی (اختلال بیش فعالی همراه با نقص توجه، اختلال رفتاری، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، اختلالات روانی، اضطراب، افسردگی) و آزمون‌های تکانش گری عصبی (کاهش اهمیت یا ارزش تأخیری^۴، برو و بایست^۵، سیگنال توقف، حافظه فوری، آزمون خطر آنالوگ بادکنک، قمار کمبریج و آزمون قمارایوا) به عنوان پیش بینی کننده‌ها در یک الگوریتم یادگیری ماشینی استفاده کرده‌اند. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که مکانیزم‌های مختلف ممکن است پایه و اساس وابستگی به هروئین (HD) و وابستگی به آمفتامین (AD) باشند که شرح واحد اعتیاد به مواد مخدر را به چالش می‌کشد. این راستای کاری ممکن است بر توسعه آزمون‌های تشخیصی استاندارد و مقرون به صرفه، پرتو افکنده و توسعه برنامه‌های پیشگیری و مداخله فردی برای وابستگی به هروئین (HD) و وابستگی به آمفتامین (AD) را تسهیل نماید.

ایکسیا ۶ و همکارانش (۲۰۱۵: ۷۶-۸۳)؛ بعد عاطفی درد به عنوان عامل خطر اعتیاد به الکل یا دارو را بررسی کردند. و عنوان می‌دارند که اعتیاد یا سوء مصرف مواد (SUD) یک بیماری روانی خانمان سوز می‌باشد که از چندین ویژگی اساسی تشکیل شده است. به عنوان اختلال زیست رفتاری، تشدید دارو و یا جذب الکل هر دو دلیل و عواقب سازگاری عصبی مولکولار در مدار مرکزی تقویت مغز می‌باشند. نواحی چندانگانه مزولیمبیک علائم منفی انگیزشی و عاطفی را پدید می‌آورد که در مرکز فرایند اعتیاد قرار دارند. نواحی مربوط به تقویت و استرس مغز من جمله آمیگدال مرکزی (CeA)، پوست جلو مغزی (PFC) و اکومبنس هسته (NAC) به عنوان پردازنده‌های مرکزی تشدید ورودی درد عمل می‌کند. ما براین فرض شدیم که حساس سازی مکانیزم مغز که اساس پردازش درد مزمن و ناهنجار می‌باشد، در ایجاد حالت

¹ Protracted abstinence

² Impulsivity

³ Psychopathy

⁴ Delay Discounting

⁵ Go/No-Go

⁶ Xia

عاطفی منفی برای تحریک روند پایدار و عود اعتیاد، به ویژه در اعتیاد به الکل و سوء مصرف داروهای مسکن، مؤثر است. در سطح نور و شیمیایی، درد سیگنال دهی مرکزی نوروپتید مربوط به استرس، به ویژه سیستم‌های عامل آزادسازی-دینورفین و کورتیکوتروپین (CRE) را فعال می‌کند و توسط این فرایند احساس منفی را تسهیل می‌کند و سوء مصرف دارو و الکل را تشدید می‌کند. با توجه به شیوع لاینحل و سوء تنظیم عاطفی در جوامع بالینی، داروهای مسکن با پتانسیل کمتر در تحمل و وابستگی ضرورت دارند. همه گیری سوء مصرف دارو مسکن در زمینه مکانیزمهای نورویولوژی نحوه ایجاد بالقوه عامل خطر اعتیاد در جوامع آسیب پذیر توسط درمان درد، تحقیقات بیشتری را می‌طلبد. در نهایت، انتظار می‌رود همگرایی پیوسته زمینه‌های عاطفی و حسی علوم اعصاب تعادل بحرانی میان تسکین درد و اعتیاد را آشکار کند و راه بردهای درمانی مؤثرتر در درد مزمن و اعتیاد را ارائه نماید.

۳-۲ مباحث نظری

برخی نظریات کارکرد گرا

دورکیم برای این باور است که هرگاه وضعیت هنجارهای اجتماعی نفوذ خود را بر رفتار فرد از دست بدهند در آن صورت کج رفتاری اجتماعی پدید خواهد آمد. (گیدنز، ۱۳۷۳: ۷۹-۸۰) در واقع وی معتقد است که مجرم و جرم حاصل بی‌هنجاری است و کج روی را به بی‌سامانی اجتماعی مربوط می‌کند (صدیق سربستانی، ۱۳۷۴: ۱۶۶-۱۶۷) نظریه انحراف از هنجارها را که ریشه در نظریات امیل دورکیم، جامعه شناس فرانسوی دارد را می‌توان به عنوان نظریه‌ای در خصوص عوامل مؤثر بر سوء مصرف مواد مخدر ذکر کرد. در این نظریه به عوامل اصلی تضعیف معیارها و هنجارهای اجتماعی پرداخته شده و چنین مطرح می‌شود که سستی ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی -فرهنگی موجب روی آوردن افراد به مواد مخدر و اعتیاد می‌شود. تحولات سریع صنعتی-اقتصادی و به تبع آن تغییرات سریع در گستره اجتماعی مانند شهرنشینی، نوسازی، تضعیف باورها، ارزش‌ها و سنت‌های فرهنگی، مذهبی، ملی و موروثی، متزلزل شدن ساختار سنتی خانواده، همه موجب تغییر در هویت افراد شده و باعث می‌شوند تا رفتار سنتی آنان تغییر نماید. جالب توجه اینکه پیشرفت بر گسترش شاخص‌های توسعه که خود، گواهی بر تغییر جوامع سنتی هستند، رابطه مبتنی با میزان شیوع مواد مخدر دارند 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 و یا در حال از دست دادن هستند اعتیاد رایج‌تر است.

نظریه انزوا طلبی مرتون روایت دیگری از نظریه بی‌هنجاری است و بی‌شبهت به نظریه پیرامون گرایی که اخیراً رواج گسترده‌ای یافته است. طبق این نظریه چون جوامع مدرن اغلب به موفقیت فردی اصالت داده و کسب آن در گروه مشارکت فعال اجتماعی، داشتن کار مفید، بهره‌مندی مناسب از ثروت مادی، سواد مناسب با موفقیت اجتماعی فرد و غیره است محرومیت از هریک از این‌ها به پیرامونی شدن و انزوا طلبی فرد منجر می‌شود و در چنین شرایطی یا در شرایطی که فرد خود را با نگرش‌ها، باورها، ارزش‌ها، و هنجارهای حاکم بر جامعه بیگانه می‌یابد و یا حداقل خود را با آن‌ها بیگانه نمی‌یابد از جامعه جدا شده و در انزوای طلبی بیشتر قرار می‌گیرد. این قبیل افراد عموماً کسانی هستند که یا قادر به تطابق خود با محیط نیستند و یا از تطبیق محیط با خود ناتوان‌اند و بنابراین برای گریز از این موقعیت، به مصرف مواد مخدر و مشروبات الکلی روی می‌آورند. جالب آنکه همین راه فرار خود عامل مهم در تقویت پیرامونی شدن این افراد است. افرادی که احساس موفقیت نمی‌کنند اغلب تنگدست، فقیر یا بیکارند سواد کافی یا موقعیت اجتماعی مناسب ندارند درگیر روابط خانوادگی هستند یا حتی در صورت فقدان مشکلات مذکور، ارزش‌های حاکم بر جامعه را قبول ندارند بیشتر در معرض انزوای طلبی و احتمالاً سوء مصرف مواد مخدر هستند چرا که یکی از مهم‌ترین دلایل انزوای طلبی تغییر برداشت خود از واقعیت از طریق مصرف این‌گونه مواد است و معمولاً مصرف داروهای روان گردان را یکی از راه‌های فرار از واقعیت مطرح می‌کنند.

رابرت مرتن با بسط مفهوم انومی دورکیم آن را برای تبیین رفتار انحرافی به کار می‌برد. او نیز مانند دورکیم از دیدگاه کارکرد گرایی به مسئله نگرسته و انحراف را نتیجه تعادل در نظام اجتماعی می‌داند از نظر وی همچنان که ساختارها یا نهادها می‌توانند به حفظ بخش‌های دیگر نظام اجتماعی کمک کنند می‌توانند برای آن‌ها پیامدهای منفی نیز داشته باشند و به‌نوعی نابسامانی را دی جامعه به وجود آورند (ریتزر، ۱۳۸۰: ۱۴۶-۱۴۵) او نابسامانی را به عدم تعادل بین اهداف تأیید شده اجتماعی و وسایل مورد نیاز برای نیل به آن‌ها نسبت می‌دهد (رابرت سون، ۱۳۷۴: ۲۷۲) در واقع این عدم تطابق زمانی ظاهر می‌شود که تأکیدی ناموزون بر اهداف یا ابزار و یا شیوه‌های دستیابی به هدف قرار گیرد. گاهی تأکید بر اهداف در مقایسه با تأکید بر شیوه‌های نهادی شده دستیابی به آن بسیار قوی‌تر است. مورد دیگر در میان افرادی دیده می‌شود که فعالیت‌هایی که در راستای دستیابی به هدف هستند به خودی خود معنا پیدا می‌کنند به طوری که هدف اصلی فراموش می‌شود و پیروی از شیوه‌های نهادی شده جنبه شعاعی پیدا می‌کند (ممتاز، ۱۳۸۵: ۶۵) از دید مرتن علت جرم در درون افراد که اشتهای سیری ناپذیرشان باید به وسیله

کنترل‌های قومی هنجاری محافظت شود و وجود ندارد و بایدان را در تناقضات ساختار اجتماعی فرهنگی جست‌وجو کرد.

ساتر لند جرم را به آنچه تفاوت ارتباطات نامیده است مربوط می‌داند مفهوم تفاوت ارتباطات این است که در جامعه‌ای که دارای خورده فرهنگ‌های گوناگون و متعددی است برخی محیط‌های اجتماعی معمولاً مشوق فعالیت‌های غیرقانونی هستند در صورتی که محیط‌های دیگر چنین نیستند افراد از طریق ارتباط با دیگر آن که حامل هنجارهای تبهکارانه هستند بزهکار یا تبهکار می‌شوند نظر ساتر لند اکثر رفتارهای بزهکارانه درون گروه‌های نخستین به ویژه گروه همسالان فرا گرفته می‌شود (ساتر لند و کرسی، ۱۹۵۵: ۷۶-۷۷) ساتر لند در سطح تعامل اجتماعی مدعی شد که افراد به همان شیوه‌ای که یاد می‌گیرند از قوانین پیروی کنند به همان شیوه یاد می‌گیرند که کج رفتار شوند. (صدیق سروستانی، ۱۳۸۳: ۱۶-۱۷) اما رویکردی که در این جا مد نظر است رویکرد پیوند اجتماعی است در رویکرد پیوند اجتماعی برخلاف تبیین‌های دیگر تمایلی برای یافتن انگیزه‌ها و علل کج رفتاری وجود ندارد و عمدتاً به موقعیتی توجه می‌شود که در افراد برای انجام این گونه رفتارها آزادی بیشتری به دست می‌آورند به بیان دیگر این نحوه تبیین وقوع کج‌روی را بر حسب وجود ضعف در فرایند پیوند اجتماعی در جامعه و ناکارآمدی آن را هر دو بعد درونی و بیرونی می‌داند. احساس این نظریه بر حول این محور است که انسان موجودی است که دارای امیال سیری ناپذیر و نامتناهی است و از این منظر به دیدگاه دورکیم و هاپز نزدیک است. از دیدگاه جامعه‌شناسان مردم از قوانین و هنجارهای اجتماعی پیروی می‌کنند مگر اینکه تحت تأثیر معاشرت قرار گرفتن در محیط نامناسب اجتماعی یا حتی تحت تأثیر نظارت اجتماعی، کج رفتار شوند. این دیدگاه بر این عقیده است که افراد اصولاً دارای قابلیت بهنجار بودن یا نابهنجار بودن هستند و نکته اصلی این است که جامعه چه رفتاری با فرد داشته باشد؟ در واقع رفتار بهنجار یا نابهنجار تنها در درون جامعه دارای معنی است و هر جامعه‌ای سعی می‌کند که هنجارهای خود را بر فرد تحمیل کند. موضوع مورد نظر این تصویری است که چه عواملی باعث محدود شدن رفتار می‌گردد یا به عبارت دیگر به جای اینکه بپرسیم چرا کج‌روی واقع شده است باید سؤال کنیم که چرا همه مردم هنجار شکنی نمی‌کنند. (ممتاز، ۱۳۸۱: ۱۱۹-۱۲۰) به عبارت دیگر چرا تنها عده کمی از مردم در گیر رفتارهای کج‌روی از قبیل جرم و مصرف مواد مخدر می‌شوند؟ از این رو هیرشی که یکی از صاحب‌نظران این نوع تبیین از کج رفتاری است فرض را بر قطعی بودن تحقق کج‌روی در جامعه می‌گذارد و به ریشه‌یابی وقوع هم‌نوایی در جامعه می‌پردازد نتیجه‌ای که وی از تحلیل خویش

می‌گیرد آن است که جامعه یا گروهی که در میان اعضای آن وابستگی‌های متقابل و قوی وجود داشته باشد بیش از جامعه یا گروهی قادر به اعمال کنترل بر اعضای خود خواهد بود که اعضای آن بستگی محکمی باهم نداشته باشند (سلیمی و داوری، ۱۳۸۰: ۵۰۱) برای مثال او بر آن است که: هرچه همبستگی میان جوانان، و والدین، بزرگسالان و همسالان بیشتر باشد جوانان بیشتر علاقه‌مند و درگیر مدرسه و دیگر فعالیت‌های مقبول اجتماعی می‌شوند و هرچه بیشتر اعتقادات و جهان بینی مرسوم و مطلوب محیط اجتماعی را قبول کنند و به آن معتقد باشند کم‌تر ممکن است کج‌رو و مجرم شوند. (هلاکویی، ۱۳۵۶: ۲۱۸ به نقل از: جهانگیری، ۱۳۹۰: ۱۳۶)

وی براین عقیده است که انحراف زمانی که حادث می‌شود که پیوند فرد با محیط اطراف و جامعه ضعیف شده یا از هم گسیخته باشند در تصویری هیرشی پیوند فرد با جامعه است که مهم‌ترین متغیر در هم نوا نبودن فرد است. براین اساس گروهی که اعضای آن باهم انسجام و همبستگی قوی‌تری داشته باشند بهتر قادر به اعمال کنترل و نظارت اجتماعی بر روی اعضایش خواهد بود تا گروهی که بین آن‌ها استواری وجود نداشته باشد به زعم هیرشی پیدایش کج‌روی معلول ضعف همبستگی در گروه‌ها و نهادهای اجتماعی و نیز تضعیف اعتقادات و باورهای موجود در جامعه است و در این خصوص چهار عنصر زیر را به عنوان عناصر پیوند دهنده افراد به یک دیگر و جامعه و به تعبیر دیگر متغیر کنترل کننده رفتار معرفی می‌کند:

دلبستگی

بنابر گفته دورکیم ما تا زمانی موجودات اخلاقی هستیم که بتوانیم موجودات اجتماعی باشیم بدین ترتیب اخلاقی بودن به معنای درونی ساختن هنجارهای جامعه است به تعبیری هنجارها شیوه‌های پذیرفته شده رفتار نزد مردم یک جامعه هستند هنجار شکنی عملی برخلاف شیوه پذیرفته شده است اگر فردی به تمایلات و انتظارات دیگر آن اهمیت ندهد یعنی نسبت به نظریات و عقاید آن‌ها بی‌تفاوت باشد در آن صورت پیوند او به جامعه ضعیف بوده و خود را آزاد می‌بیند که مرتکب انحراف شود.

نظریه هیرشی

به عقیده هیرشی، بزهکاری به عنوان مسئله‌ای اجتماعی باید به همان گونه که در اجتماع رخ می‌دهد یعنی در عرصه خانواده، محله، مدرسه، همسالان، سایر ارگان‌ها یا مؤسسات اجتماعی که نوجوان به‌نوعی در

آن‌ها عضویت دارد بررسی شود. از دید جامعه شناختی این بررسی باید به مجموعه‌ای از اصول و تعاریف متکی باشد. بر خلاف دیگر نظریه‌های بزهکاری که تأکید فراوان بر این موضوع دارند که فرد بزهکار می‌خواهد خود را تطبیق دهد ولی بر اساس فشارهای اجتماعی و اضطراب‌های ساختاری برای رسیدن به موقعیت‌های اجتماعی ناچار می‌شود به کارهای خلاف و نامشروع دست بزند. از نظر هیرشی مبنای اصلی درونی کردن هنجارها وابستگی به دیگران است. این عنصر به‌نوعی نشان دهنده میزان وابستگی و دلبستگی فرد به اشخاص دیگر در خانواده محیط و نهادهای اجتماعی است به نظر هیرشی کسانی که به دیگر آن علاقه و توجه دارند آسایش خاطر آنان را در نظر می‌گیرند و سعی می‌کنند انتظارات آنان را برآورده سازند و اگر فردی نسبت به این تمایلات بی‌تفاوت باشد در این صورت پیوند او با جامعه ضعیف بوده و خود را آزاد می‌بیند که مرتکب انحراف شود در اینجا مفهوم وجدان به شکل یک عامل مستقل مطرح نمی‌شود بلکه آنچه اهمیت دارد رابطه اجتماعی فرد است برای مثال فرد مجرد بیشتر امکان دارد که دزدی یا خودکشی کند درحالی‌که فرد متأهل به علت وابستگی اجتماعی بیشتر به که دارد کم‌تر امکان دارد مرتکب کج رفتاری شود بنابراین وابستگی به دیگر آن یکی از متغیرهای مهم در کنترل رفتار است به طوری که به علت وابستگی اجتماعی این احساس در فرد به وجود می‌آید که به انتظارات و خواسته‌های دیگر آن پاسخ دهد بیشتر افراد سعی می‌کنند که آسیبی به خویشاوندان خود وارد نسازند یعنی رفتار آن‌ها باعث ناراحتی و شرمندگی اقوامشان نشود با داشتن این احساس افراد وابسته و محدود می‌شوند و کم‌تر خود را آزاد و رها می‌بینند که هنجارهای اجتماعی را نقص کنند بنابراین وابستگی به دیگر آن بعد جامعه شناختی وجدان در روان شناسی است (ممتاز: ۱۳۸۵: ۱۲۱)

هیرشی معتقد است که بزهکاری وقتی اتفاق می‌افتد که قیود فرد نسبت به اجتماع ضعیف شود یا به کلی از بین برود هیرشی در کتاب قیود اجتماعی نظریه کنترل اجتماعی یا قیود اجتماعی را مطرح کرده و آنرا آزموده است وی فرد بزهکار را شخصی می‌داند که از قیود اجتماعی آزاد است و در واقع به عقیده وی وقتی بزه اتفاق می‌افتد که فرد نسبت به قیدوبندهای اجتماعی کم اعتنا یا اصلاً بی‌اعتنا باشد. این قیود را تحت چهار مفهوم کلی می‌توان خلاصه کرد:

- وابستگی: حساسیتی است که شخص نسبت به عقاید دیگر آن درباره خود نشان می‌دهد. وابستگی در حقیقت نوعی قیدوبند اخلاقی است که فرد را ملزم به رعایت معیارهای اجتماعی می‌کند این وابستگی را

هیرشی هم‌پایه وجدان و یا من برتر می‌داند مانند وابستگی فرزندان به والدین اقوام نزدیک، دوستان و معلمان.

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

- درگیر بودن: میزان مشغول بودن فرد به فعالیت‌های گوناگون است که باعث می‌شود برای کار خلاف وقت نداشته باشد مثل درگیر شدن در سرگرمی‌های مدرسه و خانه اشتغال به فعالیت‌های فوق برنامه، سرگرمی‌های خاص، عضویت در باشگاه‌های ورزشی و انجمن‌های ادبی فرهنگی معلمی.

باورها: میزان اعتباری است که فرد برای معیارهای قراردادی اجتماع قائل است و باعث می‌شود در حالی که می‌تواند طبق میل خود از آن‌ها تخلف کند پایبند به آن‌ها باقی بماند مانند باور به نیکوکاری، باور به حسن شهرت در خانواده و همسالان، باور به محرمات و بی‌زاری از مردم آزاری، این نظریه در عین حال که از دید جامعه شناختی توجه به عوامل بالقوه مؤثر در بزهکاری دارد، از یک نظر نقص دارد و آن توجه کافی نداشتن به تأثیر محیط در بزهکاری یا عوامل بالفعل است. چنانکه برخی پژوهشگران نیز نشان داده‌اند تنها وابستگی، تعهد، درگیر بودن و باورهای قراردادی نمی‌تواند تبیین کننده عدم ارتکاب به بزهکاری باشد. در این میان رفقا، مصاحبان بزهکار و به‌طور کلی همه خلافکاران نیز نقش مهم و شاید مؤثرتری از عوامل فوق دارند. هیرشی در این باب معتقد بود که افراد بزهکار قادر به ایجاد وابستگی معقول و منطقی با سایرین نیستند. این دیدگاه در مورد علل سست شدن تعهد فرد به جامعه و تعلق شکننده به الگوهای نقش بیان می‌دارد که فشار یا فرسودگی بر اثر فاصله بین آرزوهای نوجوانان و برداشت او از فراهم بودن شرایط لازم برای دستیابی به آن آرزوها تحقق پیدا می‌کند. بر اساس این دیدگاه نوجوانان که به دلیل شرایط نامساعد تربیتی و شغلی به امیدها، آرزوها، اهداف تحصیلی و شغلی خویش نرسیده است نسبت به اجتماع و ارزش‌های آن تعهدی احساس نکرده و بیشتر به سوی همسالان منحرف که مصرف مواد را تشویق می‌نمایند گرایش پیدا می‌کنند علاوه بر این نوجوان ارتباط صمیمانه‌ای با والدین نداشته باشد فشار درون خانواده، دلبستگی نوجوان را به خانواده‌ای که معمولاً مخالف مصرف مواد است تضعیف می‌کند و به‌نوعی سبب گرایش به همسالانی می‌شود که معمولاً مشوق مصرف مواد هستند فارینگتون بی‌نظمی اجتماعی را

عاملی که بیانگر ضعف یا فرو پاشی نمادهای اجتماعی است می‌داند به گونه‌ای که ناتوانی این مؤسسات در کنترل رفتار شهروندان زمینه‌های گسترش مشکلاتی نظیر اعتیاد را فراهم می‌سازد براین اساس اگر نوجوانان در محله‌هایی زندگی کنند که جرم و بیکاری در آن زیاد است مدارس کفایت لازم را ندارند و نهادهای اجتماعی هم عملکرد ضعیفی دارند و نیز به ارزش‌ها و قواعد اجتماعی پایبند نخواهد بود و احساس تعهدی نیز پدید نخواهد آمد همچنین احساس دل‌بستگی در خانواده از هم پاشیده و یا عدم وجود یکی از والدین و یا متارکه کمتر می‌باشد. از این رو رابطه بین اعمال بزهکارانه و داشتن رفقای بزهکار رابطه‌ای ظاهری است اما بررسی‌های دیگر نشان داده است که تأثیر این رابطه و روابط مشابه با بزهکاران دیگر بر بزهکاری بسیار بیشتر از عوامل برشمرده در نظریه کنترل اجتماعی است. (جهانگیری، ۱۲۹، ۱۵۵: ۱۳۹۰)

همان‌طور که اشاره شد، هیرشی معتقد است که میزان اعتقاد افراد به هنجارهای اجتماعی و رعایت قوانین متفاوت است هرچه این اعتقاد در فرد ضعیف‌تر باشد احتمال دارد که هنجار شکنی کنند بنابراین انحراف به علت فقدان اعتقاد به اعتبار هنجارها و قوانین واقع می‌شود فردی که خودرأحت تأثیر اعتقادات معمول در جامعه نبیند هیچ وظیفه اخلاقی برای هم نوا بودن و رعایت قوانین در نظر نمی‌گیرد هیرشی معتقد است که تنوع میزان اعتقاد به هنجارها و قوانین را از نظر تجربی سنجید. به همین دلیل انحراف از نظر او تحت تأثیر اعتقادات بر خلاف اخلاق معمول در جامعه واقع می‌شود هیرشی اضافه می‌کند که معتقد نیست افراد کج‌رو از اعتقادات اجتماعی معمول بی‌اطلاع هستند اما مسئله میزان قوت و ضعف این اعتقادات و رابطه آن با معنی این اعمال نزد افراد کج‌رو است در نتیجه هرچه افراد اعتقاد داشته باشند که باید از هنجارها و قوانین پیروی کنند بیشتر احتمال دارد که منحرف شوند از این رو این متغیر بیانگر میزان پایبندی و اعتقاد فرد به قواعد اخلاقی ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی و وفاداری به آنهاست بنابراین هرچه اعتقاد فرد ضعیف‌تر باشد احتمال بیشتری وجود دارد که مرتکب اعمال انحرافی شود (ممتاز، ۱۲۳: ۱۳۸۵-۱۲۲) هیرشی معتقد است که اجزا تعلق به وابستگی به جامعه شامل موارد زیر است: ۱- ارتباط با سایر افراد، ۲- پذیرش و مشارکت در نقش‌ها و فعالیت‌های اجتماعی که نتایجی برای آینده دارد ۳ اعتقاد به ارزش‌های اخلاقی هنجارهای فرهنگی و امثال آن. می‌گوید هرکدام از موارد سه گانه فوق الذکر در هر مورد خاص می‌تواند موجب هم‌نوایی و نیز علت ناهم‌نوایی و کج‌روی باشد. (محسنی، ۱۳۸۳: ۸۹) هیرشی اثرات وابستگی به پدر و مادر مدرسه و همسالان را بر اعمال بزهکارانه تحلیل کرده است و معتقد است که صرفه نظر از نژاد یا طبقه پسرانی که وابستگی نزدیک‌تری به پدر و مادر خود دارند احتمال کم‌تری وجود دارد که اعمال

بزهکارانه ارتكابی را گزارش دهند تا انهایی که وابستگی کم‌تری دارند او همچنین دریافت که جوانان بزهکار احتمال بیشتری وجود دارد که در مدرسه نمره‌ای پایین بیاورند علاقه کم‌تری به عقاید معلمان داشته باشد از مدرسه متنفر باشند و اقتدار مدرسه را نپذیرند. (ولد و سایرین، ۱۳۸۰: ۲۸) همچنین جوانانی که کار می‌کنند، عشق بازی می‌کنند وقت خود را به تماشای تلویزیون می‌گذرانند کتاب می‌خوانند یا بازی می‌کنند احتمال بیشتری هست که بزهکاری را گزارش دهند. (همان: ۲۸۶)

در نظریه پیوند اجتماعی هیرشی سعی بر آن است که بر اساس مطالب مطرح شده چارچوب تئوریکی ارائه شود تا بهتر بتوان عوامل مؤثر بر اعتیاد جوانان را در جامعه مورد مطالعه تبیین کرد بدین منظور بر حسب موقعیت جامعه مورد مطالعه برای تبیین اعتیاد جوانان از نظریه کنترل اجتماعی هیرشی به دلیل اینکه اجزای درونیان جهت تبیین اعتیاد جوانان از قدرت و قابلیت بیشتری برخوردار می‌باشد استفاده شده است. بر طبق نظریه فوق پیوند اجتماعی با میزان اعتیاد جوانان رابطه معکوس دارد لذا گرایش به اعتیاد و رفتار انحرافی در بین جوانان هنگامی به وجود می‌آید که:

۱) پیوند اجتماعی در بین جوانان ضعیف شده باشد (۲) هر یک از عناصر پیوند اجتماعی به مراتب تضعیف ده باشد یعنی بر طبق نظریه پیوند اجتماعی هیرشی جوانانی که نسبت به دیگر آن بی تفاوت بوده و اهداف جامعه را کمتر پذیرا باشند علاوه بر آن مشارکت و درگیری آن‌ها در نقش و فعالیت‌های اجتماعی کمتر باشد و اعتقادات و باورهای آن‌ها نیز ضعیف باشد احتمال اینکه به اعمال انحرافی مانند اعتیاد روی بیاورند بیشتر خواهند بود (مولوی و رسول زاده، ۱۳۸۳: ۴۹-۵۵)

نظریه یادگیری اجتماعی

نظریه‌های یادگیری بر روی نگرش‌ها، اخلاقیات مهارت‌ها و رفتارهایی که فرد را آماده بزهکاری می‌کند تأکید می‌نماید. بنابراین برای رفتارهای ضد اجتماعی نیاز است تا فرد نگرش‌ها، رفتارها، و فنون لازم را هم برای انجام رفتارهای جنایی و هم برای حالت‌های هیجانی که بعد از انجام عمل ایجاد می‌شود بیاموزد رویکرد رفتاری در روانشناسی و نظریه‌های مرتبط با این دیدگاه مانند نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه شرطی کنشگر از جمله نظریه‌هایی هستند که بر یادگیری تأکید می‌کنند در جامعه شناسی نیز نظریه پیوند افتراقی (DA) در دیدگاه یادگیری قرار می‌گیرد. به گفته بلک برن (۱۹۹۳) هسته اصلی نظریه DA را

یادگیری می‌سازد. یعنی رفتارهای بزهکارانه از طریق ارتباط داشتن با افراد بزهکار آموخته می‌شود و از یک نسل به نسل بعدی انتقال می‌یابد.

نظریه پیوند افتراقی

بنابراین نظریه، نزدیکان و همسالانی که بزهکار باشند تأثیر زیادی بر تشکیل و تقویت نگرش بزهکارانه می‌گذارند و فرد را به سوی بزهکاری سوق می‌دهند. نظریه پیوند افتراقی محتوای اجتماعی بزهکاری را در نظر دارد و فرد بزهکار را در جایگاه اجتماعی او از حیث رابطه‌اش با خانواده، محله، رفقا و مصاحبان در نظر می‌گیرد.

بررسی‌های متعدد در کشورهای مختلف اهمیت این نظریه را در تبیین بخشی از رفتارهای بزهکارانه به اثبات رسانده است. این نظریه را ابتدا ساتر لند و کرسی مطرح و پس از آن دوفلور. کوئینی (۱۹۶۶) فرمول بندی کردند.

انگیزه، نگرش و روش بزهکارانه است که به‌طور مؤثر به ارتکاب مکرر جرائم می‌انجامد که موافق تخلف از قوانین است. مکرر و غالب بودن مطالب تشویقی درباره بزهکاری و قانون شکنی در قیاس با فراگرفته‌های ضد بزهکاری منجر به پذیرش بزهکاری می‌شود. همچنین می‌توان گفت که روش‌های خنثی سازی فرد و بی‌اعتنا ساختن او نسبت به قوانین و معتقدات سنتی جوامع که با شنیدن مطالبی بر ضد قوانین و مشاهده مکرر بزهکاری همراه است و نیز تحت تأثیر بزهکاران درباره بزهکاری قرار گرفتن و پذیرفتن مطالبی چون "کارهایی که مردم بزه می‌دانند به کسی آسیبی نمی‌رساند" و "نیروهای انتظامی به همه بدگمانند" راه را برای بزهکاری کسانی که با این قبیل بزهکاران پیوند اجتماعی می‌یابند یعنی فرزندان اقوام و دوستان آن‌ها یا کسانی که با آن‌ها در یک ساختمان یا یک محله زندگی می‌کنند یا بر اثر کسب‌وکار و تحصیل با آن‌ها تماس پیدا می‌کنند هموار می‌کند.

جنسن (۱۹۷۲) در کار بست پیوند افتراقی این مطالب را تحت عنوان دو اصل "انکاراسیب رسانی" و "محکوم کردن محکوم کنندگان" خلاصه می‌کند که مراد از آن‌ها توجیه بی‌ضرر و بی‌خطر بودن بزهکاری و نیز پذیرفته نشدن قضاوت‌های دیگر آن درباره بزهکاری در میان بزهکاران است. نظریه پیوند افتراقی نیز به عواملی توجه دارد که باوجود مهم بودن جامع نیستند زیرا برخی از بررسی‌ها نشان داده است که نظارت و حمایت خانواده و وابستگی مثبت کودک و نوجوان به والدین تأثیر منفی الگوهای بزهکارانه همسالان یا اطرافیان را که خارج از خانه به کودک و نوجوان منتقل می‌شود خنثی می‌کند بنابراین می‌توان

گفت که تعامل روابط کودک و نوجوان در خانه و بیرون از خانه نهایتاً گرایش او را به بزهکاری شکل می‌دهد به عبارت دیگر ترکیب دو نظریه کنترل اجتماعی و پیوند افتراقی همراه با اثرهای متقابلی که متغیرهای مورد بررسی در هریک از دو نظریه بر روی یکدیگر دارند نظریه جامع‌تری را برای تبیین بزهکاری شکل می‌دهد.

با وجودی که پژوهش‌های مختلف صورت گرفته نشان می‌دهد آموزش مهارت‌های زندگی و مفاهیم پیشگیرانه نقش زیادی در به تأخیر انداختن سن شروع مصرف مواد مخدر داشته اما باید این برنامه‌های آموزشی را همچنان گسترش داد و تنها محدود به مدارس نباشد ضمن آنکه تمام اقشار جامعه باید برای تحقق برنامه‌های پیشگیری تلاش کنند. برخی از روان‌پزشکان خانواده را مهم‌ترین و اثربخش‌ترین عامل در پیشگیری از اعتیاد و ارتقاء سلامت کودکان و نوجوانان می‌دانند و معتقدند اگر خانواده‌ای نحوه تأثیر گذاری بر فرزند خود را بلد باشد این تأثیر تا پایان عمر باقی خواهد ماند و به عبارتی فرزند خانواده در هر سنی که باشد به نگرش‌ها، ارزش‌ها، باورها و رفتارهای خانوادگی‌اش پایبند و معتقد خواهد بود. پدیده زیستی - روانی-اجتماعی مصرف و سوء مصرف مواد در نوجوانان یکی از بحرانی‌ترین مسائل پیش روی جوامع امروزی است. یکی از مهم‌ترین دغدغه‌ها و نگرانی‌های سیاست‌گذاران بهداشتی - اجتماعی جوامع امروزی، شیوع روزافزون رفتارهای اعتیادی به خصوص اعتیاد به سیگار و دخانیات در این گروه سنی است. شیوع و گرایش به رفتارهای پرخطر در بین نوجوانان در ایران نیز در حال افزایش است. درمان اعتیاد گران و دشوار است و سیستم درمانی جامعی با رویکردهای مختلف دارودرمانی، روان درمانی، بازپروری و بازتوانی را می‌طلبد. با این حال، با گذشت سال‌ها ثابت شده است که حتی مؤثرترین و جدیدترین شیوه‌های درمانی نیز با میزان بالایی از عود همراه است زیرا محیط بیماری‌زایی که مواد در آن به راحتی در دسترس است و شبکه اجتماعی دوستانی که حمایت کننده و تداوم بخش مصرف مواد هستند، هر پیشرفتی را که در درمان حاصل می‌شود تحلیل می‌برد. بنابراین جلوگیری از مبتلا شدن افراد به اعتیاد آسان‌تر از درمان آن است. در چنین شرایطی پیشگیری، مناسب‌ترین و منطقی‌ترین راهکار به شمار می‌رود. پیشگیری از اعتیاد، مقوله‌ای مهم و پیچیده است که نمی‌توان چشم بسته در آن گام نهاد. اطلاع از آخرین دستاوردهای علمی و در نهایت اتخاذ برنامه‌های حساب شده می‌تواند شیوه‌ای سودمند در این زمینه به حساب آید. یکی از نقص‌های موجود در زمینه پیشگیری از اعتیاد در ایران فقدان مطالعات تطبیقی و به تبع آن کمبود منابع فارسی در زمینه دستاوردهای علمی نوین در خصوص پیشگیری از اعتیاد است که این امر موجب شده

است که گاه محققان بدون اطلاع از همه برنامه‌های موجود تنها به سمت رویکرد یا برنامه خاص گرایش پیدا کنند.

نظریه برچسب زنی:

بر اساس نظریه برچسب زنی جوانان ممکن است به دلایل مختلفی مانند روابط ضعیف خانوادگی، تضادهای طبقاتی، فشار گروهی، ناهنجاری‌های زیست شناختی و روان شناختی و تجربه‌های یادگیری، قوانین را نقض کنند. بی‌توجه به علل این رفتار، جوانان بزهکار از طریق عوامل قانونی و مدیران مدرسه تشخیص داده می‌شوند و برچسب اجتماعی منفی به آن‌ها زده می‌شود که ممکن است در تمام زندگی همراه آن‌ها باشد. این برچسب شامل "جوانان بزهکار"، "بیمار روانی"، "عقب مانده ذهنی"، "دزد"، "قاتل" و غیره است. برچسب و داغ زدن به ایجاد یک هویت جدید منحرف کمک می‌کند. آن‌هایی که در معرض برچسب‌های منفی جامعه هستند تجربه خود طردشدگی را خواهند داشت و خودانگاره آن‌ها پایین خواهد آمد. در چنین شرایطی احتمال رفتار بزهکارانه در فرد بالا خواهد رفت. این نظریه بیشتر در نوشته‌های بکر 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 خود واژ جمله از مردم کسب می‌کنند. این نظریه مانند دو نظریه قبلی واکنش افراد نسبت به محیط خود را مبنای رفتار آن‌ها قرار می‌دهند طبق این نظریه ساختار افراد در چارچوب توقعات و انتظارات دیگر آن از آن‌ها شکل می‌گیرد. در زمینه اعتیاد به مواد مخدر چنین مطرح می‌شود که نمادها، علائم، توقعات و رفتار کسانی که معتاد نیستند و می‌توانند به قول گیدنز تعاریف اخلاقی متعارف را به دیگر آن بقبولانند و به صورت رسمی یا غیررسمی نمایند نیروهای نظم و قانون هستند منابع اصلی برچسب زنی را فراهم می‌آورند مثلاً با بروز علائمی از قبیل رنگ پریدگی، چشمان خمار، سست راه رفتن شخص معتاد شناسایی می‌شود و اگر تلقی دیگر آن این باشد که اعتیاد جرم است شخص معتاد نه تنها از سوی جامعه طرد می‌شود بلکه از ابتدایی‌ترین حقوق اجتماعی‌اش نیز محروم می‌شود. در مصاحبه با معتادان به مواردی از این نوع برخورد می‌شود که چنین را عامل اضطراب، انزوا طلبی، ترس، صرف نظر کردن از حقوق اجتماعی و غیره می‌دانستند. طبق این نظریه برچسب زنی هم باعث جدایی فرد از جامعه و رانده شدن او به پیرامون می‌شود و هم موجبات تقویت گرایش او به اعتیاد را فراهم می‌آورد.

نظریه محرومیت نسبی

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

نظریه‌های خرده فرهنگ

نظریه‌های خرده فرهنگی به تبیین اینکه چگونه مردم با زندگی در محلات بی سازمان نسبت به انزوای اجتماعی و محرومیت اقتصادی واکنش نشان می‌دهند پرداخته‌اند. به خاطر تحلیل رفتگی سبک زندگی، ناکامی و افسردگی اعضای طبقات پایین‌تر به هیجانات، 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 کج‌روی پیروی نمایند.

این نظریه بر بزهکاری جوانان متمرکز شده و در یک تحلیل جامعه شناختی بزهکاری جوانان را بر حسب ویژگی‌های خرده فرهنگی آن‌ها مانند ارزش‌ها، عادات و شیوه‌های زندگی مورد بررسی قرار می‌دهد

جوامع مدرن با خرده فرهنگ‌های متفاوت ساخته شده‌اند و رفتاری که در یک جایگاه خرده فرهنگی خاص به عنوان رفتار بهنجار شناخته شده است ممکن است در جایگاه خرده فرهنگی دیگر به عنوان رفتار انحرافی در نظر گرفته شود.

نظریه انتقال فرهنگی

این نظریه به نظریه خرده فرهنگ نیز معروف است و در زمینه مصرف و سوء مصرف مواد مخدر این‌گونه مطرح می‌کند خرده فرهنگی که بعضی از مردم به آن تعلق دارند در برگیرنده بینش ارزش و هنجارهای معینی است که به نحوی مصرف و گاهی سوء مصرف مواد را مجاز شمرده و یا با اغماض از کناران می‌گذرد. برای نمونه خرده فرهنگی وجود دارد که استفاده از داروهای غیرپزشکی مثلاً تریاک را مجاز می‌شمارد اگر چه امروزه کمبود پزشک و دارو تا حدود زیادی در ایران حل شده و به مسائل بهداشتی نیز توجه می‌شود و مردم به استفاده از تریاک برای تسکین درد و رفع بیماری خود نیستند، اما هنوز خرده فرهنگ استفاده از تریاک برای درمان انواع بیماری‌ها در بین اقشار خاصی از مردم رایج است تا جایی که برای تسکین درد در کودکان نیز به کار برده می‌شود. در ضمن برای هر دردی هر قدر هم مزمن باشد به وسیله افرادی پزشک نما فوراً تریاک تجویز می‌شود بدون اینکه بفهمند چه تأثیر نامطلوبی دارد و عوارض جسمی آن چیست و حتی بی‌توجه به این که رهایی از درد موقتی است و ادامه استفاده از آن شخص را معتاد خواهد کرد. به همین دلیل هنوز نوعی اعتیاد طلبی به تریاک در ایران به خصوص در میان بزرگسالان و پیرامون وجود دارد گاه مصرف مواد مخدر از دیدگاه فرد فرهنگی خاص جنبه مذهبی می‌یابد و در مراسم مذهبی از آن استفاده می‌شود مثلاً گروهی از هندی‌ها نه فقط تریاک را دارویی آسمانی و شفابخش و بهترین مسکن دردهای جسمانی می‌دانند بلکه معتقدند تریاک تأثیر معنوی بسیار قوی دارد و موجب دور شدن پلیدی‌های انسان از جمله خشم، غضب، حسد، هوی و هوس نفسانی می‌شود.

نظریه تعهد به رسوم، قواعد و تعلق اجتماعی

نظریه کنترل اجتماعی البوت والگوی رشد اجتماعی‌هاو کینز وویس تعلق عاطفی باهم سالان به عنوان مهم‌ترین علت مصرف مواد تأکید می‌کنند. این نظریه‌ها عمدتاً بر اساس نظریات جامعه شناسی کلاسیک کنترل بنا شده‌اند. در این نظریه‌ها چنین فرض می‌شود که رفتارهای اجتماعی در اکثر مردم وجود دارد ولی

این رفتارها تحت تأثیر پیوندهای قوی فرد با اجتماع خانواده، مدرسه و مذهب کنترل می‌شوند این در حالی است که در بعضی از نوجوانان ضعف رسوم و قواعد موجب می‌شود که وی چندان فشاری را در پیروی از معیارهای مرسوم رفتاری احساس نکند. در این نظریات فقدان تعهد به اجتماع و ارزش‌های آن وعدم وجود مؤسسات و عوامل تسهیل کننده فرایند جامعه‌پذیری، نظیر مدارس و مذهب از مصادیق مهم این نظریه است بنابراین نوجوانی با چنین ویژگی‌هایی، ارزش‌ها و معیارهای مورد قبول جامعه را درونی نمی‌کنند و در واقع چنین افرادی احتمال بیشتری دارد که باهمسالانی احساس پیوند و وفاداری نمایند که ماده مخدر استفاده می‌کنند.

نظریه الگوی رشد اجتماعی

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

مباحث مربوط به پیشگیری از اعتیاد

پیشگیری

در فرهنگ لغات به معنای جلوگیری از وقوع چیزی یا کاری است، چنانکه در حقوق جزاء جلوگیری از وقوع جرم و در پزشکی، جلوگیری از بیماری مدنظر می‌باشد. (اسعدی، ۱۳۸۱: ۱۸)

۱ - پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر

منظور از پیشگیری تلاش در جهت کاهش عرضه و تقاضای مواد مخدر است. کاهش عرضه مورد توجه نیروهای مبارزه با مواد مخدر است و کاهش تقاضا مورد توجه قانون‌گذاران و نظام فرهنگی - آموزشی است. با در نظر گرفتن مشکلات و هزینه آموزش افراد در مورد مصرف مواد مخدر، گسترش برنامه‌های پیشگیرانه و مؤثر در این زمینه، میزان قابل توجهی از تقاضا را خواهد کاست. (سوء مصرف مواد مخدر، ۳۵: ۱۹۸۷) متأسفانه ثابت شده است که پیشگیری مؤثر به همان اندازه آموزش و یا مبارزه با مواد مخدر پیچیده است.

عزیزی (۱۳۸۴) می‌نویسد: "پیشگیری از اعتیاد عبارت است از به‌کارگیری اقداماتی که احتمال ابتلای افراد به اعتیاد را کاهش دهد. پیشگیری شامل اقداماتی است برای کاهش عواملی که افراد را در معرض خطر قرار می‌دهد و افزایش عواملی که افراد را از مصرف مواد محافظت کند. بنابراین شناسایی کامل این عوامل در هر منطقه، به مؤثر بودن فعالیت‌های پیشگیرانه کمک خواهد کرد." (عزیزی، ۱۳۸۴: ۳۹۷)

۲ - طبقه بندی انواع پیشگیری

به‌طور تاریخی، محققان سلامت عمومی و مداخله‌گران، برنامه‌های پیشگیری را عموماً در سه مرحله طبقه بندی می‌کنند که عبارتند از: پیشگیری اولیه (قبل از این که رفتار مسئله برانگیز آغاز شود)، پیشگیری ثانویه (قبل از این که بیماری آغاز شود) و پیشگیری ثالثیه (قبل از این که مرگ اتفاق بیفتد). (Sussman, 2008:139)

همچنین می‌توان پیشگیری را برحسب این که چه گروهی را هدف برنامه‌های خود قرار می‌دهد به انواعی به شرح زیر تقسیم بندی نمود:

- ۱ - عمومی (همگانی): که برای تأثیر گذاشتن روی کل جمعیت طراحی و اجرا می‌شود.
- ۲ - گزینشی: که برای اثر گذاشتن روی گروه خاصی در درون جامعه که در معرض آسیب هستند، طراحی و اجرا می‌شود و هدف آن ارتقاء توانایی مخاطبان در مقابله با خطر است و دارای ابعاد مختلف روانشناختی، اقتصادی و اجتماعی می‌باشد.
- ۳ - محدود یا ویژه: که برای اثر گذاشتن روی گروه‌های کوچک‌تری که در معرض خطر بسیار بالایی هستند و از قبل با توجه به مشهود بودن نشانه‌های بیماری مورد شناسایی قرار گرفته‌اند، طراحی و اجرا می‌گردد. (Gordon, 1987)

واضح است که متغیر کلیدی تمایز بخش بین دو دسته‌بندی فوق این است که آیا مراحل ابتلا به بیماری یا مسئله مورد توجه است و یا این که جمعیتی که در معرض آسیب است کانون توجه برنامه‌های پیشگیری می‌باشد. هرچند ممکن است برخی از شقوق طبقه‌بندی‌های فوق باهم همپوشانی داشته باشند اما در برخی از ابعاد نیز کاملاً از یکدیگر متفاوت‌اند.

انواع پیشگیری تعاریف و برنامه‌های پیشگیری

تعریف بر مبنای مراحل مسئله

پیشگیری اولیه بر روی کسانی اجرا می‌شود که هنوز رفتار مخاطره آمیز در بین آنها آغاز نشده است. پیشگیری ثانویه کسانی را هدف می‌گیرد که رفتار مخاطره آمیز داشته‌اند اما هنوز به بیماری مبتلا نشده‌اند. پیشگیری ثالثیه، بهبود شرایط و کاهش آسیب در بین افراد بیمار و مبتلا را هدف خود قرار می‌دهد قبل از آن که شدت بیماری منجر به مرگ آنها شود.

تعریف بر مبنای گروه‌های هدف

پیشگیری عمومی: برنامه‌هایی که برای اثر گذاشتن روی کل جمعیت تدوین و اجرا می‌شود. پیشگیری گزینشی: برنامه‌هایی که برای گروه‌های کوچکتري که در معرض آسیب هستند طراحی و اجرا می‌شود و بیشتر متوجه فرزندان معتادان به مواد مخدر و الکلی می‌باشد و به جنبه‌های مختلف اجتماعی و روانشناختی توجه توأمان دارد.

پیشگیری محدود و ویژه: این نوع پیشگیری به منظور اثر گذاشتن بر روی جمعیتی که با خطر بسیار زیاد مواجه‌اند و نشانه‌های بیماری در آنها مشاهده می‌شود و از قبل شناسایی شده‌اند، اجرا می‌گردد. لازم به ذکر است که کلیه برنامه‌های پیشگیرانه متوجه پیشگیری از رفتارها و پیامدهای خطرناک و پراسیسی هستند که احتمال وقوع آنها دراتیه بالاست، برخلاف برنامه‌های درمانی و کاهش آسیب که هدف آنها بهبودی و یا برگشت به حالت مساعد و مطلوب گذشته می‌باشد.

۳- انواع پیشگیری

۳-۱- پیشگیری اولیه

پیشگیری اولیه، اولین روش دور نگه داشتن افراد سالم از مواد قابل مصرفی که تحت کنترل یا غیرقانونی هستند، می‌باشد و این نوع پیشگیری به آموزش، اطلاعات اساسی دربارهٔ مواد مختلف و خطرات آنها با ایجاد نگرش‌های منفی نسبت به مصرف مواد، تقویت مهارت‌های شناختی لازم برای تشخیص موقعیت‌های

خطرناک و احتراز از آن‌ها و یاد دادن مهارت‌های اجتماعی ضروری برای مقاومت در برابر فشار گروه همسالان برای استفاده از مواد تأکید دارد. (آتشین، ۱۳۸۱: ۳۶)

در این مرحله از پیشگیری یکی از اهداف مهم باید این باشد که افراد به ویژه جوانان و نوجوانان، فرزندان با افراد معتاد و نیز با کسانی که گاهی آلوده به مواد مخدر هستند، روابط کنترل شده‌ای داشته باشند.

الف) هدف از پیشگیری اولیه

به‌طور کلی هدف از پیشگیری اولیه کاهش مصرف مواد مخدر، یا به تعویق انداختن شروع سوء مصرف مواد در اجتماع است چرا آسیب‌پذیری در برابر سوء مصرف مواد معمولاً با بالا رفتن سن کمتر می‌شود. لذا بهتر و مقرون به‌صرفه‌تر است که با این گونه مشکلات در همان مرحله اول و از طریق جلوگیری از رویداد سوء مصرف که به آن پیشگیری اولیه ۱ می‌گویند، مقابله شود.

در صورتی که برنامه‌های پیشگیری در مراحل اولیه آغاز شوند، شانس موفقیت، بیشتر خواهد بود. هرچه این امر یعنی سوء مصرف مواد اعتیادآور، به تعویق بیفتد امکان معقولانه برخورد کردن افراد نیز با شرایط زندگی بیشتر می‌شود. این روند از طریق فعالیت‌های پیشگیری اولیه تسهیل خواهد شد. در این مرحله هدف از پیشگیری آن است که از عوامل بازدارنده اعم از راهنمایی‌های فرهنگی، مذهبی، اقدامات بهداشتی و اجرایی طوری استفاده شود که مؤثر باشند. و مانع آشنایی و گرایش افراد با مواد مضر اعتیادآور شوند. (عزیزی، ۱۳۸۴: ۳۹۸)

اهداف دیگری که در برخی از کشورها دنبال می‌شود شامل پیشگیری از پیشروی به سوی اعتیاد کامل به مواد مخدر است. در صورتی که برنامه‌های پیشگیری در مراحل اولیه آغاز شوند، شانس موفقیت، بیشتر خواهد بود. هرچه این امر یعنی سوء مصرف مواد اعتیاد آور، به تعویق بیفتد امکان معقولانه برخورد کردن افراد نیز با تغییر شرایط زندگی بیشتر می‌شود، این روند از طریق فعالیت‌های پیشگیری تسهیل خواهد شد. در این نوع پیشگیری افراد، معتاد و بیمار نیستند ولی می‌توانند در معرض خطر اعتیاد قرار گیرند. مهم‌ترین گروه سنی که می‌تواند جامعه هدف برنامه‌های پیشگیری اولیه محسوب شود، نوجوانان و کودکان هستند. این گروه‌ها در سنینی به سر می‌برند که میزان خطرپذیری در آن‌ها بالاست. بالا بودن میزان خطرپذیری در بین کودکان و نوجوانان به دو دلیل عمده است:

اول این که در این گروه‌ها، فرایند جامعه‌پذیری هنوز به اتمام نرسیده و کامل نشده است و لذا ممکن است نگرش‌ها و گرایش‌ها مثبتی در آن‌ها از نسبت به مصرف مواد مخدر شکل گیرد. لذا برنامه‌های پیشگیری اولیه در این گروه باید معطوف به ایجاد نگرش‌های منفی نسبت به مواد مخدر باشد.

دوم این که این گروه‌های سنی، از بیشترین تمایل به هیجان، تنوع، کنجکاوی و ... برخوردارند. و به ویژه جوانان از بیشترین گرایش به کاهش وابستگی خود به والدین و افزایش وابستگی به دوستان برخوردارند.

البته باید توجه داشت که برخی از برنامه‌های مربوط به پیشگیری اولیه، جزئی از استراتژی کاهش عرضه هم می‌باشد. به عنوان مثال، تعیین سن خاص در قانون برای خرید و مصرف مواد قانونی مانند سیگار و غیرقانونی اعلام کردن هر نوع معامله یا تصرف مواد مخدر و محدود کردن خرید و فروش داروهایی که احتمال سوءمصرف آن‌ها وجود دارد جزئی از برنامه‌های پیشگیری نخستین به شمار می‌رود.

همچنین، اقدامات فرهنگی، تفریحی، ورزشی، آموزشی که توسط نهادها و سازمان‌های فرهنگی جامعه‌پذیری، پر کردن اوقات فراغت و ارائه خدمات آموزشی به افراد صورت می‌گیرد، جزئیات برنامه‌های پیشگیری اولیه محسوب می‌شود. لازم به ذکر است برنامه‌های پیشگیری اولیه با توجه به جامعه مورد هدف می‌تواند همگانی و یا گزینشی ارائه شود.

برنامه‌های همگانی شامل اطلاعات و خدماتی است که جهت ارتقای سطح آگاهی در خصوص خطرات سوءمصرف مواد به کلیه افراد به ویژه در مدارس، آموزشگاه‌ها، بیمارستان‌ها، مراکز مشاوره، باشگاه‌ها و سالن‌های ورزشی و ... ارائه می‌شود.

برنامه‌های گزینشی نیز به آن دسته از خدمات فرهنگی، حمایتی و اطلاع‌رسانی گویند که به افراد در معرض خطر ارائه می‌شود. مانند کودکان و فرزندان خانواده‌های دارای معتاد، افرادی که دچار ضعف مهارت‌های اجتماعی یا اختلالات رفتاری و شخصیتی هستند. دانش آموزانی که در امور تحصیلی دچار ضعف می‌باشند و یا افرادی که در معرض فقر، محرومیت و مشکلات خانوادگی و ... هستند.

شناخت وضعیت موجود و مطالعه معتادان که در آن ارتباط اعتیاد با متغیرهایی نظیر سن، جنس، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل، میزان آگاهی به نوع و الگوی ماده مصرفی در فرد و میزان تحصیلات فرد بررسی می‌شود و سپس برای کنترل یا حذف هر یک از این روابط برحسب چگونگی تأثیرشان برنامه‌ریزی گردد. و مهم‌ترین شیوه‌های پیشگیری اولیه از اعتیاد به شرح زیر است:

- ۱ - نخستین مرحله پیشگیری را باید از زمان تشکیل نطفه آغاز کرد، چون تحقیقاتی که از منظر زیست‌شناختی به مواد مخدر و علل مصرف آن نظر دوخته‌اند، به این نتیجه دست یافتند که سوءمصرف مواد در توارث اثر می‌گذارد. (Cox, 1994)
- ۲ - عدم دسترسی به مواد مضر اعتیادآور.
- ۳ - تغییر باورهای مردم که اعتقاد دارند مواد مخدر باعث بهبودی بعضی از امراض می‌شود.
- ۴ - جدا کردن کودک از خانواده‌ی معتاد.
- ۵ - جلوگیری از شرکت کودکان و نوجوانان در مهمانی‌های نامناسب و دوری از دوستان ناباب.
- ۶ - آگاه کردن مردم از طریق رسانه‌های جمعی.
- ۷ - خودداری از رفتارهای تبعیض‌آمیز و ناعادلانه والدین با فرزندان و ایجاد رابطه‌ی صمیمانه با فرزندان و القای یک هدف عالی برای آن‌ها.
- ۸ - پر کردن اوقات فراغت با سرگرمی‌های مفید.
- ۹ - دور کردن از استرس‌ها.
- ۱۰ - فراهم کردن محیط‌های ورزشی سالم.
- ۱ - چاپ کتاب‌های درسی و کمک درسی که به بچه‌ها آموزش فرهنگی مناسب در مورد مصرف مواد مخدر بدهد.
- ۱۲ - فراهم ساختن فرصت‌های شغلی متناسب با نیاز جمعیت برای پیشگیری از ایجاد اضطراب و ناامیدی ناشی از بیکاری.
- ۱۳ - آموزش والدین از طریق رسانه‌های جمعی و انجمن اولیاء و مربیان.
- ۱۴ - آموزش مهارت‌های اجتماعی و بالا بردن توان و مقاومت جوانان و نوجوانان در برابر فشار و اصرار همسالان در مبادرت به ناهنجاری‌ها و رفتارهای پرخطر.
- ۱۵ - ایجاد اشتغال و ارتقاء سطح رفاه و به تبع آن کاهش فقر و محرومیت.
- ۱۶ - کنترل و نظارت بر حاشیه شهرها و مناطق پرخطر و محلات در معرض آسیب‌ها و ناهنجاری‌های اجتماعی.

۳-۲- پیشگیری ثانویه

۱ در پیشگیری ثانویه به محض اطلاع از مورد باید چاره‌ای اندیشید که این تجربه تکرار نشود و از تمام راه‌هایی که در مرحله اول گفته شد می‌توان استفاده کرد، ولی باید انگیزه فرد را در تجربه و سوء استعمال ماده مورد مصرف به خوبی پیدا کرد و شناخت. فقط در این صورت است.

که می‌توانیم بهترین شیوه پیشگیری را انتخاب کنیم. (عزیزی، ۱۳۸۴: ۴۱۴) اگر این مرحله به‌طور جدی و صحیح اجرا شود به تدریج می‌تواند آثار محرومیت (احتیاج شدید غیرقابل مقاومت) را کاهش دهد و در صورت استمرار منجر به ترک اعتیاد گردد. (اسعدی، ۱۳۸۱: ۲۰)

هدف از پیشگیری ثانویه

هدف از پیشگیری ثانویه درمان صحیح و به موقع و جلوگیری از مصرف مکرر مواد مخدر برای فردی است که مصرف مواد را، حتی برای یک بار تجربه کرده است. برنامه‌های پیشگیری ثانویه با توجه به جامعه هدف و بر اساس میزان، دفعات، سال‌های مصرف و ... می‌تواند متفاوت باشد. عده‌ای از این گروه ممکن است، هنوز در مرحله مصرف تفریحی و گهگاه مواد باشند، در حالی که عده‌ای دیگر احتمال دارد به مرحله وابستگی روانی یا جسمانی رسیده باشند. (میری ۱۳۸۵: ۱۳۳، آشتیانی در مورد برخی از بیماران که قطع مصرف مواد در آن‌ها به دلایلی امکان‌پذیر نیست برنامه‌های کاهش آسیب دنبال می‌شود و این برنامه‌ها عمدتاً باهدف عمده فراهم ساختن امکان دسترسی قانونی به ماده مورد مصرف یا جانشین آن، جلوگیری از ابتلا به بیماری‌های ایدز و هپاتیت و کمک به افراد معتاد، اجرا می‌شوند تا از وارد آمدن آسیب‌های بیشتر به بیمار و جامعه پیشگیری گردد.

اگرچه هر دو گروه به احتمال زیاد میزان درگیری خود را با مواد انکار یا صدمات احتمالی ناشی از آن را کوچکتر از آنچه هست برآورد خواهند کرد، در هر صورت هدف اصلی پیشگیری ثانویه، کنترل مصرف مواد و کاهش آسیب‌های ناشی از آن، خواه از لحاظ مقدار یا دفعات در گروه اول و کمک به گروه دوم (کسانی که به حد مصرف مکرر و وابستگی رسیده‌اند) برای ترک اعتیاد یا وابستگی فرد است. همچنین در این مرحله باید از تغییر الگوی مصرف به مواد دیگر (مثلاً تریاک و هروئین) و یا روش‌های دیگر مصرف، از طریق تقویت آگاهی و ارتقاء مهارت‌های شناختی و رفتاری لازم برای حفظ اعتدال در مصرف مواد و یا ترک آن پیشگیری کرد. (همان، ۱۳۳) معمولاً افرادی که برای پیشگیری ثانویه در نظر گرفته می‌شوند، در

مقایسه با گروه هدف برنامه‌های پیشگیری اولیه در سنین بالاتر قرار دارند و تعداد قابل توجهی از آن‌ها علاوه بر مشکل سوءمصرف مواد مخدر با عواقب ناشی از آن (اختلالات خانوادگی، از دست دادن کار، ناراحتی‌های جسمی و روانی و مشکلات مالی و ...) هم درگیرند. (همان، ۱۳۳)

۳-۳ - پیشگیری ثالثیه

در اصطلاح گروه دست‌اندرکار ترک اعتیاد، پیشگیری ثالث به معنای بازتوانی و ملازم با آن است. این مرحله که پس از درمان فرد مصداق پیدا می‌کند. در وهله اول از آثار و پیامدهایی که اعتیاد در زندگی فردی و اجتماعی بیماران برجای گذاشته جلوگیری نموده و کمک می‌کند تا فرد به زندگی سالم اجتماعی ماقبل از اعتیاد خود بازگردد.

لازم به توضیح است که در مرحله سوم پیشگیری، باید با دقت بیشتری به شخصیت فرد معتاد پرداخت و پس از ارزیابی چندجانبه و دقیق و شناسایی نقاط قوت و ضعف فرد معتاد، اقداماتی را جهت بازگشت فرد به خانواده و جامعه و زندگی سالم و عادی ماقبل از بیماری اتخاذ نمود.

همچنین در این مرحله برنامه‌های درمان نگه دارنده جای می‌گیرد که به حفظ نتایج برنامه‌های پیشگیری ثانویه کمک می‌کند و از بازگشت افراد معالجه شده به سوءمصرف مواد جلوگیری می‌کند.

از جمله برنامه‌های حمایتی می‌توان به ایجاد امکانات اشتغال، بازسازی روابط اجتماعی و خانوادگی فرد معتاد، معالجه و برطرف کردن مشکلات جسمانی، روانی، خانوادگی، اجتماعی حاصل از اعتیاد، توسط خانواده و یا از طریق گروه‌های حمایتی نظیر NA و یا سازمان‌های دولتی موظف در این زمینه، اشاره نمود. هدف از پیشگیری ثالثیه هدف از این نوع پیشگیری، جلوگیری از عواقب و پیامدهای منفی بهداشتی و اجتماعی ناشی از سوءمصرف مواد مخدر از طریق برنامه‌های غیردارویی است. پیشگیری ثالثیه معمولاً با گروه‌های سنی بالاتر، دارای سابقه سوءمصرف طولانی‌تر همراه با گرفتاری‌های شخصی و اجتماعی بیشتر، سر و کار دارد که بیشتران‌ها علاقه یا امیدی به رهایی از دام اعتیاد ندارند.

در پیشگیری ثالث یا بازتوانی اهداف عمده عبارتند از: (عزیزی، ۱۳۸۴: ۴۱۷) ۱. بازگرداندن بیمار به زندگی عادی و سالم ماقبل از اعتیاد و تداوم زمان ترک به طوری که حالت طبیعی قبل از اعتیاد، به او بازگردد، ادامه زندگی عادی برایش میسر شود و به استقلال فردی برسد تا به فردی مفید برای خود و خانواده و جامعه تبدیل شود.

معمولاً هدف این برنامه‌ها افزایش رفاه معتادان، خانواده‌ها و جوامع آن‌ها از طریق کاهش رفتارهای توأم با مخاطره بالا و فراهم آوردن منابع کمکی برای افزایش مراقبت از خود است. در این مرحله الزاماً تمرکز بر روش‌هایی برای توقف سوءمصرف نیست بلکه از روش‌هایی همچون تهیه سرنگ‌های پاکیزه برای تزریق مواد مخدر و استفاده از روش‌های سالم‌تر همچون مصرف استنشاقی به جای مصرف تزریقی، حمایت می‌کند تا از این طریق بتواند از ابتلا به بیماری‌هایی چون ایدز و هپاتیت جلوگیری کند. در راستای تحقق همین هدف برخی برنامه‌های جامع این مرحله عبارتند از: فعالیت‌های امدادی، اطلاعات و آموزش گروه‌های هم‌تا، دستیابی به خدمات بهداشتی همچون سرنگ‌های بهداشتی و کاندوم و نیز دستیابی به خدمات اجتماعی و ارائه اطلاعاتی در مورد برقراری روابط صحیح و مطمئن‌تر جنسی و دیگر موضوعات مربوط به سبک زندگی (اصول مربوط به کاهش تقاضا، ۱۰۵: ۱۳۸۲)

۲. صیانت جامعه به ویژه افراد در معرض آسیب به ویژه گروه سنی دانش آموزی؛ معمولاً افراد معتاد در اشاعه اعتیاد نقش مؤثری دارند. به خاطر همین است که معاشرت آنان با سایر افراد اجتماع به خصوص قشرهای در معرض آسیب جامعه و گروه سنی دانش آموزی، اینان را به طرف مواد مخدر و روانگردان می‌کشاند. در ضمن معتاد تمایل شدیدی برای یافتن همدرد و همفکر دارد و دیگر آن را به مصرف ماده اعتیادآوری که خود به آن مبتلا است، وادار می‌کند.

لذا باید، از طریق تشویق و تلقینات روانی معتاد را متقاعد کرد که ترک اعتیاد کند. معتاد خود باید به این نتیجه برسد که اعتیاد را ترک کند و او خود باید اراده کند و تصمیم به ترک بگیرد.

۴ - استراتژی‌های پیشگیری

پیچیدگی راهی که به مصرف مواد مخدر می‌انجامد، به توسعه چندین استراتژی گسترده پیشگیری ختم شده است. در کلیه این استراتژی‌ها سعی می‌شود که راه حل‌های مناسب ویژه‌ای برای مشکلات خاص گروه‌های در معرض خطر و گروه‌های مربوط به آن‌ها ارائه گردد.

کودکان و نوجوانان همانند والدین و خانواده‌ها، هدف‌های اصلی برنامه‌های پیشگیری هستند.

سایر گروه‌هایی که خطرات خاصی را با خود دارند در فعالیت‌های پیشگیری در اولویت قرار می‌گیرند. هدف این برنامه‌ها پیشگیری از فعالیت‌ها و رفتارهای خطرناک است و در صورتی که افراد قبلاً به این گونه رفتارها روی آورده باشند، سعی می‌کنند تا این گونه رفتارها را تغییر داده و یا مشکلات ایشان را درک نموده و آن‌ها را جهت ترک رفتارهای ناهنجار در یک برنامه اختصاصی و فشرده قرار دهند.

برنامه‌های پیشگیری گسترده یا "عمومی" به منظور کمک به کل جامعه یا بخش‌های وسیعی از آن، به ویژه کودکان و جوانان، جهت ترغیب بهداشت و پیشگیری صورت می‌گیرد. اقدامات و فعالیت‌های مربوط به پیشگیری عمومی شامل برنامه‌هایی است که جهت ارتقای سطح آگاهی در خصوص خطرات سوء مصرف مواد مخدر، برنامه‌های آموزش مواد مخدر در مدارس، اقدامات چند منظوره در سطح جامعه و الصاق برچسب هشداردهنده بر روی بسته‌های مواد مخدر قانونی اجرا می‌شود.

عامل اصلی فعالیت‌های پیشگیری مدرن، حول به اصطلاح توسعه مهارت‌های زندگی می‌گردد. این امر شامل تکنیک‌های آموزشی و مهارت‌های شخصیتی و اجتماعی جهت مقابله مؤثر با تقاضاها و چالش‌های روزمره زندگی می‌شود. نمونه‌های خاص این گونه مهارت‌ها عبارتند از:

- تصمیم‌گیری

- ارتباط مؤثر

- حل مسئله

- مهارت‌های اجتماعی

- کنار آمدن و مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی

- تفکر بحرانی

- بهبود خویشتنداری

مطالعات به وضوح نشان می‌دهد که تعامل متقابل، عامل اصلی آموزش مهارت‌های زندگی بوده و روش‌های سستی به‌تنهایی آموزش‌های مناسب را در زمینه مهارت‌های زندگی ارائه نمی‌دهند.

برخی روش‌های ابتکاری به صورت منظم جهت به دست آوردن این گونه مهارت‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرند. برای مثال نقش توسعه مهارت‌ها در مقابله با فشارهای اجتماعی برای کنار آمدن با فشارهای دوستان و همکلاسی‌ها مؤثر بوده است. در تعدادی از کشورها حقایق مربوط به خطرات سوء مصرف مواد و راه‌های مقابله با فشارهای دوستان و همکلاسی‌ها را توأمان به دانش آموزان می‌آموزد. ارزیابی مهمی که در این زمینه به عمل آمد نشان داد که میزان شیوع سوء مصرف در بین دانش آموزان شرکت کننده در برنامه پیشگیری که با روش آموزش مهارت‌ها صورت گرفت به میزان یک سوم کمتر از گروهی که در این برنامه شرکت نکرده بودند، بوده است. یکی از برنامه‌های پیشگیری که توسط UNDCP در بوگاتای کلمبیا صورت گرفت نیز نشانه‌هایی از موفقیت در استفاده از روش‌های ارتباطی در زمینه پیشگیری نشان

(UNDCP, 2006). می‌دهد. موضوع پیشگیری عمدتاً برآموزش و فرهنگ‌سازی و اجتماعی شدن متمرکز می‌باشد و از این رو بیشتر مراکز آموزشی به ویژه مدارس را مورد توجه قرار می‌دهد. این برنامه‌ها حول سه الگو قرار گرفته است. (الیکسون ۱۹۹۵)

۴-۱- الگوی اطلاعات

این الگو که هدف آن ارائه اطلاعات است با این فرضیه شکل گرفته است که کودکان و نوجوانان با شناخت خطرات بالقوه مواد مخدر از آن دوری می‌کنند، علاوه براین، گمان براین است که در دانش آموزان گرایش‌های بازدارنده ایجاد می‌شود و آنان از مواد مخدر اجتناب خواهند ورزید. به‌طور کلی در این الگو هدف این است که دانش و اطلاعاتی به دانش آموزان و فراگیران داده شود تا نگرش مثبت آن‌ها به مواد مخدر به نگرش منفی تبدیل شود.

گاهی اوقات شوک و یا ایجاد هراس بخشی از فرایند آموزش را تشکیل می‌دهد و از این میان می‌توان به فیلم‌های ویدیویی بر علیه مواد مخدر، گفتگو با معتادان سابق، تابلوهای تبلیغاتی و یا آگهی‌های تلویزیونی که بر مخاطرات مربوط به مصرف مواد مخدر تأکید دارند، اشاره کرد. (کوهن، ۱۹۹۶)

در این الگو در مورد ماهیت و گستره اعتیاد مصرف مواد مخدر به افراد آگاهی داده شده و اثرات آن بر افراد، خانواده‌ها و جوامع بررسی می‌شود. همچنین در مورد خدمات، برنامه‌ها و سیاست‌های پیشگیری اطلاعاتی عرضه می‌شود. به این روش بر هنجارها تأکید خاصی صورت می‌گیرد. (به عنوان مثال خوردن مشروبات الکلی در سنین پایین و یا فروش مواد مخدر در این محدوده سنی به هیچ وجه تحمل نمی‌شود) برنامه‌های مبتنی براین الگو بر آن‌اند که عوامل اجتماعی، نظیر خانواده، گروه همسالان و وسایل ارتباط جمعی در شروع مصرف مواد اعتیادآور مؤثرند. بنابراین چنین برنامه‌های برافزایش مقاومت میزبان در برابر عوامل اثرگذار اجتماعی تأکید بسیار دارد. هدف این برنامه تشخیص و برنامه‌ریزی برای موقعیت‌هایی است که احتمال زیاد دارد فرد در معرض فشار همسالان برای مصرف قرار گیرند. این برنامه‌ها به مخاطبان خود می‌آموزند که چگونه موقعیت‌های فشار آور خود را بشناسند؛ در چنین موقعیت‌های چگونه نه بگویند و چگونه واکنش نشان دهند. در این برنامه از رهبران همسال و هم‌رتبه، که تحت نظارت افراد باتجربه هستند، برای اجرای برنامه استفاده می‌شود.

بررسی‌ها و فرا تحلیل‌های انجام شده نشان می‌دهند که این رویکردها ممکن است به افزایش آگاهی منجر شود، ولی بر نگرش فرد و رفتار واقعی او تأثیری ندارد. به دنبال شناخت محدودیت‌های رویکرد مبتنی بر ارائه اطلاعات در آغاز دهه ۱۹۷۰، رویکردهای جدیدی در زمینه پیشگیری از مواد مطرح شدند که بیشتر از تکنیکهای مصون‌سازی روانی و تمرین رفتاری برای تقویت نگرش‌ها و مهارت‌ها به منظور مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی بهره می‌بردند. (محمدخانی و دیگران، ۱۳۸۶: ۱۲۷)

۴ - ۲ - الگوی تأثیر اجتماعی

هدف این رویکرد آگاه و آشنا کردن نوجوانان به مهارت‌ها و منابع ویژه‌ای است که برای مقاومت در برابر فشار همسالان برای امتحان کردن سیگار و سایر مواد به آن نیاز دارند. (محمدخانی و دیگران، ۱۳۸۶: ۱۲۸) از این رو مهارت‌های «نه گفتن به مواد مخدر» باید در بین آنها تقویت شود. این رویکرد با این فرضیه شکل گرفته است که جوانان فاقد مهارت‌های کافی جهت انتخاب‌های منطقی هستند و چنانچه آنان این مهارت‌ها را به دست آورند، دیگر به سوی مصرف مواد مخدر گرایش پیدا نخواهند کرد. (کوهن، ۱۹۹۶)

الگوی تأثیر اجتماعی بر تأثیرات بیرونی که جوانان را به سوی مصرف مواد مخدر سوق می‌دهد، متمرکز شده است. از این میان فشار همسالان و همین‌طور تأثیرات درونی، مثل میل پذیرفته شدن توسط مردم اهمیت بسزایی دارد.

الگوی تأثیر اجتماعی به منظور مقابله با آسیب‌پذیری نوجوانان در پی آشنا ساختن آنها با فشارهای منجر به مصرف مواد مخدر است و بدین ترتیب آنان را قادر می‌سازد تا مهارت‌های مقاومتی و روش‌های نه گفتن را در شرایط تحت فشار فرا گیرند.

البته در مورد اثربخش بودن آموزش‌هایی که طی الگوهای مختلف پیشگیری ارائه می‌شود، اطمینان وجود ندارد. بعضی از تحقیقات نشان داده‌اند، جوانانی که میزان اطلاعات آنان بیشتر بوده است، به همان نسبت آسیب‌پذیرتر از سایرین در برابر مواد مخدر بوده‌اند. همین‌طور در بین پزشکان که احتمالاً در مورد مخاطرات استفاده از مواد مخدر اطلاعات زیادی دارند، این مشکل مشاهده می‌شود.

۴-۳- آموزش مهارت‌های زندگی

۱ یک برنامه پیشگیری اولیه مبتنی بر عوامل خطر ساز

۲ و حفاظت کننده است که بر اساس مدل سبب شناختی چندوجهی سوء مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان طراحی شده است.

(Botvin, 2000) هدف اصلی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، ایجاد تغییر در عوامل اجتماعی و روانشناختی مؤثر در گرایش نوجوانان به مصرف مواد است. از زمان شروع این برنامه در دهه ۱۹۸۰، مطالعات متعددی به منظور ارزیابی اثربخشی مهارت‌های زندگی در کشورهای مختلف انجام شده است. شواهد به دست آمده حاکی از آن است که آموزش مهارت‌های زندگی در Botvin and Griffin (2004, Bitvin, 2000, Griffin) است مؤثر مواد مصرف کاهش (۲۰۰۳) این برنامه آموزشی از تکنیک‌های متفاوتی برای بهبود مهارت‌های حل مسئله عمومی و مهارت‌های شناختی و رفتاری جهت مقاومت در برابر فشارها و عوامل بین فردی و رسانه‌ای مشوق مصرف الکل، سیگار و سایر مواد استفاده می‌کند. همچنین مهارت‌هایی را نیز برای افزایش خودکنترلی، عزت نفس و راهبردهای مقابله‌ای جهت کاهش استرس و اضطراب، جرأت ورزی آموزش می‌دهد.

در این الگو تمرکز اصلی از آموزش برداشته شده و بر شخصیت قرار می‌گیرد، به عبارت دیگر تمرکز از مواد مخدر به فرد تغییر می‌کند و تصور براین است که جوانان دارای عزت نفس از مواد مخدر استفاده نخواهد کرد. (کوهن، ۱۹۹۶) این الگو با این فرض شکل گرفته که علت گرایش نوجوانان به مواد مخدر به مسائل شخصی آنان همچون ضعف عزت نفس و یا مهارت‌های شخصی ناکافی در ارتباطات و تصمیم گیری مربوط می‌شود.

۳ در این الگو که بر مبنای بهبود تصور از خود، قابلیت تعامل درون گروهی و پیدا کردن مهارت حل مسئله و ... استوار شده است، بر ارزش‌ها، نگرش‌ها، احساسات، خودآگاهی و انتخاب‌ها و ترجیحات شخصی تأکید می‌شود.

۴-۴- الگوی مؤلفه‌های جایگزین

مفروضه اصلی این رویکرد آن است که اگر بتوان تجارب واقعی زندگی را به اندازه مواد مخدر برای نوجوانان جذاب کرد، آن‌ها از مواد استفاده نخواهند کرد. هدف این قبیل برنامه‌ها رفع ۱-عوامل خطر ساز موقعیت‌ها، ویژگی‌ها، متغیرها و رویدادهایی هستند.

احساس کسالتی است که پیش درآمد مصرف مواد تلقی می‌شود. فعالیت‌های فرهنگی، تفریحی و ورزشی از جمله فعالیت‌های مورد نظر در این برنامه‌ها است. نقطه ضعف این قبیل برنامه‌ها وقتی روشن می‌شود که فعالیت‌های جایگزین، گرچه اثرهای مخالف با تمایلات اعتیادی دارند، اما آنان که چنین تمایلاتی را در خود تجربه می‌کنند کمتر به چنین فعالیت‌های جایگزینی گرایش پیدا می‌کنند. (نعمتی، ۲۸۴: ۱۳۸۱)

۴-۵- الگوی شناسایی و ارجاع مسئله

هدف از این راهکار شناسایی، آموزش و مشاوره با جوانانی که در سنین پایین در مصرف مواد مخدر برای اولین مرتبه، افراط می‌کنند. فعالیت‌هایی که طی این راهکار صورت می‌پذیرد، شامل نظارت بر تمایلات مصرف مواد مخدر و ارجاع به درمان پیشگیرانه جهت مهار این تمایلات است.

۴-۶- الگوی اجتماع محور

هدف از این راهکار توانمند ساختن جامعه از جهت انجام اقدامات پیشگیرانه و خدمات درمانی در مورد مواد مخدر به نحو مؤثرتر است. این فعالیت‌ها شامل موارد زیر است: سازماندهی، برنامه ریزی، افزایش کارایی و مؤثر بودن اجرای خدمات، همکاری بین آژانس‌ها، برقراری ائتلاف و ایجاد شبکه، ساختن اجتماعات سالم، کمک به انتخاب زندگی سالم و ترویج آن.

۴-۷- رویکرد محیطی

در این راهکار از طریق وضع قوانین و مقررات جدید و اعمال شیوه‌های قهری با مواد مخدر مقابله می‌شود و عرضه مواد در جامعه محدود می‌شود. در این رویکرد فرض بر این است که اعمال قانون و کنترل عرضه و همچنین اعمال سیاست‌های مربوط به بالا بردن قیمت مواد یا هزینه مصرف، می‌تواند در مبارزه با مواد مخدر موفقیت به دنبال داشته باشد.

۵- زمینه‌های پیشگیری

یکی دیگر از طبقه بندی‌هایی که غالباً در فعالیت‌های پیشگیری استفاده می‌شود، طبقه بندی بر اساس زمینه اصلی برنامه پیشگیری مورد نظر است. این طبقه‌بندی نقاط قوت و ضعف فعالیت‌های را که در زمینه پیشگیری صورت می‌گیرند، نشان خواهد داد.

۵-۱- والدین و خانواده

والدین و به‌طور کلی خانواده، مسئولیت سنگینی در امر پیشگیری از اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان و نوجوانان برعهده دارند. در اغلب کشورها والدین به‌ندرت برای این نقش مهم مثبت والدین و خانواده‌ها که از عوامل مهم تأثیرگذار بر سوءمصرف مواد مخدر و سایر رفتارهای خطرناک جوانان (به ویژه در سال‌های کودکی که تأثیر و نفوذ والدین بیشتر از دوستان و همکلاسی‌هاست) را نشان می‌دهند. مدنی (۱۳۸۱) می‌نویسد که: بین خانواده و اعتیاد از طریق ۱ وجود شاخص‌هایی در خانواده رابطه وجود دارد. در خانواده‌های زیستی، گسیخته، کم‌سواد و با والدین معتاد، اجتماعی شدن و جامعه‌پذیری به شکل کامل صورت نمی‌گیرد و نظم خانواده مختل می‌شود و کنترل اجتماعی صورت نمی‌گیرد، لذا برافزایش اعتیاد تأثیر می‌گذارد. البته اعتیاد ممکن است در خانواده‌هایی به‌ظاهر سالم و کامل نیز بروز کند و یا برعکس در برخی خانواده‌های آسیب‌زا، فرزندان با توجه به ویژگی‌های فردی و با یافتن تکیه گاه‌هایی غیر از خانواده به اعتیاد آلوده نشوند. (مدنی، ۱۳۸۱: ۱۹۴)

برنامه‌های پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر از طرف والدین لازم است در مراحل مختلف رشد کودکان به عمل آید:

۱. برنامه‌های آموزشی و حمایتی در زمان نگهداری از کودکان می‌توانند در پیشگیری از سوءمصرف مواد مخدر و بسیاری از مشکلات دیگر مؤثر باشند. حتی زمانی که برنامه‌های پیشگیری باهدف بهبود فعالیت‌های والدین در آموزش و نگهداری فرزندان صورت می‌گیرند، اما آن‌ها علیرغم اعمال این دست مداخلات باز هم شروع به مصرف مواد مخدر می‌نمایند.

۲. برنامه‌های پیشگیری می‌توانند در طول دوران کودکی و نوجوانی با ارائه‌ی اطلاعات در زمینه مواد مخدر و دسترسی والدین به مشورت‌های لازم، ارتباط و مهارت تربیتی ایشان را بهبود بخشند. شدت انجام فعالیت‌ها به سطح عمومی خطرات مربوط به گروه‌های مورد نظر بستگی داشته و از برگزاری برنامه‌ها جهت ارتقای سطح آگاهی تا برنامه‌های چند جلسه‌ای باهدف توسعه مهارت‌ها و ارائه‌ی مشورت، انجام می‌گیرد.

۳. برنامه‌ها بایستی در سطح جوامع محلی و در طول چند سال انجام شوند تا به صورت بخشی از زندگی روزمره جامعه درآمده و به شکل یک‌باره و بدون تداوم انجام نگیرند. والدین احتمالاً در صورتی که متوجه شوند یک برنامه پیشگیری به صورت مناسب جا افتاده و سابقه خوبی نیز دارد به آن روی خواهند آورد. با

توجه به پیچیدگی‌ها و ارتباط مشکلات مواد مخدر با سایر مشکلات اجتماعی، گنجاندن فعالیت‌های پیشگیری مواد مخدر در برنامه‌هایی که برای سایر مشکلات اجتماعی طراحی شده‌اند نیز مناسب خواهد بود.

۵-۲- مدارس

شروع مصرف مواد مخدر برای اغلب مصرف‌کنندگان به سال‌های مدرسه باز می‌گردد. برای مثال در ایالات متحده آمریکا شروع به مصرف دو سوم مصرف‌کنندگان در سال ۱۹۹۸ بین سنین ۱۲ تا ۱۷ سال رخ داده است. به همین دلیل برنامه‌های پیشگیری مواد مخدر با تغییراتی برای استفاده در کلیه سطوح آموزشی طراحی شده‌اند. این گونه برنامه‌ها ممکن است به‌تنهایی اجرا شده و یا با برنامه‌ی مهارت‌های بهداشتی یا اجتماعی جامع‌تر، ترکیب و مورد استفاده قرار گیرند. یک برنامه خاص می‌تواند شامل موارد زیر باشد:

- ۱- در سنین دبستانی، از طریق بحث و بررسی در خصوص محصولات خطرناک؛
- ۲- در سنین راهنمایی، برنامه‌های پیشگیری باهدف به تعویق انداختن شروع مصرف الکل و سیگار و مقابله با مصرف مواد مخدر؛
- ۳- در سنین دبیرستانی، جوانانی که در آن مقطع سنی هستند، پیام‌های متناقضی را دریافت کرده و در مورد این مواد در سطوح مختلفی از دانش و تجربه قرار دارند به علاوه در این سنین معلمان، جایگاه و اعتبار خود را در برابر دوستان جوانان از دست می‌دهند. (برنامه پیشگیری از مواد مخدر، ۱۲: ۱۹۹۹) با این همه برنامه‌های پیشگیری که در خصوص فعالیت‌های خطرناک، مانند افراط در مصرف نوشابه‌های الکلی، رانندگی تحت تأثیر الکل، مصرف ترکیبی مواد مخدر و داشتن روابط جنسی ناامن، هشدار می‌دهند، لازم‌الاجرا هستند.

زیرساخت‌های پیشگیری از اعتیاد در مدارس کشور را می‌توان در موارد زیر خلاصه کرد:

الف) تعهد سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان ارشد در امر تعلیم و تربیت کشور برای حمایت از برنامه‌ها؛

ب) تخصیص اعتبارات و امکانات مورد نیاز؛

ج) همکاری ارگانهای ذیربط انتظامی، قضایی، بهداشتی، بهزیستی و ...؛

د) مشارکت سازمان‌های غیردولتی در امر پیشگیری از اعتیاد در مدارس؛

هـ) مشارکت فعال انجمن‌های اولیاء و مربیان در امر پیشگیری از اعتیاد در مدارس؛

و) آموزش مستمر ضمن خدمت مدیران، مربیان، مشاوران و سایر کارکنان مدارس - آموزش آموزشگران برای برنامه‌ریزی محلی، اجرای برنامه‌های ملی، پژوهش و ارزشیابی برنامه‌ها؛

ز) گنجاندن «محتوای آموزش و پیشگیری از اعتیاد» در برنامه درسی و پایه اول ابتدایی تا آخر متوسطه با رعایت انسجام افقی و عمودی در آن؛

ح) پیش‌بینی فعالیت‌های فوق برنامه (شامل برنامه‌های فرهنگی، هنری، ورزشی، تفریحی) برای تقویت برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در مدارس؛

ط) ایجاد فضای صمیمی و بانشاط و دوست داشتنی با توجه به نیازهای عاطفی - روانی دانش آموزان؛

ی) بهره‌گیری از نیرو و توان دانش آموزان، از طریق برنامه‌های دانش آموز محور و همچنین دانش آموزان داوطلب برای فعالیت در کمیته پیشگیری از اعتیاد در مدارس؛

که) پیش‌بینی و اجرای برنامه‌های آموزش و جلسات مشترک با والدین؛

ل) جلب مشارکت والدین، افراد نیکوکار بازنشسته و سازمان‌ها و انجمن‌های غیردولتی در برنامه‌های جلب همکاری بین بخشی به ویژه رسانه‌های عمومی برای ارائه پیام‌های پیشگیری از اعتیاد در مدارس. (جمالی و دیگران، ۱۳۸۷: ۲۱۴- ۲۱۳)

۵-۳- برنامه‌های خارج از مدرسه برای جوانان

برنامه‌های خارج از مدرسه، شامل محیط‌هایی همچون اماکن ورزشی، محیط‌های شغلی و اماکن عمومی مانند پارک‌ها و ... می‌شود که جوانان در آن حضور زیادی دارند. استفاده از برنامه‌های پیشگیرانه در این محیط‌ها غالباً جوانانی را مخاطب قرار می‌دهد که در مدرسه یا دانشگاه مشغول به تحصیل نیستند، البته ممکن است دانش آموزان و دانشجویان نیز در این محیط‌ها از برنامه‌های فوق بهره‌مند شوند. این برنامه‌ها تلاش می‌کنند تا عوامل اولیه چون خشونت، بی‌نظمی، خجالتی بودن، عدم دلبستگی به خانواده، مدرسه و غیره را که زمینه‌ای برای گرایش به سوءمصرف مواد مخدر فراهم می‌نمایند، کاهش می‌دهند. دامنه این قبیل برنامه‌ها بسیار گسترده است و از گروه‌ها تا تیم‌های ورزشی، مشاغل پرخطر و گروه‌های خدمات اجتماعی را در بر می‌گیرد. امری که در همه آن‌ها مشترک است، پر کردن اوقات فراغت و احساس تعلق به یک گروه خاص است. این برنامه‌ها، با ارائه جایگزین‌هایی برای سوءمصرف مواد مخدر، فرصت‌هایی را از طریق فعال نمودن جوانان در فعالیت‌های خودیاری و بازشناسی فراهم می‌آورند. مناسب بودن و تأثیربخشی این گونه برنامه‌ها برای آن گروه از جوانان که بیشتر در معرض آسیب هستند به اثبات رسیده است.

مطالعات نشان داده است که ارزش برنامه‌های پیشگیری را می‌توان از طریق تشویق مشارکت و فعال نمودن جوانان در مدیریت این فعالیت‌ها، ایجاد محیط مناسب، حمایت و روشن نمودن انتظارات، ارتقا بخشید. در صورتی که پیام‌های اولیه آموزش‌های مواد مخدر در فعالیت‌های روزمره تیم‌های ورزشی و گروه‌های هنری گنجانده شوند، باعث افزایش میزان اعتبار این پیام‌ها برای افراد مورد نظر و سایر افراد می‌گردد.

کار با جامعه برای کودکان ۵ تا ۸ سال

کودکان سنین ۵ تا ۸ سال سرمایه‌ها و مایه مباهات و افتخار اکثر جوامع هستند آن‌ها امیدوار، سرشار از اشتیاق و تحسین برانگیز به نظر می‌رسند کودکان کم سن و پاک و بی‌گناه در عین حال آسیب پذیرترند آن‌ها مشتاق یادگیری می‌باشند و جوامع به‌طور اختصاصی به محافظت آن‌ها از خطرات علاقه‌مندند. مردم می‌خواهند تا هر زمان که ممکن است و هرچه بیشتر کودکانشان پاک بمانند کودکان کم سن از طریق فیلم‌های سینمایی، تلویزیون و گاهی اوقات زندگی واقعی با مواد مواجه می‌شوند آن‌ها نسبت به مصرف مواد کنجکاوی نشان داده و به آن توجه می‌کنند لذا آموزش پیشگیری از مواد باید خیلی زود یعنی از همان مقطع مهد کودک آغاز شود. در اینصورت کودکان یاد می‌گیرند تا در برابر فشارهای سوق دهنده به سوی مصرف مواد و دیگر نفوذهای مضر مقاومت کنند و برای اتخاذ تصمیماتی سالم بدون خطر و مطمئن مجهز باشند تعلیم دهندگان این کودکان کم سن و به همان میزان مسئولان و معلمان مدارس نفوذ خوبی بران‌ها دارند تعلیم دهندگان کودکان و نیازهای آن‌ها را می‌شناسند و می‌توانند به‌طور نیرومند از جانب آن‌ها صحبت کنند دانش و نفوذ تعلیم دهندگان در ترغیب و جلب حمایت برای اجرای تلاش‌های پیشگیری از مصرف مواد بسیار مهم و موثر است. درگیر ساختن جامعه نیازمند تعیین شیوه‌های خاصی است که در آن پلیس محلی رهبران مذهبی رسانه‌های خبری آژانس‌های خدمات بهداشتی و اجتماعی رهبران تجاری و بازرگانان مسئولان پارک‌ها و مراکز تفریحی طراحان، برنامه ریزان و دیگر رهبران اجتماعی بتوانند با مدارس کار کنند تا در حفظ و دور نگه داشتن کودکان از مواد به آن‌ها کمک کنند.

کار با جامعه برای کودکان ۹ تا ۱۲ سال

کودکان این سنین به ورزش و دیگر فعالیت‌های سازمان یافته علاقه‌مندند می‌خواهند موقعیت‌هایی را برای جامعه فراهم کنند تا شاهد رشد و تغییرشان باشند. از آنجا که این گروه کودکان آزادترند و می‌خواهند

بیشتر با دوستانشان باشند و از خانواده‌هایشان دوری کنند آن‌ها را می‌توان در این مکان‌ها دید بازار خرید، سینماها، پارک‌ها، و دیگر مکان‌های عمومی این گروه سنی تا حدی در مقایسه با جوانان کمی بزرگتر از خودشان سر به زیرتر و حرف گوشکن تر هستند بنابراین عموماً این‌طور فکر نمی‌شود که مشکلی را برای جامعه ایجاد می‌کنند با این حال بزرگسالان با در نظر داشتن مسئله نفوذ بزرگسالان و جوانان بزرگ‌تری که دارو مصرف می‌کنند و ایجاد مشکلی احتمالی برای نوجوانان کم سن تر خواهان نظارت بر این گروه می‌باشند.

جوامع باید از خطرات مصرف مواد توسط کودکان در این سنین آگاه باشند با آنکه اکثر کودکان مواد مصرف نمی‌کنند در برابر امتحان کردن مواد "دروازه‌ای" آسیب پذیرند و به‌طور فزاینده‌ای تحت تأثیر گروه همسالان خواهر و برادران بزرگ‌تر و حتی برخی بزرگسالان قرار می‌گیرند.

کار با جامعه مستلزم تعیین راه‌های خاصی است که در آن برخی مانند پلیس محلی، رسانه‌های خبری رهبران امور بازرگانی، تاجران مسئولان رسمی پارک‌ها و مراکز تفریحی طراحان و دیگر رهبران جامعه می‌توانند به مدارس پیوسته و در دور نگه داشتن کودکان از مواد کمک کنند. (تاریکی، ۱۳۹۳: ۷۶).

کار با جامعه برای نوجوانان ۱۳ تا ۱۶ سال

تجربه استرس نوجوانی در دانش آموزان دوم و سوم راهنمایی در حال آغاز شدن است آن‌ها می‌خواهند مستقل باشند و به هویت شخصی خود دست یابند. در نتیجه اغلب به شیوه‌ای رفتار می‌کنند که از هنجارهای مورد پذیرش و به هویت شخصی خود دست یابند. در نتیجه اغلب به شیوه‌ای رفتار می‌کنند که از هنجارهای مورد پذیرش جامعه تخلف نمایند. به عبارتی رفتارهایی که بزرگسالان آن‌ها را نامناسب یا اشتباه می‌دانند را انجام می‌دهند به خاطر سبک مستقلانه آن‌ها در پوشیدن انتخاب موسیقی و تمایل به مسافرت با گروه، نوجوانان کم سن تر در برقراری ارتباط با والدین معلمان و دیگر بزرگسالانی که در اجتماع هستند مشکل دارند با آنکه نوجوانان این سن تمایل دارند تا هر قدر بیشتر با دوستان و همسالانشان باشند اما به راهنمایی نظارت و درک زیاد والدین هم نیازمندند.

جامعه باید در تلاش پیشگیرانه درگیر شود خطر آسیب پذیری در برابر مصرف یا فروش مواد در این سن از هر سن دیگری بیشتر است. نوجوانان کم سن با تصمیم گیری‌های مهمی درباره مواد، مسائل جنسی،

ماندن در مدرسه و ادامه تحصیل، حفظ سلامت جسمانی و بنا نهادن فلسفه و سبک زندگی شخصی مواجه‌اند والدین لازم است به جوانان کمک نمایند تا تصمیماتی مثبت، سالم و مسئولانه اتخاذ کنند. مدیران، مسئولان و معلمان مدارس به خوبی برکلاس نفوذ دارند آموزگاران، جوانان و نیازهایشان را می‌شناسند و با قدرت می‌توانند از جانب آن‌ها صحبت کنند دانش و نفوذ معلمان می‌تواند برای افراد خواهان دریافت حمایت اجتماعی (در زمینه تلاش‌های مربوط به پیشگیری از مصرف مواد) بسیار سودمند باشند. درگیر شدن و مداخله جامعه مستلزم تعیین شیوه‌های خاصی است که در آن باید برخی گروه‌ها وارگانها و نهادهای شرکت کنند مانند پلیس محلی، رهبران مذهبی، آژانس‌های خدمات بهداشتی و اجتماعی، رسانه‌های خبری، رهبران یا مسئولان تجاری، تاجران و بازرگانان، کارمندان پارک‌ها و مراکز تفریحی، طراحان و برنامه‌ریزان.

کار با جامعه برای جوانان ۱۷ تا ۱۹ سال

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

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

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

مشاورین و معلمان مدارس به روش‌های زیر می‌توانند جامعه را در امر پیشگیری از اعتیاد درگیر کنند:

- *تشکیل گروه‌های یاری کننده پیشگیری از اعتیاد در جامعه
 - *درخواست کمک مالی از اقشار مختلف جامعه جهت تأمین امکانات تفریحی و اداره آنها
 - *درخواست حمایت مالی از اقشار مختلف جهت اجرای برنامه‌های اعتیاد
 - *تأمین امکانات مالی و اجرایی آموزش در زمینه مبارزه با اعتیاد
 - *گسترش آموزش در زمینه AIDS و راه‌های پیشگیری از آن
 - *تأمین محیط سالم جهت حفظ استقلال و تحرک جوانان
 - *تأمین مراقبت‌های بهداشتی، جسمی و روانشناختی برای جوانان
 - *تلاش در جهت کشف و تقویت استعدادها و توانایی‌های جوانان در عرصه‌های هنری، شغلی، علمی، ورزشی و نظایران
 - *تلاش برای تأمین هزینه تجهیزات، سفرها، آموزش و نظارت بر فعالیت‌هایی که مدارس قادر به اجرای آن نیستند
 - *معرفی و انتشار موقعیت‌های مثبت جوانان از طریق روزنامه‌ها، رادیو و تلویزیون
 - *ارتقای نگرش مثبت نسبت به جوانان در جامعه از طرق مختلف
 - *تلاش در جهت تعیین سیاست‌های قانونی قاطع مبارزه با مصرف، فروش و تولید مواد اعتیاد آور
- والکل
- *تشویق جوانان به مشارکت فعال در برنامه‌های اجتماعی مربوطه
 - *تأکید برالگو بودن بزرگسالان موفق و فرهیخته برای جوانان

*توجه ویژه به وضعیت شغلی، آموزشی معیشتی و عملکردی افرادی که با جوانان و برای جوانان کار می‌کنند

*تشویق جوانان به اتمام دبیرستان و ادامه تحصیل و در صورت لزوم تأمین حمایت در این زمینه

*تأمین فرصت‌های شغلی برای جوانان پس از اتمام تحصیل و نیز در اوقات فراغت تابستانی

*تشویق جوانان به شرکت در فعالیت‌های داوطلبانه اجتماعی (اقدامات امدادگری، پیشاهنگی،...)

*تقویت خصایل انسانی در جوانان همچون تلاش و پشتکار جهت کسب موفقیت در زندگی

*کمک به کسب مهارت‌های حرفه‌ای جهت امرار معاش در جوانانی که مایل به ادامه تحصیل نیستند

*هماهنگ کردن بخش‌های عمومی و خصوصی که در زمینه پیشگیری از وقوع جرم فعالیت دارند مانند نیروی انتظامی، کار و اموراجتماعی، آموزش و پرورش، شهرداری‌ها، شوراها، امورجوانان، بهزیستی و... به منظور اجرای برنامه عملی پیشگیرانه و هماهنگی بیشتر

*آگاهی دادن به خانواده‌ها برای نظارت و کنترل بیشتران بر فرزندان و گوشزد کردن میزان مجازات جرائم در صورت ارتکاب جرم توسط آنان

*اتخاذ تدابیرامنیتی بیشتر توسط دولت در محل‌های جرم خیز و اقداماتی به منظور کمک به خانواده‌ها بخصوص نوجوانان و جوانانی که در معرض آسیب قرار دارند

*اطلاع رسانی شفاف رسانه‌های جمعی برای تشویق جوانان درباره تسهیلات و فرصت‌هایی که جامعه برای آنان قرار داده است

*تجهیز پلیس برای مقابله جدی با باندهای مخوف انواع گوناگون بزهکاری اجتماعی در جامعه در خصوص پیشگیری از جرم که همان تحت کنترل درآوردن نرخ ارتکاب جرم در جامعه است، به نظر می‌رسد تمام ارگانها باید در کنار یکدیگر همکاری‌های لازم را داشته باشند این همکاری و مشارکت در امر پیشگیری ممکن است در قالب پیشگیری‌های کنشی و غیر کیفری باشد. این پیشگیری‌ها که عمدتاً در سیاست جنایی هر کشوری خود را نمایان می‌سازد می‌تواند در قالب کاهش نرخ تورم ایجاد امید در میان آحاد جامعه فقرزدایی، اشتغال‌زایی واقعی، تسهیل شرایط ازدواج خارج کردن جامعه از حالت آنومی و موارد متعدد دیگری باشد که اساساً از وظایف قوه قضاییه نبوده اما تأثیر پررنگ‌تری نسبت به پیشگیری کیفری و واکنشی خواهد داشت. می‌توان گفت که پیشگیری انواع مختلفی دارد و برای تحقق هر نوع از

پیشگیری باید راهکار مجزا و راه و روش جداگانه‌ای در پیش گرفته شود بنابراین نمی‌توان یک راهکار برای پیشگیری از جرم معرفی کرد بلکه باید در هر جامعه و با توجه به هر جرم برنامه‌ای جداگانه داشت علاوه بر این پیشگیری نیازمند همکاری همه جانبه تمامی دستگاه‌ها و نهادهای موجود در کشور است علاوه بر این به امر به معروف و نهی از منکر به عنوان وظیفه همگانی توجه کرده و انجام عبادات روزانه فردی و جمعی را به عنوان عوامل پیشگیرانه مطرح کرده است. البته در جای خود پس از وقوع جرم و علیرغم آن همه التفات و توجه به امر پیشگیری و اصلاح و باز پروری اسلام برای مجازات نیز به عنوان اهرمی برای جلوگیری از تکرار وقوع جرم تأکید فراوان دارد در واقع، مجازات‌ها در اسلام نیز برای امر پیشگیری است.

نظریات مربوط به بی‌تفاوتی مدنی:

از لحاظ معرفت شناختی بیگانگی به عنوان یک مفهوم مجازی و ارزش یابانه است که به شکل بی‌معنایی و طرد شدن از فرایند اجتماعی ظاهر می‌شوند و در بررسی هستی شناختی بیگانگی به عنوان فرایندی می‌باشد که احتمال کم و زیاد شدن میزانان و سنجش پذیری آن در قالب سازه در نظر گرفته شده است. (اوراند، ۱۹۷۵: ۳۰۱) اریش فروم بیگانگی را به عنوان یک پدیده تاریخی و کهن در نظر گرفته است که طبقان معتقد است که تاریخ این مفهوم به پیامبران عهد عتیقی برمی‌گردد که در آن دوره صحبت بت پرستی مردم می‌شد و بت در این نگرش مبین نیروهای حیاتی خود فرد به شکل بیگانه‌ای بوده است لیشت‌هاین، بیگانگی را مساوی با نوعی فقدان معرفت و عدم کاربرد خرد و عقل در کاوش مجهولات می‌داند (همان، ۳۰۵) و هگل جدایی انسان از محیط و اجتماع (نتلر، ۱۹۵۷: ۶۷۰) کارل مارکس شرایط و اصول حاکم در سرمایه داری (ترنر و همکاران، ۱۹۸۹: ۱۱۵) ماکس وبر عقلانیت را با خصوصیت تهدید کننده (کرایب، ۲۶۴: ۱۳۷۸-۲۶۵) گئورگ لوکاچ با مفهوم شیء‌وارگی ظهور و بروز طبیعت دوم را نمودی از شیء‌وارگی می‌دانند مکتب انتقادی تسلط و غلبه عقلانیت صوری بر عقلانیت کوه‌رین یا ذاتی (همان، ۲۶۷ و ۲۶۷) جرج زیمل نمود و ظهور بیگانگی را با زندگی مرد در کلان شهرها، فرد گرایی، غلبه روح عینی، بر روح ذهنی انزوای اجتماعی و در نهایت دل زدگی اجتماعی (ترنر و همکاران، ۱۹۸۹ ۲۵۹-۲۶۰) کارل مانهایم بی‌گانگی در قالب احساس فتور، تنهایی و پوچی (محسنی تبریزی، ۱۳۷۰: ۳۷) امیل دورکیم به شکل احساس بی‌هنجاری پوچی معرفی می‌کنند (کرایب، ۱۳۸۲، ۱۲۶)

اگوستین بوندس معتقد است بیگانگی اجتماعی اشکال مختلف در محیط‌های گوناگون بین افراد ظاهر می‌شوند افراد دارای احساس بی‌گانگی از نظر اجتماعی کمتر اثر گذار بوده و احساس تنهایی می‌کند دوستان کمتری دارند کمتر در فعالیت‌های آموزشی شرکت می‌کنند و از زندگی دانشگاهی و خوابگاهی رضایت کمتری دارند کمتر دوست دارند در محوطه دانشگاه باشد احساس وفا داری کمتری نسبت به اطرافیان و نزدیکان دارند و تمایل کمتری به تعامل و تماس با دیگر آن دارند (روموندو، ۱۹۹۸: ۲)

هواردروس با اشاره به همبستگی مستقیم بیگانگی و مشارکت سستی در علاقه سیاسی و بی‌تفاوتی نسبت به درگیری‌های اجتماعی در دو بعد تنفر سیاسی و احساس بی‌قدرتی سیاسی اشاره کرده و علت اساسی این پدیده اجتماعی را در قومیت و خرده گروه‌های موجود در یک جامعه معرفی کرده است. (رس، ۱۹۷۵: ۲۹۱-۲۹۲) ساسول مشغله‌های کاری افراد رده سنی پایین دارای خانواده و تجربیات افراد را عامل سر خوردگی و دل‌مردگی اجتماعی عنوان کرده است به نظر ساسول هر چقدر افراد از نظر میزان احساس عدم اثر بخش و بدبینی نسبت به چیزی یا کسی در سطح بالایی باشند در این صورت زمینه برای بستر سازی بیگانگی افراد و بی‌تفاوتی نسبت به مسائل اجتماعی فراهم خواهد آمد. (ساسول، ۱۰۱: ۲۰۰۳-۱۰۲) ملوین سیمن با بررسی و مطالعه تطبیقی رابطه بین احساس بیگانگی، عضویت سازمانی و دانش سیاسی افراد موضوع مرکزی را در نظریه توده‌ای به این صورت مطرح می‌کند که با از بین رفتن جامعه دارای خصوصیات قدیمی افراد از روابط اجتماعی الزام آور در اجتماع جدا می‌شوند (نادری، ۱۳۸۹: ۲۹-۵۹)

از این نظر نتیجه چنین جدایی هم می‌تواند از لحاظ شخصی ویران‌گر و هم ارزش‌های دموکراتیک را دچار سستی کند در چنین حالتی بیگانگی توسط ساختار اجتماعی به وجود می‌آید و باعث بروز رفتارهای متمایز از رفتار حاکم در جامعه می‌شود (سیمن، ۱۹۶۶: ۳۵۳-۳۵۴) سیمن نمودهای متفاوت و رفتارهای بیگانه گونه افراد را به شرح ذیل بیان می‌کند: بی‌قدرتی یا احساس بی‌قدرتی: زمانی که فرد احساس می‌کند از نظارت کمتری برای کنترل رویدادها و حوادث به وجود آمده برخوردار است در این صورت و آن فرد دچار احساسی از نوع بی‌قدرتی می‌شود. احساس بی‌معنایی یا پوچی: در صورتی که مسائل اجتماعی و فردی برای افراد یا فرد به خصوصی غیرقابل درک باشد در این صورت فرد دچار احساس بی‌معنایی نسبت به مسائل پیرامون خود می‌شود احساس بی‌هنجاری: در شرایطی که بین اهداف اجتماعی و وسایل و راه‌های رسیدن به آن اهداف تطابقی وجود نداشته باشد در این صورت مسیر برای بروز بی‌هنجاری مناسب به نظر

می‌رسد. جدایی از خود یا تنفر از خود: به احساسی اطلاق می‌شود که میزان و درجه هر رفتاری مطابق پاداش‌های مورد انتظار در آینده تبیین می‌شود به این مفهوم که در دنیای صنعتی در بسیاری از حرف و مشاغل کار و تولید فرد را به هدف و تعالی مورد نظر رهنمون نمی‌کند بلکه او کار می‌کند بدون آن که به ارزش واقعی کار خود واقف باشد و از نتایج کار خویش متمتع گردد که در نتیجه این رفتار از دست رفتن مفهوم واقعی کار و نفی خود و تولید خلق می‌شوند انزوای اجتماعی: احساسی که فرد از محدودهٔ مقبولیت اجتماعی طرد و به کنار زده می‌شود به عبارتی فرد از متن اجتماع و ارزش‌های حاکم در آن منفک می‌شود (همان، ۹۳:۱۹۷۵-۹۴) تنفر فرهنگی: احساسی که طیان فرد نسبت به باورها و اهدافی که یک جامعهٔ خاص ارزشمند و دارای پاداش اجتماعی می‌باشد اعتقاد نازلی دارد (همان، ۱۹۵۹:۷۸۹) (به نقل از نادری، ۱۳۸۹: ۴۱)

سیمن احساس بی‌قدرتی و تنفر از خود را با دیدگاه مارکسیستی از بیگانگی اجتماعی مورد توجه قرار داده و خاطر نشان می‌کند که بی‌قدرتی منعکس کنندهٔ نگرش مارکسیست‌هایی است که در آن کارگران دز جامعه سرمایه داری قدرت قانونی و تصمیم‌گیری خود را از دست می‌دهند و با استفاده از دیدگاه فکری اریش فروم مفهوم تنفر از خود را که سرمنشاء آن را در کار مارکس جستجو می‌کرد به شکل نتیجه‌ای می‌پندارد که فرد طیان معنای ذاتی و عظمت مرتبط با کاری را که در حال انجام است از دست می‌دهد سیمن موازی با این مفهوم به آگاهی کاذب مطرح شده توسط مارکس اشاره دارد (رابرتس، ۱۹۸۷: ۳۴۶)

از نظر لارسن تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین فردی که احساس بی‌قدرتی و با احساس قدرت می‌کند از یک طرف و امید به آینده و آینده‌نگری از طرف دیگر وجود دارد و در بررسی‌های خود به این نتیجه دست یافت که میزان اثر گذاری و نفوذ افراد در مسائل عمومی با توجه به نوع جامعه ما بین افراد شرکت کننده در مسائل اجتماعی و سیاسی متفاوت است (لارسن، ۲۰۰۳: ۱۶۴)

مکدیل و ریدلی با اشاره به وجود رابطهٔ معنادار منفی بین منزلت اجتماعی پایین افراد انومی و بیگانگی سیاسی با بی‌تفاوتی سیاسی چنین عنوان می‌کند که انجام و اجرا این شاخص‌ها در ۲۶۸ تا از مناطق حومه‌ای شهرهای ناشویل و تنسی به این نتیجه دست یافته‌اند که متغیرهای فوق مشارکت سیاسی رابطه منفی دارند آن‌ها عنوان می‌کنند پایگاه اقتصادی اجتماعی پایین منجر به بی‌تفاوتی افراد نسبت به

فعالیت‌های سیاسی شده سپس خود نیز تحت تأثیر میزان احساس اثر بخشی قرار می‌گیرد (مک دیل و ریدلی، ۲۰۵: ۱۹۶۲-۲۰۷) (به نقل از نادری، ۱۳۸۹: ۴۲)

نظریه‌پردازان معاصر در قالب نظریه‌هایی نسبتاً تجربی‌تر، عوامل مؤثر در بروز بی‌تفاوتی را در جامعه را شناسایی کرده‌اند. استرلین^۱ تبیینی اقتصادی و جمعیت شناختی از بی‌تفاوتی ارائه کرده و معتقد است که تمایلات و روندها در ارتباط با بی‌تفاوتی سیاسی، تا اندازه‌ای تابعی از تغییرپذیری نسلی در زمینه بهزیستی و رفاه اقتصادی است (مسعودنیا، ۱۳۸۰). در نظر لیپست^۲ (۱۹۶۳) و لرنر^۳ بی‌تفاوتی اجتماعی در نقطه مقابل مشارکت اجتماعی قرار می‌گیرد و متغیرهای اجتماعی در آن دارای محوریت و اهمیت فراوانی هستند. دال^۴ (۱۹۸۳) نیز چهار گروه از افراد اجتماع را مشخص می‌کند؛ قدرتمندان، قدرت طلبان، طبقه سیاسی و طبقه غیرسیاسی یا بی‌تفاوت. به زعم دال، از آنجا که انسان به‌طور طبیعی یک جانور سیاسی محسوب می‌شود مطالعه پیدایش و علت پیدایی طبقه بی‌تفاوت مهم است. او در تبیین بی‌تفاوتی در جوامع جدید، قضایایی مشابه با جامعه شناسی تبادلی را مطرح می‌سازد، یعنی همان‌گونه که در روابط میان افراد، مادیات تبادل می‌شوند، فراشدهایی مانند علائق اجتماعی و دوستی‌ها نیز با یکدیگر مبادله می‌شوند (مایر^۵، ۱۹۸۸).

ویلنسکی^۶ در نظریه‌ای دیگر، براین اعتقاد است که بی‌تفاوتی ممکن است تابعی از فرایند سالخوردگی باشد (نقل از مسعودنیا، ۱۳۸۰: ۱۶۱). پیلیاوین^۷ (۱۹۹۱) و لاتانه و دارلی (۱۹۷۰) در نظریه پنج مرحله‌ای در تبیین بی‌تفاوتی اجتماعی بر مبنای محاسبه هزینه-پاداش حرکت کرده‌اند. به باوران‌ها، افراد در مواقع مواجهه با وضعیت‌های خاص و اضطراری، بلافاصله به تحلیل و بررسی هزینه‌ها و پاداش‌های نوع‌دوستی و بی‌تفاوتی می‌پردازند و در واقع؛ بی‌تفاوتی به دیگر آن یا نوع‌دوستی مستقیماً تابع پاسخی است که افراد ناظر در یک موقعیت اضطراری نشان می‌دهند.

احساس بی‌قدرتی^۸، عدم اثربخشی یا عدم کارآئی^۱، که جملگی معانی مترادفی را دارند مبنای نظریه‌های مبتنی بر «جامعه‌پذیری عدم اثربخشی» را تشکیل می‌دهند چنانکه سات ول^۲ (۲۰۰۳) جریان اجتماعی شدن و

¹ Easterlin

² Lipset

³ Lerner

⁴ Dahl

⁵ Myer

⁶ Wilensky

⁷ Piliavin

⁸ Sense of powerlessness

تجارب تدریجی در جامعه را از جمله عوامل سرماخوردگی و دل‌مردگی اجتماعی افراد معرفی کرده و معتقد است که هر قدر افراد جامعه سطح بالایی از احساس عدم اثربخشی در فرایندهای اجتماعی-سیاسی را تجربه کنند، احتمال بیشتری برای بی‌تفاوتی اجتماعی و بیگانگی از مسائل اجتماعی وجود دارد. محتوای رفتارگرایانه برخی قضایای نظریه دال (۱۹۸۳) و نظریه سیمن^۳ (۱۹۵۹) در باب بی‌قدرتی، نیز این باور را نشان می‌دهد. احساس بی‌قدرتی یا عدم اثرگذاری جامعه پذیر شده، به دنبال خود احساس بی‌اعتمادی به همراه می‌آورد (روس و همکاران، ۲۰۰۱). برخی نظریه‌پردازان، مقوله بی‌تفاوتی اجتماعی را به میزان درونی سازی سه هنجار اجتماعی «تقابل» (رگان، ۱۹۹۳)، «انصاف» (والستر، ۱۹۷۳)، و «مسئولیت پذیری» (لوین، نورنزیان، فیلبریک، ۲۰۰۱ و مارویا، فریزر، و میلر، ۱۹۸۲) نسبت داده‌اند (کلانتری و همکاران، ۱۳۸۶ و بدار، ۱۳۸۰). این پژوهش‌ها بیانگران بوده‌اند که هر قدر هنجارهای تقابل و انصاف که در ذات خود مستلزم نوعی تحلیل هزینه-فایده هستند در افراد بیشتر درونی شوند باعث گرایش بیشتر به بی‌تفاوتی خواهند شد و درونی سازی هر چه بیشتر هنجار مسئولیت پذیری گرایش بیشتری را به نوع دوستی باعث می‌شود (پیچ) این اصطلاح را ((بی‌قیدی اجتماعی)) ترجمه کرده (روشبلاو و بورنیون، ۱۳۷۱)، فیروز بخت و بیگی (۱۳۷۴) این واژه را ((بی‌احساسی)) ترجمه کرده و در معنای روان شناختی آن گنجانده‌اند. ساروخانی (۱۳۷۶) نیز آن را ((بی‌حالی)) یا ((بی‌عاطفگی اجتماعی)) ترجمه و به عنوان یکی از مظاهر و مسائل خاص جامعه جدید شهری تعریف نموده است و به عنوان یک مثال خاص تاریخی، واقعه سال ۱۹۶۴ ایالات متحده را مثال آورده که در جریان آن، لااقل ۳۸ نفر شاهد کشتار زنی در شهر نیویورک بودند، بدون آنکه کوچکترین واکنشی نشان دهند. با تمام این‌ها اشاره‌ها به بی‌تفاوتی اجتماعی در ایران در همین حدود بوده و به ندرت در مورد آن کاوش‌های نظری عمیقی صورت گرفته است.

در تعریف جامعه شناختی مفهوم ((بی‌تفاوتی))، برخی نویسندگان از مفاهیم مقابل آن مانند مشارکت و درگیری^۴ استفاده کرده‌اند (مسعودنیا، ۱۳۸۰)، از این رو بی‌تفاوتی با عزلت گزیدن و فقدان مشارکت در حد انتظار، هم معنی قرار گرفته است. برخی دیگر نیز نوع دوستی را در مقابل بی‌تفاوتی قرار داده به تحلیل و پژوهش در باب آن پرداخته‌اند (کلانتری و همکاران، ۱۳۸۶). محققانی چند، بی‌تفاوتی اجتماعی را مترادف

¹ Sense of efficacy

² Southwell

³ Seeman

⁴ involvement

با عزلت‌گزینی، بی‌علاقگی و عدم مشارکت افراد در اشکال، متعارف اجتماعی معنا کرده و در تحلیل خود آن را مقابل علاقه اجتماعی^۱، درگیری در فعالیت‌های اجتماعی، روان‌شناختی، و سیاسی قرار داده‌اند (دث و الف، ۲۰۰۰).

نظریات مطرح شده در زمینه انحرافات، زمینه‌های اجتماعی بروز پدیده اعتیاد را تبیین می‌کند. اما از این منظر که نبود عوامل مؤثر بر ترک اعتیاد را می‌توان به منزله عوامل مؤثر بر ترک آن در نظر گرفت، می‌تواند ما را در استفاده از آن نظریات در پژوهشی حاضر مجاز کند ولی باید از اغلب آن‌ها به صورت سلبی استفاده کرد.

از طرفی برخی از این نظریات به صورت ایجابی مسئله را تبیین می‌کنند و ابعاد بیشتری از موضوع را تحت پوشش قرار می‌دهند. با مرور نظریات مطرح شده و نقد آن‌ها، نظریاتی که در ساختن فرضیه‌ها به کار گرفته شدند، مشخص می‌شوند.

دیدگاه آنومی دورکیم بر این فرض اساسی استوار است که وابستگی نداشتن افراد به نهادها و سازمان‌های اجتماعی از قبیل خانواده، مدرسه و نظایران موجب رفتار انحرافی می‌شود و ریشه اصلی رفتار انحرافی را باید در عوامل اجتماعی جست و جو کرد. در رابطه با پژوهش حاضر، به صورت سلبی می‌توان گفت که اگر این وابستگی نداشتن نباشد، یا به عبارت دیگر فرد به نهادها و سازمان‌ها وابسته باشد، عامل اعتیاد از بین خواهد رفت.

دیدگاه آنومی مرتون از بُعد انزواگرایی پدیده اعتیاد را تبیین می‌کند. آن را به صورت سلبی می‌توان این گونه مطرح کرد که از انزوا درآمدن فرد معتاد می‌تواند منجر به ترک اعتیاد ایشان شود. درحالی که تصویری هیرشی به صورت ایجابی تعلق فرد به خانواده، اطرافیان و نهادها را مطرح می‌کند که خود هم مبین وابستگی فرد به خانواده و نهادهاست، هم مبین ارتباط است که یکی از عوامل از انزوا درآمدن است.

نظریه تقویت افتراقی رونالد آکرز، زمینه اجتماعی - روانی دارد. با عنایت به اینکه اغلب پژوهش‌های انجام گرفته در زمینه اعتیاد، خصوصاً ترک اعتیاد بیشتر بعد روانشناختی - اجتماعی مسئله را بررسی کرده‌اند،

¹ Social Interest

هدف اصلی این پژوهش صرفاً بررسی نقش تعیین کننده‌های اجتماعی در تبیین مسئله مداومت بر ترک اعتیاد است.

نظریه‌های رویکرد تضاد نیز انحرافات اجتماعی را تبیین می‌کنند. ولی به دو دلیل در پژوهش‌های حاضر نمی‌توانند استفاده شوند. اول اینکه، در این پژوهش عوامل مؤثر بر اعتیاد، مورد پژوهش نیستند، بلکه عوامل مؤثر بر موفقیت و تداوم ترک اعتیاد مطرح هستند. دوم اینکه در جامعه پژوهش شده که شهرستان است، تفاوت خیلی زیادی بین طبقات جامعه وجود ندارد. (معید فر، ۱۳۹۳: ۱۷۳)

انجمن از مجرای تعریفی که برای اعضای خویش از مواد مخدر می‌کنند، نظریه هوارد اس. بکر را تأیید می‌کند. بر اساس این نظریه تعاریف مصرف کنندگان مواد از تجربه‌شان بر آن تجربه تأثیر می‌گذارد و مصرف کنندگان از طریق تفسیر تجربه خویش، دانش و تعاریفی را به هم ربط می‌دهند که ریشه در مشارکت در گروه‌های اجتماعی خاص دارند. بنابراین، نظریه وی می‌تواند در سنجش تأثیر انجمن در تداوم ترک اعتیاد استفاده نظری شود.

نظریه بی سازمانی اجتماعی به این دلیل که معتقد است، اساس سازمان اجتماعی، سنت‌ها و رسوم‌اند و خانواده، همسایگی و جامعه جمعاً در طول دوران پایداری، مردم را کنترل می‌کنند، می‌تواند ما را از طریق سنجش تعلق فرد معتاد به خانواده، اطرافیان، سنت‌ها، رسوم و هنجارهای اخلاقی و قانونی یاری کند.

نظریه خورده فرهنگ مصرف ترکیبی مواد مخدر می‌تواند در تبیین ترک اعتیاد مواد مخدر سنتی و صنعتی مورد استفاده واقع شود.

درنظر گرفتن فرصت حضور در انجمن، می‌تواند استفاده از نظریه فرصت‌های نابرابر را در این پژوهش مجاز کند. چرا که فرد معتاد می‌تواند موقعیت‌های ناهنجار قبلی را ترک گوید و موقعیت جدیدی را که پیش آمده برای خود غنیمت شمارد.

نظریه هیرشی با درنظر گرفتن وابستگی به جامعه، تعهد و نگه داشت خود در جامعه، میزان مشغولیت و به واسطه آن کمبود فرصت برای انحراف و همچنین اعتقاد به اصول اخلاقی، مذهبی و قانون بر عوامل اجتماعی مؤثر بر هم‌نوایی فرد با جامعه تأکید دارد. بنابراین، بیشتر عوامل مؤثر به تداوم ترک اعتیاد را در خود جمع کرده است. بنابراین، در پژوهش حاضر به منزله نظریه اصلی و غالب استفاده می‌شود.

نظریه اجتماع محوری در پیشگیری از جرم

اجتماع محور رویکردی در پیشگیری است که در آن به نقش عوامل محیطی و اجتماعی در ارتقا «کیفیت زندگی» و «رفاه اجتماعی» مردم توجه می‌شود.

در این رویکرد همه فرایندها مداخله پیشگیرانه (از تعیین مشکل تا اولویت بندی، طراحی مداخله، اجرای مداخله، ارزشیابی، و اصلاح آن برای اجرای بعدی) را اعضا جماعت در کنار یک تسهیل گر کارشناس و با کمک منابع دولتی و غیردولتی موجود در اجتماع کوچک (خیرین، خودیاری، انجمن‌های محلی و ...) انجام می‌دهند در اجتماع (عمل محل‌های با کنش جماعتی) فرایند یاری رساندن به مردم است. برای اینکه بتوانند با بر عهده گرفتن فعالیت‌های جمعی وضعیت اجتماع خود را بهبود بخشند (خزا علی ۱۳۸۲)

کنش جماعتی یا عمل محل‌های از نظریه‌هایی همچون: «بی سازمانی اجتماعی»^۱ «آموزش رهایی بخش»^۲ پانولوفریره^۱ نظریه «شناخت اجتماعی» نظریه «عمل منطقی»^۲ نظریه‌های «مراحل تغییر و نظریه توسعه نوآوری»^۳ نشاط یافته است. (Alogi 2005).

فلوت (۱۹۱۸-۱۹۲۴) بعد از لیندمن بر ((تجربه اجتماعی خلاق)) تأکید کرده است. او معتقد بود که چنین تجربه‌ای اساس ساختار کشور بوده حرکتان باید در جهت تقویت زندگی گروهی باشد. کوپل نیز به روش‌های رهبری مردم سالارانه (دموکراتیک) در گروه‌های کوچک و روابط گروه‌ها علاقه‌مند بود وی تعدادی از قواعد فرایند گروهی را در کتاب تأثیر گذار با نام «فرایند اجتماعی در گروه‌های سازمان یافته» گردآوری نمود (Coyle.1930 به نقل از Alongi 2005)

رأس سازمان اجتماعی را چنین تعریف کرد: «فرایندی که در آن جامعه نیازها یا اهداف خودش را تعریف می‌کند، این نیازها با اهداف، اعتماد را افزایش می‌دهد و اراده به انجام کار تدابیری (داخلی و یا بیرونی) را برای مقابله با آنها، و اقدام برای آنها باعث می‌گردد و بدین طریق حس تعاون و همکاری در جامعه گسترش می‌یابد. (ross 1995 به نقل از Alongi 2005).

¹ social disorganization

² emancipatory education

¹ Paulo freire

² Reasoned action theory

³ Innovation diffusion

کارالینسکی^۱ (۱۹۴۶-۱۹۷۱) نیز بسیار تأثیر گذار بود. در واقع متون موجود، تاریخچه سازمان محل‌های را با الینسکی شروع می‌کنند. الینسکی الگویی برای عمل محل‌های ارائه کرد که در دهه ۱۹۶۰ فراگیر شد. توسعه جنبش حقوق مدنی، وضع قوانین تازه عدالت‌خواهانه واژ این قبیل را می‌توان منشأ انقلاب در سازمان دهی تلقی کرد. (fisher 1984 به نقل از Alongi 2005)

در سازمان یابی جامعه امریکای شمالی اثر جک روتمن (۱۹۷۴، ۱۹۶۸) از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.. روتمن سه نوع مشخص سازماندهی اجتماعی را تعریف کرد:

__توسعه محلی: روش‌های کار با گروه‌های اجتماعی است که در امر توسعه محل‌های مورد استفاده قرار می‌گیرد. تمرکز اصلی بر روی فرایند ساختن جامعه است.

__عمل محل‌های: مورد استفاده گروه‌ها و سازمان‌هایی است که در پی تغییر سیاست‌های رسمی یا تغییر تقسیم قدرت هستند. گروه‌های حقوق مدنی و جنبش‌های اجتماعی مثال‌هایی از این نوع هستند. روش‌های آن‌ها اغلب حالت ساینده دارد.

__برنامه ریزی اجتماعی: یک روش سازمان یابی اجتماعی است که قبل از شورای سلامت و رفاه به وجود آمده و در دهه ۱۹۶۰ توسعه یافت تا برنامه ریزان شهری، مقامات نوسازی شهری و سازمان‌های اداری را هم در بر داشته باشد. درحالی‌که تأکید اولیه این روش، هماهنگ سازی خدمات اجتماعی بود. اکنون به منظور توسعه و برنامه ریزی در همه مؤسسات رفاه اجتماعی، بسط و گسترش یافته است. (Alongi 2005 به نقل از علیپوری نیاز، ۱۳۸۸: ۳۶۱)

به‌طور کلی ۴ دیدمان (پارادایم) سازمان دهی چشم‌اندازهای مختلف اجتماع را به بحث می‌کشند:

دیدمان کارکردگرایانه: ویتینگتون و هولند (۱۹۸۵) معتقدند جامعه ماندنی که با سامانه‌های زیستی همانندند تعادل یک پارچه‌ای را شکل داده‌اند که این تعادل بر پایه نظام ارزش عمومی وسیع و ساختارهایی استوار است که کارکرد کل و سازش با تغییر را تداوم می‌بخشد.

¹ Sau alinsky

دیدمان تفسیرگرایانه: ویتینگتون و هولند (۱۹۸۵) دیدگاه‌های محوری در مورد جامعه را به‌طور تلویحی در دیدمان تفسیری خلاصه می‌کنند: زندگی اجتماعی هدفمند بوده بر اساس تفسیر عینی مشارکت‌کنندگان پیش می‌رود. ساختارهای اجتماعی، مؤسسات، نقش‌ها، هویت‌ها و مفاهیم به هنجار بودن و جامعه ساختمان را مردم از طریق تعامل خود پدید می‌آورند، حفظ می‌کنند و تغییر می‌دهند.

دیدمان انسان‌گرایانه: در این دیدگاه مرکز تغییرات جامعه و اجتماع است. به این صورت که اجتماع و جامعه می‌توانند به واسطه تجربه فرد از نهادهای اجتماعی بزرگ‌تر تغییر کنند.

دیدمان ساختارگرایانه: بر اساس این دیدگاه جامعه عبارت است از تعارض‌ها و تضادهای بنیادی که از زیر ساخت‌های اقتصادی ناشی می‌شود. این حالت به نوبه خود بناهایی مثل مؤسسات دولتی، رفاه ملی (سلامت و خدمات اجتماعی) و مشاغل را ایجاد می‌کند که ثروت، قدرت، خدمات و فرصت‌ها را به نحو بسیار متفاوت به طبقات مختلف ارائه می‌دهد. عمل محل‌های با نظریه‌های توسعه اجتماعی، سرمایه اجتماعی، مشارکت اجتماعی، اقتدار افزایی و کیفیت زندگی رابطه تنگاتنگی دارد.

هر برنامه اجتماعی بر پایه یک نظریه تغییر تدوین می‌شود: نظریه‌ای درباره چگونگی و چرایی کارکردن برنامه. و نیز بر پایه یک الگوی منطقی به این هدف نائل می‌شود. این الگو ابزار مهم ارزشیابی است که به نحوی مؤثر طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه را تسهیل می‌نماید. نتایج ارزشیابی و مدل منطقی در برنامه سازی مؤثر و ارائه فرصت‌های بیشتر یادگیری، مستند سازی بهتر پیامدها و به اشتراک گذاشتن دانش، درباره آنچه کار می‌کند و چراییان به کار می‌رود (Nelson 2003) برخی از تعریف متغیرها در این رویکرد بدین قرار است:

عمل محل‌های: فعالیت‌هایی برای مداخلات اجتماعی با مشارکت مردم که در آن شرایط زندگی افراد تعدیل شده و کیفیت زندگی ارتقا می‌یابد. (WHO-UNDCP 2000)

مراحل اجرای عمل محل‌های شامل تحلیل وضعیت، تدوین برنامه، بسیج منابع، اجرا، پایش، ارزشیابی و باز طراحی و تصمیم‌گیری است. (خستو، ۱۳۸۱)

مشارکت: فرایند سهمیم شدن در تصمیمات اثر گذار بر زندگی شخصی و جامعه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند (هارت ۱۳۸۱، به نقل از شیان، ۱۳۸۲)

نگرش: آمادگی فرد از نظر روانی در رویارویی با پدیده‌ها و عکس‌العمل‌های توأم با هیجان که دارای سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری است. (محسنی، ۱۳۸۲)

بروز: تعدادی موارد جدید یا اتفاقاتی جدید در هر موضوعی.

کیفیت زندگی: پندارهای فرد از زندگی‌اش و ارتباط این دریافت‌ها با اهداف و اولویت‌های فرد (وامقی، ۱۳۸۴، به نقل از علیپوری نیاز: ۱۳۸۸، ۳۶۸)

چارچوب استراتژی مؤثر در مبارزه با مواد مخدر

در مبارزه با سوءمصرف مواد مخدر یک "راهبرد چهار ستونی" وجود دارد که شامل کاهش عرضه، پیشگیری، درمان و بازتوانی و همچنین کاهش آسیب است. (مک فرسون، ۲۰۰۱)

۱ - کاهش عرضه

منظور از کاهش عرضه اقداماتی نظیر متوقف ساختن تولید، قاچاق و توزیع مواد است که دارای ماهیتی انتظامی، قضایی می‌باشد. پیشگیری و درمان بر اساس تعریف سازمان ملل متحد (۲۰۰۲) در حوزه اقدامات کاهش تقاضا می‌گنجد. کاهش آسیب نیز مشتمل بر فعالیت‌های جدیدتری در امر مبارزه با اعتیاد است که ناشی از رویکرد عدم امکان ریشه‌کنی معضل اعتیاد و یا قطع مصرف آن در جامعه می‌باشد و لذا بر ارائه خدماتی به منظور جلوگیری از خطرات و آسیب‌های پرخطر فردی - اجتماعی - اقتصادی و ... ناشی از سوءمصرف مواد تأکید می‌نماید.

ابعاد چهارگانه مبارزه با سوءمصرف مواد مخدر مقابله با عرضه پیشگیری درمان و بازتوانی کاهش آسیب البته می‌توان ابعاد چهارگانه مبارزه با مواد مخدر را در دو بعد کاهش عرضه و کاهش تقاضا خلاصه کرد. بر اساس یافته‌ها و نتایج حاصل از پژوهش‌ها در خصوص روند رو به گسترش مصرف مواد مخدر و شیوع مواد صنعتی در جهان و همچنین در ایران ظاهراً این توافق حاصل شده است که استراتژی مقابله با عرضه به تنهایی موفق نیست و باید در کنار استراتژی کاهش تقاضا و در یک رویکرد سیستمی ملاحظه شود. از این رو توجه به استراتژیهای کاهش تقاضا ضروری است. نتایج گزارش‌های آماری حاکی از این است که کشورهای پیشرفته که در مبارزه با مواد مخدر توفیقی داشته‌اند و توانسته‌اند رشد صعودی دهه‌های ۷۰ و ۸۰ را متوقف یا منفی سازند، موفقیت خود را مدیون استراتژیهای کاهش تقاضا می‌باشند. در بیانیه مصوب بیستمین نشست ویژه مجمع عمومی در خصوص معضل جهانی مواد مخدر کشورهای عضو تأکید کردند

که بدون کاهش تقاضای مواد مخدر قادر به حل معضل مواد مخدر نخواهند بود. آن‌ها تأکید کردند که برنامه‌های کاهش تقاضا جامعه محور است و در این استراتژی نهادهای غیردولتی تأثیر فوق‌العاده‌ای دارند و می‌توانند فرهنگ مبارزه با مواد مخدر را در زیست جهان و نگرش مردم جا بیاندازد. به این ترتیب استراتژی مبارزه به جای تأکید یک جانبه بر تعامل پلیس - مجرم (قاچاقچی مواد مخدر) نگاه خود را به تعامل مددکاران و دست‌اندرکاران مبارزه غیرمستقیم با مردم عادی معطوف می‌کند.

۲ - کاهش تقاضا

برنامه‌های کاهش تقاضا کلیه سطوح و حوزه‌های پیشگیری، از ناپسند نشان دادن مصرف اولیه تا کاهش عواقب منفی بهداشتی و اجتماعی سوءمصرف مواد مخدر را در برمی‌گیرد. این برنامه‌ها باید با سیاست‌های جامع در خصوص ارتقاء مهارت‌های زندگی سالم، ترویج بهداشت، بهبود رفاه و تأمین اجتماعی، آموزش مهارت‌های شغلی، ایجاد اشتغال و بهبود فعالیت‌های اقتصادی، بهبود فراغت سالم، توسعه فعالیت‌های ورزشی و ... تکمیل شوند تا بتوان به اثربخشی آن‌ها در کاهش تقاضای مواد مخدر امیدوار بود.

استراتژی کاهش تقاضا به شدت به مبانی فرهنگی و اجتماعی وابسته است و از همین رو جلب مشارکت مردم و نهادهای مدنی در کاهش تقاضا از اهمیت فوق‌العاده‌ای برخوردار است. لذا در برنامه‌های کاهش تقاضا تلاش می‌گردد تا شیوه‌های منفی و تهدیدآمیز سبک‌های زندگی گروه‌های مختلف به ویژه جوانان، شناسایی و با آن مقابله گردد و به موازات آن هوشیاری عمومی در زمینه خطرات سوءمصرف مواد مخدر افزایش داده شود.

به‌طور کلی برنامه‌های کاهش تقاضا باید دربرگیرنده تمامی جوانب پدیده مواد مخدر باشد و از منع مصرف نخستین مواد مخدر تا کاهش پیامدهای سوء اجتماعی و بهداشتی اعتیاد، پیامدهای جانبی آن و بازگشت فرد به جامعه و خدمات آموزشی، درمانی و بازپروری را در برگیرد.

اغلب تلاش‌ها در زمینه کاهش تقاضا (به استناد گزارش جهانی مواد مخدر ۲۰۰۹) در کشورهای صنعتی، یعنی کشورهای آمریکای شمالی، اروپای غربی و استرالیا صورت گرفته است. بیشترین سرمایه‌گذاری در خصوص درک معضل اعتیاد و اجرای برنامه‌های پیشگیری و درمان در دهه اخیر توسط ایالات متحده آمریکا صورت گرفته است. سرمایه‌گذاری‌های مربوط به برنامه‌های کاهش تقاضا اعم از مطالعات، پیشگیری و درمان، برابر ۲۰ دلار به ازای هر نفر در این کشور بوده که بر اساس استانداردهای جهانی رقم بسیار بالایی محسوب می‌شود. همچنین این رقم یک سوم کلیه هزینه‌هایی است که در زمینه مبارزه با مواد

مخدر در این کشور صورت می‌گیرد. سرمایه‌گذاری‌ها در بخش کاهش تقاضا، بیش از چهار برابر افزایش داشته است. به موازات افزایش سرمایه‌گذاری‌ها در این زمینه، سوءمصرف مواد مخدر اعم از شیوع سالانه و نیز مصرف کنونی کلیه مواد مخدر، آن گونه که در بررسی سالانه خانواده‌ها نشان داده شده ۴۰ درصد کاهش داشته است. این در حالی است که کاهش سوءمصرف کوکائین در طول سال‌های ۱۹۸۵ تا ۱۹۹۹ تا ۷۰ درصد کاهش داشته است.

مسلم است که تغییر رفتار انسان‌ها را نمی‌توان به علت واحدی نسبت داد. اما در مورد آمریکا مطالعات عمیق نشان داده‌اند که تلاش‌های عظیم به عمل آمده در زمینه کاهش تقاضا، نقش مهمی در جلوگیری از سوءمصرف مواد مخدر ایفا نموده است. تلاش‌های کشورهای توسعه یافته در بعد کاهش تقاضا بسیار عبرت‌آموز و کاربردی هستند. به ویژه با توجه به مورد ایالات متحده آمریکا می‌توان به اهمیت استراتژیهای کاهش تقاضا پی برد.

موفقیت این اقدامات نشان می‌دهد که استراتژی کاهش تقاضا از بنیان و توجیه نظری برخوردار است و براین مبنا باید با رویکرد سیستمی و همچنین توجه به بافت فرهنگی و واقعیت‌های اجتماعی در جامعه ایران به استراتژی کاهش تقاضا اهمیت داده شود و از ادامه الگوی مبتنی بر نظامی‌گری صرف در کنترل مواد مخدر احتراز گردد. پیش فرض اصلی در اینجا این است که مجموعه عواملی در جامعه در حال وقوع است که شرایط اولیه یا بستر ظهور آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد را فراهم ساخته‌اند. توضیح چگونگی این شرایط اولیه را با تکیه بر آسیب‌شناسی نهادهای خانواده، مدرسه و دولت از یک طرف و آسیب‌شناسی روانی فرد ایرانی از سوی دیگر پی می‌گیریم. بر اساس رویکرد سیستمی سوءمصرف مواد مخدر محصول ارتباط با شرایط، عوامل و متغیرهایی است که استراتژیهای کاهش تقاضا اساساً معطوف به دست‌کاری، مداخله و تغییرانگ آنها هستند، تا با تغییر نوع تعاملات ساختاری آنها و اصلاح و تعدیل آسیب‌ها، نرخ فزاینده سوءمصرف مواد مخدر را کاهش دهند.

همان‌گونه که ذکران رفت عرصه کاهش تقاضا به‌طور کلی سه رویکرد پیشگیری، درمان و کاهش آسیب است. برنامه‌های پیشگیرانه باهدف کاهش پیامدهای ناشی از رفتارهای پرخطر و جلوگیری از لطمات و صدمات فردی، اجتماعی سوء مصرف مواد مخدر به اجرا در می‌آیند و به هر حال آینده را مدنظر دارند. برنامه‌های درمان یا ترک مصرف و یا کاهش آسیب باهدف برگرداندن فرد به وضعیت مطلوب گذشته صورت می‌گیرند و زمانی مورد استفاده قرار می‌گیرند که فرد به دلایل متعدد به سوءمصرف روی آورده و

با مصرف مستمر مواد اعتیادآور وابستگی جسمانی و روانی پیدا کرده است. نتایج مطالعات حاکی از این است تنها آن دسته از اقدامات پیشگیرانه مؤثرند که جامع، چندبخشی و مداوم باشند، در بین این اقدامات تنها دسته‌ای مؤثرند که به اعتیاد به چشم یک بیماری مزمن و عود کننده بنگرند. به عبارت دیگر تنها درمان‌ها و مراقبت‌های طولانی مدت در کنترل اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر مؤثرند. همچنین به خاطر عدم آمادگی بسیاری از معتادان در پذیرش درمان و گسترش بیماری‌های مهلکی همچون ایدز و هپاتیت که از طریق استفاده مشترک از وسایل تزریق انتقال می‌یابند.

چارچوب نظری

ارائه چارچوب نظری در خصوص بررسی علل و تأثیر بی‌تفاوتی اجتماعی و راهکارهای مداخلات مشارکت محور در پیشگیری از اعتیاد، نیازمند تلفیق نظریات جامعه شناسی در حوزه‌های پیشگیری، تحلیل عوامل مؤثر بر اعتیاد و بی‌تفاوتی مدنی شهروندان است.

اگر پیشگیری از اعتیاد، به‌کارگیری اقداماتی که احتمال ابتلای افراد به اعتیاد را کاهش دهد، در نظر گرفته شود، پیشگیری را باید شامل اقداماتی دانست که قادرند افرادی را که در معرض خطر ابتلا به سوء مصرف مواد مخدر هستند را از این بلای خانمان‌سوز دور نگه دارد. و ایشان را از مصرف محافظت نماید. پس منظور از پیشگیری تلاش در جهت کاهش عرضه و تقاضای مواد مخدر است. کاهش عرضه مورد توجه نیروهای مبارزه با مواد مخدر است و کاهش تقاضا مورد توجه قانون‌گذاران و نظام فرهنگی - آموزشی است. با در نظر گرفتن مشکلات و هزینه آموزش افراد در مورد جلوگیری از مصرف مواد مخدر و گسترش برنامه‌های پیشگیرانه و مؤثر در این زمینه، میزان قابل توجهی از تقاضا را خواهد کاست. (عزیزی، ۱۳۸۴: ۲۴) متأسفانه ثابت شده است که پیشگیری مؤثر به همان اندازه آموزش و یا مبارزه با مواد مخدر پیچیده است. پیشگیری در چندین بعد مطرح می‌شود.

پیشگیری اولیه بر روی کسانی اجرا می‌شود که هنوز رفتار مخاطره آمیز در بین آن‌ها آغاز نشده است. پیشگیری ثانویه کسانی را هدف می‌گیرد که رفتار مخاطره آمیز داشته‌اند اما هنوز به بیماری مبتلا نشده‌اند. پیشگیری ثالثیه، بهبود شرایط و کاهش آسیب در بین افراد بیمار و مبتلا را هدف خود قرار می‌دهد قبل از آن که شدت بیماری منجر به مرگ آن‌ها شود.

لازمه پیشگیری مؤثر اطلاع رسانی کافی به افراد و شناخت صحیح انواع مواد مخدر توسط خانواده‌ها و همچنین لزوم شناخت عوامل مؤثر بر اعتیاد می‌باشد. در این زمینه پیوند افراد و خانواده‌ها با جامعه و مسئولین خود یک موضوع قابل ملاحظه است. این پیوند را به بیان دیگر می‌توان مداخلات مشارکت محور نام نهاد که نقطه مقابل آن بی‌تفاوتی و بیگانگی است. در این اثنا، بیگانگی به عنوان یک مفهوم مجازی و ارزش یابانه است که به شکل بی‌معنایی و طرد شدن از فرایند اجتماعی ظاهر می‌شوند.

«والتر لیپمن» عقیده دارد مشکلات و گرفتاری‌های روزمره نیز می‌تواند افراد را نسبت به مسائل اجتماعی بی‌تفاوت گرداند. این مشکلات در جوامع مدرن و در حال توسعه به دنبال خود فردگرایی را به دنبال دارد (یا منافع طلبی) که افراد را نسبت به مشارکت بی‌تفاوت می‌گرداند. «ریچارد استرلین» نیز از طرف دیگر رقابت‌های مزمن بر سر فرصت‌ها و امکانات محدود در جامعه و نیز ناکامی در برآورده سازی خواست‌ها و اهداف فردی در یک نسل را عامل سرخوردگی و سپس بی‌تفاوتی سیاسی و اجتماعی شهروندان آن نسل بر می‌شمرد. استرلین تأکید می‌کند که این رفتار در هم سنجی با یک نسل کامیاب‌تر و مرفه‌تر از نسل سرخورده نمود می‌یابد. (رحیمی، ۱۳۹۵: ۷۰)

تجربیات کشورهای مختلف نشان می‌دهد کشورهایی که در زمینه تأمین مشارکت مردم «که نقطه مقابل بی‌تفاوتی است» موفق بوده‌اند، عمدتاً موفقیت خود را مدیون ایجاد نوعی ارگان محلی (دولت محلی) با اقتدار بالنسبه زیاد می‌دانند. این ارگان‌های محلی، از نظر سازماندهی و سلسله مراتب تا بالاترین سطوح و به شکل زنجیره‌ای پیوسته ادامه داشته و وظایف و تکالیف هر یک از سطوح به دقت تعیین شده است. به عبارت دیگر کل از بالا تا پایین ارتباطی ارگانیک با یکدیگر داشته و از ساختی مرتبط برخوردار می‌باشند. تدوین منطقی در جهت تأمین و جلب مشارکت مردم در محیط اجتماعی - اقتصادی ضرورتی است. آشکاراست که برای تأمین نیازهای مردم مجموعه سیستم و نظام حاکم باید مشارکت پذیر باشد، در غیر این صورت آفات سیستم ضد مشارکت، به تدریج زمینه‌های تحقق امر مشارکت را نیز از میان بر خواهد داشت. عمده‌ترین عامل تأمین مشارکت، آگاهی و علاقه مردم و حاکمیت فرهنگ تعلیم و همیاری در جامعه است. تا زمانی که نتوان مردم را به این باور و یقین کشاند که با مشارکت، تعاون و همیاری، می‌توان به جامعه‌ای مرفه‌تر و سعادتمند دست یافت و تا زمانی که نتوان فرهنگ خود محوری و خودپسندی را در جامعه از

میان برداشت، تأمین مشارکت مردم امکان پذیر نخواهد بود، «و مردم جامعه به سمت بی تفاوتی مدنی می روند» (پیتراولکی و دیوید مارسون، ۱۳۷۰ به نقل از رحیمی، ۱۳۹۵: ۷۷)

دورکیم براین باور است که هرگاه وضعیت هنجارهای اجتماعی نفوذ خود را بر رفتار فرد از دست بدهند در آن صورت کج رفتاری اجتماعی پدید خواهد آمد. (گیدنز، ۱۳۷۳: ۷۹-۸۰) در واقع وی معتقد است که مجرم و جرم حاصل بی هنجاری است و کج روی را به بی سامانی اجتماعی مربوط می کند (صدیق سربستانی، ۱۳۷۴: ۱۶۶-۱۶۷) به بیان دیگر سستی ارزش ها و هنجارهای اجتماعی - فرهنگی می تواند موجب روی آوردن افراد به مواد مخدر و اعتیاد باشد (جهانگیری، ۱۳۹۰: ۱۳۶)

طبق نظریه انزوا طلبی مرتون، از آنجا که جوامع مدرن اغلب به موفقیت فردی اصالت داده و کسب آن در گروه مشارکت فعال اجتماعی، داشتن کار مفید، بهره مندی مناسب از ثروت مادی، سواد مناسب با موفقیت اجتماعی فرد و غیره است محرومیت از هریک از این ها به پیرامونی شدن و انزوا طلبی فرد منجر می شود و در چنین شرایطی یا در شرایطی که فرد خود را با نگرش ها، باورها، ارزش ها، و هنجارهای حاکم بر جامعه بیگانه می یابد و یا حداقل خود را با آن ها یگانه نمی یابد از جامعه جدا شده و در انزوا طلبی بیشتر قرار می گیرد. این قبیل افراد عموماً کسانی هستند که یا قادر به تطابق خود با محیط نیستند و یا از تطبیق محیط با خود ناتوان اند و بنابراین برای گریز از این موقعیت، در خود فرو می روند و نسبت به مشارکتهای اجتماعی بی تمایل می گردند. از طرف دیگر ایشان نابسامانی را به عدم تعادل بین اهداف تأیید شده اجتماعی و وسایل مورد نیاز برای نیل به آن ها نسبت می دهد (رابرت سون، ۱۳۷۴: ۲۷۲) در واقع این عدم تطابق زمانی ظاهر می شود که تأکیدی ناموزون بر اهداف یا ابزار و یا شیوه های دستیابی به هدف قرار گیرد. مورد دیگر در میان افرادی دیده می شود که فعالیت هایی که در راستای دستیابی به هدف هستند به خودی خود معنا پیدا می کنند به طوری که هدف اصلی فراموش می شود و پیروی از شیوه های نهادی شده جنبه شعاعی پیدا می کند (ممتاز، ۱۳۸۵: ۶۵)

از نظر هیرشی مبنای اصلی درونی کردن هنجارها وابستگی به دیگر آن است. این عنصر به نوعی نشان دهنده میزان وابستگی و دلبستگی فرد به اشخاص دیگر در خانواده محیط و نهادهای اجتماعی است به نظر هیرشی کسانی که به دیگر آن علاقه و توجه دارند آسایش خاطر آنان را در نظر می گیرند و سعی می کنند انتظارات آنان را برآورده سازند و اگر فردی نسبت به این تمایلات بی تفاوت باشد در این صورت پیوند او

با جامعه ضعیف بوده و خود را آزاد می‌بیند که مرتکب انحراف شود در اینجا مفهوم وجدان به شکل یک عامل مستقل مطرح نمی‌شود بلکه آنچه اهمیت دارد رابطه اجتماعی فرد است (ممتاز: ۱۳۸۵: ۱۲۱) از نظر ایشان قیود فرد به جامعه را تحت تأثیر چهار مفهوم کلی می‌توان خلاصه کرد:

- وابستگی: حساسیتی است که شخص نسبت به عقاید دیگر آن درباره خود نشان می‌دهد. وابستگی در حقیقت نوعی قیدوبند اخلاقی است که فرد را ملزم به رعایت معیارهای اجتماعی می‌کند این وابستگی را هیرشی هم‌پایه وجدان و یا من برتر می‌داند مانند وابستگی فرزندان به والدین اقوام نزدیک، دوستان و معلمان.
- تعهد: میزان مخاطره‌ای است که فرد در تخلف از رفتارهای قراردادی اجتماعی می‌کند بدین معنا فردی که خود را به قیود اجتماعی متعهد می‌داند از قبول این مخاطرات پرهیز می‌کند. اگر وابستگی را هم‌پایه وجدان بدانیم تعهد هم‌پایه عقل سلیم یا خود است مانند تعهد به پیروی از دستورات مذهبی یا حفظ شئون خانوادگی ملی و غیره.
- درگیر بودن: میزان مشغول بودن فرد به فعالیت‌های گوناگون است که باعث می‌شود برای کار خلاف وقت نداشته باشد مثل درگیر شدن در سرگرمی‌های مدرسه و خانه اشتغال به فعالیت‌های فوق برنامه، سرگرمی‌های خاص، عضویت در باشگاه‌های ورزشی و انجمن‌های ادبی فرهنگی معلمی.
- باورها: میزان اعتباری است که فرد برای معیارهای قراردادی اجتماع قائل است و باعث می‌شود در حالی که می‌تواند طبق میل خود از آن‌ها تخلف کند پایبند به آن‌ها باقی بماند مانند باور به نیکوکاری، باور به حسن شهرت در خانواده و همسالان، باور به محرمات و بیزاری از مردم آزاری، (جهانگیری، ۱۲۹، ۱۵۵: ۱۳۹۰)

فرضیه اصلی

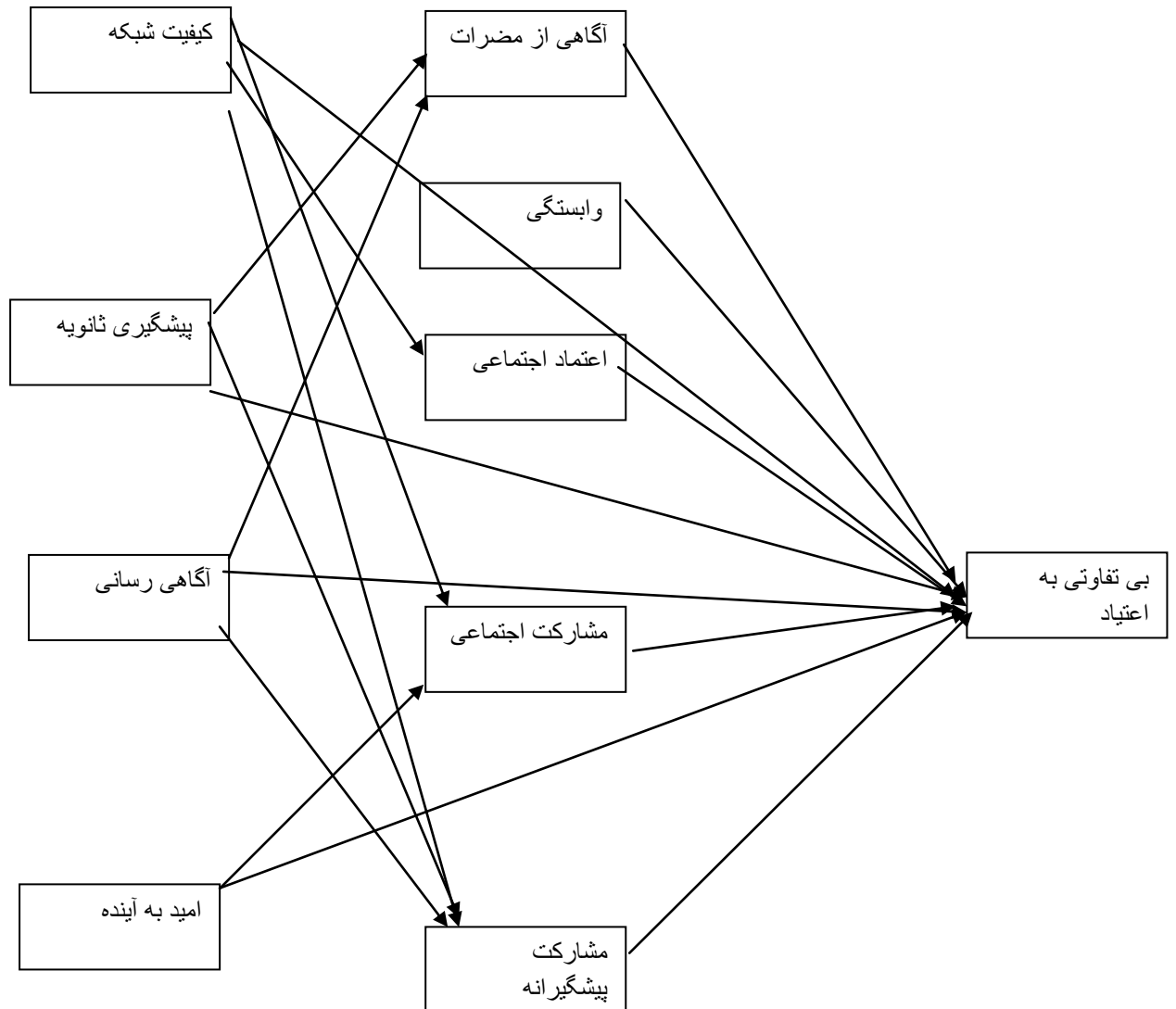
- به نظر می‌رسد بین میزان آگاهی خانواده‌ها از عوامل مؤثر بر اعتیاد و بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی از مضرات اعتیاد و بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین عدم شناخت انواع مواد مخدر و بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد.

- به نظر می‌رسد بین بی‌اعتمادی عمومی و بی‌اعتمادی نهادی و بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین مشکلات و رفتاری‌های روزمره شهروندان و بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد.
- به نظر می‌رسد زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه از میزان بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد می‌کاهد.
- به نظر می‌رسد بین زمینه سازی مشارکت اجتماعی، بی‌تفاوتی اجتماعی و بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین پنداشت شهروندان از میزان نظم و قانون در جامعه و بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین وابستگی به دیگر آن و بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد.

فرضیه‌های فرعی

- به نظر می‌رسد بین درآمد و بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین تحصیلات فرد و بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین نوع شغل و بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد.
- به نظر می‌رسد بین وضعیت اشتغال و بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد.

مدل مفهومی و تحلیلی تحقیق



تعاریف مفهومی متغیرهای تحقیق

اعتیاد

عبارت است از یک حالت روانی و گاهی جسمانی ناشی از تأثیر دارو بر روی یک موجود زنده که به اجبار به بروز رفتار و عکس‌العمل‌های خاصی در فرد می‌انجامد و همیشه با یک کشش افراط آمیز همراه است (اداره پیشگیری استان سیستان و بلوچستان ۱۳۷۷) از سوی دیگر اعتیاد واژه‌ای است که امروز به دلیل کاستی‌های آن از اصطلاح، وابستگی به مواد، استفاده می‌شود. وابستگی نیز به نوبه خود به معنای تمایل شدید فرد به ادامه مصرف یک ماده می‌باشد به طوری که وابستگی به عنوان یک سندرم بالینی با جنبه‌های رفتاری شناختی و فیزیولوژیکی باعث می‌شود که فرد مصرف مواد را به رفتارهای دیگر ترجیح دهد.

سوء مصرف

بدین معناست که اگر چه فرد نسبت به آن مواد اعتیاد ندارد ولی آن را مصرف می‌کند. معیارهای تشخیص: برای تشخیص وابستگی به مواد حداقل وجود سه نشانه از نشانه‌های زیر لازم است:

- ۱ تحمل: افزایش تدریجی مقدار ماده مصرفی لازم برای دستیابی به علائم مصرفان ماده
- ۲ پیدایش علائم ترک و در صورت عدم مصرف یا کاهش مقدار مصرف
- ۳ تمایل دائمی به مصرف و تلاش‌های ناموفق برای کاهش یا قطع مصرف ماده
- ۴ مختل شدن فعالیت‌های اجتماعی شغلی و تفریحی
- ۵ تداوم مصرف علیرغم آگاهی از عوارض آن (رحیمی موقر و همکاران، ۱۳۷۶)

معتاد:

به انسانی اطلاق می‌شود که از چهار طریق خوردن، تزریق، دود کشیدن یا تنفس و بالاخره به مصرف یک یا چند ماده مخدر به‌طور مداوم می‌پردازد و در صورت قطع این عمل با مشکلات تنفسی، روانی و رفتاری به‌تنهایی و یا باهم دچار می‌گردد. (اداره پیشگیری استان سیستان و بلوچستان، ۱۳۷۷) به عبارت دیگر معتاد قربانی یک نوع وابستگی دارویی یا روانی به مواد مخدر شناخته می‌شود. (برزه، ۱۳۶۸)

بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد:

به عدم تمایل افراد به دخالت در امور و پذیرش مسئولیت خانوادگی در درجه اول و عدم پذیرش مسئولیت اجتماعی در درجه دوم نسبت به مقوله اعتیاد و مسئولیت پذیری نسبت به افراد معتاد اشاره دارد. کناره گیری افراد و بی توجهی آن‌ها نسبت به خطرات ابتلای خود و یا خانواده و اطرافیان به معضل اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در این حیطه جای دارد. به بیان دیگر افراد و خانواده‌ها در بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد تلاشی در زمینه شناخت اعتیاد، راهنمایی اعضای خانواده و دوستان و اطرافیان ندارند و نسبت به افراد معتادی که در محیط زندگی و یا محیط اجتماعی دیگر می‌بینند، بی تفاوت بوده و احساس مسئولیتی در خود ندارند.

زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه

معمولاً در دو سطح مطرح می‌شود. در سطح اول به اطلاع رسانی در مورد خطرات سوء مصرف مواد اشاره دارد و شامل آموزش‌های عموم مردم و برنامه‌های آموزشی مبتنی بر مدارس می‌باشد. در این آموزش‌ها، آموزش بهداشت به جزء اساسی مراقبت پرستاری از بیماران مبتلا به سوء مصرف مواد می‌باشد بسیاری از این بیماران از اثرات فیزیولوژیک مواد ناآگاهند. به عنوان مثال ممکن است بیمار اطلاع نداشته باشد که مصرف الکل موجب بالا رفتن آنزیم‌های کبدی و تخریب بافت کبد می‌شود.

از طرق بسیاری از سوء مصرف کنندگان به ویژه آنهایی که از مواد مخدر تزریقی استفاده می‌کنند در معرض خطر انتقال HIV هستند. الکی‌ها نیز در معرض فراموشی و از دست دادن موقت حافظه در اثر مصرف الکل می‌باشند و به دنبال آن ممکن است اقدام به رفتارهای پرخطری چون اعمال جنسی حفاظت نشده یا مصرف مواد مخدر تزریقی و استفاده از سرنگ مشترک نمایند. به همین دلیل آموزش‌های بهداشتی در مورد راه‌های انتقال HIV و برای مصرف کنندگان مواد ضروری می‌باشد. اقدامات دیگری که در این مرحله انجام می‌شود شامل آموزش مهارت‌های سازگاری و تقویت ذهنی مثبت و قوی از خود می‌باشد. (مولوی، رسول زاده (۱۳۸۳)، ۵۵-۴۹)

آموزش‌ها علاوه بر آموزش پیشگیری اولیه، آموزش پیشگیری ثانویه را نیز شامل می‌شود. هدف از پیشگیری ثانویه تشخیص زودهنگام مشکل می‌باشد به نحوی که مانع از پیشرفت مشکل و با بروز تغییرات پاتولوژیکی ناشی از سوء مصرف مواد گردد. هدف از این مرحله انجام اقدامات لازم جهت درمان می‌باشد.

اقداماتی شامل کمک به خانواده جهت شرکت فعال در برنامه ریزی و ارجاع مددجو به منابع مختلف، کنترل آن‌ها در حین درمان و برقراری پوشش بیمه‌ای مناسب جهت آنان در این مقوله جای دارد. هدف از پیشگیری ثالثیه جلوگیری از عود سوء مصرف مواد می‌باشد و این عمل با بهره‌گیری از حمایت‌های اشخاص مهم زندگی فرد و خانواده، پرستاران بهداشت جامعه و نیز با تشخیص و حمایت‌های عاطفی مددجو و خانواده او و معرق او به سایر گروه‌های حمایتی امکان پذیراست. سایر اقدامات پیشگیری کننده نوع سوم شامل تلاش برای حذف و یا تعدیل استرس و رهایی است که موجب عود عارضه می‌شود. به عنوان مثال کمک فرد جهت پیدا کردن کار موجب تخفیف، استرس، بیکاری و نگرانی‌های اقتصادی دانشجو از آن می‌شود.

همچنین توسعه مهارت‌های سازگاری مثبت کمک به بیمار جهت برنامه ریزی اوقات خود، معرق و اطلاع رسانی در مورد منابع موجود در جامعه و کمک به فرد جهت کنار آمدن به تغییرات ایجاد شده در زندگی از دیگر عوامل کمک کننده در این مرحله می‌باشد. (مولوی، رسول زاده (۱۳۸۳)، ۵۵-۴۹) از طرف دیگر در حوزه دوم تأکید بر ایجاد زمینه‌های اجتماعی لازم در جهت برانگیختن احساس مسئولیت پذیری افراد در قبال اعتیاد و افراد معتاد و همچنین زمینه سازی در جهت مشارکت اجتماعی افراد در جهت برنامه‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر است.

میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی از مضرات اعتیاد:

اشاره به میزان آگاهی رسانی نیروهای انتظامی از حیث مأموریت‌های محوله، آموزش‌های عمومی و تبلیغات رسانه‌ای و دیگر برنامه‌هایی دارد که از سوی نیروی انتظامی و ستاد مبارزه با مواد مخدر اجرا شده است.

شناخت انواع مواد مخدر:

اشاره به میزان شناخت و آشنایی شهروندان (فرد و خانواده) از انواع مواد مخدر دارد. اینکه اگر ماده مخدری را مشاهده نمودند می‌دانند که ماده مخدر است یا خیر؟ و همچنین اشاره به میزان آگاهی فرد از انواع مواد مخدر از حیث شکل ظاهری دارد.

میزان ناآگاهی خانواده‌ها از عوامل مؤثر بر اعتیاد

طبق ادبیات مورد بررسی تحقیق بی‌اطلاعی شهروندان از عواملی که باعث ایجاد گرایش شهروندان به اعتیاد و افتادن در دام این بلای خانمان‌سوز می‌شود بر بی‌تفاوتی ایشان نسبت به اعتیاد مؤثر است. به همین دلیل

متغیر میزان ناآگاهی نسبت به عوامل مؤثر بر اعتیاد در واقع آزمونی است که بر اساس نتایج تحقیقات پیرامون عوامل مؤثر بر اعتیاد از پاسخگویان گرفته می‌شود. در این اثنا میزان آگاهی شهروندان از عوامل مؤثر بر اعتیاد که شامل مواردی از قبیل: نداشتن جرات و مهارت نه گفتن، و ناتوانی مهارت‌های حل مسئله سابقه مصرف سایر اعضای خانواده و سابقه مصرف در خویشاوندان وضعیف مهارت‌های فرزند پروری (مدبرنیا، ۱۳۹۲) رابطه افراد در محیط خانوادگی یا در گروه‌های خویشاوندی و هم سالان و پیروی از الگوی تقلید و دنباله روی از فرهنگ گروهی، از مهم‌ترین عوامل اعتیاد هستند. ابتلا به بیماری جسمی، -کنجکاو در کسب تجارب تازه، -نگرش مثبت به استفاده از مواد مخدر، شرکت در مجالسی که همراه با استعمال مواد مخدر است، خجالتی بودن و گوشه گیری (برجاس، گواری علی زاده و همکارانش (۱۳۸۹: ۲۷۹-۲۸۶)، ابراز نکردن علاقه و محبت والدین نسبت به فرزندان، توقعات بیش از حد و غیرمعمول خانواده، تبعیض گذاشتن والدین بین فرزندان، تشنج و درگیری باهمسر و فرزندان، تشنج و درگیری با والدین، بی بند و باری و لاپالایی بودن والدین، حمایت افراطی توسط والدین و... است، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

پنداشت شهروندان از میزان نظم و قانون در جامعه

طبق نظریه دورکیم هرگاه وضعیت هنجارهای اجتماعی نفوذ خود را بر رفتار فرد از دست بدهند در آن صورت کج رفتاری اجتماعی پدید خواهد آمد. (گیدنز، ۱۳۷۳: ۷۹-۸۰) در واقع وی معتقد است که مجرم و جرم حاصل بی‌هنجاری است و کج روی را به بی‌سامانی اجتماعی مربوط می‌کند (صدیق سربستانی، ۱۳۷۴: ۱۶۶-۱۶۷)

. این دیدگاه براین عقیده است که افراد اصولاً دارای قابلیت بهنجار بودن یا نابهنجار بودن هستند و نکته اصلی این است که جامعه چه رفتاری با فرد داشته باشد؟ در واقع رفتار بهنجار یا نابهنجار تنها در درون جامعه دارای معنی است و هر جامعه‌ای سعی می‌کند که هنجارهای خود را بر فرد تحمیل کند. موضوع مورد نظر این تصویری است که چه عواملی باعث محدود شدن رفتار می‌گردد یا به عبارت دیگر به جای اینکه بپرسیم چرا کج روی واقع شده است باید سؤال کنیم که چرا همه مردم هنجار شکنی نمی‌کنند. (ممتاز، ۱۳۸۱: ۱۱۹-۱۲۰) ساترلند در سطح تعامل اجتماعی مدعی شده است که افراد به همان شیوه‌ای که یاد می‌گیرند از قوانین پیروی کنند به همان شیوه یاد می‌گیرند که کج رفتار شوند. (صدیق سروستانی، ۱۳۸۳: ۱۶-۱۷) با توجه به مطالب بالا پنداشت شهروندان از میزان نظم و قانون در جامعه به

میزان درک و برداشت شهروندان از نظم و اجرای قانون در جامعه اشاره دارد بدین معنا که از نظر شهروندان تا چه اندازه در جامعه از نظم و قانون پیروی می‌شود و در مقابل تا چه اندازه ناهنجاری و قانون‌گریزی در جامعه مورد بررسی رواج دارد.

وابستگی به دیگر آن

ساترلند معتقد است جامعه یا گروهی که در میان اعضای آن وابستگی‌های متقابل و قوی وجود داشته باشد بیش از جامعه یا گروهی قادر به اعمال کنترل بر اعضای خود خواهد بود که اعضای آن بستگی محکمی باهم نداشته باشند (سلیمی و داوری، ۱۳۸۰: ۵۰۱) برای مثال او براین باور است که: هرچه همبستگی میان جوانان، و والدین، بزرگسالان و همسالان بیشتر باشد جوانان بیشتر علاقه‌مند و درگیر مدرسه و دیگر فعالیت‌های مقبول اجتماعی می‌شوند و هرچه بیشتر اعتقادات و جهان بینی مرسوم و مطلوب محیط اجتماعی را قبول کنند و به آن معتقد باشند کم‌تر ممکن است کج‌رو و مجرم شوند. (هلاکویی، ۱۳۵۶: ۲۱۸)

از نظر هیرشی مبنای اصلی درونی کردن هنجارها وابستگی به دیگر آن است. این عنصر به‌نوعی نشان دهنده میزان وابستگی و دلبستگی فرد به اشخاص دیگر در خانواده محیط و نهادهای اجتماعی است به نظر هیرشی کسانی که به دیگر آن علاقه و توجه دارند آسایش خاطر آنان را در نظر می‌گیرند و سعی می‌کنند انتظارات آنان را برآورده سازند و اگر فردی نسبت به این تمایلات بی‌تفاوت باشد در این صورت پیوند او با جامعه ضعیف بوده و خود را آزاد می‌بیند که مرتکب انحراف شود (ممتاز: ۱۳۸۵: ۱۲۱) حساسیتی است که شخص نسبت به عقاید دیگر آن درباره خود نشان می‌دهد. وابستگی در حقیقت نوعی قیدوبند اخلاقی است که فرد را ملزم به رعایت معیارهای اجتماعی می‌کند این وابستگی را هیرشی هم‌پایه وجدان و یا من برتر می‌داند مانند وابستگی فرزندان به والدین اقوام نزدیک، دوستان و معلمان.

دلبستگی خود شامل سه دسته از قبیل: دلبستگی به افراد، دلبستگی به نهادهای اجتماعی و جامعه و دلبستگی محل سکونت است برای بررسی آن به‌طور عملی مفاهیم ذیل مورد سنجش قرار گرفتند:

- میزان علاقه به مفاهیمی چون خانواده، اقوام، دوستان و قوانین جامعه
- میزان علاقه و احترام به نهادهای اجتماعی چون مدرسه، دانشگاه، نیروی انتظامی، قوه قضائیه و ...

میزان علاقه به محل سکونت

امید به آینده

«امید عبارت است از تمایلی که با انتظار وقوع مثبت همراه است و یا به عبارت دیگر ارزیابی مثبت از آنچه را که فرد متمایل است و می‌خواهد که به وقوع بپیوندد» (جنیا و شاو، ۱۹۹۱: صفحه ۱۷۰). امید به آینده اشاره به میزان امیدواری شخص از وقوع اتفاقات مثبت در زندگی او در آینده دارد. این امید می‌تواند در زمینه‌های مختلف شغلی، تحصیلی، خانوادگی و فردی و اجتماعی به وقوع آید.

کیفیت روابط خانوادگی

روانشناسان در زمینه چگونگی شکل‌گیری ارتباط‌های خانوادگی به دو گونه جهت‌گیری: گفت و شنود و هم‌نوایی اشاره کرده‌اند. به باور کوثرنر و فیتزپاتریک^۱ (۲۰۰۲) سوگیری گفت و شنود اشاره به شرایطی دارد که در آن خانواده، اعضا را به شرکت آزادانه و آسان در تعامل و گفتگو در زمینه‌های گوناگون تشویق می‌کند. اعضای خانواده‌های با گفت‌و شنود بالا، آزادانه، پیوسته و خود انگیخته با یکدیگر تعامل دارند و امکان طرح طیف گسترده‌ای از موضوعات بدون محدودیت زمانی را دارند. در این دیدگاه هم‌نوایی مصداق ارتباط‌های خانوادگی دانسته می‌شود، که اعضا را وادار به یکسان نمودن نگرش‌ها، ارزش‌ها و باورها می‌کند. یعنی خانواده‌های با هم‌نوایی زیاد در تعاملات خود بر همسانی باورها و نگرش‌ها تأکید دارند و ارتباط‌های میان دو نسل در این خانواده‌ها، بر حرف شنوی از پدر و مادر و دیگر بزرگسالان استوار است (کوثرنر و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲). ترکیب دو نوع جهت‌گیری یاد شده چهار نوع خانواده را پدید می‌آورد که عبارتند از: الف) خانواده‌های توافق‌کننده، که گفت و شنود و هم‌نوایی بالایی دارند. در چنین خانواده‌هایی از یکسو علاقه به ارتباط‌هایی باز و کشف باورهای تازه و از سوی دیگر حفظ سلسله مراتب موجود، اهمیت دارد. پدر و مادر ضمن علاقه فراوان به فرزندان و اظهار نظراتشان، خودشان تصمیم‌گیرنده نهایی خانواده به شمار می‌روند (کوثرنر و فیتزپاتریک^۲، ۲۰۰۲). فرزندان این خانواده‌ها یاد می‌گیرند که برای گفت و شنودهای خانواده ارزش قائل باشند و ارزش‌ها و عقاید والدین خود را به کار بندند (فیتزپاتریک، ۲۰۰۴). ب) خانواده‌های کثرت‌گرا، که گفت و شنود بالا و هم‌نوایی کم دارند. موضوعات به صورت باز و سرگشاده مطرح می‌شوند و همه اعضای خانواده در گفتگوها شرکت دارند. پدر و مادر ضرورتی برای کنترل فرزندان یا تصمیم‌گیری در مورد آن‌ها نمی‌بینند، گرایش به پذیرش باورهای فرزندان خود دارند و

¹ Bauer querner & Phitez patric

² Querner & Phitez patric

³ Phitez patric

اجازه می‌دهند به‌طور برابر در تصمیم‌گیری‌های خانواده شرکت داشته باشند (کوئرر و فیتزپاتریک^۱، ۲۰۰۲). فرزندان در این خانواده‌ها ضمن احترام به دیدگاه‌های پدر و مادر، مستقل و خودمختار هستند (فیتزپاتریک^۲، ۲۰۰۴).

پ) خانواده‌های محافظت‌کننده، که گفت و شنود کم و هم‌نوایی بالایی دارند. در این خانواده‌ها بر پیروی از مرجع قدرت تأکید می‌شود و به تفکر، خردورزی و ارتباطات باز اهمیت چندانی داده نمی‌شود. پدر و مادر بر این باورند که آن‌ها باید برای خانواده و فرزندانشان تصمیم بگیرند و دلیلی نمی‌بینند در زمینه تصمیمات خود به فرزندانشان توضیح دهند (کوئرر و فیتزپاتریک^۳، ۲۰۰۲).

ت) خانواده‌های بی‌قید، که گفت و شنود و هم‌نوایی پایینی دارند. میزان تعاملات میان اعضای خانواده کم است و معمولاً درباره شمار محدودی از موضوع‌ها گفتگو می‌شود. پدر و مادر در این خانواده‌ها بر این باورند که همه اعضای خانواده باید توانایی تصمیم‌گیری داشته باشند، اما برخلاف خانواده‌های کثرت‌گرا به تصمیم‌های فرزندان خود و برقراری ارتباط و گفتگو با آن‌ها علاقه‌ای نشان نمی‌دهند (کوئرر و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲). (نقل از صنعت خواه، ۱۳۹۳)

براین اساس وضعیت خانوادگی اشاره به میزان همفکری و گفت و شنود اعضای خانواده در تصمیم‌گیری‌های زندگی و مسائل و مشکلات پیش روی هرکدام از ایشان دارد، اینکه تا چه اندازه مسائل و مشکلات خانواده و تصمیم‌گیری‌ها بر اساس تعامل میان طرفین شکل گرفته و تا چه اندازه از درگیری، زد و خورد و پرخاشگری و خشونت در خانواده جلوگیری می‌شود و به جای آن تعامل نقش اساسی را بازی می‌کند.

کیفیت شبکه‌های اجتماعی

شبکه اجتماعی ساختاری اجتماعی است که از گره‌هایی (که عموماً فردی یا سازمانی هستند) تشکیل شده است که توسط یک یا چند نوع خاص از وابستگی به هم متصل‌اند. تحلیل شبکه‌های اجتماعی روابط اجتماعی را با اصطلاحات رأس و یال می‌نگرد. رأس‌ها بازیگران فردی درون شبکه‌ها هستند و یال‌ها روابط

¹ Querner & Phitez patric

² Phitez patric

³ Querner & Phitez patric

میان این بازیگران هستند. انواع زیادی از یال‌ها می‌تواند میان رأس‌ها وجود داشته باشد. نتایج تحقیقات مختلف بیانگران است که می‌توان از ظرفیت شبکه‌های اجتماعی در بسیاری از سطوح فردی و اجتماعی به منظور شناسایی مسائل و تعیین راه حل آن‌ها، برقراری روابط اجتماعی، اداره امور تشکیلاتی، سیاست‌گذاری و رهنمون سازی افراد در مسیر دستیابی به اهداف استفاده نمود. به عنوان مثال، نتایج مطالعات در حوزه سیاست‌گذاری گردشگری نشان می‌دهد شبکه‌های اجتماعی به واسطه تأثیرگذاری روی متغیرهای رفتاری بر جذب گردشگران خارجی به مقاصد گوناگون تأثیرگذار هستند و می‌توان از این شبکه‌ها به منظور شکل‌گیری اعتماد و کاهش ریسک تصمیم‌گیری کاربران در انتخاب یک مقصد خاص گردشگری بهره گرفت. (جلالی، ۱۳۹۲)

در ساده‌ترین شکل یک شبکه اجتماعی نگاشتی از تمام یال‌های مربوط، میان رأس‌های مورد مطالعه است. شبکه اجتماعی هم چنین می‌تواند برای تشخیص موقعیت اجتماعی هر یک از بازیگران مورد استفاده قرار گیرد. این مفاهیم غالباً در یک نمودار شبکه اجتماعی نشان داده می‌شوند که در آن، نقطه‌ها رأس‌ها هستند و خط‌ها نشانگر یال‌ها.

فرایند انتقال پیام از فرستنده به گیرنده به شرط همسان بودن معانی بین آن‌ها است. ارتباطات فرایندی است که در آن معنا بین موجودات زنده تعریف و به اشتراک گذاشته می‌شود. ارتباط به یک فرستنده، پیام و گیرنده در نظر گرفته شده نیاز دارد، هرچند گیرنده نیاز ندارد حضور داشته باشد یا از منظور فرستنده برای برقراری ارتباط در زمان ارتباط آگاه باشد؛ بنابراین ارتباطات می‌تواند در سرتاسر مسافت‌های گسترده زمانی و مکانی رخ دهد. ارتباطات نیازمند آن است که بخش‌های ارتباط ناحیه‌ای از مشترکات ارتباطی را به اشتراک بگذارند.

آرگیل (۲۰۰۱) به عنوان پیشگام در نظریه‌پردازان شادی، ارتباطات اجتماعی را از مؤلفه‌های مهم شادی می‌داند و پیوندهای نزدیک همچون دوستی، عشق و ازدواج را از نمونه‌های بارز و اثرگذار بر به کامی شمرده است. آرگیل براین باور است که خانواده یکی از قوی‌ترین پیوندهای ارتباط اجتماعی است و ابعاد گوناگون آن مانند شمار اعضای خانواده، تحصیلات، درآمد، ساختار قدرت و همبستگی اعضای خانواده از تعیین کننده‌های شادی هستند

بی‌اعتمادی عمومی و بی‌اعتمادی نهادی

واژه "Trust" در فرهنگ آکسفورد به عنوان اتکا یا اطمینان به نوعی کیفیت یا صفت یک شخص یا یک چیز، یا اطمینان به حقیقت یک گفته توصیف می‌شود. [گیدنز، ۱۳۷۷] و اعتماد اجتماعی را می‌توان داشتن حسن نیت به دیگر آن در روابط اجتماعی (بین اعتماد کننده (Trustee) و اعتماد شونده (Truster)) فرد یا گروهی دانست (امیرکافی، ۱۳۸۰) که این حسن نیت می‌تواند تسهیل کننده روابط اجتماعی باشد و امکان سود یا زیان را در روابط اجتماعی مهیا دارد.

در یک تقسیم‌بندی کلی اعتماد را می‌توان در چهار سطح مورد بررسی قرار داد، اعتماد بنیادین که در سطح فردی و روان‌شناسی بررسی می‌شود، اعتماد بین شخصی، اعتماد تعمیم‌یافته و اعتماد به نظام یا سیستم که در سطح جامعه‌شناسی بحث می‌شود.

۱- اعتماد بنیادین (Basic trust)؛ اعتماد بنیادی نگرشی است که فرد نسبت به خود و دنیای پیرامون خود دارد و موجب تقویت این احساس می‌شود که افراد و امور دنیا قابل اعتماد و دارای ثبات و استمرار هستند. [گیدنز، ۱۳۷۸] اریک اریکسون روانکاو نامدار معتقد است این اعتماد، محصول فرایندهای دوره نوزادی است. اگر دیگر آن نیازهای اصلی و مادی و عاطفی نوزاد را تأمین کنند، حس اعتماد در کودک به وجود می‌آید، اما عدم تأمین این نیازها، سبب می‌شود نوعی بی‌اعتمادی نسبت به جهان، به ویژه در روابط شخصی به وجود آید. (بالاخانی، ۱۳۸۵)

۲- اعتماد بین شخصی (Interpersonal trust)؛ اعتماد بین شخصی شکلی از اعتماد است که در روابط چهره به چهره خود را نشان می‌دهد. این شکل از اعتماد موانع ارتباطی را مرتفع می‌سازد و با کاستن از حالت دفاعی، بسیاری از تعاملات روزانه را موجب می‌شود. اعتماد بین شخصی حوزه‌ای از تعاملات میان عشاق، دوستان و همکاران و همچنین اعتماد میان رئیس و کارمند، سرپرست و کارگر، معلم و شاگرد، فروشنده و مشتری، پزشک و بیمار و ... را دربر می‌گیرد. مشکل اصلی اعتمادی که از تجربه تعامل شخصی ایجاد می‌شود محدود بودن قلمرو آن است و در جامعه‌ای که تحرک و نیازها به همکاری با غریبه‌ها و اتکا به آن‌ها یکی از ویژگی‌های برجسته آن است چندان راهگشا نیست. (امیرکافی، ۱۳۸۰)

۳- اعتماد تعمیم‌یافته (Generalized trust)؛ اعتماد تعمیم‌یافته را می‌توان داشتن حسن ظن نسبت به اکثریت افراد جامعه جدای از تعلق آن‌ها به گروه‌های قومی و قبیله‌ای تعریف نمود. [بالاخانی، ۱۳۸۵] به نظر سلمی (Salmi) اعتماد تعمیم‌یافته یا اخلاقی مبتنی بر تجارب شخصی ما نیست بلکه بیشتر مبتنی بر نگاه ما به جهان است که از والدین خود یاد می‌گیریم و کاملاً باثبات و محکم است و در طول زمان توسط نمونه‌های اتفاقی خیانت یا قربانی (بی‌اعتمادی) از بین نمی‌رود. [بختیاری، ۱۳۸۹] موضوع این اعتماد به عنوان مهم‌ترین عنصر نگرشی سرمایه اجتماعی قلمداد شده و از آن جهت متمایز کردن جوامعی که دارای سرمایه اجتماعی سطح بالا هستند نسبت به جوامعی که دارای سطح پایین سرمایه اجتماعی هستند استفاده می‌شود. (ریسکن^۱، ۲۰۰۸)

این نوع اعتماد در سطحی گسترده‌تر از خانواده، دوستان و آشنایان قرار می‌گیرد. زتومکا معتقد است هدف یا جهت‌گیری اعتماد ممکن است معطوف به جنسیت (من به زن‌ها اعتماد دارم، اما به مرد‌ها اعتماد ندارم)، سن (من به افراد میان‌سال اعتماد دارم و به افراد جوان اعتماد ندارم)، نژاد، قومیت، مذهب و ... باشد. (زکومتا، ۱۳۸۶)

اعتماد تعمیم‌یافته بنا بر تعریف فوق متضمن نکات زیر است:

۱- اعتماد تعمیم‌یافته تنها به افرادی که باهم تعامل دارند و میان‌شان روابط چهره به چهره برقرار است محدود نمی‌شود.

۲- اعتماد تعمیم‌یافته مرزهای خانوادگی، قومی و محلی را در می‌نوردد و در سطح ملی گسترش می‌یابد.

۳- اعتماد تعمیم‌یافته حوزه‌ای از کسانی که با ما تعامل دارند یا بالقوه می‌توانند داشته باشند را دربر می‌گیرد.

۴- اعتماد تعمیم‌یافته پدیده نسبتاً جدیدی است که با شکل‌گیری دولت‌های مدرن یا دولت-ملت مطرح می‌شود.

۵- اعتماد تعمیم‌یافته لازمه همکاری و مشارکت میلیون‌ها شهروندی است که جوامع پیچیده و مدرن امروزی را تشکیل می‌دهند.

¹ Reeskens

۶- در جامعه سنتی نیاز چندانی به اعتماد تعمیم یافته نیست زیرا مرزهای مشخصی بین خودی و بیگانه و همچنین بین دوست و دشمن وجود دارد. اعتماد در جامعه سنتی محدود به کسانی است که به آن جمع تعلق دارند و هر کس خارج از آن قرار گیرد مظنون و مشکوک است. (امیرکافی، ۱۳۸۰: ۹)

اعتماد نهادی: اعتماد نهادی دلالت دارد بر میزان مقبولیت و کارایی و اعتمادی که مردم به نهادها (رسمی دولتی) دارند. به تعبیر دوگان انعکاس فقدان اعتماد به نهادها در اغلب موارد نتیجه بی اعتمادی به افرادی است که عهده دار امور آن نهادها هستند. بنابراین میزان اعتماد نهادی برحسب نوع ارزیابی مردم از کارکنان این نهادها در قالب ادارات، ارگانها و نهادهای مختلفی که در زندگی روزمره با آنها ارتباط دارند سنجیده می شود. مدرسه، دانشگاه، ارتش، دادگاه، نیروی انتظامی، بانکها، بازار سهام، دولت، مجلس و ... نوعاً از این نوع اعتماد هستند. میزان اعتمادی که مردم به نهادهای مختلف دارند در بین جوامع متفاوت است و در طی زمان دستخوش تغییراتی می شود. (علی پور، ۱۳۸۸)

مشکلات و گرفتاری های روزمره شهروندان

هر فرد در زندگی خود هر روزه با مسائل و مشکلات مختلفی درگیر است. مشکلات اقتصادی اشاره به وضعیت نابسامان اقتصادی در زندگی فرد دارد که درگیری ذهنی و احساسی را برای او به دنبال دارد. فقر، احساس ناعدالتی (محرومیت نسبی)، عدم رضایت از زندگی و ناامیدی نسبت به آینده شغلی و بهبود وضعیت اقتصادی در این حوزه جای می گیرد.

از فرد خواسته می شود که بگوید اگر بخواهد به هر کدام از مشکلات اقتصادی خود که برای او (در صورتی که متأهل است و یا جدا از والدین زندگی می کند) و خانواده اش (در صورتی که با خانواده زندگی می کند) مشغله ذهنی به وجود آورده است نمره ای را اختصاص دهد (از ۲۰ نمره)، چه نمره ای به موارد زیر می دهد: پرداخت اجاره خانه (در صورتی که مستأجر است)، اجاره مغازه (در صورتی که مغازه دار است)، بهای آب، برق، گاز و ...، پرداخت وام، پرداخت چک و بدهی مالی، هزینه خوراک و پوشاک، هزینه تحصیل و آموزش، مشکلات مربوط به بیماری و یا بهداشت (خود و یا اعضای خانواده)، مشکلات شغلی (در صورتی که شاغل است) و دغدغه بیکاری (در صورتی که بیکار است)، دغدغه ازدواج و تشکیل خانواده (در صورتی که مجرد است)، دغدغه درآمد و هزینه های خانواده،

زمینه سازی مشارکت اجتماعی

اشاره دارد به این موضوع که اگر شهروندان تصمیم گرفتند تا با دولت و دیگر نهادهای اجتماعی مشارکت فعالانه‌ای را انجام دهند تا چه اندازه سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی و به‌طور کلی دولت زمینه‌هایی را فراهم آورده است تا ایشان بتوانند از طریق آن همکاری خود را با این نهادها و سازمان‌ها شروع کنند. به سخن دیگر زمینه سازی مشارکت اجتماعی به این موضوع اشاره دارد که تا چه اندازه در کشور بستر مناسب جهت مشارکت شهروندان و تشکل‌های مردمی در برنامه‌های اجرایی وجود دارد. این برنامه‌ها می‌تواند از سطح تصمیم‌گیری در خصوص مشکلات یک ساختمان (که فرد در آن زندگی می‌کند) تا سطح محلات، شهر و تصمیم‌گیری‌های دولت در زمینه‌های گوناگون گسترده باشد.

درآمد: اشاره به میزان درآمد فرد دارد که از فعالیت‌های اقتصادی او حاصل می‌شود.

تحصیلات: اشاره به سطوح تحصیلی دارد که فرد گذرانده یا در حال تحصیل است. تحصیلات از سطوح ابتدایی تا دانشگاهی را شامل می‌شود.

نوع شغل: اشاره به دسته بندی انواع شغل بر اساس طبقه بندی شغلی به کارمند، معلمین و اساتید دانشگاه، پرستاران و پزشکان، مهندسين، کسبه و بازاریان، کارگران و شغل‌های خدماتی (رانندگی و...) است.

وضعیت اشتغال: اشاره شاغل یا بیکار بودن افراد دارد.

منطقه محل سکونت: اشاره به منطقه سکونت فرد از نظر تقسیمات طبقه‌ای است. اینکه فرد در منطقه‌ای زندگی می‌کند که از نظر شهروندان دیگر منطقه شمال شهری محسوب می‌شود یا خیر؟

شناخت صحیح از مضرات انواع مواد مخدر:

اینکه فرد تا چه اندازه به اثرات ویرانگر هر کدام از مواد مخدر (صنعتی و سنتی) آشنایی دارد.

فصل سوم
روش‌شناسی تحقیق

در یک تحقیق، تنها مطرح کردن موضوعی که مورد علاقه محقق است، اهمیت ندارد؛ بلکه، مهم‌تر از آن، او باید مدلی طراحی کند که از طریق آن، شاخص متغیرهای فرضیات را نیز اندازه‌گیری کند. دستیابی به هدف‌های علمی یا شناخت علمی، میسر نخواهد بود، مگر زمانی که با روش‌شناسی درست صورت پذیرد. روش‌شناسی را می‌توان از چندین دیدگاه مورد توجه قرار داد

از دیدگاه اول، روش‌شناسی مطالعه منتظم و منطقی، اصولی است که تفحص علمی را رهبری می‌کند. از این دیدگاه، روش‌شناسی به عنوان شاخه‌ای از منطق و یا حتی فلسفه است. دیدگاه دیگر، روش‌شناسی را شاخه‌ای از علم می‌داند. در مقابل، تالکوت پارسونز^۱ در اثرش، ساخت‌کنش اجتماعی، می‌نویسد: "روش‌شناسی در اصل با روش‌های پژوهش تجربی نظیر آمار‌شناسی، مطالعه موردی، مصاحبه و غیره سروکار ندارد، بلکه ملاحظه زمینه‌های کلی برای اعتبار کار علمی است. پس روش‌شناسی نه دقیقاً یک رشته فلسفی و نه دقیقاً رشته‌ای علمی است". بنا براین می‌توان گفت که: بعضی روش‌شناسی را مبحثی نظری می‌دانند که با تعقل، منطق و فلسفه پیوسته است و بعضی دیگر، روش‌شناسی را از فلسفه جدا دانسته و آن را یک رشته علمی می‌دانند. بالاخره، بعضی دیگر، ضمن تأکید بر علمی دانستن روش‌شناسی و پذیرفتن منطق، فلسفه و به‌طور کلی تعقل در کار روش و احراز شناخت، معتقدند که باید با مباحث ملموس و پدیده‌های حیات انسانی، تماسی نزدیک‌تر برقرار سازیم (ساروخانی، ۱۳۸۵: ۲۲-۲۴) به‌طور کلی، خانواده وسیع دانش بشری، از دیدگاه روش‌شناسی، به سه گروه قابل تقسیم است:

گروه اول، آنان که در قلمرو هستی، یک دانش می‌شناسند و به‌طور طبیعی، یک روش را نیز مطمع نظر قرار می‌دهند و اینان کسانی هستند که به روش‌های متکی بر حس، تجربه و ادراک تأکید دارند، عینیت و سنجش‌پذیری را شرط اصلی دانش می‌دانند، مثل اثبات‌گرایان، تجربه‌گرایان، رفتارگرایان، طبیعت‌گرایان و ...

گروه دوم، آنان که به جهت تفاوت‌های وسیع در دانش انسانی، به دو نوع علم و به تبع آن، به دو نوع روش اعتقاد دارند؛ مثل تأویل‌گرایان، تفسیر‌گرایان، پدیدارشناسان و پیروان مکتب مبادله و کنش متقابل نمادین و گروه سوم، بینش‌های کل‌نگر و تلفیقی، که به‌طور کلی، به اندیشه ترکیبی اعتقاد دارند، اینان

می‌کوشند تا از هر دانش، روش‌هایی را اخذ کنند که در دانش دیگر، کاربرد داشته باشد. مثل ساخت‌گرایان، طرفداران نظریه گشتالت و پیروان دیدگاه‌های دیالکتیکی و انتقادی. (ساروخانی، ۱۳۸۵: ۲۲-۲۴)

شک نیست که پی بردن به قاعده و نظم میان پدیده‌ها و رویدادها در علوم فیزیکی و زیستی در مقایسه با علوم انسانی و اجتماعی از جمله علوم رفتاری با سهولت بیشتری انجام می‌شود. زیرا موضوع اصلی در علوم انسانی و اجتماعی، انسان است. اما این بدان معنی نیست که هیچ گونه قاعده‌ای نمی‌تواند بر رفتار انسان حاکم باشد. زیرا در غیر این صورت باید چنین پنداشت که رفتار آدمی غیرقابل توصیف، پیش‌بینی و غیرقابل کنترل است. بنابراین باید توجه داشت که رفتار آدمی پیچیده است و عوامل بسیاری در ایجاد آن دخالت دارد که می‌توان با اتخاذ روش مناسب به شناخت آن پرداخت (بازرگان، ۱۳۸۵: ۲۱) در واقع تحقیق، به جهت روش آن، اعتبار لازم را کسب خواهد کرد و اعتبار دستاوردهای پژوهش به شدت تحت تأثیر روش مورد استفاده برای گردآوری آن‌ها قرار می‌گیرد. روش یک تحقیق علمی بستگی به این دارد که موضوع تحقیق و اهداف تحقیق چه باشند. یک تحقیق اعتبارش به این است که ببینیم به چه روشی این پژوهش انجام شده یا به عبارتی محقق از چه روشی استفاده کرده است. بنابراین، پژوهش‌فرایندی است که از طریق آن می‌توان درباره‌ی ناشناخته‌ها به جستجو پرداخت و نسبت به آن شناخت لازم را کسب کرد. روش علمی یا روش پژوهش علمی فرایند جستجوی منظم برای مشخص کردن یک موقعیت نامعین است (مقیم، ۱۳۸۵: ۱۷).

اگر یک تحقیق به روش درستی صورت گرفته باشد می‌تواند نتایج خوبی را بر جای بگذارد. در این فصل پژوهشگر بر آن است که با رسم نمودار تحقیق، چشم انداز کلی عملیات، از ابتدا تا انتهای مراحل انجام پژوهش را ارائه نموده و گام‌های اساسی و چندگانه این فرایند و نیز روش مورد استفاده در تحقیق را در هر گام بیان نماید

۲-۳ فرایند تحقیق

برای انجام این تحقیق مراحل متعددی طی شده است که اهم آنان به ترتیب ذیل می‌باشند.

۱-۲-۳ مطالعات اکتشافی و مقدماتی

۳-۲-۲ ترسیم مدل اولیه تحقیق جهت انجام کار پژوهش

۳-۲-۳ تعیین ابزار جمع آوری داده‌ها و طراحی سؤالات

۳-۲-۴ جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه

۳-۲-۵ تجزیه و تحلیل و اطلاعات دقیق

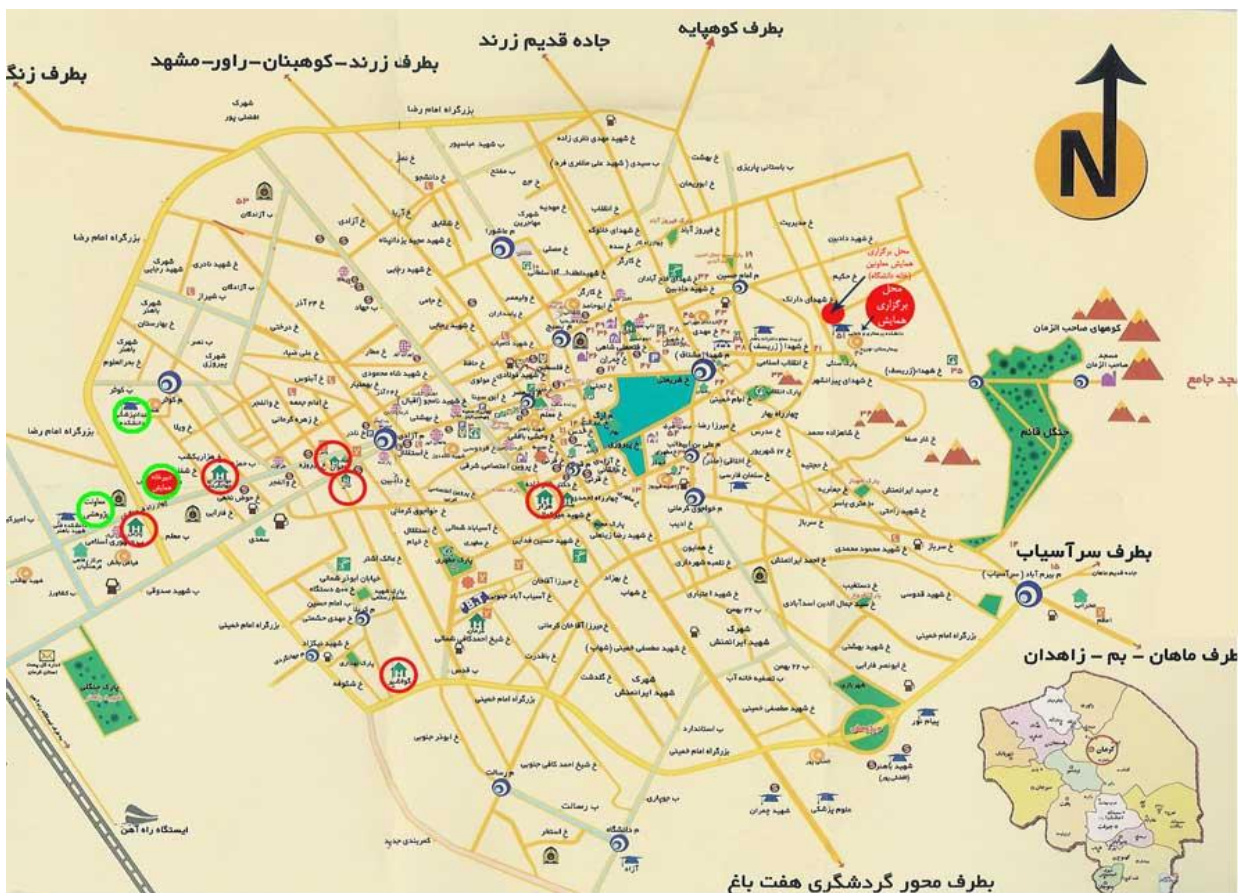
۳-۳ روش تحقیق

نخستین مسئله‌ای که پژوهشگران با آن روبه رو می‌شوند دانستن این است که چگونه کار تحقیقی را درست شروع کنند. همیشه نمی‌توان به‌آسانی رویدادهای مهم اجتماعی یا مشغله ذهنی مبهمی را به صورت یک طرح تحقیقی اجرا شدنی درآورد (کیوی و کامپنهود^۱، ۱۹:۱۳۸۶). تحقق هدف‌های علمی میسر نمی‌گردد مگر زمانی که روش تحقیق به درستی صورت گرفته باشد، به عبارتی می‌توان گفت که تحقیق اعتبارش به روش انجام می‌باشد نه از حیث موضوع آن (خاکی، ۵۵:۱۳۸۴). چرا که اگر یک موضوع بسیار مهم باشد ولی روش انجام آن صحیح نباشد نمی‌تواند یک تحقیق خوب و ارزشمند باشد روش تحقیق در این پژوهش، پیمایشی می‌باشد، روش پیمایشی، توصیفی است از نگرش و رفتارهای جمعیتی بر اساس انتخاب نمونه تصادفی از افراد آن جمعیت و پاسخ آن‌ها به یک رشته سؤال است (معین الدینی، صنعت خواه، ۹۵:۱۳۹۲) در این روش از شیوه‌هایی نظیر، پرسشنامه و مصاحبه به جمع‌آوری اطلاعات پرداخته و از طریق آزمون‌های آماری و آزمایش فرضیات نتایج حاصل را به‌کل جمعیت مورد نظر تعمیم می‌دهیم. در تحقیق پیش رو از روش پیمایشی استفاده شده است. اما پرسشنامه تحقیق به‌گونه‌ای مطرح شده است که سؤالات در دو طیف یکی کمی و دیگری کیفی مطرح می‌شود. شناخت انواع مواد مخدر، آشنایی با مضرات مواد مخدر و شناخت رفتاری افراد معتاد از جمله متغیرهایی است که به روش کمی و کیفی (توسط مصاحبه و سؤالات باز) مورد سنجش قرار می‌گیرند. سؤالات کیفی پس از ارائه شدن و دریافت پاسخ‌ها مجدداً مقوله بندی شده و به صورت کمی مورد تحلیل قرار می‌گیرند. پس می‌توان از طرف دیگر این چنین ادعا کرد که روش تحقیق پیش رو نوعی روش میکس و یا تلفیقی است که اولویت آن با روش کمی است و داده‌های

کیفی به صورت موج‌هایی از داده‌ها وارد تحقیق کمی می‌شوند و مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرند. از طرف دیگر متغیر میزان آگاهی از عوامل مؤثر بر اعتیاد نیز متغیری است که به صورت کیفی مطرح شده و مقولات متعددی دارد که پاسخگو بر اساس شناختی که از عوامل مؤثر بر اعتیاد دارد گزینه‌ای را انتخاب نموده و این پاسخ‌ها سپس به صورت کمی درآمده و کدگذاری شده و مورد تحلیل قرار می‌گیرند.

۳-۴ جامعه و نمونه آماری

جامعه آماری جایی است که نتایج پژوهش قراراست به آنجا تعمیم داده شود (معین الدینی، صنعت خواه، ۱۳۹۲: ۶۸) جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه شهروندان ۱۸-۶۴ ساله شهر کرمان می‌باشد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، ترکیبی از نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و تصادفی ساده است زیرا زمانی که پراکندگی جامعه زیاد است و یا چارچوب نمونه‌گیری در دسترس نباشد، این روش دارای اعتبار و دقت بالاتری نسبت به سایر روش‌های نمونه‌گیری می‌باشد. (معین الدینی و صنعت خواه، ۱۳۹۲: ۳۱۳) .. در این تحقیق از ترکیب روش‌های نمونه‌گیری مذکور در چندین مرحله استفاده می‌شود. ابتدا در مرحله اول نقشه شهر کرمان (برحسب مناطق ۴ گانه) را به ۴ قسمت تقسیم بندی می‌کنیم. هر یک از این تقسیم بندی‌ها خوشه‌های ما را مشخص می‌کند. سپس مناطق شهرداری بر اساس هر خوشه مشخص می‌شود و به قید قرعه از نقشه شهر کرمان خیابان‌های اصلی، پارک‌ها، فرهنگ سراها و دانشگاه‌ها که محیط‌های مناسبی برای اجرای پرسشنامه‌های تحقیق می‌باشند انتخاب می‌شوند. براین اساس:



خوشه‌ها و مناطق شهرداری نمونه گیری تحقیق

همان‌طور که اشاره شد نمونه گیری در نهایت بدین صورت خواهد بود که در هر منطقه شهرداری به قید قرعه دو منطقه انتخاب می‌شود. تلاش می‌شود در انتخاب این مناطق اولویت با پارک‌ها، بازارچه‌ها، فرهنگ

خوشه‌ها	مناطق شهرداری	حوزه‌های شهری
شمال	منطقه دو	شفا - هزارویک شب - امام جمعه - فارابی - بلوار کوثر - بلوار جمهوری
مغرب	منطقه سه	پارک مطهری - دانشگاه آزاد - شهرک مطهری
مشرق	منطقه یک	بلوار پارادیس - مهدیه - مدیریت فیرو آباد
مرکز	منطقه یک	شریعتی - ارگ
جنوب	منطقه چهار	بلوار ۲۲ بهمن - سرباز - شهید مصطفی خمینی - دانشگاه باهنر

سراها، کتابخانه‌ها و دانشگاه‌ها باشد. چرا که در این مکان‌ها پاسخگویان بدون هیچ گونه ترس و نگرانی به سؤالات تحقیق با صداقت پاسخ خواهند داد. انتخاب مناطق در تحقیق پیش رو بدین صورت می‌باشد:

منطقه یک:

خیابان شهید رجایی - بلوار شهید عباسپور - چمران - باهنر - ابوحماد - دادبین - انقلاب - مدیریت -
حکیم - فیروزآباد - بلوار سیدی - شهدای خانوک

منطقه دو

بلوار جمهوری - بلوار کوثر - خیابان شهدا - هزارویک شب - امام جمعه - میثم - خیابان شهید لاری -
بلوار آزادگان - بهمنیار - اقبال - بلوار امام حسن

منطقه سه

بلوار شهرک مطهری - بلوار ذوب آهن - بلوار شهید نیکزاد - بلوار امام حسین - بلوار قدس - توانیر - فیروزه - پروین اعتصامی - استقلال - خواجهی کرمانی - استاد مطهری - آیت الله صالحی - خیابان نشاط - سعدی - نشاط - سپه - بلوار فردوسی - خیابان بهزاد - شیخ احمد کافی

منطقه چهار

بلوار ۲۲ بهمن - شهید اعتباری - شهید دستغیب - سید جمال الدین اسدآبادی - سلمان فارسی - هفده شهریور - شاهزاده محمد - شهید ایرانمش - سرباز - صفا - شهدای پیرانشهر - شهدا، - بلوار ساوه - امام خمینی - میدان خواجه - پیروزی

تعداد زنان و مردان شهر کرمان به تفکیک مناطق

تعداد	منطقه یک	منطقه دو	منطقه سه	منطقه چهار
خانوار	۲۹۵۴۰	۲۹۹۶۰	۳۶۱۳۲	۲۵۱۰۵
افراد	۱۱۷۱۳۹	۱۱۳۸۶۸	۱۴۷۴۸۶	۱۱۱۷۸۶
مرد	۵۹۰۳۰	۵۷۶۴۴	۷۵۶۹۹	۶۰۲۶۲
زن	۵۸۱۰۹	۵۶۲۲۴	۷۱۷۸۷	۵۱۵۲۴
باسواد مرد	۴۷۴۵۲	۴۹۴۴۶	۶۱۹۵۱	۴۱۷۰۲
باسواد زن	۴۴۶۱۹	۴۶۹۴۹	۵۷۷۳۱	۳۹۰۱۲
بی سواد مرد	۴۰۴۸	۲۴۳۹	۳۱۶۶	۳۵۲۳
بی سواد زن	۵۹۶۶	۳۴۷۶	۵۳۳۷	۵۱۴۹

منبع: مرکز آمار ایران

برآورد تعداد پرسشنامه بر اساس منطقه و جنسیت

تعداد	منطقه یک	منطقه دو	منطقه سه	منطقه چهار	جمع
مرد	۴۸	۴۸	۶۲	۵۰	۲۰۸
زن	۴۷	۴۵	۵۸	۴۲	۱۹۲
جمع کل	۹۵	۹۳	۱۲۰	۹۲	۴۰۰

اسامی پارک‌ها

نام پارک	منطقه	آدرس
پارک شهید کارآمد	۳	بلوار شهید صدوقی / کوچه سرپرستی بانک رفاه
پارک ابوذر	۳	بلوار امام حسین شمالی
پارک جنگلی باهنر	۳	بلوار شهید صدوقی
پارک دانش	۳	بلوار دانش
پارک دانش ۲	۳	شهرک مطهری / کوچه دانش ۱ / غربی ۳
پارک مقابل پارک خاتم	۳	پارک مقابل پارک خاتم
پارک کوچه ۶ خیابان باب الحوائج	۳	شهرک مطهری
پارک رسالت	۳	میدان رسالت
پارک فرهنگیان ۲	۳	بلوار ولیعصر / چهار راه جوپاری
پارک شهید قندی	۳	بلوار قدس / ترمینال
پارک عصای سفید	۴	خیابان شهدا
پارک شهید چمران	۴	بزرگراه امام / کوچه شماره ۳
پارک فروغ	۴	خیابان دستغیب / جنب کوچه ۳۱
پارک پردیس	۴	خیابان شهدا
پارک جنگلی قائم	۴	انتهای خیابان شهدا
پارک تصفیه خانه	۴	بلوار ۲۲ بهمن / سه راه تصفیه خانه
پارک طالقانی	۴	خیابان امام / ضلع جنوب شرقی
پارک نیلوفر	۴	خیابان سرآسیاب
پارک سربازان اسلام	۴	خیابان سرباز / نبش کوچه ۵۸
پارک شاهزاده محمد	۴	خیابان ۱۷ شهریور / کوچه شاهزاده محمد
پارک توکل	۴	خیابان توکل آباد
پارک سنگی	۴	خیابان شهدا
پارک عطار ۱	۴	خیابان سرباز
پارک زمزم	۴	خیابان سرباز

ادامه جدول اسامی پارک ها

پارک نسترن	۴	خیابان ادیب
پارک جوی مؤیدی	۴	خیابان مطهری شرقی / کوچه ۵۸
پارک آبشار	۴	خیابان سرباز / کوچه شاهزاده محمد
پارک گلستان	۴	خیابان سرباز
پارک شهید ایرانمنش ۱	۴	خیابان شهید اسدآبادی
پارک شورا	۱	خیابان ابو حامد
پارک مدیریت	۱	خیابان مدیریت
پارک فیرو آباد	۱	چهارراه کارگر
پارک ریاضیات	۱	یخدان مؤیدی
پارک نماز	۱	خیابان نماز
پارک انقلاب	۱	خیابان ۱۷ شهریور
فرهنگسرای جان جهان	۱	چهارراه خورشید
پارک باغ ملی	۱	چهارراه ولیعصر
پارک مادر	۲	روبروی بلوار امام حسن
پارک فرهنگیان ۱	۲	روبروی هتل پارس
پارک خبرنگار	۲	بلوار ۲۴ آذر
پارک زنبق	۲	خیابان شهید منصور شاه محمودی
پارک طباطبایی	۲	بلوار آزادگان
پارک مرتضوی		انتهای جهاد روبروی دانشگاه پیام نور
خانه شهروند بهار	۴	خیابان شهداء
خانه فرهنگ بهشت	۱	کوچه بهشت
خانه فرهنگ بوعلی	۲	روبروی بلوار امیر کبیر
ادب	۳	روبروی بلوار ولیعصر

در جدول زیر عملیات تعیین جمعیت نمونه را نشان می‌دهد. بر اساس فرمول کوکران تعداد ۴۰۰ نفر به عنوان نمونه برآورد می‌شود که محاسبات آن بدین قرار است.

فرمول کوکران جهت نمونه گیری :

$$n = \frac{t^2 \frac{PQ}{d^2}}{1 + \frac{1}{N} \left(\frac{t^2 \frac{PQ}{d^2}}{d^2} - 1 \right)}$$

حجم نمونه n مجهول

سطح اطمینان t^2

احتمال وجود صفت p 1.96^2

احتمال عدم وجود صفت Q 0.5

ضریب اطمینان (احتمال خطا) d ۱٪

جامعه آماری N

۳-۵-اعتبار^۱

روایی از واژه روا به معنای جایز و درست گرفته شده و روایی به معنای صحیح و درست بودن است. مقصود از روایی آن است که وسیله اندازه گیری بتواند خصیصه و ویژگی مورد نظر را اندازه بگیرد. اهمیت روایی از آن جهت است که اندازه گیری‌های ناکافی و نامناسب می‌تواند هر پژوهش علمی را بی‌ارزش و ناروا سازد (مارک^۱، ۱۹۹۵:۱۶) روایی را به شکل‌های مختلف طبقه بندی کرده‌اند که به تعدادی از آن‌ها اشاره می‌شود: طبقه بندی نوع اول: الف - اعتبار تجربی ب- اعتبار مفهومی طبقه بندی نوع دوم: روایی محتوایی، روایی نمادی (ظاهری)، روایی مربوط به ملاک، روایی موافق، روایی متضمن پیش بینی، روایی سازه، روایی همگراف روایی متمایز

^۱Validity

کننده. در تحقیق حاضر، از روش اعتبار یا روایی مفهومی استفاده شده است. زیرا هنگامی که اعتبار تجربی امکان پذیر نباشد یا مشکل بتوان از طریق تجربی یا عملی برای یک اندازه یا بافته اعتبار کسب کرد اعتبار مفهومی استفاده شده است و در واقع از طریق گواه و معیارها محقق در پی آن بر می آید که نشان دهد که روا است مفهومی را اندازه گرفت (خاکی، ۱۳۸۲: ۲۸۸) محقق با رجوع به نظر متخصصان و اساتید از روایی ابزار اندازه گیری خود، در سنجش متغیرهای تحقیق اطمینان حاصل نموده.

در جهت تعیین اعتبار تحقیق از اعتبار سازه استفاده خواهد شد. در این روش ارزیابی سنجه، بر حسب مطابقت آن با انتظارات نظری صورت می گیرد. گیریم سنجه جدید برای بیگانگی ساخته ایم و می خواهیم آن را ارزیابی کنیم. بدو پایه این نظریه که طبقه به بیگانگی مرتبط است (یک فرضیه می سازیم) می گوئیم: هر چه طبقه اجتماعی پایین تر باشد بیگانگی بیشتر است. پرسش های اندازه یا مقیاس بیگانگی را از پاسخگویان می پرسیم و طبقه اجتماعی پاسخگویان را هم تعیین می کنیم. اگر نتایج آزمون نشان داد هر چه طبقه پایین تر باشد بیگانگی بیشتر است، شاید بتوان گفت سنجه جدید از اعتبار سازه برخوردار است. این شیوه به شرطی مقبول است که نظریه کاملاً جا افتاده باشد

البته باید به این نکته توجه کرد که هیچ راه کاملاً مطلوبی برای تعیین اعتبار یک سنجه وجود ندارد. انتخاب روش بستگی به وضعیت دارد. اگر معیار خوبی دارد از روش اعتبار معیار استفاده کنید. اگر مفهومی به خوبی تعریف شده یا اتفاق نظر زیادی درباره آن وجود دارد از اعتبار محتوی سود جوئید. اگر نظریه جا افتاده ای در زمینه مفهوم مورد بررسی وجود دارد از اعتبار سازه استفاده کنید. اگر هیچ کدام نباشد باید به هیئتی از داوران مراجعه کنید و از آن ها جویا شوید. (دواس، ۱۳۸۳: ۶۴).

به بیان دیگر اعتبار سازه، مبتنی است بر ساختن فرضیه هایی درباره مفاهیم مورد سنجش و آزمون این فرضیه ها و تعیین همبستگی نتایج آن با سنجش اولیه. مثلاً شما سنجشی از عزت نفس به عمل آورده اید و برآیند اعتبار این سنجش را معین کنید. می توانید فرضیه هایی در مورد عواملی که احتمالاً بر تغییر عزت نفس مؤثرند بسازید. بعد همبستگی بین عزت نفس و هر یک از عوامل مذکور را ببینید. این همبستگی را می توان به عنوان شواهدی در نظر گرفت که نشان می دهد مقیاس عزت نفس، سنجش همان چیزی است که

به نظر شما جزء ساخت نظری معنای عزت نفس بوده است. طبعاً هر چه تعداد سنجه‌های مورد آزمون که با مفهوم مورد نظر مرتبط باشند بیشتر باشد، اعتبار سازه بیشتر است. (بیکر، ۱۳۸۶: ۱۴۰).

از طرف دیگر می‌توان گفت که اعتبار سازه به معنی داری واقعی و تفسیر متغیرها با کمک سازه (ها) ی نظری زیر بنایی پژوهش دلالت دارد. بنابراین، اعتبار سازه به میزان استنباط‌هایی که می‌توان از عملیاتی کردن سازه‌های نظری زیر بنایی مطالعه کرد دلالت دارد. در بیشتر پژوهش‌ها، اعتبار سازه در بخش سنجش مد نظر قرار می‌گیرد. اما اعتبار سازه بیشتر بخشی از متغیر مستقل - برنامه یا تدبیر - و متغیر وابسته است. اعتبار سازه همچون اعتبار برونی با تعمیم پذیری سروکار دارد. اما در این جا منظور از تعمیم پذیری، تعمیم از برنامه یا سنجش‌ها به مفهوم برنامه یا سنجش‌ها است. (معین الدینی، صنعت خواه، ۲۰۶: ۱۳۹۲-۲۰۷).

علاوه بر اعتبار سازه نظر متخصصین را نیز جویا می‌شویم. بدین منظور پرسشنامه را به دو نفر از فرماندهان ستاد مبارزه با مواد مخدر، دونفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه در رشته جامعه شناسی و یک نفر در رشته روانشناسی در جهت بالا بردن اعتبار تحقیق استفاده خواهد شد.

۳-۶- تعیین روایی^۱ (قابلیت اعتماد) پرسشنامه

قابلیت اعتماد یا پایایی یکی از ویژگی‌های فنی ابزار اندازه گیری است. مفهوم یاد شده با این امر سروکار دارد که ابزار اندازه گیری در شرایط یکسان تا چه اندازه نتایج یکسانی به دست می‌دهد. دامنه ضریب قابلیت اعتماد از صفر (عدم ارتباط) تا ۱+ (ارتباط کامل) است. ضریب اعتماد نشانگران است که تا چه اندازه ابزار اندازه گیری، ویژگی‌های باثبات آزمودنی و یا ویژگی‌های متغیر و موقت وی را می‌سنجد. برای محاسبه ضریب قابلیت اعتماد ابزار اندازه گیری، شیوه‌های مختلفی به کار برده می‌شود. از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

۱. اجرای دوباره آزمون یا روش بازآزمایی

۲. روش موازی یا استفاده از آزمون‌های همتا

۳. روش تنصیف (دو نیمه کردن)

۴. روش کودر - ریچاردسون

¹ Reliability

۵. روش آلفای کرونباخ.

در این تحقیق به منظور تعیین پایایی آزمون از روش آلفای کرونباخ استفاده گردیده است. این روش برای محاسبه هماهنگی درونی ابزار اندازه گیری که خصیصه‌های مختلف را اندازه گیری می‌کند به کار می‌رود. بنابراین به منظور اندازه گیری قابلیت اعتماد، از روش آلفای کرونباخ استفاده شده است.

تعاریف عملیاتی متغیرهای تحقیق

بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد:

تا چه اندازه به کسب آگاهی نسبت به معضل اعتیاد علاقه‌مندید.
تا چه اندازه به شرکت در نمایشگاه‌ها و سمینارهای مربوط به اعتیاد علاقه‌مندید.
تا چه اندازه علاقه‌مندید پای صحبت افرادی بنشینید که از خطرات اعتیاد آگاهی کافی دارند.
تا چه اندازه به پیگیری اخبار مربوط به اعتیاد علاقه‌مندید.
تا چه اندازه به مطالعه کتب با موضوع اعتیاد علاقه‌مندید
تا چه اندازه سعی می‌کنید معتادان را ارشاد و راهنمایی کنید؟
تا چه اندازه خود را مسئول می‌دانید که به نیروی انتظامی گزارش قاچاق مواد مخدر ارائه کنید؟
تا چه اندازه علاقه‌مندید معتادین را به نیروی انتظامی معرفی کنید؟
تا چه اندازه علاقه‌مندید معتادین (در خانواده و دوستان و بستگان) را به کمپ‌های ترک اعتیاد معرفی کنید؟
تا چه اندازه در زمینه شناخت انواع مواد مخدر و معضلات آن تلاش می‌کنید.

زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه

تا چه اندازه از برنامه‌های آموزشی در خصوص اعتیاد اطلاع دارید که برای خانواده‌ها اجرا شده باشد؟
تا چه اندازه از برنامه‌های آموزشی در خصوص اعتیاد اطلاع دارید که برای مدارس اجرا شده باشد؟
تا چه اندازه از برنامه‌های آموزشی در خصوص اعتیاد اطلاع دارید که برای دانشگاه‌ها اجرا شده باشد؟
تا چه اندازه از برنامه‌های آموزشی در خصوص اعتیاد اطلاع دارید که در سطح محلات (در مساجد و مکان‌های عمومی از جمله پارک‌ها و...) برای عموم مردم (نه تنها معتادان) اجرا شده باشد؟
تا چه اندازه در شهر کرمان از وجود نمایشگاه‌هایی با موضوع اعتیاد، اطلاع پیدا کرده‌اید؟

چند موسسه خصوصی یا دولتی و یا نهادی را می‌شناسید که در زمینه آگاهی رسانی در خصوص اعتیاد فعالیت دارند؟

چقدر صدا و سیما را فعال به ارائه برنامه‌هایی می‌بینید که با محوریت معرفی معضل اعتیاد همراه است؟

چقدر مدارس را فعال به ارائه برنامه‌هایی می‌بینید که با محوریت معرفی معضل همراه است؟

چقدر دانشگاه‌ها را فعال به ارائه برنامه‌هایی می‌بینید که با محوریت معرفی معضل همراه است؟

چقدر ستاد مبارزه با مواد مخدر را فعال به ارائه برنامه‌هایی می‌بینید که با محوریت معرفی معضل اعتیاد همراه است؟

چقدر شاهد برنامه ریزی‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر برای پیشگیری از اعتیاد زنان بوده‌اید؟

پیشگیری ثانویه (برای معتادین)

تا چه اندازه از کمپ‌هایی اطلاع دارید که با هزینه پایین خدمات درمانی را برای معتادین انجام می‌دهند؟

تا چه اندازه از برنامه‌هایی اطلاع دارید که به منظور اشتغال زایی به آموزش فنی و حرفه‌ای برای معتادین یا افرادی ترک کرده اجرا شده باشد؟

تا چه اندازه دولت از خانواده‌های معتادین پس از ترک حمایت می‌کند؟

چه تعداد مراکز درمانی دولتی را می‌شناسید که به جمع‌آوری معتادان پرخطر مشهورند؟

تا چه اندازه از آموزش‌هایی اطلاع دارید که از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر و یا دیگر نهادهای فعال در زمینه اعتیاد بوده‌اید که هدف آن آموزش لازم در خصوص جلوگیری از بیماری‌های خطرناکی از جمله ایدز برای معتادین باشد؟

میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی از مضرات اعتیاد:

تا چه اندازه شاهد برنامه‌های آموزشی از سوی نیروی انتظامی بوده‌اید که هدف آن‌ها آشنایی شما از مضرات موارد زیر بوده باشد:

سیگار

قلیان

تریاک

حشیش

شیشه

هروئین

قرص‌های روان گردان

داروهای اعتیاد آور

مواد مخدر صنعتی نوظهور و جدید

شناخت انواع مواد مخدر:

با توجه به تصاویر ارائه شده نام هر ماده مخدر را در زیران یادداشت کنید:

(۱) گیاه خشخاش



(۲) هروئین



هروئین



(۳) مورفین



(۴) حشیش



(۵) کراک



(۶) کوائین



شیشه



۷) آل اس دی



اکستازی



۸) حشیش



از نظر شما در موارد زیر علائم و نشانه‌های فیزیکی و جسمی سوءمصرف مواد مخدر در افراد معتاد چگونه است؟

حالت چشم‌ها: سرخ شدن چشم‌ها

حالت نگاه افراد معتاد: نگاه‌های مات به مدت طولانی

طرز صحبت ایشان: نامفهوم و جویده شدن طرز صحبت

حرکات بدنی: عدم تعادل در حرکات، جای تزریق در بدن

وضعیت تحصیل: غیبت‌های مکرر از کلاس درس و کاهش علاقه به تحصیل

حالات رفتاری و عصبی: بی‌قراری شدید، تغییرات ناگهانی خلق

اگر کسی در خانه شما در غیاب شما دست به استعمال مواد مخدر زده باشد چه علائمی می‌تواند به شما کمک کند که به آن پی ببرید؟ (۵ مورد) به مشام رسیدن بوهای غیرعادی از دهان یا لباس، وجود سوزن‌ها و سنجاق‌های سیاه شده، قاشق خمیده و دود گرفته و ورق آلومینیومی، لوله‌های خالی خودکار، کبریت نیم سوخته در محل‌های غیرمعمول

وضعیت خواب و سلامتی: تغییرات شدید خواب (بی‌خوابی، خواب آلودگی، خوابیدن در طول روز، کابوس دیدن و ...)، تغییرات شدید در عادات غذا خوردن (بی‌اشتهایی، کم‌خوراکی، پر خوری و ...) وضعیت ارتباطی با دوستان: عدم تمایل به برقراری رابطه دوستی با سایر هم سالان، کاهش توان تحمل و بردباری در برابر مشکلات

میزان ناآگاهی خانواده‌ها از عوامل مؤثر بر اعتیاد

از نظر شما میزان اهمیت موارد فوق در خصوص عواملی که منجر به اعتیاد شهروندان می‌گردد چقدر است؟ اگر بخواهید از ۲۰ نمره، نمره‌ای به موارد فوق بر اساس اهمیت هر مورد بدهید چه نمره‌ای را اختصاص می‌دهید.

نداشتن جرات و مهارت نه گفتن

ناتوانی و نداشتن مهارت در حل و فصل مسائل و مشکلات زندگی

سابقه مصرف سایر اعضای خانواده

سابقه مصرف در خویشاوندان

ضعف مهارت‌های فرزند پروری (مدبرنیا، ۱۳۹۲)
پیروی از الگوی تقلید و دنباله روی از فرهنگ گروهی
ابتلا به بیماری جسمی-روانی
کنجکاوی در کسب تجارب تازه،
نگرش مثبت به استفاده از مواد مخدر
شرکت در مجالسی که همراه با استعمال مواد مخدر است
خجالتی بودن و گوشه گیری (برجاس، گواری علی زاده و همکارانش، ۱۳۹۰: ۲۷۹-۲۸۶)
ابراز نکردن علاقه و محبت والدین نسبت به فرزندان
توقعات بیش از حد و غیرمعقول خانواده
تبعیض گذاشتن والدین بین فرزندان،
تشنج و درگیری در خانواده (باهمسر و فرزندان)
حمایت افراطی توسط والدین و... است

پنداشت شهروندان از میزان نظم و قانون در جامعه

از نظر شما تا چه اندازه در موارد قانون و مقررات رعایت می‌شود و در آن‌ها قانون‌گریزی وجود داشته و معتقدید که در آن‌ها بی‌نظمی (از جمله فساد و پارتی بازی) محدود است.

دانشگاه‌ها

مدارس و آموزشگاه‌ها

بانک‌ها

بیمارستان‌ها

نیروی انتظامی

راهنمایی و رانندگی

پلیس مبارزه با مواد مخدر

شهرداری‌ها

شورای شهر

مجلس شورای اسلامی

در سطح جامعه به‌طور کلی

وابستگی به دیگر آن

تا چه اندازه فکر می‌کنید که والدین در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟

تا چه اندازه فکر می‌کنید خواهرتان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟

تا چه اندازه فکر می‌کنید برادران در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟

تا چه اندازه اقوام و خویشان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟

تا چه اندازه دوستانان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟

تا چه اندازه نسبت به دیگر آن (مردم) در خود علاقه می‌بینید؟

تا چه اندازه به شهرتان علاقه دارید؟

تا چه اندازه زندگی در شهر خود را به زندگی در دیگر شهرهای ایران ترجیح می‌دهید؟

تا چه اندازه به ایران علاقه دارید؟

تا چه اندازه به زندگی در ایران را به زندگی در کشورهای دیگر ترجیح می‌دهید.

تا چه اندازه برای موارد فوق احترام قائلید:

معلمین و اساتید دانشگاه

مأمورین نیروی انتظامی

شهرداری‌ها

دادگاه‌ها

نمایندگان (مجلس، شورای شهر و...)

مسئولین (رئیس جمهور و وزرا و...)

پزشکان و پرستاران

مهندسين

کارمندان

امید به آینده

با توجه به شرایط کنونی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنید و شرایط سیاسی کشور تا چه اندازه امید دارید:

وضعیت اشتغال جوانان در آینده‌ای نزدیک فراهم شود.

وضعیت بهداشت و سلامت بهبود یابد.

ارزش‌های انسانی ارتقاء یابد.

اعتقادات مردم عمیق‌تر شود.

وضعیت علم و پژوهش بهبود یابد و تصمیم‌گیری مدیران پژوهش محور گردد.

شرایط ازدواج برای جوانان تسهیل گردد.

وضعیت مسکن بهبود یابد.

هزینه‌های زندگی در حد توان شما گردد.

رشد اقتصادی در کشور پدیدار گردد.

همه مردم در رفاه باشند.

کیفیت روابط خانوادگی

تا چه اندازه در خانواده به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد

جایگاه همفکری و تعامل در خانواده شما چقدر است؟

تا چه اندازه در خانواده شما پدر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد

تا چه اندازه در خانواده شما مادر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد.

تا چه اندازه بین فرزندان در خانواده شما نزاع و درگیری رخ می‌دهد؟

تا چه اندازه در خانواده شما بین والدین نزاع و درگیری رخ می‌دهد؟

کیفیت شبکه‌های اجتماعی

توان برقراری روابط اجتماعی با دیگر آن را در خود تا چه حد می‌بینید؟

تا چه اندازه در پارک‌ها و مکان‌های عمومی تلاش می‌کنید با غریبه‌ها سر صحبت را باز کنید؟

تا چه اندازه در ادارات و سازمان‌ها تلاش می‌کنید با دیگر ارباب رجوعان سر صحبت را باز کنید

در محیط کاری و یا تحصیلات تا چه اندازه با همکاران و همکلاسی‌های غریبه سر صحبت را باز می‌کنید؟

در محیط خانواده، خویشان و دوستان تا چه اندازه به گوشه‌گیری و انزوا شهرت دارید؟

تعداد دوستان (که با آن‌ها روابط صمیمی و یا سطحی دارید) شما چند نفر است؟

تا چه اندازه در محیط مجازی و شبکه‌های اجتماعی مجازی فعالیت دارید؟

تا چه اندازه وقتتان را صرف یافتن دوست در محیط‌های (مجازی) می‌کنید؟

بی‌اعتمادی عمومی و بی‌اعتمادی نهادی

اعتماد بین شخصی

اعتماد به والدین

اعتماد به خواهر

اعتماد به برادر

دوستان

خویشان (عموها، دایی، عمه و...)

اعتماد نهادی

تا چه اندازه به نهادهای زیر اعتماد دارید:

ستاد مبارزه با مواد مخدر

نیروی انتظامی به طور کلی

دادگاه‌ها و قضات

شهرداری

بیمارستان‌ها و پزشکان

معلمین

کارمندان

شورای شهر

نمایندگان مجلس

اعتماد عمومی

تا چه اندازه امکان دارد در صورت اجبار وسایلتان را در سفر برای مدت محدودی به دیگر مسافران بسپارید؟

تا چه اندازه امکان دارد در صورت اجبار وسایلتان را در سفر برای مدت محدودی به یک مغازه دار بسپارید؟

تا چه اندازه مغازه داران در فروش اجناس خود صادق‌اند؟

تا چه اندازه به عموم مردم می‌شود اعتماد کرد؟

اگر غریبه‌ای زنگ خانه شما را زد و تقاضای استفاده از تلفن یا تقاضای وسایل و تجهیزات دیگر را داشت تا چه اندازه امکان دارد به او کمک کنید؟

اگر خانواده‌ای مسافر را دیدید که سرپناهی ندارد تا چه اندازه امکان دارد آن‌ها را به خانه خود دعوت کنید.

مشکلات و گرفتاری‌های روزمره شهروندان

هر فرد در زندگی خود هر روزه با مسائل و مشکلات مختلفی درگیر است. مشکلات اقتصادی اشاره به وضعیت نابسامان اقتصادی در زندگی فرد دارد که درگیری ذهنی و احساسی را برای او به دنبال دارد. فقر،

احساس ناعدالتی (محرومیت نسبی)، عدم رضایت از زندگی و ناامیدی نسبت به آینده شغلی و بهبود وضعیت اقتصادی در این حوزه جای می‌گیرد.

از فرد خواسته می‌شود که بگوید اگر بخواهد به هرکدام از مشکلات اقتصادی خود که برای او (در صورتی که متأهل است و یا جدا از والدین زندگی می‌کند) و خانواده‌اش (در صورتی که با خانواده زندگی می‌کند) مشغله ذهنی به وجود آورده است نمره‌ای را اختصاص دهد (از ۲۰ نمره)، چه نمره‌ای به موارد زیر می‌دهد: پرداخت اجاره خانه (در صورتی که مستأجر است)، اجاره مغازه (در صورتی که مغازه دار است)، بهای آب، برق، گاز و...، پرداخت وام، پرداخت چک و بدهی مالی، هزینه خوراک و پوشاک، هزینه تحصیل و آموزش، مشکلات مربوط به بیماری و یا بهداشت (خود و یا اعضای خانواده)، مشکلات شغلی (در صورتی که شاغل است) و دغدغه بیکاری (در صورتی که بیکار است)، دغدغه ازدواج و تشکیل خانواده (در صورتی که مجرد است)، دغدغه درآمد و هزینه‌های خانواده،

زمینه سازی مشارکت اجتماعی

تا چه اندازه در کشور بستر مناسب جهت مشارکت شما (ایجاد تشکل‌های مردمی) در برنامه‌های اجرایی وجود دارد

در سطح حل و فصل مشکلات ساختمان (همسایگان و...)

در سطح حل و فصل مشکلات محله

در سطح حل و فصل مشکلات شهر

در سطح کشور و تصمیم‌گیری‌های دولت

در سطح نیروی انتظامی و انجام مأموریت‌های آن

افراد در طول روز چقدر زمان آزاد را در اختیار دارند که می‌توانید آن را صرف مشارکت با نهادهای گوناگون از جمله نیروی انتظامی کنند؟

تا چه اندازه در جامعه ما سازمان‌ها و نهادهایی ایجاد شده است که هدف از تشکیلشان جلب مشارکت شما در جهت حل و فصل مشکلات و یا تصمیم‌گیری‌ها باشد

در سطح محله

در سطح شهر

در سطح تأثیر گذاری بر تصمیمات دولت

در سطح نیروی انتظامی و جلب مشارکت شما درانجام مأموریت

درآمد: اشاره به میزان درآمد فرد دارد که از فعالیت‌های اقتصادی او حاصل می‌شود.

تحصیلات: اشاره به سطوح تحصیلی دارد که فرد گذرانده یا در حال تحصیل است. تحصیلات از سطوح ابتدایی تا دانشگاهی را شامل می‌شود.

نوع شغل: اشاره به دسته بندی انواع شغل بر اساس طبقه بندی شغلی به کارمند، معلمین و اساتید دانشگاه، پرستاران و پزشکان، مهندسین، کسبه و بازاریان، کارگران و شغل‌های خدماتی (رانندگی و...) است.

وضعیت اشتغال: اشاره شاغل یا بیکار بودن افراد دارد.

منطقه محل سکونت: اشاره به منطقه سکونت فرد از نظر تقسیمات طبقه‌ای است. اینکه فرد در منطقه‌ای زندگی می‌کند که از نظر شهروندان دیگر منطقه شمال شهری محسوب می‌شود یا خیر؟

روایی تحقیق^۱

برای آزمون تکرارپذیری یا روایی تحقیق از آلفای کرونباخ استفاده شده است. این ضریب برای متغیرهای تحقیق باید بالاتر از (۰/۷) گزارش شود تا بتوان ادعا نمود که تکرار پذیری تحقیق بالا است. آنچه در قسمت پایین گزارش شده است ضریب روایی و آلفای کرونباخ برای هر کدام از متغیرهای موجود در تحقیق است که وارد طیف لیکرت شده‌اند و محاسبات آماری براین اساس ارائه شده است.

ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر اعتماد بین شخصی

جدول زیر نشان می‌دهد که برای ۵ گویه پرسشنامه تحقیق که اعتماد بین شخصی را اندازه گیری می‌نموده‌اند ضریب الفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳۸ گزارش شده است. این رقم از آنجا که بالاتر از ۰/۷ است نیاز به حذف هیچ گویه‌ای ندارد. تعداد کل پاسخ داده‌ها برابر با ۳۸۹ نفر گزارش شده است.

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق

تعداد سؤالات (گویه)	ضریب آلفای کرونباخ
۵	۰/۷۳۸

¹ Reliability

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق به شرط حذف گویه

ضریب آلفا به شرط حذف گویه	ضریب همبستگی کلی	واریانس به شرط حذف گویه	میانگین به شرط حذف گویه	
۰/۶۴۴	۰/۵۷۴	۹/۶۳۳	۱۴/۴۹	اعتماد به والدین
۰/۷۰۳	۰/۴۸۱	۹/۶۲۳	۱۴/۷۶	اعتماد به خواهر
۰/۶۴۵	۰/۶۳۱	۹/۷۲۴	۱۴/۴۲	اعتماد به برادر
۰/۷۳۸	۰/۳۷۰	۱۱/۱۵۲	۱۵/۲۸	دوستان
۰/۷۰۶	۰/۶۷۴	۱۰/۵۳۰	۱۵/۳۰	خویشان (عموها، دایی، عمه و...)

ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر اعتماد عمومی

جدول زیر نشان می‌دهد که برای ۵ گویه پرسشنامه تحقیق که اعتماد عمومی را اندازه‌گیری می‌نموده‌اند ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۹۱ گزارش شده است. این رقم کمتر از ۰/۷ است اما از آنجا که به ۰/۷ بسیار نزدیک است نیاز به حذف هیچ گویه‌ای ندارد.

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق

Reliability Statistics

تعداد سؤالات (گویه)	ضریب آلفای کرونباخ
۵	۰/۶۹۱

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق به شرط حذف گویه

ضریب آلفا به شرط حذف گویه	ضریب همبستگی کلی	واریانس به شرط حذف گویه	میانگین به شرط حذف گویه	
۰/۶۳۴	۰/۴۶۵	۹/۴۹۴	۹/۴۲	در مسافرت وسایلتان را برای انجام کاری به یک غریبه بسپارید
۰/۵۹۸	۰/۵۴۳	۸/۹۹۷	۹/۳۰	در مسافرت برای انجام کاری وسایلتان را به مغازه‌ای بسپارید
۰/۶۷۳	۰/۳۳۶	۱۰/۵۷۶	۹/۴۲	مغازه داران در فروش اجناس خود صادق‌اند
۰/۶۵۲	۰/۴۲۴	۹/۶۲۴	۹/۱۸	کمک به غریبه‌ای که برای امانت گرفتن وسیله‌ای به شما درخواست می‌دهد
۰/۶۴۷	۰/۴۳۴	۹/۷۳۳	۹/۳۱	جای دادن به مسافر بی‌پناهی برای مدت محدود در خانه

ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر اعتماد نهادی

جدول زیر نشان می‌دهد که برای ۹ گویه پرسشنامه تحقیق که اعتماد نهادی را اندازه‌گیری می‌نموده‌اند ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹۸ گزارش شده است. این رقم از آنجا که بالاتر از ۰/۷ است نیاز به حذف هیچ گویه‌ای ندارد. تعداد کل پاسخ داده‌ها برابر با ۳۸۹ نفر گزارش شده است.

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق

Reliability Statistics

تعداد سؤالات (گویه)	ضریب آلفای کرونباخ
۹	۰/۷۹۸

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق به شرط حذف گویه

ضریب آلفا به شرط حذف گویه	ضریب همبستگی کلی	واریانس به شرط حذف گویه	میانگین به شرط حذف گویه	
۰/۷۸۱	۰/۴۶۱	۲۶/۹۲۲	۲۶/۱۰	ستاد مبارزه با مواد مخدر
۰/۷۷۵	۰/۵۱۳	۲۵/۶۴۵	۲۶/۱۵	نیروی انتظامی به طور کلی
۰/۷۶۵	۰/۵۸۲	۲۵/۶۰۱	۲۶/۱۳	دادگاه ها و قضات
۰/۷۷۲	۰/۵۳۲	۲۵/۳۰۸	۲۶/۵۴	شهرداری
۰/۷۷۸	۰/۴۹۱	۲۶/۷۷۱	۲۶/۰۰	بیمارستان ها و پزشکان
۰/۷۹۷	۰/۳۴۵	۲۷/۶۳۴	۲۶/۷۵	معلمین
۰/۷۸۷	۰/۴۱۹	۲۷/۵۰۹	۲۵/۹۲	کارمندان
۰/۷۷	۰/۵۳۶	۲۵/۶۵۱	۲۶/۱۱	شورای شهر
۰/۷۷۴	۰/۵۱۷	۲۶/۲۳۹	۲۶/۱۳	نمایندگان مجلس

ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر امید به آینده

جدول زیر نشان می دهد که برای ۹ گویه پرسشنامه تحقیق که امید به آینده را اندازه گیری می نموده اند ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲۰ گزارش شده است. این رقم از آنجا که بالاتر از ۰/۷ است نیاز به حذف هیچ گویه ای ندارد. تعداد کل پاسخ داده ها برابر با ۳۸۹ نفر گزارش شده است.

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق

تعداد سؤالات (گویه)	ضریب آلفای کرونباخ
۹	۰/۹۲۰

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق به شرط حذف گویه

میانگین به شرط حذف گویه	واریانس به شرط حذف گویه	ضریب همبستگی کلی	ضریب آلفا به شرط حذف گویه	
۲۲/۱۳	۵۳/۴۷۷	۰/۶۷۴	۰/۹۱۴	وضعیت اشتغال جوانان در آینده‌ای نزدیک فراهم شود
۲۱/۶۷	۵۶/۴۹۹	۰/۵۴۶	۰/۹۲۱	وضعیت بهداشت و سلامت بهبود یابد
۲۱/۸۷	۵۳/۲۷۴	۰/۷۴۰	۰/۹۱۰	ارزش‌های انسانی ارتقاء یابد
۲۱/۸۹	۵۴/۱۲۹	۰/۶۶۰	۰/۹۱۵	اعتقادات مردم عمیق‌تر شود
۲۱/۹۳	۵۳/۷۲۷	۰/۶۹۹	۰/۹۱۲	تصمیم‌گیری مدیران علمی و پژوهش محور گردد
۲۲/۱۹	۵۳/۱۷۲	۰/۸۳۰	۰/۹۰۳	شرایط ازدواج برای جوانان تسهیل گردد
۲۲/۲۸	۵۱/۲۴۲	۰/۷۵۹	۰/۹۰۸	وضعیت مسکن بهبود یابد
۲۲/۰۹	۵۲/۳۶۱	۰/۷۳۸	۰/۹۱۰	هزینه‌های زندگی در حد توان شما گردد
۲۲/۱۳	۵۱/۵۵۳	۰/۷۹۰	۰/۹۰۶	رشد اقتصادی در کشور پدیدار گردد

ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد

جدول زیر نشان می‌دهد که برای ۱۰ گویه پرسشنامه تحقیق که بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد را اندازه‌گیری می‌نموده‌اند ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷۹ گزارش شده است. این رقم از آنجا که بالاتر از ۰/۷ است نیاز به حذف هیچ گویه‌ای ندارد. تعداد کل پاسخ داده‌ها برابر با ۳۸۹ نفر گزارش شده است.

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق

تعداد سؤالات (گویه)	ضریب آلفای کرونباخ
۱۰	۰/۸۷۹

جدول: ضریب آلفای کروناخ برای کلیه متغیرهای تحقیق به شرط حذف گویه

ضریب آلفا به شرط حذف گویه	ضریب همبستگی کلی	واریانس به شرط حذف گویه	میانگین به شرط حذف گویه	
۰/۸۶۹	۰/۵۷۴	۵۷/۵۵۶	۲۴/۰۱	سبب آگاهی نسبت به معضل اعتیاد
۰/۸۳۶	۰/۶۵۷	۵۵/۶۷۶	۲۴/۸۸	شرکت در نمایشگاه‌ها و سمینارهای مربوط به اعتیاد
۰/۸۶۸	۰/۵۹۴	۵۷/۱۱۸	۲۴/۳۱	نشستن پای صحبت افرادی که از خطرات اعتیاد آگاه‌اند
۰/۸۶۳	۰/۶۵۱	۵۵/۵۸۱	۲۴/۶۲	پیگیری اخبار مربوط به اعتیاد
۰/۸۶۴	۰/۶۴۲	۵۶/۴۱۰	۲۵/۰۴	مطالعه کتب با موضوع اعتیاد
۰/۸۶۴	۰/۶۳۸	۵۴/۹۳۸	۲۴/۵۳	ارشاد و راهنمایی معتادان
۰/۸۶۷	۰/۶۰۲	۵۶/۸۴۱	۲۵/۰۹	گزارش قاچاق و قاچاقچیان مواد مخدر
۰/۸۷۳	۰/۵۲۱	۵۸/۳۲۹	۲۵/۴۱	معرفی معتادین به مأمورین
۰/۸۷۰	۰/۵۶۴	۵۶/۶۴۷	۲۴/۷۸	معرفی دوستان و آشنایان نزدیک به کمپ‌های ترک اعتیاد
۰/۸۶۸	۰/۵۹۴	۵۶/۰۱۹	۲۴/۳۸	تلاش در زمینه آگاهی و شناخت مضرات انواع مواد مخدر

ضریب آلفای کروناخ برای متغیر پنداشت شهروندان از نظم و قانون

جدول زیر نشان می‌دهد که برای ۱۱ گویه پرسشنامه تحقیق که پنداشت شهروندان از نظم و قانون را اندازه گیری می‌نموده‌اند ضریب آلفای کروناخ برابر با ۰/۹۱۴ گزارش شده است. این رقم از آنجا که بالاتر از ۰/۷ است نیاز به حذف هیچ گویه‌ای ندارد. تعداد کل پاسخ داده‌ها برابر با ۳۸۹ نفر گزارش شده است.

جدول: ضریب آلفای کروناخ برای کلیه متغیرهای تحقیق

تعداد سؤالات (گویه)	ضریب آلفای کروناخ
۱۱	۰/۹۱۴

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق به شرط حذف گویه

ضریب آلفا به شرط حذف گویه	ضریب همبستگی کلی	واریانس به شرط حذف گویه	میانگین به شرط حذف گویه	
۰/۹۱۳	۰/۵۳۱	۱۲۷۱/۲۱۵	۱۴۰/۲۳	دانشگاهها
۰/۹۱۵	۰/۴۸۵	۱۲۷۷/۶۷۸	۱۴۰/۰۶	مدارس و آموزشگاهها
۰/۹۰۷	۰/۶۶۱	۱۱۹۸/۴۲۱	۱۴۰/۶۰	بانکها
۰/۹۰۷	۰/۶۶۴	۱۲۴۷/۰۷۹	۱۴۰/۰۰	بیمارستانها
۰/۹۰۶	۰/۷۳۲	۱۲۰۴/۶۳۲	۱۳۹/۶۹	نیروی انتظامی
۰/۹۰۲	۰/۷۴۹	۱۲۱۲/۷۳۳	۱۳۹/۸۲	راهنمایی و رانندگی
۰/۹۰۶	۰/۶۸۰	۱۲۲۵/۳۲۶	۱۳۹/۵۷	پلیس مبارزه با مواد مخدر
۰/۹۰۵	۰/۶۹۰	۱۲۰۰/۸۸۸	۱۴۱/۲۶	شهرداریها
۰/۹۰۲	۰/۷۴۳	۱۱۸۰/۵۴۰	۱۴۰/۱۸	شورای شهر
۰/۹۰۳	۰/۷۳۴	۱۱۸۲/۲۴۸	۱۳۹/۳۹	مجلس شورای اسلامی
۰/۹۰۵	۰/۶۹۳	۱۲۲۸/۷۵۶	۱۴۰/۱۹	در سطح جامعه

ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر پیشگیری ثانویه

جدول زیر نشان می‌دهد که برای ۵ گویه پرسشنامه تحقیق که پیشگیری ثانویه را اندازه گیری می‌نموده‌اند ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹۶ گزارش شده است. این رقم از آنجا که بالاتر از ۰/۷ است نیاز به حذف هیچ گویه‌ای ندارد. تعداد کل پاسخ داده‌ها برابر با ۳۸۹ نفر گزارش شده است.

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق

تعداد سؤالات (گویه)	ضریب آلفای کرونباخ
۵	۰/۷۹۶

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق به شرط حذف گویه

میانگین به شرط حذف گویه	واریانس به شرط حذف گویه	ضریب همبستگی کلی	ضریب آلفا به شرط حذف گویه	
۷/۸۶	۹/۷۷۷	۰/۵۴۶	۰/۷۶۸	کمپ‌هایی با هزینه پایین خدمات درمانی می‌شناسید؟
۸/۰۵	۹/۸۹۲	۰/۵۸۵	۰/۷۵۴	آشنایی از برنامه‌هایی دارید که برای اشتغال زایی برای معتادین و یا افراد ترک کرده همراه است
۸/۱۹	۱۰/۰۲۴	۰/۵۶۹	۰/۷۶۰	حمایت دولت از خانواده معتادینی که در حال ترک‌اند
۸/۰۲	۹/۹۲۶	۰/۶۱۶	۰/۷۴۶	تعداد مراکزی که به جمع آوری معتادین پر خطر می‌پردازند
۷/۷۶	۹/۶۸۱	۰/۵۷۱	۰/۷۵۹	آگاهی داشتن از برنامه‌های آموزشی که برای معتادین از ایدز سخن می‌گوید

ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر زمینه سازی مشارکت اجتماعی

جدول زیر نشان می‌دهد که برای ۵ گویه پرسشنامه تحقیق که مشارکت اجتماعی را اندازه گیری می‌نموده‌اند ضریب الفای کرونباخ برابر با ۰/۶۵۱ گزارش شده است. این رقم از آنجا که کمتر از ۰/۷ است نیاز به حذف گویه دارد. همان‌طور که در جدول حذف گویه مشخص است با حذف آخرین گویه ضریب آلفا را می‌توان به ۰/۷۲۱ رساند به همین علت گویه تعداد نهادهایی را که می‌شناسید باهدف جذب مشارکت مردم (در جهت حل و فصل مشکلات محله و...) است را حذف می‌نماییم.. تعداد کل پاسخ داده‌ها برابر با ۳۸۹ نفر گزارش شده است.

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق

Reliability Statistics

تعداد سؤالات (گویه)	ضریب آلفای کرونباخ
۴	۰/۶۵۱

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق به شرط حذف گویه

میانگین به شرط حذف گویه	واریانس به شرط حذف گویه	ضریب همبستگی کلی	ضریب آلفا به شرط حذف گویه	
۱۲/۱۸	۵۶/۹۶۳	۰/۸۷۱	۰/۱۲۷	در سطح حل و فصل مشکلات ساختمان (همسایگان و ///)
۱۱/۸۷	۴۵/۴۷۱	۰/۸۶۶	۰/۱۴۳	در سطح حل و فصل مشکلات محله
۱۶/۵۲	۱۷۱/۳۰۹	۰/۲۴۱	۰/۷۱۲	در سطح حل و فصل مشکلات شهر
۱۶/۷۶	۱۷۳/۴۱۵	۰/۱۳۲	۰/۷۲۱	تعداد نهادهایی را که می شناسید باهدف جذب مشارکت مردم (در جهت حل و فصل مشکلات محله و... است)

ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر کیفیت روابط خانوادگی

جدول زیر نشان می دهد که برای ۵ گویه پرسشنامه تحقیق که روابط خانوادگی را اندازه گیری می نموده اند ضریب الفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸۹ گزارش شده است. این رقم از آنجا که بالاتر از ۰/۷ است نیاز به حذف هیچ گویه ای ندارد. تعداد کل پاسخ داده ها برابر با ۳۸۹ نفر گزارش شده است.

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق

ضریب آلفای کرونباخ	تعداد سؤالات (گویه)
۰/۷۸۹	۳

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق به شرط حذف گویه

میانگین به شرط حذف گویه	واریانس به شرط حذف گویه	ضریب همبستگی کلی	ضریب آلفا به شرط حذف گویه	
۷/۷۶	۳/۴۷۱	۰/۵۹۶	۰/۷۵۰	همفکری و تعامل وجود دارد؟
۷/۶۹	۳/۲۴۸	۰/۶۶۰	۰/۶۸۱	پدر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد
۷/۶۵	۳/۲۹۸	۰/۶۳۵	۰/۷۰۹	مادر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد/

ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر کیفیت شبکه‌های اجتماعی

جدول زیر نشان می‌دهد که برای ۸ گویه پرسشنامه تحقیق که شبکه‌های اجتماعی را اندازه‌گیری می‌نموده‌اند ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۶۹ گزارش شده است. این رقم از آنجا که کوچکتر از ۰/۷ است نیاز به حذف گویه وجود دارد با حذف گویه در محیط خانواده، خویشان و دوستان تا چه اندازه به گوشه‌گیری و انزوا شهرت دارید؟ ضریب روایی به ۰/۷۵۸ می‌رسد به همین علت این گویه حذف می‌شود. تعداد کل پاسخ داده‌ها برابر با ۳۸۹ نفر گزارش شده است.

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق

تعداد سؤالات (گویه)	ضریب آلفای کرونباخ
۸	۰/۶۶۹

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق به شرط حذف گویه

ضریب آلفا به شرط حذف گویه	ضریب همبستگی کلی	واریانس به شرط حذف گویه	میانگین به شرط حذف گویه
۰/۶۳۲	۰/۳۹۱	۱۸/۵۹۵	۲۰/۰۳
۰/۵۸۰	۰/۵۹۱	۱۶/۵۶۳	۲۱/۰۳
۰/۶۱۳	۰/۶۴۱	۱۷/۵۲۶	۲۰/۷۹
۰/۶۰۴	۰/۴۹۲	۱۶/۹۷۵	۲۰/۵۸
۰/۷۵۸	۰/۱۷۹	۲۳/۴۰۲	۱۹/۹۱
۰/۶۰۸	۰/۴۷۸	۱۷/۱۵۵	۲۰/۵۲
۰/۶۴۳	۰/۳۴۵	۱۷/۸۲۹	۲۰/۸۷
۰/۶۲۴	۰/۴۱۷	۱۷/۶۴۸	۲۱/۴۳

ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر ساختار زمینه‌ای مشارکت پیشگیرانه

جدول زیر نشان می‌دهد که برای ۱۰ گویه پرسشنامه تحقیق که ساختار زمینه‌ای مشارکت پیشگیرانه را اندازه‌گیری می‌نموده‌اند ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶۶ گزارش شده است. این رقم از آنجا که بالاتر از ۰/۷ است نیاز به حذف هیچ گویه‌ای ندارد. تعداد کل پاسخ داده‌ها برابر با ۳۸۹ نفر گزارش شده است.

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق

تعداد سؤالات (گویه)	ضریب آلفای کرونباخ
۱۰	۰/۸۶۶

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق به شرط حذف گویه

ضریب آلفا به شرط حذف گویه	ضریب همبستگی کلی	واریانس به شرط حذف گویه	میانگین به شرط حذف گویه	
۰/۸۴۹	۰/۶۴۰	۴۰/۴۶۵	۲۱/۲۳	برای خانواده‌ها اجرا شده باشد
۰/۸۵۰	۰/۶۲۴	۴۰/۸۲۷	۲۱/۰۳	برای مدارس اجرا شده باشد
۰/۸۴۸	۰/۶۴۸	۴۰/۸۳۲	۲۱/۱۴	برای دانشگاه‌ها اجرا شده باشد
۰/۸۵۹	۰/۵۱۵	۴۲/۱۳۳	۲۱/۲۴	در سطح محلات (در مساجد و مکان‌های عمومی از جمله پارک‌ها و ...) برای عموم مردم اجرا شده باشد
۰/۸۵۴	۰/۵۸۰	۴۲/۱۹۲	۲۱/۳۸	اطلاع از وجود نمایشگاه‌ها با موضوع اعتیاد
۰/۸۶۱	۰/۴۹۴	۴۲/۱۰۶	۲۰/۵۲	فعالیت صدا و سیما در زمینه ساخت برنامه‌ها با موضوع اعتیاد
۰/۸۴۹	۰/۶۴۱	۴۱/۳۰۸	۲۱/۱۳	چقدر مدارس را فعال به ارائه برنامه‌هایی می‌بینید که با محوریت معرفی معضل همراه است
۰/۸۵۵	۰/۵۶۶	۴۲/۱۵۱	۲۱/۲۱	چقدر دانشگاه‌ها را فعال به ارائه برنامه‌هایی می‌بینید که با محوریت معرفی معضل همراه است؟
۰/۸۵۵	۰/۵۶۹	۴۱/۶۶۴	۲۱/۳۵	چقدر شاهد برنامه ریزی‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر برای پیشگیری از اعتیاد زنان بوده‌اید؟
۰/۸۵۷	۰/۵۳۴	۴۲/۶۲۶	۲۱/۳۹	چند موسسه خصوصی یا دولتی و یا نهادی را می‌شناسید که در زمینه آگاهی رسانی در خصوص اعتیاد فعالیت دارند؟

ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر مشکلات و گرفتاری‌های روزانه شهروندان

جدول زیر نشان می‌دهد که برای ۸ گویه پرسشنامه تحقیق که مشکلات و گرفتاری‌های روزانه شهروندان را اندازه گیری می‌نموده‌اند ضریب الفای کرونباخ برابر با ۰/۷۷۰ گزارش شده است. این رقم از آنجا که بالاتر از ۰/۷ است نیاز به حذف هیچ گویه‌ای ندارد. تعداد کل پاسخ داده‌ها برابر با ۳۸۹ نفر گزارش شده است.

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق

تعداد سؤالات (گویه)	ضریب آلفای کرونباخ
۸	۰/۷۷۰

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق به شرط حذف گویه

ضریب آلفا به شرط حذف گویه	ضریب همبستگی کلی	وارianس به شرط حذف گویه	میانگین به شرط حذف گویه	
۰/۷۵۲	۰/۴۳۶	۹۲۹/۰۹۱	۹۵/۱۵	اجاره خانه
۰/۷۵۴	۰/۴۲۱	۹۵۳/۳۸۰	۹۷/۴۱	اجاره مغازه
۰/۷۲۴	۰/۶۵۱	۹۴۱/۹۰۳	۹۰/۰۹	هزینه خوراک و پوشاک
۰/۷۲۱	۰/۶۲۵	۹۰۵/۴۶۷	۹۰/۴۰	پرداخت وام و دیگر بدهی های مالی
۰/۷۳۰	۰/۶۰۹	۹۵۶/۴۸۶	۸۹/۷۳	هزینه تحصیلی و آموزشی
۰/۷۳۹	۰/۵۵۲	۹۸۲/۳۱۸	۸۹/۷۴	هزینه آب و برق
۰/۸۱۸	۰/۲۸۸	۸۶۴/۱۹۲	۸۹/۶۱	مشکلات بیماری
۰/۷۳۴	۰/۵۷۱	۹۵۷/۷۹۳	۸۹/۰۷	بیکاری خود یا دیگر اعضای خانواده

ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر میزان آگاهی رسانی از مضرات اعتیاد

جدول زیر نشان می دهد که برای ۹ گویه پرسشنامه تحقیق که مضرات اعتیاد را اندازه گیری می نموده اند ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۶۶۲ گزارش شده است. این رقم از آنجا که کوچکتر از ۰/۷ است نیاز به حذف گویه ای وجود دارد. با حذف گویه حشیش ضریب روایی به ۰/۷۱۳ می رسد. به همین علت این گویه از تحلیل حذف می شود. تعداد کل پاسخ داده ها برابر با ۳۸۹ نفر گزارش شده است.

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق

Reliability Statistics

تعداد سؤالات (گویه)	ضریب آلفای کرونباخ
۹	۰/۶۶۲

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق به شرط حذف گویه

ضریب آلفا به شرط حذف گویه	ضریب همبستگی کلی	واریانس به شرط حذف گویه	میانگین به شرط حذف گویه	
سیگار	۰/۵۱۵	۹۳/۰۲۸	۲۳/۶۹	
قلیان	۰/۵۴۴	۹۲/۳۳۷	۲۳/۴۸	
تریاک	۰/۶۲۲	۹۰/۶۴۹	۲۳/۸۲	
حشیش	۰/۲۲۱	۷۷/۰۰۰	۲۳/۶۴	
شیشه	۰/۶۸۸	۸۸/۹۱۵	۲۳/۷۷	
هروئین	۰/۵۴۴	۹۰/۳۳۳	۲۳/۸۲	
قرص‌های روان گردان	۰/۱۷۸	۷۹/۴۵۴	۲۳/۴۲	
داروهای اعتیاد آور	۰/۴۶۱	۹۱/۶۷۸	۲۴/۰۹	
مواد مخدر صنعتی نوظهور و جدید	۰/۴۰۹	۹۱/۲۹۸	۲۴/۰۲	

ضریب آلفای کرونباخ برای متغیر وابستگی به دیگر آن

جدول زیر نشان می‌دهد که برای ۱۹ گویه پرسشنامه تحقیق که وابستگی به دیگران را اندازه گیری می‌نموده‌اند ضریب الفای کرونباخ برابر با ۰/۸۷۱ گزارش شده است. این رقم از آنجا که بالاتر از ۰/۷ است نیاز به حذف هیچ گویه‌ای ندارد. تعداد کل پاسخ داده‌ها برابر با ۳۸۹ نفر گزارش شده است.

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق

Reliability Statistics

تعداد سؤالات (گویه)	ضریب آلفای کرونباخ
۱۹	۰/۸۷۱

جدول: ضریب آلفای کرونباخ برای کلیه متغیرهای تحقیق به شرط حذف گویه

میانگین به شرط حذف گویه	واریانس به شرط حذف گویه	ضریب همبستگی کلی	ضریب آلفا به شرط حذف گویه	
۶۳/۵۱	۱۱۰/۶۹۶	۰/۵۱۵	۰/۸۶۳	فکر می‌کنید که والدین در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟
۶۳/۷۷	۱۱۱/۲۱۶	۰/۴۷۴	۰/۸۶۵	فکر می‌کنید خواهرتان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟
۶۳/۸۱	۱۱۱/۱۹۷	۰/۴۴۲	۰/۸۶۶	می‌کنید برادران در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟
۶۴/۷۰	۱۱۵/۵۶۷	۰/۳۰۷	۰/۸۷۱	تا چه اندازه اقوام و خویشان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟
۶۴/۷۷	۱۱۷/۷۱۰	۰/۲۳۶	۰/۸۷۳	تا چه اندازه دوستانان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟
۶۴/۲۹	۱۱۴/۰۷۲	۰/۴۳۴	۰/۸۶۳	تا چه اندازه نسبت به دیگر آن (مردم) در خود علاقه می‌بینید؟
۶۴/۷۹	۱۱۰/۳۵۷	۰/۵۶۱	۰/۸۶۲	تا چه اندازه به شهرتان علاقه دارید؟
۶۴/۰۹	۱۱۱/۰۷۶	۰/۴۱۲	۰/۸۶۷	زندگی در شهر خود را به دیگر شهرهای ایران ترجیح می‌دهید؟
۶۳/۴۵	۱۱۱/۳۶۹	۰/۴۷۴	۰/۸۶۵	تا چه اندازه به ایران علاقه دارید؟
۶۳/۶۹	۱۱۰/۸۶۸	۰/۴۴۱	۰/۸۶۶	تا چه اندازه زندگی در ایران را به کشورهای دیگر ترجیح می‌دهید
۶۳/۳۲	۱۱۲/۶۸۷	۰/۵۰۱	۰/۸۶۴	معلمین و اساتید دانشگاه
۶۳/۹۳	۱۱۰/۵۴۲	۰/۵۰۹	۰/۸۶۲	مأمورین نیروی انتظامی
۶۴/۲۱	۱۱۳/۴۴۰	۰/۴۴۰	۰/۸۶۶	شهرداری‌ها
۶۴/۰۳	۱۱۱/۰۳۸	۰/۵۴۹	۰/۸۶۲	دادگاه‌ها
۶۳/۹۲	۱۱۰/۲۱۶	۰/۵۴۲	۰/۸۶۲	نمایندگان (مجلس، شورای شهر و...)
۶۳/۸۳	۱۰۹/۶۱۵	۰/۵۴۹	۰/۸۶۲	مسئولین (رئیس جمهور و وزرا و...)
۶۳/۶۶	۱۱۱/۳۴۱	۰/۵۷۰	۰/۸۶۲	پزشکان و پرستاران
۶۳/۰۸	۱۱۰/۲۸۶	۰/۵۴۹	۰/۸۶۲	مهندسين
۶۳/۹۹	۱۱۱/۶۱۴	۰/۵۳۱	۰/۸۶۳	کارمندان

فصل چهارم

تحلیل داده‌های تحقیق

۴-۱ توصیف داده‌های تحقیق و ارائه آمار توصیفی

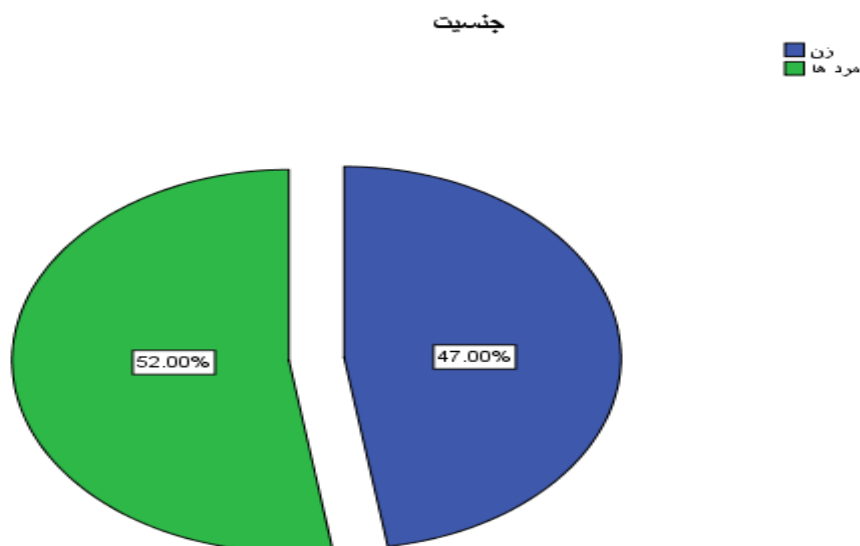
۴-۱-۱ توصیف پاسخگویان بر اساس جنسیت

جدول زیر نشان می‌دهد که بیشترین تعداد پاسخگویان را زنان به خود اختصاص داده‌اند ۵۴/۴ درصد از پاسخگویان زنان هستند و ۴۵/۶ درصد دیگر را مردان به خود اختصاص داده‌اند.

جدول ۴-۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس جنسیت

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۹۰	۴۶/۰	۴۷/۲	۴۷/۲	زن
۲۱۰	۵۶/۱	۵۲/۸	۱۰۰/۰	مردها
۴۰۰	۱۰۰/۰	۱۰۰/۰		کل
۰	۰			خطای سیستم
۴۰۰	۱۰۰/۰			کل

نمودار ۴-۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس جنسیت



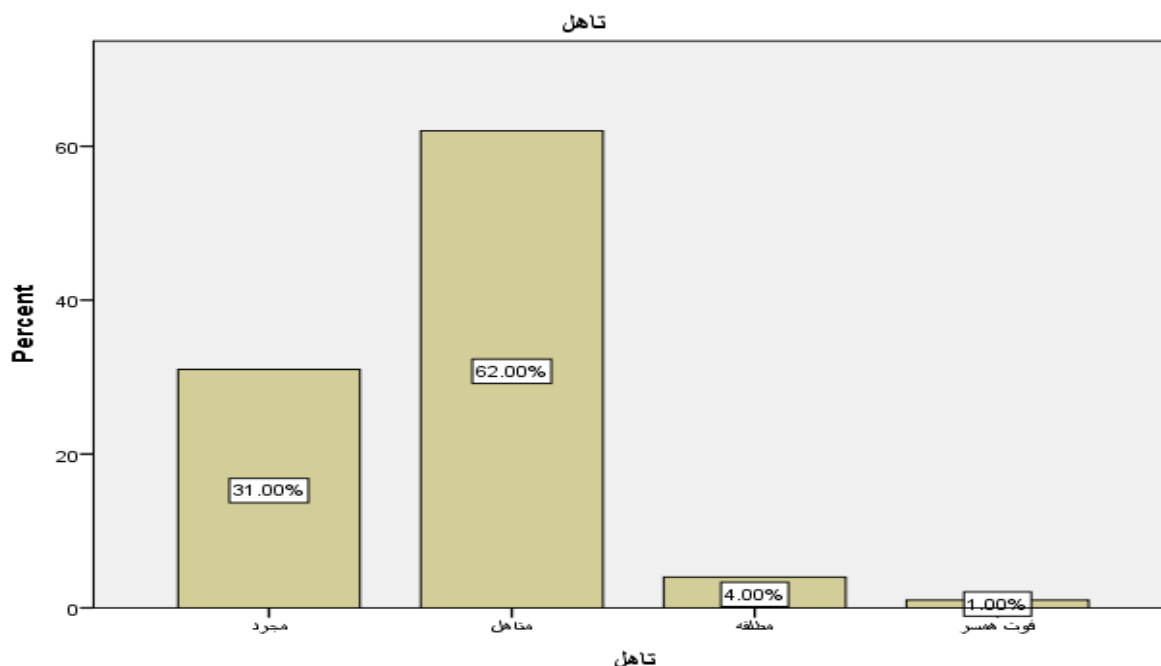
۴-۱-۲: توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت تأهل

همان‌طور که از جدول زیر مشخص است، متأهلین بیشترین تعداد پاسخگویان را به خود اختصاص داده‌اند. ۶۲/۱ درصد از پاسخگویان متأهل بوده و پس از آن ۳۱/۷ درصد را مجردین به خود اختصاص داده‌اند. کمترین میزان پاسخگویان (۱/۹ درصد) را کسانی تشکیل داده‌اند که همسر خود را از دست داده و در گروه فوت همسر قرار گرفته‌اند.

جدول ۲-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت تأهل

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۰۱	۲۶/۰	۳۱/۷	۳۱/۷	مجرد
۱۹۸	۵۰/۹	۶۲/۱	۹۳/۷	متأهل
۱۴	۳/۶	۴/۴	۹۸/۱	مطلقه
۶	۱/۵	۱/۹	۱۰۰/۰	فوت همسر
۳۱۹	۸۲/۰	۱۰۰/۰		کل
۷۰	۱۸/۰			خطای سیستم
۳۸۹	۱۰۰/۰			کل

نمودار ۲-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت تأهل



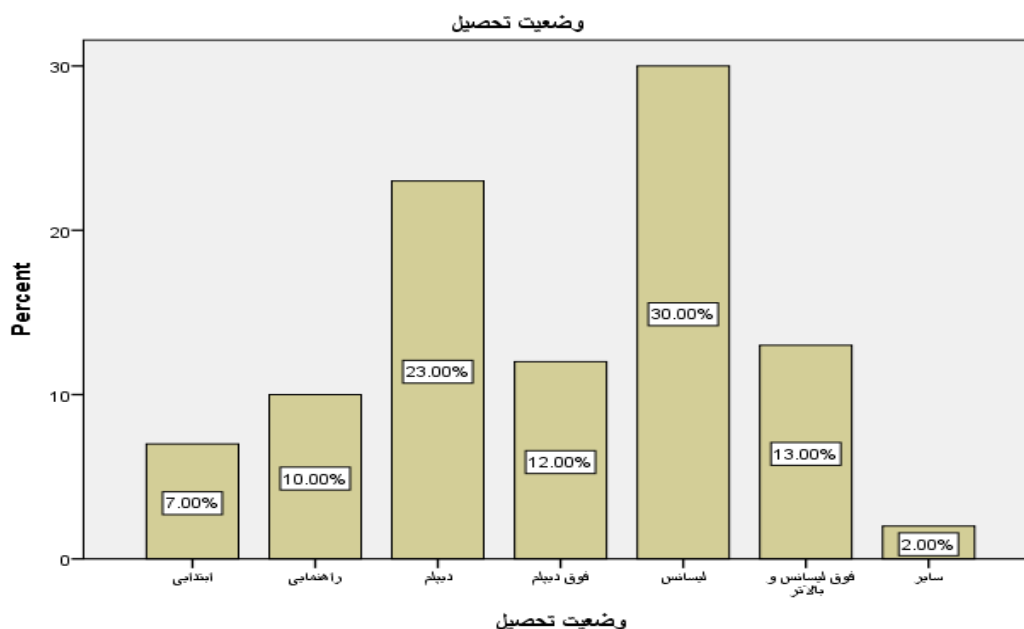
۳-۱-۴: توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت تحصیل

جدول زیر وضعیت پاسخگویان را بر اساس تحصیلات نشان می‌دهد. همان‌طور که مشخص است بیشترین تعداد پاسخگویان در مقطع لیسانس (۳۰/۸ درصد) و پس از آن دیپلم (۲۳/۶ درصد) قرار دارند.

جدول ۳-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت تحصیل

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۹	۷/۵	۷/۵	۷/۵	ابتدایی
۳۹	۱۰	۱۰/۱۰	۱۷/۶	راهنمایی
۹۱	۲۳/۴	۲۳/۶	۴۱/۲	دیپلم
۴۹	۱۲/۶	۱۲/۷	۵۳/۹	فوق دیپلم
۱۱۹	۳۰/۶	۳۰/۸	۸۴/۷	لیسانس
۵۱	۱۳/۱	۱۳/۲	۹۷/۹	فوق لیسانس و بالاتر
۸	۲/۱	۲/۱	۱۰۰/۰	سایر
۳۸۶	۹۹/۲	۱۰۰/۰		کل
۳	۰/۸			خطای سیستم
۳۸۹	۱۰۰/۰			کل

نمودار ۳-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت تحصیل



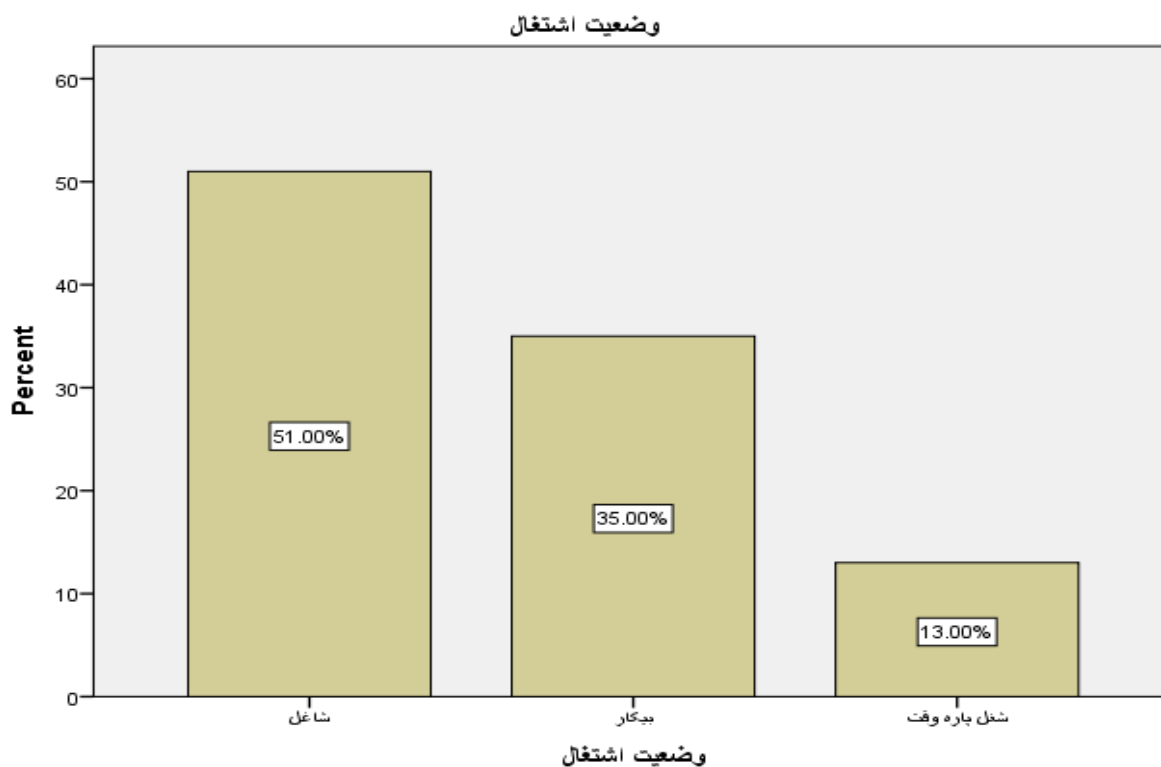
۴-۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت اشتغال

از میان جمعیت پاسخگویان بیشترین تعداد را شاغلین به خود اختصاص داده‌اند. ۵۱/۶ درصد از پاسخگویان اظهار داشته‌اند که شاغل بوده و پس از آن ۳۵ درصد را بیکاران به خود اختصاص داده‌اند. با توجه به اینکه نتایج تحقیق در قسمت‌های پیشین حاکی از آن است که بیشترین تعداد پاسخگویان متأهل هستند می‌توان گفت که این موضوع نتیجه دور از ذهنی نیست.

جدول ۴-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت اشتغال

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۷۴	۴۴/۷	۵۱/۶	۵۱/۶	شاغل
۱۱۸	۳۰/۳	۳۵/۰	۸۶/۶	بیکار
۴۵	۱۱/۶	۱۳/۴	۱۰۰/۰	شغل پاره وقت
۳۲۷	۸۶/۶	۱۰۰/۰		کل
۵۲	۱۳/۴			خطای سیستم
۳۸۹	۱۰۰/۰			کل

نمودار ۴-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت اشتغال



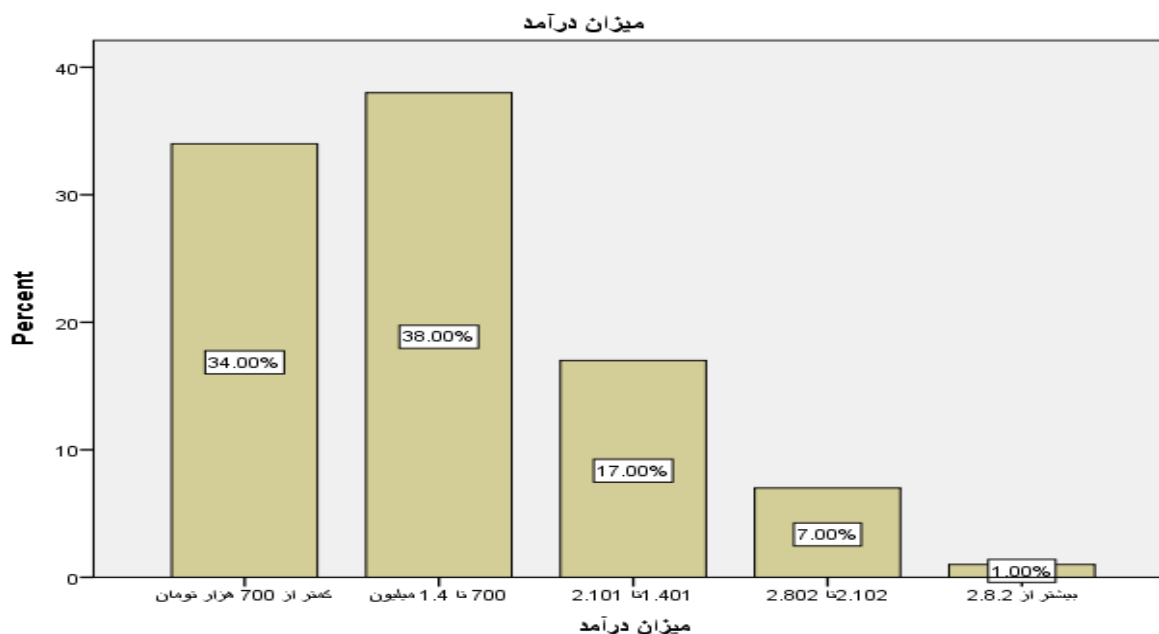
۵-۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت درآمد

در خصوص وضعیت درآمد همان‌طور که در جدول زیر مشخص است بیشترین تعداد پاسخگویان اظهار داشته‌اند که درآمدی کمتر از یک میلیون و چهارصد هزار تومان در ماه دارند. ۳۸/۸ درصد اظهار داشته‌اند که درآمدی بین ۷۰۰ تا ۱۴۰۰۰۰۰ هزار تومان دارند که نشان می‌دهد اکثر پاسخگویان در وضعیت اقتصادی خیلی بدی به سر می‌برند. و با توجه به تورم و گرانی میزان توان خرید ایشان بسیار پایین بوده و این امراض طرف دیگر نشانگر بحرانی در زمینه معیشت و اقتصاد خانوار در شهر کرمان است.

جدول ۴-۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت درآمد

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۱۱	۲۸/۵	۳۴/۵	۳۴/۵	کمتر از ۷۰۰ هزار تومان
۱۲۵	۳۲/۲	۳۸/۸	۷۳/۳	۷۰۰ تا ۴/۱ میلیون
۵۷	۱۴/۷	۱۷/۷	۹۱/۰	۲.۱۰۱ تا ۱.۴۰۱
۲۳	۵/۹	۷/۱	۹۸/۱	۲.۸۰۲ تا ۲.۱۰۲
۶	۱/۵	۱/۹	۱۰۰/۰	بیشتر از ۲/۸/۲
۳۲۲	۸۲/۸	۱۰۰/۰		کل
۶۷	۱۷/۲			خطای سیستم
۳۸۹	۱۰۰/۰			کل

نمودار ۴-۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت درآمد



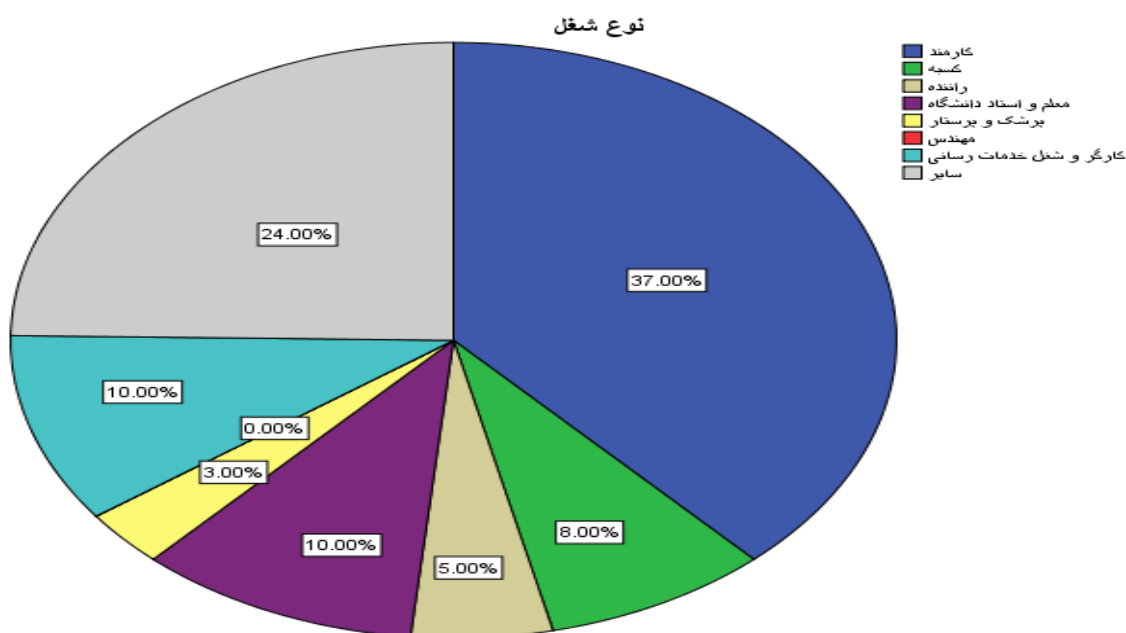
۶-۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس نوع شغل

جدول زیر توزیع فراوانی پاسخ گویان را بر اساس نوع شغل نشان می دهد. همان طور که مشخص است بیشترین تعداد پاسخگویان را کارمندان (۳۷/۸ درصد) تشکیل داده اند.

جدول ۴-۶ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس نوع شغل

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۱۳	۲۹/۰	۳۷/۸	۳۷/۸	کارمند
۲۶	۶/۷	۸/۷	۴۶/۵	کسبه
۱۵	۳/۹	۵	۵۱/۵	راننده
۳۰	۷/۷	۱۰	۶۱/۵	معلم و استاد دانشگاه
۱۰	۲/۶	۳/۳	۶۴/۹	پزشک و پرستار
۱	۰/۳	۰/۳	۶۵/۲	مهندس
۳۲	۸/۲	۱۰/۷	۷۵/۹	کارگر و شغل خدمات رسانی
۷۲	۱۸/۵	۲۴/۱	۱۰۰/۰	سایر
۲۹۹	۷۶/۹	۱۰۰/۰		کل
۹۰	۲۳/۱			خطای سیستم
۳۸۹	۱۰۰/۰			کل

نمودار ۴-۶ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وضعیت نوع شغل



۷-۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس سن

همان‌طور که از جدول زیر مشخص است میانگین سنی پاسخگویان در حدود ۳۴ سال بوده. و ۷۵ درصد پاسخگویان (چارک سوم) دارای سنی در حدود ۴۰ سال هستند.

جدول ۴-۷ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس نمرات میانگین سنی

۳۸۱	درست
۸	خطای سیستم
۳۴/۲۳	میانگین
۰/۵۱۰	خطای میانگین
۹/۹۵۴	انحراف معیار
۹۹/۰۷۷	واریانس
۵۸	رنج داده‌ها
۳	کمترین
۶۱	میانگین
۲۷/۰۰	حداکثر
۳۳/۰۰	چارک‌ها

۸-۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس تعداد اعضای خانواده

جدول زیر تعداد پاسخگویان را بر اساس میانگین تعداد اعضای خانواده نشان می‌دهد. همان‌طور که مشخص است میانگین تعداد اعضای خانواده در حدود ۴ نفر و با توجه به اینکه بیشترین تعداد اعضای جمعیت نمونه متأهلین می‌باشند می‌توان تعداد فرزندان را بیشتر ۲ نفر در نظر گرفت. با توجه به چهار نفره بودن تعداد اعضای خانواده و وضعیت درآمدی که اکثراً کمتر از یک میلیون چهارصد هزار تومان در ماه است وضعیت وخیم اقتصادی در بین اعضای این خانواده‌ها مشهود است.

جدول ۴-۸ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس نمرات میانگین تعداد اعضای خانواده

۳۷۲	درست
۱۷	خطای سیستمی
۴/۱۸	میانگین
۱/۹۰	خطای میانگین
۱/۷۳۹	انحراف معیار
۳/۰۲۵	واریانس
۱۱	رنج داده‌ها
۱	کمترین
۱۲	حداکثر
۳/۰۰	چارک‌ها

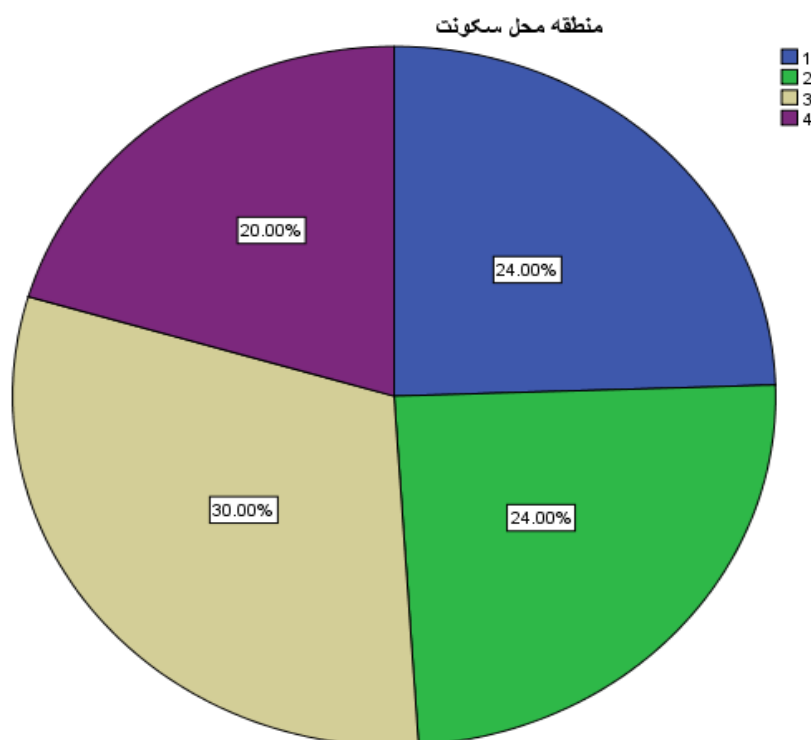
۹-۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس منطقه محل سکونت

جدول زیر توزیع فراوانی پاسخگویان را بر اساس منطقه محل سکونت نشان می‌دهد. همان‌طور که مشخص است بیشترین تعداد پاسخگویان در منطقه ۳ (۳۰/۸ درصد) و کمترین تعداد در منطقه ۴ (۲۰/۳) ساکن هستند.

جدول ۴-۹ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس منطقه محل سکونت

مناطق	درصد تجمعی	درصد درست	درصد	فراوانی
منطقه ۱	۲۴/۰۷	۲۴/۷	۲۴/۱	۹۶
منطقه ۲	۴۸/۸	۲۴/۲	۲۳/۶	۹۴
منطقه ۳	۷۹/۷	۳۰/۸	۳۰/۱	۱۲۰
منطقه ۴	۱۰۰/۰	۳۰/۳	۱۹/۸	۷۹
کل		۱۰۰/۰	۹۷/۵	۳۸۹
خطای سیستم			۲/۵	۱۰
کل			۱۰۰/۰	۳۹۹

نمودار ۴-۹ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس منطقه محل سکونت



۱۰-۴-۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد

یکی از مهم ترین مسائلی که در تحقیق پیش رو مورد توجه قرار گرفته است بی تفاوتی شهروندان نسبت به اعتیاد در جامعه است. که با متغیرهایی نظیر علاقه به کسب آگاهی نسبت به معضل اعتیاد، شرکت در نمایشگاه ها با موضوع اعتیاد، پیگیری اخبار مربوط به اعتیاد و... مشخص شده است. متغیرهای فوق در طیف لیکرت با نمرات ۱ تا ۵ سنجیده شده اند که نمره ۵ حداکثر بی تفاوتی و بی علاقه‌گی را نسبت به موضوع فوق نشان می دهد.

اطلاعات بدست آمده حاکی از بی تفاوتی اکثریت شهروندان کرمانی نسبت به معضل اعتیاد است. میانگین کلی بی تفاوتی برابر با ۳/۲۴۹ گزارش شده است. بی تفاوتی مفرط در زمینه های شرکت در نمایشگاه ها و سمینارهای مربوط به اعتیاد، پیگیری اخبار مربوط به اعتیاد، مطالعه کتب با موضوع اعتیاد، گزارش قاچاق و قاچاقچیان مواد مخدر، معرفی معتادین به مأمورین، معرفی دوستان و آشنایان نزدیک به کمپ های ترک اعتیاد، تلاش در زمینه آگاهی و شناخت مضرات انواع مواد مخدر دارای میانگینی بالاتر از ۳ می باشند که نشانگر بی تفاوتی بالای پاسخگویان است. پیوست ۱، کلیه جداول و نمودارهای فراوانی را برای تک به تک گویه های بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد نمایش می دهد.

جدول ۴-۱۰ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد

میانگین	حد اکثر نمره بی تفاوتی	انحراف معیار	تعداد	انحراف میانگین	تا چه اندازه نسبت به موارد زیر علاقه‌مندید:
۲/۵۴	۵	۱/۱۶۵	۳۸۹	۰/۰۵۹	کسب آگاهی نسبت به معضل اعتیاد
۳/۴۲	۵	۱/۲۰۳	۳۸۶	۰/۰۶۱	شرکت در نمایشگاه‌ها و سمینارهای مربوط به اعتیاد
۲/۸۵	۵	۱/۱۶۷	۳۸۶	۰/۰۵۹	نشستن پای صحبت افرادی که از خطرات اعتیاد آگاه‌اند
۳/۱۵	۵	۱/۲۲	۳۸۷	۰/۰۶۲	پیگیری اخبار مربوط به اعتیاد
۳/۵۸	۵	۱/۱۶۸	۳۸۷	۰/۰۵۹	مطالعه کتب با موضوع اعتیاد
۳/۰۷	۵	۱/۲۸۵	۳۸۶	۰/۰۶۵	ارشاد و راهنمایی معتادان
۳/۶۴	۵	۱/۱۶۳	۳۸۲	۰/۰۶۰	گزارش قاچاق و قاچاقچیان مواد مخدر
۳/۹۷	۵	۱/۱۴۶	۳۸۵	۰/۰۵۸	معرفی معتادین به مأمورین
۳/۳۴	۵	۱/۲۶۴	۳۸۴	۰/۰۶۵	معرفی دوستان و آشنایان نزدیک به کمپ‌های ترک اعتیاد
۲/۹۳	۵	۱/۲۶۷	۳۸۶	۰/۰۶۴	تلاش در زمینه آگاهی و شناخت مضرات انواع مواد مخدر
۳/۲۴۹					میانگین کل

۱۱-۴-۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه

یکی دیگر از متغیرهای تحقیق زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه است. سؤال اساسی که مطرح می شود این است که تا زمانی که زمینه ای برای مشارکت شهروندان وجود نداشته باشد ایشان چگونه می توانند مشارکت داشته باشند؟ اگر قرار است مشارکتی در زمینه اعتیاد صورت گیرد، دولت به همراه دیگر نهادها و سازمانها باید زمینه مناسبی را برای مشارکت اجتماعی ایجاد کنند تا شهروندان بتوانند مشارکتی انجام دهند. از پاسخگویان خواسته شد تا اظهار دارند که تا چه اندازه از برنامه های آموزشی در خصوص اعتیاد اطلاع دارند که از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر در مواردی از جمله: آموزش برای خانواده ها، مدارس، دانشگاه ها و در سطح محلات (در مساجد و) اجرا شده باشد. همچنین ارزیابی از فعالیت های صدا و سیما، دانشگاه ها و مدارس در خصوص این زمینه سازی بیان شده است. همان گونه که از جدول زیر مشخص است ما در زمینه ایجاد مشارکت اجتماعی با یک بحران اجتماعی مواجه هستیم. نمرات حاصله تأسف باراست. در مورد همه زمینه های مطرح شده میانگین کمتر از ۳ (از ۵ نمره) بدست آمده که وخامت

اوضاع را نشان می‌دهد. هیچ برنامه قابل ملاحظه‌ای از نظر پاسخگویان وجود نداشته است که برای خانواده‌ها اجرا شده باشد، برنامه‌های قابل ملاحظه‌ای در سطح مدارس و دانشگاه‌ها نیز موجود نیست. اکثریت مردم از برنامه‌هایی که در سطح مساجد ایجاد شده بی‌اطلاع هستند. فعالیت صدا و سیما در سطح برنامه‌های تولیدی در زمینه اعتیاد تأسف باراست. تشریح نتایج مربوطه به همراه جداول و نمودارهای حاصله برای تک به تک سؤالات در پیوست (۲) ارائه شده است.

جدول ۴-۱۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه

میانگین	حداکثر نمره	انحراف معیار	تعداد	انحراف میانگین	
۲/۲۸	۵	۱/۱۱۵	۳۸۴	۰/۰۵۷	برای خانواده‌ها اجرا شده باشد
۲/۴۶	۵	۱/۰۹۴	۳۸۵	۰/۰۵۶	برای مدارس اجرا شده باشد
۲/۳۷	۵	۱/۰۵۵	۳۸۱	۰/۰۵۴	برای دانشگاه‌ها اجرا شده باشد
۲/۲۶	۵	۱/۰۹۸	۳۸۳	۰/۰۶۵	در سطح محلات (در مساجد و مکان‌های عمومی از جمله پارک‌ها و...) برای عموم مردم اجرا شده باشد
۲/۱۴	۵	۱/۰۰۹	۳۸۲	۰/۰۵۲	اطلاع از وجود نمایشگاه‌ها با موضوع اعتیاد
۲/۹۹	۵	۱/۱۳۴	۳۷۹	۰/۰۵۲	فعالیت صدا و سیما در زمینه ساخت برنامه‌ها با موضوع اعتیاد
۲/۳۹	۵	۱/۰۲۸	۳۸۳	۰/۰۵۸	چقدر مدارس را فعال به ارائه برنامه‌هایی می‌بینید که با محوریت معرفی معضل همراه است؟
۲/۲۸	۵	۱/۰۲۳	۳۸۲	۰/۰۵۳	چقدر دانشگاه‌ها را فعال به ارائه برنامه‌هایی می‌بینید که با محوریت معرفی معضل همراه است؟
۲/۱۶	۵	۱/۰۷۶	۳۸۳	۰/۰۵۵	چقدر شاهد برنامه ریزی‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر برای پیشگیری از اعتیاد زنان بوده‌اید؟
۲/۱۳	۵	۱/۰۰۲	۳۸۲	۰/۰۵۱	چند موسسه خصوصی یا دولتی و یا نهادی را می‌شناسید که در زمینه آگاهی رسانی در خصوص اعتیاد فعالیت دارند؟
میانگین کل					۲/۳۷۳

۱۲-۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس پیشگیری ثانویه (برای معتادین)

پیشگیری ثانویه یکی دیگر از متغیرهای مهم تحقیق پیش رو است. در پیشگیری ثانویه جهت شناسایی سوء مصرف مواد و برنامه ریزی و اقدام مناسب مراقبین بهداشتی و درمانی باید هر مددجو را به شکل انفرادی مورد ارزیابی قرار دهند. وقتی سوء مصرف دارویی و وابستگی محرز شد. درمانگر باید مددجو را در جهت درک ارتباط بین مصرف مواد و پیامدهای منفی آن بر بهداشت فردی خانواده و جامعه کمک نماید. هدف از پیشگیری ثانویه تشخیص زودهنگام مشکل می باشد به نحوی که مانع از پیشرفت مشکل و با بروز تغییرات پاتولوژیکی ناشی از سوء مصرف مواد گردد. هدف از این مرحله انجام اقدامات لازم جهت درمان می باشد. شاید اقدامات شامل کمک به خانواده جهت شرکت فعال در برنامه ریزی و ارجاع مددجو به منابع مختلف کنترل آن ها در حین درمان و برقراری پوشش بیمه ای مناسب جهت آنان می باشد. متأسفانه نتایج تحقیق حاکی از وضعیت بغرنج اجتماعی در خصوص پیشگیری ثانویه است. همان طور که از جدول زیر مشخص است نمرات میانگین حاصله برای تمامی گویه های پرسشنامه بسیار پایین (کمتر از ۳) گزارش شده است. شناخت شهر وندان از کمپ های هزینه پایین ترک اعتیاد بسیار محدود بوده و در خصوص آشنایی از برنامه هایی باهدف اشتغال زایی برای افراد ترک کرده (در حد بسیار کم) همچنین ایشان اظهار داشته اند که برنامه های حمایتی دولت از خانواده معتادینی که در حال ترک اند، بسیار کم رنگ است و تعداد مراکزی که به جمع آوری معتادین پر خطر می پردازند، بسیار محدود است. میانگین کلی برای متغیر پیشگیری ثانویه از ۵ نمره در حدود ۱/۹ است که بسیار پایین است و این امر حاکی از وخامت اوضاع در خصوص پیشگیری ثانویه است.

جدول ۴-۱۲ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس پیشگیری ثانویه (برای معتادین)

میانگین	حد اکثر نمره	انحراف معیار	تعداد	انحراف میانگین	
۲/۱۰	۵	۱/۰۸۵	۳۸۳	۰/۰۵۵	کمپ‌هایی با هزینه پایین خدمات درمانی می‌شناسید؟
۱/۹۲	۵	۱/۰۱۵	۳۸۲	۰/۰۵۲	آشنایی از برنامه‌هایی دارید که برای اشتغال زایی برای معتادین و یا افراد ترک کرده همراه است
۱/۷۸	۵	۱/۰۰۵	۳۸۳	۰/۰۵۱	حمایت دولت از خانواده معتادینی که در حال ترک‌اند
۱/۹۵	۵	۰/۹۷۵	۳۸۳	۰/۰۵۰	تعداد مراکزی که به جمع‌آوری معتادین پرخطر می‌پردازند
۲/۲۱	۵	۱/۰۷۴	۳۸۳	۰/۰۵۵	آگاهی داشتن از برنامه‌های آموزشی که برای معتادین از ایدز سخن می‌گوید
۱/۹۹۲					میانگین کل

۱۳-۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی از مضرات اعتیاد

یکی دیگر از متغیرهای مهم تحقیق میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی و ستاد مبارزه با مواد مخدر در خصوص مضرات اعتیاد است. در کنار مواد مخدر سوالاتی در پرسشنامه نسبت به مصرف قلیان و سیگار نیز ارائه شده است. همان‌طور که مشخص است میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی در همه موارد بسیار پایین است. نکته قابل توجهی که دیده می‌شود این است که اطلاع رسانی در خصوص مصرف سیگار و قلیان از نظر پاسخگویان بسیار بیشتر از آگاهی رسانی در خصوص مواد مخدر است. البته برای مصرف حشیش بیان شده که میزان آگاهی رسانی در حدود ۳ از ۵ نمره است اما با توجه به بالا بودن ضریب انحراف معیار این متغیر نتیجه فوق در خصوص آگاهی رسانی از مصرف حشیش قابل استناد نیست. از پاسخ‌گویان در خصوص اندازه‌گیری متغیر میزان اطلاع رسانی از مضرات استفاده از مواد مخدر از پاسخگویان خواسته شده است که تا چه اندازه شاهد برنامه‌های آموزشی از سوی نیروی انتظامی بوده‌اید که هدف آن‌ها آشنایی شما از مضرات مواد مخدر در مواردی از جمله مصرف تریاک، حشیش، شیشه و دیگر موارد جدول زیر بوده است:

جدول ۴-۱۳ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی از مضرات اعتیاد

میانگین	حد اکثر نمره	انحراف معیار	تعداد	انحراف میانگین	
سیگار	۳/۰۱	۵	۱/۲۷۹	۳۸۴	۰/۰۶۵
قلیان	۳/۲۴	۵	۱/۲۷۴	۳۸۴	۰/۰۶۵
تریاک	۲/۹۱	۵	۱/۲۶۸	۳۸۰	۰/۰۶۵
حشیش	۳/۰۶	۵	۳/۳۸۹	۳۸۲	۰/۱۹۶
شیشه	۲/۹۳	۵	۱/۲۸۸	۳۸۳	۰/۰۶۶
هروئین	۲/۸۹	۵	۱/۴۲۵	۳۸۱	۰/۰۷۳
۵ داروهای اعتیاد آور	۲/۶۱	۵	۱/۴۹۸	۳۸۲	۰/۰۷۷
مواد مخدر صنعتی نوظهور و جدید	۲/۶۹	۵	۱/۶۶۶	۳۸۳	۰/۰۸۵
میانگین کل					۲/۳۷۳

۴-۱-۱۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس شناخت انواع مواد مخدر:

شناخت انواع مواد مخدر توسط پاسخگویان یکی دیگر از زمینه‌هایی است که مورد بررسی قرار گرفته است و گمان می‌رود که این میزان شناخت بتواند بر مسئولیت پذیری و از طرف دیگر محدودیت این شناخت بر بی‌تفاوتی اجتماعی شهروندان نسبت به معضل اعتیاد تأثیرگذار باشد. برای سنجش این متغیر سوالاتی در دو طیف مطرح شده است. در ابتدا از پاسخگویان تصاویری از مواد مخدر نمایش داده شد. و از آن‌ها خواسته شد تا اظهار دارند که نام این مواد چیست؟ پاسخ‌های درست نمره ۵ و پاسخ‌های غلط نمره صفر را به خود اختصاص دادند. همچنین سوالاتی نیز در خصوص حالات فیزیکی و ظاهری افراد معتاد مطرح شد که تلاش شد نمراتی بین ۰ عدم شناخت تا ۵ شناخت کامل به ایشان اختصاص گیرد. در خصوص توصیف شناخت انواع مواد مخدر بیشترین امتیاز برای ۱۰ گویه نمره ۵۰ بوده است و کمترین امتیاز برابر با صفر. نتایج حاصله در جدول زیر مشخص شده است:

جدول ۴-۱۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس نمرات میانگین شناخت انواع مواد مخدر

۳۷۵	درست
۱۴	خطای سیستم
۱۲/۴۶	میانگین
۰/۴۱۱	خطای میانگین
۷/۹۶۵	انحراف معیار
۶۳/۴۴۷	واریانس
۰	کمترین
۴۵	بیشترین
۵/۰۰	چارک‌ها

میانگین نرمال برای متغیر فوق برابر با ۲۵ می‌باشد اما نتایج میانگینی در حدود ۱۲ (۱۲/۴۶) را نشان می‌دهد که این امر حکایت از آن دارد که میزان شناخت شهروندان از انواع مواد مخدر بسیار محدود است و اکثریت ایشان حتی شکل ظاهری مواد مخدر را نمی‌شناسند.

در خصوص علائم و نشانه‌های فیزیکی و ظاهری افراد معتاد از پاسخگویان خواسته شد تا اظهار دارند که: از نظر شما در موارد زیر علائم و نشانه‌های فیزیکی و جسمی سوءمصرف مواد مخدر در افراد معتاد چگونه است؟ مواردی از جمله حالت چشم‌ها و نگاه‌ها، صحبت، حرکات بدنی، وضعیت تحصیل، حالات رفتاری و عصبی، وضعیت خواب، غذا خوردن و وضعیت ارتباطی با دوستان مورد سنجش قرار گرفت. حد اکثر نمره ۴۵ و کمترین نمره ۰ می‌باشد و میانگین نرمال تقریباً برابر با ۲۰ است. نمرات حاصله در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۴-۱۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس نمرات میانگین شناخت حالات ظاهری و فیزیکی افراد معتاد

۳۸۲	درست
۷	خطای سیستم
۱۳/۹۲	میانگین
۰/۴۵۸	خطای میانگین
۸/۹۵۳	انحراف معیار
۸۰/۱۶۲	واریانس
۰	کمترین
۴۵	بیشترین
۵/۷۵	چارک‌ها ۲۵
۱۳/۰۰	۵۰
۲۰/۰۰	۷۵

همان‌طور که مشخص است میانگین حاصله برابر با ۱۳/۹۲ که بسیار کمتر از ۲۰ است و این امر حاکی از آن است که پاسخگویان حتی شناخت صحیحی از حالات فیزیکی و ظاهری افراد معتاد نیز ندارند. اگر فرزند و یا نزدیکانشان به این معضل دچار شوند و یا در خانه مواد مخدر استعمال شده باشد اکثریت ایشان حتی متوجه استعمال مواد مخدر نخواهند شد.

۴-۱-۱۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس میزان آگاهی خانواده‌ها از عوامل مؤثر بر اعتیاد

یکی دیگر از متغیرهایی که در تحقیق مورد توجه قرار گرفته است سنجش این موضوع است که پاسخگویان تا چه اندازه عواملی را که در جامعه می‌تواند منجر به گرایش جوانان به اعتیاد شود را می‌شناسند. فرض براین است که با شناخت موارد فوق می‌توان مسئولیت‌پذیری را در خصوص اعتیاد را افزایش داد و از میزان بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد کاست. بدین منظور ۸ سؤال بر اساس مهم‌ترین عواملی که طبق ادبیات تحقیق منجر به اعتیاد می‌شوند و در تحقیقات داخلی و خارجی به آن اشاره شده است مورد سنجش قرار گرفت. پاسخ‌های صحیح نمره ۵ و پاسخ‌های غلط نمره صفر را در هر سؤال به خود اختصاص داده‌اند و بیشترین نمره ۴۰ و کمترین نمره صفر و میانگین نرمال نمره ۲۰ می‌باشد. همان‌طور که از جدول زیر مشخص است میانگین حاصله برابر با ۱۴/۷۵ می‌باشد که از نمره ۲۰ بسیار کمتر است. این امر نشان می‌دهد که متأسفانه پاسخگویان اطلاع دقیقی از عوامل مؤثر بر اعتیاد نیز ندارند.

جدول ۴-۱۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس میزان آگاهی خانواده‌ها از عوامل مؤثر بر اعتیاد

درست	۳۸۱
خطای سیستم	۸
میانگین	۱۴/۷۵
خطای میانگین	۰/۴۳۶
انحراف معیار	۸/۵۲۰
واریانس	۷۲/۵۸۵
کمترین	۰
بیشترین	۴۰
چارک‌ها	۱۰/۰۰

۱۶-۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس پنداشت شهروندان از میزان نظم و قانون در جامعه

برای سنجش پنداشت شهروندان از نظم و قانون پذیری در جامعه از ایشان خواسته شد تا اظهار دارند که گر بخواهید به میزان نظم پذیری و قانون گرایی (از جمله محدودیت فساد و پارتی بازی) از ۲۰ نمره، نمره‌ای را اختصاص دهید به هر کدام از مواردی از جمله: میزان نظم و قانون پذیری در دانشگاه‌ها.....مدارس و آموزشگاه‌ها..... بانک‌ها..... بیمارستان‌ها..... نیروی انتظامی..... راهنمایی و رانندگی..... پلیس مبارزه با مواد مخدر..... شهرداری‌ها..... شورای شهر.....، مجلس شورای اسلامی.....، در سطح جامعه به‌طور کلی.....نمره‌ای را اختصاص دهند. میانگین نمرات از ۲۰ نمره به قرار زیر گزارش شده است:

جدول ۴-۱۶ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس پنداشت شهروندان از قانون پذیری

انحراف میانگین	تعداد	انحراف معیار	حداکثر نمره	میانگین	
۰/۲۳۶	۳۸۰	۴/۶۰۳	۲۰	۱۳/۸۲	دانشگاه‌ها
۰/۲۴۵	۳۸۲	۴/۷۸۲	۲۰	۱۴/۰۶	مدارس و آموزشگاه‌ها
۰/۲۶۹	۳۸۲	۵/۲۶۱	۲۰	۱۳/۴۱	بانک‌ها
۰/۲۲۱	۳۸۲	۴/۳۱۵	۲۰	۱۴/۰۲	بیمارستان
۰/۲۳۹	۳۸۲	۴/۶۷۴	۲۰	۱۴/۵۲	نیروی انتظامی
۰/۲۳۳	۳۷۹	۴/۵۴۴	۲۰	۱۴/۲۳	راهنمایی و رانندگی
۰/۲۴۲	۳۸۰	۴/۷۱۷	۲۰	۱۴/۴۸	ستاد مبارزه با مواد مخدر
۰/۲۶۲	۳۷۶	۵/۰۸۲	۲۰	۱۲/۷۷	شهرداری
۰/۲۶۶	۳۷۱	۰/۱۳۱	۲۰	۱۳/۷۹	شورای شهر
۰/۲۷۰	۳۶۹	۵/۱۷۸	۲۰	۱۴/۵۵	مجلس
۰/۲۳۱	۳۷۵	۴/۴۷۴	۲۰	۱۳/۸۶	جامعه به طور کلی

همان‌طور که از جدول مشخص است دانشگاه‌ها، شهرداری‌ها و شورای شهر از نظر شهروندان جزء سازمان‌هایی هستند که کمترین نمره را در انضباط و نظم پذیری دارا هستند. نمرات میانگین برای این سازمان‌ها طبق جدول به ترتیب برابر با: ۱۳/۸۲، ۱۳/۷۹، ۱۲/۷۷ است. بالاترین نمره نظم پذیری به مجلس شورای اسلامی اختصاص دارد که برابر با ۱۴/۵۵ است. متأسفانه هیچ کدام از نهادها و سازمان‌های کشور نمره‌ای بالاتر از ۱۵ دریافت نکرده است که این امر خود نشانگر بحران نظم و انضباط و قانون در کشور ما است. در این وضعیت افراد از آنجا که معتقدند نظمی در جامعه وجود ندارد تمایل به قانون‌گریزی و استفاده از راه‌های نامشروع در بین ایشان شیوع می‌یابد و این امر می‌تواند بر بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد تأثیرگذار باشد (فرضیه تحقیق) آزمون علی و استنباطی در این خصوص در بخش دیگر همین فصل ارائه می‌شود.

۱۷-۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس وابستگی به دیگر آن

وابستگی به دیگر آن یکی از متغیرهایی است که طبق فرضیات تحقیق می‌تواند با بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد رابطه داشته باشد. بنا به این فرضیه تفسیر نتایج حاصله از آمار توصیفی این متغیر می‌تواند در تبیین فرضیه

فوق کارآمد باشد. وابستگی به دیگر آن در دو حوزه سنجیده شده است. یکی به صورت احترامی که فرد برای دیگر آن قائل است و دیگری ارزیابی فرد از اینکه دیگر آن تا چه اندازه حامی و پشتیبان او در مشکلات زندگی هستند. نمره میانگین کل گویه‌های وابستگی حاکی از وابستگی در حد متوسط ۳/۱۲ از ۵ نمره در بین پاسخگویان است. این وابستگی درجه بالایی ندارد و در حد متوسط است. همین نتیجه در خصوص احترام به دیگر آن نیز حاصل شده است. (میانگین ۳/۶۱) البته اگر گویه احترام به اساتید و معلمین که میانگین ۴/۱۴ را دارد از گویه‌ها حذف شود میانگین حاصله تقریباً همان ۳ از ۵ نمره می‌شود.

جدول ۴-۱۷ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس نمرات میانگین وابستگی به دیگر آن

تا چه اندازه....	میانگین	حداکثر نمره	انحراف معیار	تعداد	انحراف میانگین
فکر می‌کنید که والدین در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟	۴	۵	۱/۰۹۰	۳۷۹	۰/۰۵۶
فکر می‌کنید خواهرتان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟	۳/۷۲	۵	۱/۱۳۱	۳۷۰	۰/۰۵۹
می‌کنید برادرتان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟	۳/۶۶	۵	۱/۲۰۳	۳۸۲	۰/۰۶۲
تا چه اندازه اقوام و خویشان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟	۲/۷۹	۵	۱/۰۷۶	۳۸۴	۰/۰۵۵
تا چه اندازه دوستانتان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟	۲/۷۳	۵	۲/۷۳	۳۸۳	۰/۰۵۱
تا چه اندازه نسبت به دیگر آن (مردم) در خود علاقه می‌بینید؟	۳/۱۷	۵	۳/۱۷	۳۸۰	۰/۰۴۹
تا چه اندازه به شهرتان علاقه دارید؟	۳/۷۱	۵	۳/۷۱	۳۸۴	۰/۰۵۳
زندگی در شهر خود را به دیگر شهرهای ایران ترجیح می‌دهید؟	۳/۴۳	۵	۳/۴۳	۳۸۴	۰/۰۶۳
تا چه اندازه به ایران علاقه دارید؟	۴/۰۴	۵	۱/۱۱۸	۳۸۳	۰/۰۵۷
تا چه اندازه زندگی در ایران را به کشورهای دیگر ترجیح می‌دهید.	۳/۸۲	۵	۱/۲۱۸	۳۸۴	۰/۰۶۲
میانگین کل					۳/۱۲

۴-۱۸ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس میزان احترام به دیگر آن

تا چه اندازه....	میانگین	حداکثر نمره	انحراف معیار	تعداد	انحراف میانگین
معلمین و اساتید دانشگاه	۴/۱۷	۵	۰/۹۳۳	۳۸۴	۰/۰۴۸
مأمورین نیروی انتظامی	۳/۵۶	۵	۱/۰۳۳۳	۳۸۴	۰/۰۵۳
شهرداری‌ها	۳/۳۰	۵	۰/۹۸۸	۳۸۴	۰/۰۵۰
دادگاه‌ها	۳/۴۹	۵	۱/۰۲۳	۳۸۳	۰/۰۵۲
نمایندگان (مجلس، شورای شهر و...)	۳/۵۷	۵	۱/۰۹۷	۳۸۳	۰/۰۵۶
مسئولین (رئیس جمهور و وزرا و...)	۳/۶۶	۵	۱/۱۲۲	۳۸۱	۰/۰۵۷
پزشکان و پرستاران	۳/۸۶	۵	۰/۹۲۵	۳۸۲	۰/۰۴۹
مهندسين	۳/۴۳	۵	۱/۱۴۱	۳۸۱	۰/۰۵۵
کارمندان	۳/۵۲	۵	۱/۰۱۹	۳۸۱	۰/۰۵۲
میانگین کل					۳/۶۱

۱۸-۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس امید به آینده

متغیر دیگری که در تحقیق پیش رو مورد بررسی قرار گرفته است امید به زندگی است. طبق چارچوب نظری و فرضیات تحقیق این متغیر می‌تواند با بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد در ارتباط باشد. نمرات میانگین حاصله از امید به زندگی حاکی از آن است که امید به زندگی در حد بسیار پایینی گزارش شده است. میانگین کلی ۲/۷۶ از ۵ نمره برای این متغیر گزارش شده است. امید به بهبود وضعیت اشتغال، وضعیت مسکن، رشد اقتصادی کشور، شرایط ازدواج در سطح بسیار پایینی گزارش شده است. پیوست ۶ گزارش کامل جداول فراوانی و نمودارهای مربوط به هر یک از گویه‌های پرسشنامه را منعکس ساخته است.

جدول ۴-۱۹ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس نمرات میانگین امید به آینده

تا چه اندازه....	میانگین	حداکثر نمره	انحراف معیار	تعداد	انحراف میانگین
وضعیت اشتغال جوانان در آینده‌ای نزدیک فراهم شود	۲/۶۶	۵	۱/۱۸۱	۳۸۴	۰/۰۶۰
وضعیت بهداشت و سلامت بهبود یابد	۳/۱۱	۵	۱/۰۶۲	۳۸۴	۰/۰۵۴
ارزش‌های انسانی ارتقاء یابد	۲/۹۲	۵	۱/۰۹۶	۳۸۳	۰/۰۵۶
اعتقادات مردم عمیق‌تر شود	۲/۸۹	۵	۱/۱۲۵	۳۸۴	۰/۰۵۷
تصمیم‌گیری مدیران علمی و پژوهش محور گردد	۲/۸۷	۵	۱/۱۲۵	۳۸۴	۰/۰۵۷
شرایط ازدواج برای جوانان تسهیل گردد	۲/۵۹	۵	۱/۲۴۰	۳۸۱	۰/۰۶۴
وضعیت مسکن بهبود یابد	۲/۵۱	۵	۱/۲۴۳	۳۸۴	۰/۰۶۳
هزینه‌های زندگی در حد توان شما گردد	۲/۷۰	۵	۱/۱۷۸	۳۸۲	۰/۰۶۰
رشد اقتصادی در کشور پدیدار گردد	۲/۶۶	۵	۱/۱۹۴	۳۸۴	۰/۰۶۱
میانگین کل				۲/۷۶	

۴-۱-۱۹ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس کیفیت روابط خانوادگی

یکی دیگر از متغیرهایی که در تحقیق پیش رو مورد توجه قرار گرفته است، کیفیت روابط خانوادگی است. این متغیر در واقع به این نکته اشاره دارد که تا چه اندازه در خانواده‌ها همفکری و تعامل حاکم است و از مشاجرات و نزاع و درگیری اجتناب می‌شود. میانگین کلی حاصله از تمامی گویه‌های مربوطه برابر با ۳/۷۱۴ است که رقم بالایی (از ۵ نمره) گزارش شده است. نتایج تفصیلی در پیوست ۷ ارائه شده است. نتایج جدول زیر حاکی از آن است که بیشتر خانواده‌های مورد بررسی از جمله خانواده‌هایی محسوب می‌شوند که در آن‌ها تعامل و همفکری وجود دارد (میانگین ۳/۷۹ از ۵)، پدر (میانگین ۳/۸۷) و مادر (۳/۹۱) به گفتگو به جای نزاع در حل مسائل خانواده اعتقاد دارند.

جدول ۴-۲۰ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس میانگین کیفیت روابط خانوادگی

تا چه اندازه در خانواده شما....	میانگین	حداکثر نمره	انحراف معیار	تعداد	انحراف میانگین
همفکری و تعامل وجود دارد؟	۳/۷۹	۵	۱/۰۲۸	۳۸۱	۰/۰۵۳
پدر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد	۳/۸۷	۵	۱/۰۳۹	۳۸۱	۰/۰۵۳
مادر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد.	۳/۹۱	۵	۱/۰۴۴	۳۸۲	۰/۰۵۳
بین فرزندان در خانواده شما نزاع و درگیری رخ می‌دهد؟	۳/۴۰	۵	۱/۱۸۷	۳۸۴	۰/۰۶۱
بین والدین نزاع و درگیری رخ می‌دهد؟	۳/۶۰	۵	۱/۲۱۶	۳۸۲	۰/۰۶۲
میانگین کل					۳/۷۱۴

۲۰-۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس کیفیت شبکه‌های اجتماعی

شبکه‌های ارتباطی بین شهروندان که نشان دهنده توان برقراری ارتباطات اجتماعی فرد با دیگر آن بوده و به قولی به زبان عامیانه به میزان اجتماعی بودن شهروندان اشاره دارد در این تحقیق به عنوان شبکه‌های اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است. متأسفانه نتایج حاصله نشانگر ارتباطات ضعیف اجتماعی است. میانگین کلی برابر با ۲/۷۷ از ۵ نمره به دست آمده است. نتایج تفصیلی در پیوست ۸ ارائه شده است. اکثریت شهروندان تمایلی ندارند که در پارک‌ها و تفریح گاه‌ها با دیگر آن ارتباط برقرار کنند (میانگین ۲/۵۷ از ۵ نمره) و یا در ادارات و سازمان‌ها با دیگر ارباب رجوع‌ها ارتباط برقرار کنند (میانگین ۲/۸۰ از ۵)

(۵)

جدول ۴-۲۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس نمرات میانگین کیفیت شبکه‌های اجتماعی

تا چه اندازه در خانواده شما....	میانگین	حداکثر نمره	انحراف معیار	تعداد	انحراف میانگین
توان برقراری روابط اجتماعی با دیگر آن را در خود تا چه حد می‌بینید؟	۳/۵۸	۵	۰/۹۴۹	۳۸۲	۰/۰۴۹
تا چه اندازه در پارک‌ها و مکان‌های عمومی تلاش می‌کنید با غریبه‌ها سر صحبت را باز کنید؟	۲/۵۷	۵	۱/۰۵۱	۳۸۳	۰/۰۵۴
تا چه اندازه در ادارات و سازمان‌ها تلاش می‌کنید با دیگر ارباب رجوعان سر صحبت را باز کنید؟	۲/۸۰	۵	۱/۰۵۶	۳۷۷	۰/۰۵۴
در محیط کاری و یا تحصیلات تا چه اندازه با همکاران و همکلاسی‌های غریبه سر صحبت را باز می‌کنید؟	۳/۰۲	۵	۱/۱۱۵	۳۷۵	۰/۰۵۸
در محیط خانواده، خویشان و دوستان تا چه اندازه به گوشه گیری و انزوا شهرت دارید؟	۲/۳۱	۵	۱/۱۱۲	۳۷۹	۰/۰۵۷
تعداد دوستان (که با آن‌ها روابط صمیمی و یا سطحی دارید) شما چند نفر است؟	۳/۰۸	۵	۱/۰۹۶	۳۷۸	۰/۰۵۶
تا چه اندازه در محیط مجازی و شبکه‌های اجتماعی مجازی فعالیت دارید؟	۲/۷۱	۵	۱/۲۰۰	۳۷۹	۰/۰۶۲
تا چه اندازه وقتتان را صرف یافتن دوست در محیط‌های (مجازی) می‌کنید؟	۲/۱۱	۵	۱/۱۰۰	۳۷۹	۰/۰۵۷
میانگین کل					۲/۷۷

۴-۱-۲۱ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس اعتماد بین شخصی

اعتماد اجتماعی در سطوح بین شخصی، نهادی و عمومی در تحقیق پیش رو مورد توجه قرار گرفته است. نمرات حاصله در خصوص اعتماد بین شخصی همچون دیگر تحقیقات انجام گرفته در ایران حاکی از شدت این اعتماد در بین شهروندان است. میانگین کلی برای تمامی گویه‌ها ۳/۷۱ می‌باشد که نشان دهنده شدت اعتماد بین شخصی در بین شهروندان است. نتایج تفصیلی جداول فراوانی و نمودارهای میله‌ای برای تمامی گویه‌ها در پیوست (۸) ارائه شده است.

جدول ۴-۲۲ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس نمرات میانگین اعتماد بین شخصی

خویشان (عموها، دایی، عمه و...)	دوستان	اعتماد به برادر	اعتماد به خواهر	اعتماد به والدین	
۳۸۰	۳۷۷	۳۷۹	۳۷۵	۳۷۸	درست
۹	۱۲	۱۰	۱۴	۱۱	بدون پاسخ
۳/۲۷	۳/۲۷	۴/۱۵	۳/۷۹	۴/۰۷	میانگین
۰/۰۵۵	۰/۰۵۵	۰/۰۵۳	۰/۰۶۴	۰/۰۵۷	خطای میانگین
۱/۰۶۵	۱/۰۶۰	۱/۰۳۳	۱/۲۴۰	۱/۱۱۲	انحراف معیار
۱/۱۳۳	۱/۱۲۳	۱/۰۶۶	۱/۵۳۷	۱/۲۳۶	واریانس
۱	۱	۱	۱	۱	کمترین
۵	۵	۵	۵	۵	بیشترین
۳/۰۰	۳/۰۰	۴/۰۰	۳/۰۰	۳/۰۰	چارک‌ها

۲۲-۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس اعتماد نهادی

اعتماد نهادی یکی دیگر از شاخص‌های اعتماد اجتماعی است که در تحقیق پیش رو مورد بررسی قرار گرفته است. نمرات اعتماد نهادی در حد متوسط است. اعتماد نهادی به ستاد مبارزه با مواد مخدر در حدود ۳/۲۴ (از ۵ نمره)، نیروی انتظامی ۳/۱۹ و دادگاه‌ها و قضات ۳/۲۲ گزارش شده است. این اعتماد نهادی بالا نیست اما در حد متوسط گزارش شده است.

جدول ۴-۲۳ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس نمرات میانگین اعتماد نهادی

بیمارستان‌ها و پزشکان	شهرداری	دادگاه‌ها و قضات	نیروی انتظامی به‌طور کلی	ستاد مبارزه با مواد مخدر	
۳۸۰	۳۸۰	۳۸۰	۳۷۹	۳۸۰	درست
۹	۹	۹	۱۰	۹	بدون پاسخ
۳/۳۲	۲/۷۹	۳/۲۲	۳/۱۹	۳/۲۴	میانگین
۰/۰۵۱	۰/۰۵۱	۰/۰۵۳	۰/۰۵۸	۰/۰۵۲	خطای میانگین
۰/۹۹۳	۰/۹۹۳	۱/۰۴۰	۱/۱۲۷	۱/۰۰۵	انحراف معیار
۰/۹۹۵	۰/۹۸۷	۱/۰۸۳	۱/۲۷۱	۱/۰۱۰	واریانس
۱	۱	۱	۱	۱	کمترین
۵	۵	۵	۵	۵	بیشترین
۳/۰۰	۲/۰۰	۳/۰۰	۲/۰۰	۳/۰۰	چارک‌ها ۲۵

ادامه جدول

نمایندگان مجلس	شورای شهر	کارمندان	معلمین	
۳۷۵	۳۷۷	۳۷۸	۳۷۷	درست
۱۴	۱۲	۱۱	۱۲	بدون پاسخ
۳/۲۱	۳/۲۴	۳/۴۲	۳/۶۰	میانگین
۰/۰۵۳	۰/۰۵۶	۰/۰۵۰	۰/۰۵۶	خطای میانگین
۱/۰۳۱	۱/۰۷۸	۰/۹۷۵	۱/۰۷۹	انحراف معیار
۱/۰۶۴	۱/۱۸۲	۰/۹۵۰	۱/۱۶۵	واریانس
۱	۱	۱	۱	کمترین
۵	۵	۵	۵	بیشترین
۳/۰۰	۳/۰۰	۳/۰۰	۳/۰۰	چارک‌ها

۲۳-۱-۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس اعتماد عمومی

اعتماد عمومی یکی از شاخص‌های مهم اعتماد اجتماعی است که متأسفانه در اکثریت تحقیقات انجام گرفته در اکثر شهرهای ایران بسیار ضعیف گزارش شده است. این امر در حالی است که یکی از ویژگی‌های توسعه و کشورهای توسعه یافته شعاع اعتماد گسترده و در واقع اعتماد عمومی قوی است. هرچه میزان این اعتماد بیشتر باشد بنا به نتایج تحقیقات متعدد نوع دوستی شدت می‌گیرد و بنا به چارچوب

نظری تحقیق پیش رو می‌تواند این متغیر با بی‌تفاوتی اجتماعی نیز در ارتباط باشد. نتایج تفصیلی برای تک به تک گویه‌های پرسشنامه در پیوست ۱۰ ارائه شده است.

جدول ۴-۲۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس نمرات میانگین اعتماد عمومی

کمک به غریبه‌ای که برای امانت گرفتن وسیله‌ای به شما درخواست می‌دهد	مغازه داران در فروش اجناس خود صادق‌اند	در مسافرت برای انجام کاری وسایلتان را به مغازه‌ای بسپارید	در مسافرت وسایلتان را برای انجام کاری به یک غریبه بسپارید	
۳۸۰	۳۷۷	۳۷۹	۳۸۰	درست
۹	۱۲	۱۰	۹	بدون پاسخ
۲/۴۸	۲/۲۴	۲/۳۶	۲/۲۳	میانگین
۰/۰۶۰	۰/۰۵۲	۰/۰۵۹	۰/۰۵۸	خطای میانگین
۱/۱۶۸	۱/۰۱۷	۱/۱۴۵	۱/۱۳۵	انحراف معیار
۱/۳۶۴	۱/۰۳۵	۱/۳۱۱	۱/۲۸۸	واریانس
۱	۱	۱	۱	کمترین
۵	۵	۵	۵	بیشترین
۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	چارک‌ها

۴-۱-۲۴ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس مشکلات و رفتاری‌های روزمره شهروندان

یکی دیگر از متغیرهای مهمی که در تحقیق مورد بررسی قرار گرفته است مشکلات و رفتاری‌های روزانه شهروندان است که طبق چارچوب نظری تحقیق این متغیر می‌تواند با بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد در ارتباط باشد. از پاسخگویان خواسته شد تا مشخص کنند که اگر بخواهد به هر کدام از مشکلات اقتصادی که برای آن‌ها و یا خانواده مشغله ذهنی به وجود آورده است نمره‌ای را (از ۲۰) اختصاص دهد (بیشترین مشغله ذهنی نمره ۲۰ را به خود اختصاص می‌دهد)، چه نمره‌ای به موارد جدول ۴-۲۵ ارائه می‌کنند. نتایج نشان می‌دهد که بیکاری، هزینه تحصیلی و آموزشی و هزینه‌های مربوط به آب، برق تلفن بیشترین دغدغه ذهنی را برای ایشان به وجود آورده است. نتایج تفصیلی در پیوست ۱۲ ارائه شده است.

جدول ۴-۲۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس نمرات میانگین مشکلات و گرفتاری‌های روزمره شهروندان

درست	اجاره خانه	اجاره مغازه	هزینه خوراک و پوشاک	پرداخت وام و دیگر بدهی‌های مالی	هزینه تحصیلی و آموزشی	هزینه آب و برق	مشکلات بیماری	بیکاری خود یا دیگر اعضای خانواده
بدون پاسخ	۲۵	۳۶	۱۷	۲۳	۱۲	۱۴	۱۱	۱۱
میانگین	۹/۳۴	۶/۹۶	۱۴/۴۲	۱۴/۲۴	۱۴/۷۲	۱۴/۶۵	۱۴/۶۰	۱۵/۱۲
خطای میانگین	۰/۳۹۲	۰/۳۶۹	۰/۲۷۴	۰/۳۲۷	۰/۲۷۰	۰/۲۶۷	۰/۵۶۰	۰/۲۹۲
انحراف معیار	۷/۷۴۰	۶/۹۴۰	۵/۲۸۸	۶/۲۶۲	۵/۲۳۳	۵/۱۷۹	۱۰/۸۸۳	۵/۶۸۳
واریانس	۵۵/۷۹۸	۴۸/۱۵۸	۲۷/۹۵۹	۳۹/۲۱۳	۲۷/۳۸۹	۲۶/۸۲۱	۱۱۸/۵۰۱	۳۲/۲۹۵
کمترین	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰
بیشترین	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۲۰	۱۱۹	۲۰
چارک‌ها	۲/۰۰	۱/۰۰	۱۲/۰۰	۱۰/۰۰	۱۲/۰۰	۱۳/۰۰	۱۰/۰۰	۱۲/۰۰

۴-۱-۲۵ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس زمینه سازی مشارکت اجتماعی

مشارکت اجتماعی یکی از مسائلی است که می‌توان آن را محرک اصلی توسعه اجتماعی جوامع در نظر گرفت. تا زمانی که مشارکت گسترده اجتماعی در جامعه وجود نداشته باشد دولت مجبور است هزینه‌های بسیار گزافی را در زمینه مدیریت بپردازد. اما از طرف دیگر جذب مشارکت مردمی نیازمند فضا سازی یا زمینه سازی منظمی است که شهروندان بتوانند در قالب آن مشارکت اجتماعی قرار دهند. به همین منظور از پاسخگویان خواسته شد تا اظهار دارند که تا چه اندازه در زمینه‌هایی از جمله حل و فصل مشکلات ساختمان، محله، شهر و تصمیم گیری‌های دولت زمینه مناسبی برای مشارکت مردمی وجود دارد. متأسفانه نمرات میانگین برای تمامی متغیرها کمتر از ۳ (از ۵ نمره) گزارش شده است که نشان دهنده آن است که حتی اگر شهروندان بخواهند در زمینه‌های مختلف اجتماعی با دولت و دیگر نهادهای اجتماعی مشارکت اجتماعی داشته باشند، بستری برای انجام مشارکت وجود ندارد. نمودار و جداول تفصیلی برای تمامی گویه‌های مربوط به متغیر زمینه سازی مشارکت اجتماعی در پیوست ۱۱ گزارش شده است.

جدول ۴-۲۶ توزیع فراوانی پاسخگویان بر اساس نمرات میانگین زمینه سازی مشارکت اجتماعی

در سطح حل و فصل مشکلات ساختمان (همسایگان و...)	در سطح حل و فصل مشکلات محله	در سطح حل و فصل مشکلات شهر	در سطح کشور و تصمیم گیری های دولت	
۳۷۷	۳۷۷	۳۷۶	۳۷۵	درست
۱۲	۱۲	۱۳	۱۴	بدون پاسخ
۲/۹۰	۲/۵۶	۲/۵۹	۲/۴۴	میانگین
۰/۰۵۸	۰/۰۵۳	۰/۰۵۴	۰/۰۵۶	خطای میانگین
۱/۱۳۶	۱/۰۲۰	۱/۰۴۹	۱/۰۹۰	انحراف معیار
۱	۱	۱	۱	کمترین
۵	۵	۵	۵	بیشترین

۴-۲ آمار استنباطی و آزمون فرضیات تحقیق

۴-۱-۲ آزمون فرضیات تحقیق

اولین فرضیه تحقیق که برگرفته از چارچوب نظری تحقیق است بدین صورت مطرح می شود که: به نظر می رسد بین میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی از مضرات اعتیاد و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد. (فرضیه H_1) برای آزمون فرضیه فوق فرضیه (H_0) بدین صورت مطرح می شود که: بین میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی از مضرات اعتیاد و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه معناداری وجود ندارد. از آنجا که سطح اندازه گیری متغیرهای فوق در سطح فاصله ای است برای آزمون فرضیات از ضریب همبستگی پیرسون استفاده شده است. نتایج جدول زیر نشان می دهد که رابطه معنی دار و منفی (معکوس) بین میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی از مضرات مواد مخدر و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد وجود دارد. نتایج فرضیه خلف را رد کرده و فرضیه تحقیق را در سطح معنی داری (۰/۰۰۱) تأیید می شود.

جدول ۴-۲۷: ضریب همبستگی پیرسون بین بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد و آگاهی رسانی

بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	آگاهی رسانی	
بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	۱	-۰/۱۷۵
سطح معناداری		۰/۰۰۱
تعداد	۳۸۹	۳۸۴

دومین فرضیه تحقیق بدین صورت مطرح شده است که: به نظر می رسد بین عدم شناخت انواع مواد مخدر و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد (فرضیه H1) و فرضیه خلف بدین صورت مطرح می شود که بین عدم شناخت انواع مواد مخدر و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج تحقیق حاکی از رابطه مثبت بین دو متغیر فوق است. این نتایج فرضیه خلف را رد می کند و فرضیه تحقیق را در سطح معنی داری (۰/۰۱۳) تأیید می نماید.

جدول ۴-۲۸: ضریب همبستگی پیرسون بین عدم شناخت انواع مواد مخدر و بی تفاوتی نسبت به اعتیاد

بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	عدم شناخت مواد مخدر	
بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	۱	۰/۱۲۶
سطح معناداری		۰/۰۱۳
تعداد	۳۸۹	۳۸۴

فرضیه دیگر تحقیق بدین صورت مطرح می شود که: به نظر می رسد بین میزان ناآگاهی خانواده ها از عوامل مؤثر بر اعتیاد و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد. (فرضیه H1) و فرضیه خلف بدین صورت مطرح می شود که بین متغیرهای فوق رابطه معناداری وجود ندارد. آزمون فرضیه متأسفانه فرضیه اصلی تحقیق را رد می کند. سطح معنی داری (۰/۳۶۳) گزارش شده است.

جدول ۴-۲۹: ضریب همبستگی پیرسون بین ناآگاهی خانواده‌ها از عوامل مؤثر بر اعتیاد و بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد

بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد	عوامل مؤثر بر اعتیاد	
بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد	۱	-۰/۰۴۷
سطح معناداری		۰/۳۶۳
تعداد	۳۸۹	۳۸۱

فرضیه دیگر تحقیق بدین صورت مطرح شده است که: به نظر می‌رسد بین اعتماد بین شخصی، اعتمادی عمومی، بی‌اعتمادی نهادی و بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد (فرضیه H1) و فرضیه خلف بدین صورت مطرح می‌شود که بین متغیرهای فوق رابطه معناداری وجود ندارد. نتایج تحقیق حاکی از تأیید فرضیه تحقیق و رد فرضیه خلف می‌باشد. سطوح معنی داری در جداول زیر نمایش داده شده است. همان‌طور که مشخص است سطح معنی داری برای متغیر اعتماد بین شخصی (۰/۰۰۲) و رابطه معکوس است. یعنی هرچه اعتماد بالاتر رود و یا پایین‌تر شود متغیر بی‌تفاوتی به‌طور معکوس کمتر و بیشتر می‌شود. سطح معنی داری برای اعتماد نهادی (۰/۰۰۱) و رابطه بین متغیرهای فوق معکوس گزارش شده است.

جدول ۴-۳۰: ضریب همبستگی پیرسون بین بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد و اعتماد بین شخصی

بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد	اعتماد بین شخصی	
بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد	۱	-۰/۱۶۱
سطح معناداری		۰/۰۰۲
تعداد	۳۸۹	۳۸۰

جدول ۴-۳۱: ضریب همبستگی پیرسون بین بی تفاوتی نسبت به اعتیاد و اعتماد نهادی

اعتمادی نهادی	بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	
-۰/۱۶۹	۱	بی تفاوتی نسبت به اعتیاد
۰/۰۰۱		سطح معناداری
۳۸۰	۳۸۹	تعداد

همچنین نتایج حاصله در خصوص اعتماد عمومی نیز حاکی از رابطه معکوس بین متغیرهای فوق در سطح معناداری (۰/۰۰۰) می باشد. این رابطه قوی ترین رابطه را در بین انواع اعتماد به خود اختصاص داده است.

جدول ۴-۳۲: ضریب همبستگی پیرسون بین بی تفاوتی نسبت به اعتیاد و اعتماد عمومی

اعتماد عمومی	بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	
-۰/۲۱۲	۱	بی تفاوتی نسبت به اعتیاد
۰/۰۰۰		سطح معناداری
۳۸۴	۳۸۹	تعداد

فرضیه دیگر تحقیق بدین صورت مطرح شده است که: به نظر می رسد بین مشکلات و گرفتاری های روزمره شهروندان و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد. (فرضیه H1) و فرضیه خلف بدین صورت مطرح می شود که بین متغیرهای فوق رابطه معناداری وجود ندارد. (فرضیه H0) آزمون فرضیه فوق نشان دهنده رد فرضیه خلف و اثبات فرضیه تحقیق در سطح معناداری (۰/۰۲۴) است.

جدول ۴-۳۵: ضریب همبستگی پیرسون بین بی تفاوتی نسبت به اعتیاد و مشکلات و گرفتاری های روزمره

	بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	مشکلات و گرفتاری های روزمره
بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	۱	۰/۱۱۶
سطح معناداری		۰/۰۲۴
تعداد	۳۸۹	۳۸۴

فرضیه دیگر تحقیق بدین صورت مطرح شده است که: به نظر می رسد زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه از میزان بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد می کاهد. (فرضیه H1) و فرضیه خلف بدین صورت مطرح می شود که بین متغیرهای فوق رابطه معناداری وجود ندارد. (فرضیه H0) آزمون فرضیه فوق نشان می دهد که در سطح معنی داری (۰/۰۰۰) فرضیه خلف رد می شود و فرضیه تحقیق مورد تأیید قرار می گیرد.

جدول ۴-۳۶: ضریب همبستگی پیرسون بین بی تفاوتی نسبت به اعتیاد و زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه

	بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه
بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	۱	۰/۴۶۵
سطح معناداری		۰/۰۰۰
تعداد	۳۸۹	۳۸۶

فرضیه دیگر تحقیق بدین صورت مطرح شده است که: به نظر می رسد بین زمینه سازی مشارکت اجتماعی، بی تفاوتی اجتماعی و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد. (فرضیه H1) و فرضیه خلف بنا به عدم رابطه بین متغیرهای تحقیق (H0) مطرح می شود. در این فرضیه آزمون همبستگی پیرسون فرضیه خلف را رد می کند و فرضیه تحقیق را در سطح معنی داری (۰/۰۰۰) تأیید می کند. رابطه متغیرهای فوق قوی و معکوس است یعنی با تغییر یکی دیگری به طور معکوس تغییر می کند.

جدول ۴-۳۷: ضریب همبستگی پیرسون بین بی تفاوتی نسبت به اعتیاد و زمینه سازی مشارکت اجتماعی

	بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	زمینه سازی مشارکت اجتماعی
بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	۱	-۰/۳۱۳
سطح معناداری		۰/۰۰۰
تعداد	۳۸۹	۳۸۱

فرضیه دیگر تحقیق بدین صورت مطرح شده است که: به نظر می رسد بین پنداشت شهروندان از میزان نظم و قانون در جامعه و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد. (فرضیه H1) و فرضیه خلف بر اساس عدم رابطه بین متغیرهای فوق مطرح می شود (فرضیه H0) نتایج آزمون فرضیه فوق حاکی از تأیید فرضیه خلف و رد فرضیه تحقیق در سطح معنی داری (۰/۴۸۸) است.

جدول ۴-۳۸: ضریب همبستگی پیرسون بین بی تفاوتی نسبت به اعتیاد و پنداشت شهروندان از نظم و قانون

	بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	پنداشت شهروندان از نظم
بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	۱	-۰/۰۳۵
سطح معناداری		۰/۴۸۹
تعداد	۳۸۹	۳۸۲

فرضیه دیگر تحقیق دین صورت مطرح شده است که: به نظر می رسد بین وابستگی به دیگر آن و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد. (فرضیه H1) و فرضیه خلف بر اساس عدم رابطه بین متغیرهای تحقیق (فرضیه H0) مطرح شده است. نتایج در جهت رد فرضیه خلف و تأیید فرضیه تحقیق است. ضریب همبستگی پیرسون منفی و نشان دهنده رابطه معکوس بین دو متغیر است.

جدول ۴-۳۹: ضریب همبستگی پیرسون بین بی تفاوتی نسبت به اعتیاد و وابستگی به دیگر آن

بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	وابستگی به دیگر آن	
بی تفاوتی نسبت به اعتیاد	۱	-۰/۱۹۰
سطح معناداری		۰/۰۰۰
تعداد	۳۸۹	۳۸۴

آزمون فرضیه‌های فرعی تحقیق

فرضیه دیگر تحقیق بدین صورت مطرح شده است که: به نظر می‌رسد بین درآمد و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد. (فرضیه H1) فرضیه خلف به صورت عدم رابطه بین متغیرهای فوق مطرح می‌شود (فرضیه H0) از آنجا که سطح اندازه گیری متغیر درآمد در سطح رتبه‌ای اندازه گیری شده است از ضرایب همبستگی تاوکندال بی و سی استفاده شده است. نتایج آزمون همبستگی متغیرها حاکی از تأیید فرضیه خلف و رد فرضیه تحقیق است. سطح معناداری (۰/۳۵۱) گزارش شده است.

جدول ۴-۴۰: ضریب همبستگی پیرسون بین بی تفاوتی نسبت به اعتیاد و درآمد

ارزش	خطای استاندارد	ضریب تقریب T^b	سطح معناداری
ضریب تاوکندال بی	-۰/۰۳۵	۰/۰۳۸	-۰/۹۳۲
ضریب تاوکندال سی	-۰/۰۳۶	۰/۰۳۸	-۰/۹۳۲
ضریب گاما	-۰/۰۴۳	۰/۰۴۶	-۰/۹۳۲
تعداد درست	۳۲۲		

فرضیه دیگر تحقیق بدین صورت مطرح شده است که: به نظر می‌رسد بین تحصیلات فرد و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد.. (فرضیه H1) فرضیه خلف به صورت عدم رابطه بین متغیرهای فوق مطرح می‌شود (فرضیه H0) از آنجا که سطح اندازه گیری متغیر تحصیلات در سطح رتبه‌ای اندازه گیری شده است از ضرایب همبستگی تاوکندال بی و سی استفاده شده است. نتایج آزمون همبستگی متغیرها حاکی از تأیید فرضیه خلف و رد فرضیه تحقیق است. سطح معناداری (۰/۶۵۸) گزارش شده است.

جدول ۴-۴۱: ضریب همبستگی پیرسون بین بی تفاوتی نسبت به اعتیاد و تحصیلات

سطح معناداری	ضریب تقریب T^b	خطای استاندارد	ارزش	
۰/۶۵۸	-۰/۴۴۳	۰/۰۳۹	-۰/۰۱۷	ضریب تاوکندال بی
۰/۶۵۸	-۰/۴۴۳	۰/۰۳۹	-۰/۰۱۷	ضریب تاوکندال سی
۰/۶۵۸	-۰/۴۴۳	۰/۰۴۴	-۰/۰۱۹	ضریب گاما
			۳۸۶	تعداد درست

فرضیه دیگر تحقیق بدین صورت مطرح شده است که: به نظر می‌رسد بین نوع شغل و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد. (فرضیه $H1$) فرضیه خلف به صورت عدم رابطه بین متغیرهای فوق مطرح می‌شود (فرضیه $H0$) از آنجا که سطح اندازه گیری متغیر نوع شغل در سطح اسمی اندازه گیری شده است از ضرایب همبستگی خی دو یا کای اسکویر استفاده شده است. نتایج آزمون همبستگی متغیرها حاکی از رد فرضیه خلف و تأیید فرضیه تحقیق است. سطح معناداری (۰/۰۲۶) گزارش شده است.

جدول ۴-۴۲: ضریب همبستگی پیرسون بین بی تفاوتی نسبت به اعتیاد و نوع شغل

سطح معناداری	درجه آزادی	ارزش	
۰/۰۰۰	۲۵۲	۸۳۶/۳۴۴ a	کای اسکویر
۰/۰۲۶	۲۵۲	۵۳۸/۲۹۷	نسبت احتمال
۰/۰۵۱	۱	۷۹۴/۳	روابط خط-به خط
		۲۹۹	تعداد موردها

فرضیه دیگر تحقیق بدین صورت مطرح شده است که: به نظر می‌رسد به نظر می‌رسد بین وضعیت اشتغال و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه وجود دارد. (فرضیه $H1$) فرضیه خلف به صورت عدم رابطه بین متغیرهای فوق مطرح می‌شود (فرضیه $H0$) از آنجا که سطح اندازه گیری متغیر وضعیت اشتغال در سطح اسمی اندازه گیری شده است از ضرایب همبستگی خی دو یا کای اسکویر استفاده شده است. نتایج آزمون همبستگی متغیرها حاکی از رد فرضیه خلف و تأیید فرضیه تحقیق است. سطح معناداری (۰/۰۰۷) گزارش شده است.

جدول ۴-۴: ضریب همبستگی پیرسون بین بی تفاوتی نسبت به اعتیاد و وضعیت اشتغال

سطح معناداری	درجه آزادی	ارزش	
۰/۰۸۴	۷۲	۸۹/۰۳۵ a	کای اسکویر
۰/۰۰۷	۷۲	۱۰۵/۰۱۲	نسبت احتمال
۰/۱۸۵	۱	۱/۷۵۳	روابط خط-به خط
		۳۳۷	تعداد موردها

۲-۴-۲ آزمون مدل‌های رگرسیونی تحقیق

پس از آنکه فرضیات تحقیق مورد ارزیابی قرار گرفتند، متغیرهایی که در سطح فاصله‌ای اندازه گیری شده‌اند جهت تحلیل رگرسیونی وارد مدل رگرسیونی شدند تا تحلیل رگرسیون چند متغیره به روی آن‌ها انجام شود. بدین منظور از روش اینتر (Enter) استفاده شده است. نتایج حاصله حاکی از آن است که ۳۳/۹ درصد از تغییرات متغیر وابسته تحت تأثیر متغیرهای مستقلی است که وارد مدل شده‌اند که از آن جمله می‌توان به متغیرهای زمینه سازی مشارکت اجتماعی، مشکلات و گرفتاری‌ها، پنداشت شهروندان از نظم، آگاهی رسانی، امید به آینده، کیفیت شبکه‌های اجتماعی، اعتماد عمومی، کیفیت روابط خانوادگی، اعتماد نهادی، پیشگیری ثانویه، اعتماد بین شخصی و متغیر وابستگی به دیگر آن اشاره کرد. (جدول ۴-۴) و همچنین نتایج آزمون آنووا (Anova) با سطح معنی داری (۰/۰۰۰) حاکی از مطلوبیت متغیرهای وارد شده در معادله رگرسیونی برای تحلیل رگرسیون چند متغیره است.

جدول ۴-۴: خلاصه ضرایب مدل رگرسیونی

خطای استاندارد آماره	میدان تعدیل R	R Square ضریب	R ضریب	مدل
۶/۸۴۳۷	۰/۳۱۷	۰/۳۳۹	۰/۵۸۳	۱

a. Predictors: (Constant), زمینه سازی مشارکت اجتماعی, مشکلات و گرفتاری‌ها, پنداشت شهروندان از نظم, آگاهی رسانی, امید به آینده, کیفیت شبکه‌های اجتماعی, اعتماد عمومی, کیفیت روابط خانوادگی, اعتماد نهادی, پیشگیری ثانویه, اعتماد بین شخصی, وابستگی به دیگر آن

b. Dependent Variable: بی تفاوتی نسبت به اعتیاد:

جدول ۴-۴۵: ارائه نتایج حاصله از آزمون آنووا (ANOVA)

سطح معناداری	F ضریب	توان دوم میانگین	درجه آزادی	مجموع مربعات	
۰/۰۰۰	۱۵/۴۶۰	۷۲۴/۰۷۴	۱۲		رگرسیون
		۴۶/۸۳۷	۳۶۱	۱۶۹۰۸/۰۹۰	باقیمانده
			۳۷۳	۲۵۵۹۶/۹۷۶	کل

a. Dependent Variable: بی تفاوتی نسبت به اعتیاد

b. Predictors: (Constant), زمینه سازی مشارکت اجتماعی, مشکلات و رفتاری ها, پنداشت شهروندان از نظم, آگاهی رسانی,

امید به آینده, کیفیت شبکه های اجتماعی, اعتماد عمومی, کیفیت روابط خانوادگی, اعتماد نهادی, پیشگیری ثانویه, اعتماد بین شخصی,

وابستگی به دیگر آن

جدول (۴-۴۶)، ضرایب رگرسیونی استاندارد که به (Standardized Coefficients) مشهورند و ضرایب بتای غیراستاندارد (Unstandardized Coefficients) را نشان می دهند. نتایج حاصله نشان می دهد که متغیرهای آگاهی رسانی نیروی انتظامی از مضرات مواد مخدر، پنداشت شهروندان از نظم و قانون، امید به آینده، کیفیت روابط خانوادگی، اعتماد بین شخصی، اعتماد نهادی، اعتماد عمومی و مشکلات و رفتاری های روزانه بر بی تفاوتی مدنی تأثیرگذار نیستند. سطح معنی داری برای متغیرهای فوق بالاتر از (۰/۰۵) گزارش شده است.

از مهم ترین متغیرهای تأثیرگذار بر بی تفاوتی اجتماعی پیشگیری ثانویه است که تأثیر معکوسی بر بی تفاوتی اجتماعی دارد. این تأثیر برابر با (۰/۴۰۱-) است. می توان گفت که با توجه به تعاریف عملیاتی متغیرها هراندازه کمپ هایی با هزینه پایین خدمات درمانی در جهت درمان اعتیاد در اختیار شهروندان قرار گیرد به همان اندازه از میزان بی تفاوتی اجتماعی کاسته می شود. از نکات دیگری که می توان به آن اشاره کرد، برنامه هایی برای اشتغال معتادین پس از ترک است. در این اثنا حمایت دولت از خانواده های معتادین در حال ترک اهمیت زیادی دارد.

معتادین پر خطر که اکثراً به بیماری‌های سخت همچون ایدز و یا هپاتیت مبتلا هستند، در بین شهروندان احساس وحشت ایجاد می‌کنند. هر چه تعداد مراکزی که به جمع آوری معتادین پر خطر می‌پردازند بیشتر باشد به همان میزان از میزان بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد نیز کاسته می‌شود.

یکی دیگر از مسائلی که می‌تواند از میزان بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد بکاهد، ارائه برنامه‌های آموزشی در جهت جلوگیری از بیماری‌هایی همچون ایدز و هپاتیت به معتادان است. توجه به این امر هم برای شهروندان مهم است و هم خانواده‌های معتادین.

جدول ۴-۴۶: ارائه ضرایب بتای مدل و سطح معناداری

سطح معناداری	ضریب T	ضریب استاندارد Beta	ضرایب غیراستاندارد		مدل
			خطای استاندارد	ضریب B	
۰/۰۰۰	۱۸/۵۱۱		۳/۳۱۱	۵۷/۶۳۱	مقدار ثابت
۰/۰۰۰	-۷/۳۵۶	-۰/۴۰۱	۰/۰۶۳	-۰/۴۶۲	پیشگیری ثانویه
۰/۳۱۱	۱/۰۱۴	۰/۰۵۱	۰/۰۴۶	۰/۰۴۷	آگاهی رسانی
۰/۰۸۴	۱/۷۳۳	۰/۰۷۹	۰/۰۴۸	۰/۰۸۳	پنداشت شهروندان از نظم
۰/۰۰۰	-۳/۳۶۱	-۰/۲۱۴	۰/۰۴۴	-۰/۱۵۹	وابستگی به دیگر آن
۰/۶۲۴	-۰/۴۹۱	-۰/۲۰۴	۰/۰۴۹	-۰/۰۲۴	امید به آینده
۰/۲۱۱	۱/۲۵۳	۰/۰۶۸	۰/۱۶۹	۰/۲۱۲	کیفیت روابط خانوادگی
۰/۰۰۰	-۴/۵۶۵	-۰/۲۱۴	۰/۰۷۹	-۰/۳۶۰	کیفیت شبکه‌های اجتماعی
۰/۶۷۰	-۰/۴۲۶	-۰/۰۲۴	۰/۱۲۰	-۰/۰۵۱	اعتماد بین شخصی
۰/۰۷۱	۱/۸۰۹	۰/۱۰۱	۰/۰۷۷	۰/۱۳۹	اعتماد نهادی
۰/۳۸۷	-۰/۸۶۷	-۰/۰۴۰	۰/۱۰۳	-۰/۰۸۹	اعتماد عمومی
۰/۶۵۶	-۰/۴۴۵	-۰/۰۲۱	۰/۵۵	-۰/۰۲۵	مشکلات و گرفتاری‌ها
۰/۰۰۳	-۲/۹۵۵	-۰/۱۴۶	۰/۱۱۸	-۰/۳۴۸	زمینه سازی مشارکت اجتماعی
۰/۰۰۰	-۱۰/۱۸۷	-۰/۴۶۱	۰/۰۵۳	-۰/۵۳۸	زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه

a. Dependent Variable: بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد

از دیگر متغیرهایی که در مدل رگرسیونی چند متغیره بر بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد تأثیر گذار است، وابستگی به دیگر آن است. تأثیر این متغیر بر بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد معکوس و برابر با (-۰/۲۱۴) است. می‌توان اظهار داشت که به هراندازه که شخص با خود بیندارد که والدین، خواهران و برادران، اقوام و خوشان به او اهمیت می‌دهند و در زندگی پشتیبان او هستند به همان اندازه می‌توان انتظار داشت که در

مقوله اعتیاد نیز مسئولیت پذیر باشند.

از طرف دیگر نتایج تحقیق نشان می‌دهد که به هر اندازه که فرد نسبت به دیگر شهروندان در خود علاقه ببیند و این علاقه با شعاع گسترده‌تری همراه شود (علاقه به شهر و کشورش) این امر باعث می‌شود که میزان بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به مقوله اعتیاد نیز در ایشان کاهش یابد.

مشکلات اقتصادی که در جامعه وجود دارد به همراه ساختارهای ناموزون اجتماعی، مدیریتی، جمعیتی و فرهنگی و حتی اقلیمی می‌تواند بر چگونگی علاقه‌مندی و ترجیح فرد به زندگی در ایران در مقابل ترجیح زندگی در کشورهای دیگر دنیا که اکثراً کشورهای پیشرفته و با امکانات بالاست تأثیرگذار باشد و این امر طبق نتایج تحقیق باعث می‌شود که هرچه ترجیح فرد به زندگی در دیگر کشورها بیشتر باشد به همان اندازه بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد هم در او بیشتر است.

این امر حاکی از این است که بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد مقوله است که از سوی جامعه تعریف می‌شود و وجوه گوناگون می‌یابد. یک وجهش در سطح نیروی انتظامی و اقدامات پلیس و ستاد مبارزه با مواد مخدر است اما این امر زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی را نیز در بر دارد که فرای توان یک سازمان به‌تنهایی است.

کیفیت شبکه‌های اجتماعی با تأثیری در حدود (۴/۵۶-) بر بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد تأثیرگذار است. شبکه‌های اجتماعی در تحقیق پیش رو اشاره به گستردگی روابط اجتماعی میان شهروندان دارد. اینکه توان برقراری روابط اجتماعی با دیگر آن در افراد تاجه اندازه است. و همچنین اشاره به روابط فرد با دیگر آن در پارک‌ها و مکان‌های عمومی و در ادارات و سازمان‌ها دارد. هر اندازه فرد اجتماعی‌تر باشد و ارتباط نزدیک‌تری با دیگر آن برقرار کند به همان اندازه بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد در او کاهش می‌یابد. افراد اجتماعی‌تر مسئولیت‌پذیری بیشتری نسبت به دیگر آن دارند.

یکی دیگر از متغیرهای تأثیرگذار بر بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد، زمینه‌سازی مشارکت اجتماعی است. زمینه‌سازی مشارکت اجتماعی اشاره به این موضوع دارد که اگر شهروندان تصمیم گرفتند که با دولت‌ها و سازمان‌های اجتماعی مشارکت فعالانه‌ای داشته باشند، تا چه اندازه در جامعه ما ساختارهایی مهیا است که این مشارکت را جذب کند.

ضریب تأثیر متغیر ساختارهای زمینه‌ای مشارکت بر بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد برابر با (۰/۱۴۶-) است. این نتیجه حاکی از این است که هراندازه شهروندان بتوانند در سطح حل و فصل مشکلات ساختمان (همسایگان و...)، محله و همچنین شهرشان مشارکت فعالانه‌ای از قبیل برپایی جلساتی در جهت حل مشکل و مسائلی از این قبیل داشته باشند به همان اندازه نسبت به مقوله اعتیاد نیز مسئولیت پذیر می‌گردند و این امراض میزان بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد می‌کاهد.

انتخابات آزادانه و فعال از سوی دیگر باعث می‌شود که فعالیت مشارکت سیاسی شهروندان شکل گیرد که اعتماد سازی در این زمینه مهم‌ترین مسئله خواهد بود. از طرف دیگر هراندازه تعداد نهادهایی را که باهدف جذب مشارکت مردم (در جهت حل و فصل مشکلات محله و...) بیشتر باشد به همان اندازه می‌توان انتظار داشت که شهروندان بی‌تفاوتی اجتماعی کمتری را از خود به نمایش بگذارند.

نیروی انتظامی نیز می‌تواند نقش مؤثری بر کاهش بی‌تفاوتی اجتماعی شهروندان نسبت به اعتیاد داشته باشد. هراندازه این ارگان زمینه‌هایی را برای مشارکت فعالانه درانجام مأموریت‌های محوله ایجاد نماید به همان میزان می‌تواند از شدت بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد بکاهد.

یکی دیگر از متغیرهایی که بر بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد تأثیرگذار است، زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه است که بالاترین تأثیر را نیز دارا می‌باشد. ضریب تأثیر این متغیر برابر با (۰/۴۶۱-) است. این متغیر در واقع به‌طور مستقیم با اقدامات و مأموریت‌های محوله ستاد مبارزه با مواد مخدر در خصوص پیشگیری از اعتیاد مرتبط است.

یکی از برنامه‌هایی که روی آن تأکید شده است، برنامه‌های آموزشی است که در خصوص اعتیاد از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر در سطح مدارس، خانواده‌ها، دانشگاه‌ها اجرا شده یا به صورت برنامه‌های هدفمند در خصوص پیشگیری از اعتیاد که در مساجد و مکان‌های عمومی برای عموم مردم اجرا شده باشد. نتایج حاکی از آن است که اطلاع مردم از وجود چنین اقداماتی بسیار محدود می‌باشد. این امر در حالی است که طبق نتایج تحقیق هرچه فعالیت ستاد مبارزه با مواد مخدر در خصوص اقدامات فوق بالاتر باشد به همان میزان می‌توان انتظار داشت که از میزان بی‌تفاوتی اجتماعی شهروندان نسبت به اعتیاد کاسته شود.

فصل پنجم

جمع بندی و نتیجه گیری و ارائه راهکارها

جمع بندی و نتیجه گیری

در این تحقیق تلاش شده است تا علل و تأثیر بی تفاوتی اجتماعی و راهکارهای مداخلات مشارکت محور در پیشگیری از اعتیاد مورد توجه قرار گیرد. دلیل این امر این است که در سالهای اخیر اعتیاد به مواد مخدر به عنوان معضل جهانی وقت و هزینه زیادی برای دست اندرکاران بهداشتی، اجتماعی و حتی سیاسی کشورها به خود اختصاص داده است.

دشواری های ناشی از اعتیاد همه بعدهای زندگی فرد، خانواده و حتی جامعه را تحت تأثیر مخرب خود قرار داده و منبع عظیم اجتماعی را در قلمرو مادی و معنوی به هرز می برد. این وضعیت به ویژه در کشورهای در حال توسعه مانند ایران که نیاز بیشتری به نیروی انسانی مولد و بهره گیری بیشتر از امکانات و منابع موجود در جهت نیل به هدف های کلان ملی دارند، حساسیت بیشتری دارد.

همان طور که پیش از این نیز اشاره شده است، نتایج برخی پژوهش ها، رشد اعتیاد در کشور را ۸ درصد نشان می دهد که حدود سه برابر رشد جمعیت است. طبق اظهار مسئولان وقت وزارت بهداشت، بیشترین میزان اعتیاد در کشور ما مربوط به دو ماده تریاک و هروئین بوده و بین پنج تا هفت میلیون نفر در کشور تجربه دست کم یک بار مصرف مواد را داشته اند. در سال ۱۳۸۷ هزینه مستقیم اعتیاد در کشور مبلغی در حدود ۲ هزار و ۶۸۷ میلیارد و ۹۹۰ میلیون ۹۲۲ هزار تومان نزدیک ۳ میلیارد دلار بوده که معادل ۱۵ درصد درآمد نفتی کشور در شرایط عادی است. (مدبر نیا و همکاران، ۱۳۹۲: ۷۰-۷۱)

از طرف دیگر می توان ادعا داشت که مبارزه با مواد مخدر بر سه روش کلی مبارزه با عرضه، درمان معتادان و فعالیت های پیشگیری در جهت کاهش تقاضا استوار است. اگرچه مبارزه با عرضه مواد بسیار ضروری است و بدون آن ها مشکل اعتیاد بسیار بدتر از امروز می بود، لیکن این تلاش، مشکل سوء مصرف و اعتیاد را از بین نبرده است.

مسئله ای که امروزه در ادبیات تحقیقات مرتبط با پیشگیری از اعتیاد مطرح شده است تأکید بر مشارکت با محوریت اجتماع است که تقریباً از سال ۱۳۸۱ رویکرد غالب در طرح های پیشگیری از اعتیاد گردیده است، این نوع از مشارکت با تقویت و حمایت برنامه های آموزشی درون استانی، بستر سازی، مناسب سازی و حمایت از سازمان های مردم نهاد، تلاش برای برنامه ریزی برای سازمان های مردم نهاد محلی، مشارکتی کردن اجرای طرح به صورت داوطلبانه، اصلاح طرح از حالت جامع به حالت منطقه ای و اجرای

طرح‌های پیشگیری از اعتیاد به صورت اقلیمی همراه شده است. این برنامه‌های مشارکتی، ضرورت انجام یک برنامه ریزی مشارکتی را در اجتماعات کوچک را نشان می‌دهد.

از طرف دیگر کناره گیری افراد و بی‌توجهی آن‌ها نسبت به محیط اطراف دل‌سردی و بیگانگی نسبت به مسائل اجتماعی از موضوعاتی هستند که در محافل اجتماعی و سیاسی مورد توجه بسیاری از اندیشمندان اجتماعی بوده به طوری که بی‌توجهی نسبت به این موارد بستر ساز بی‌تفاوتی و نهایتاً احساس پوچی در بین افراد جامعه به حساب آمده است. (روزنبرگ، ۱۹۵۵: ۳۴۹)

فردی که نسبت به جامعه به‌طور عام و نظام اجتماعی سیاسی به‌طور خاص احساس خصومت می‌کند احتمال دارد که از همه نوع انواع مشارکت کناره گیری کرده و به صف افرادی که کاملاً بی‌تفاوت هستند بپیوندد و یا اینکه در سطوح مختلف جامعه مشارکت فعال داشته باشد (راش، ۱۳۸۱: ۱۲۹) از این رو بی‌توجهی نسبت به توانش فردی یا گروهی عناصر اجتماعی عامل فروپاشی هر ساختار یا محیطی خواهد بود که انسان به عنوان عامل اثر گذار و دارای قدرت تصمیم گیری مورد توجه قرار نگیرد. (نادری، ۱۳۸۹: ۳۱-۳۲) در مقابل بی‌تفاوتی اجتماعی، رویکرد مشارکت محور مطرح می‌شود.

رویکرد اجتماع محور در برخورد با معضلات و مشکلات اجتماعی (نظیر اعتیاد و سایر انحرافات اجتماعی) با مشارکت دادن مردم در برنامه ریزی‌ها از طراحی تا اجرا و ارزشیابی، با استفاده از راهبردهایی نظیر اقتدار افزایی^۱، آموزش مهارت‌های زندگی، حمایت گیری، آگاه سازی و... از بروز بسیاری از نابسامانی‌ها در سطح اجتماعی جلوگیری نموده، فرایند آن منجر به افزایش کیفیت زندگی آحاد جامعه می‌گردد.

هدف برنامه‌های اجتماع محور این است که فرایندهای خدماتی، رفاهی و ارتقایی و مسئولیت معطوف به آن را به افراد، خانواده‌ها، نهادهای مردمی، و جامعه واگذار نماید تا با ایجاد ساختاری مناسب مشکل اجتماع، شناسایی و اولویت بندی شده، براساس آن برنامه ریزی گردد و سپس به اجرا، تداوم، ارزشیابی، اصلاح. ارتقا برنامه پرداخت گردد. (علیپوری نیاز، ۱۳۸۸: ۳۵۸)

رویکرد اجتماع محور در برخورد با معضلات و مشکلات اجتماعی (نظیر اعتیاد و سایر انحرافات اجتماعی) با مشارکت دادن مردم در برنامه ریزی‌ها از طراحی تا اجرا و ارزشیابی، با استفاده از راهبردهایی

¹ Empowerment

نظیراقتدارافزایی^۱، آموزش مهارت‌های زندگی، حمایت‌گیری، آگاه‌سازی و... از بروز بسیاری از نابسامانی‌ها در سطح اجتماعی جلوگیری نموده، فرایند آن منجر به افزایش کیفیت زندگی آحاد جامعه می‌گردد.

هدف برنامه‌های اجتماع محور این است که فرایندهای خدماتی، رفاهی و ارتقایی و مسئولیت معطوف به آن را به افراد، خانواده‌ها، نهادهای مردمی، و جامعه واگذار نماید تا با ایجاد ساختاری مناسب مشکل اجتماع، شناسایی و اولویت بندی شده، براساس آن برنامه ریزی گردد و سپس به اجرا، تداوم، ارزشیابی، اصلاح. ارتقا برنامه پرداخت گردد. (علیپوری نیاز، ۱۳۸۸: ۳۵۸)

در ادبیات تحقیق به بررسی عوامل مؤثر بر اعتیاد پرداخته شده است. مدبرنیا (۱۳۹۲: ۷۰-۷۷) در تحقیق خود به دنبال بررسی عوامل مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر، نقش انگیزاننده‌های درونی به عنوان یکی از عوامل مؤثر بر اعتیاد را پررنگ نموده است. ایشان بر ویژگی‌های فردی معتادین به مواد مخدر تأکید کرده است. از نظر ایشان معتادین به مواد مخدر از کسب آسان منفعت در زمینه‌های روانی و جسمی به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اعتیاد بهره می‌گیرند.

لذت طلبی کاذب نیز یکی دیگر از مؤلفه‌های تأثیر گذار بر استفاده از مواد مخدر در این تحقیق مطرح شده است. روحیه کنجکاوی به عنوان ویژگی خوب انسان‌های موفق همواره مورد توجه بوده است اما در برخی از افراد معتاد استفاده نادرست از این خصیصه باعث به دام افتادن آنان شده است. به اظهار مشارکت کنندگان بسیاری از افراد معتاد مهارت نه گفتن به وسوسه‌ها که لازمه حضور موفق هر انسان در جوامع کنونی است را ندارند مهارت نه گفتن یکی از این موارد بود که یکی از افراد معتاد از تجربه خود زمانی که مصرف مواد توسط دوستان به او پیشنهاد شده بود.

و دیگر نتایج حاکی از آن است که **مشوق‌های بیرونی**، به عنوان سومین عامل مؤثر بر اعتیاد قابل شناسایی است. که از این مشوق‌ها، سهم خانواده بسیار برجسته‌تر بوده است به گونه‌ای که سابقه مصرف سایر اعضای خانواده و سابقه مصرف در خویشاوندان و ضعف مهارت‌های فرزند پروری از مهم‌ترین عوامل مرتبط با خانواده بود که بر آغاز و تداوم اعتیاد تأثیر گذار بوده‌اند. از طرف دیگر بسیاری از مشارکت کنندگان شرایط اجتماعی را به عنوان یکی از اصلی‌ترین عوامل تأثیر گذار بر بروز اعتیاد معرفی کردند

¹ Empowerment

در مطالعه ایشان عواملی مثل در دسترس بودن آسان مواد مخدر، ناتوانی فرد در مواجهه با استرس، وجود کم توانی و ناتوانی شخصیتی و بالاخره زندگی در سطح اقتصادی - اجتماعی پایین، نقش برجسته‌ای داشتند. جهانگیری و غلام زاده نطنزی (۱۳۹۰: ۱۲۹-۱۵۵) در تحقیق مشترکشان به دنبال بررسی رابطه کنترل اجتماعی و گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در جوانان بین میزان دلبستگی، میزان تعهد، میزان مشارکت، میزان اعتماد جوانان و اعتیاد آن‌ها رابطه معنا داری را مشاهده نموده‌اند.

در تحقیق پیش رو، از بین ۴۰۰ نمونه مورد مطالعه تحقیق، ۵۲/۸ درصد را مردان و ۴۷/۲ درصد را زنان به خود اختصاص داده‌اند. متأهلین بیشترین تعداد پاسخگویان را به خود اختصاص داده‌اند. ۶۲/۱ درصد از پاسخگویان متأهل بوده و پس از آن ۳۱/۷ درصد را مجردین به خود اختصاص داده‌اند. کمترین میزان پاسخگویان (۱/۹ درصد) را کسانی تشکیل داده‌اند که همسر خود را از دست داده و در گروه فوت همسر قرار گرفته‌اند.

در خصوص میزان تحصیلات بیشترین تعداد پاسخگویان در مقطع لیسانس (۳۰/۸ درصد) هستند و پس از آن مقطع دیپلم بیشترین تعداد پاسخگویان را به خود اختصاص داده‌اند. این امر نشان می‌دهد که جامعه مورد بررسی در شهر کرمان به تحصیلات اهمیت بسیاری می‌دهند. در خصوص وضعیت اشتغال، ۵۱/۶ درصد از پاسخگویان اظهار داشته‌اند که شاغل بوده و پس از آن ۳۵ درصد را بیکاران به خود اختصاص داده‌اند. و در خصوص درآمد، بیشترین تعداد پاسخگویان اظهار داشته‌اند که درآمدی کمتر از یک میلیون و چهارصد هزار تومان در ماه دارند بیشترین تعداد پاسخگویان را کارمندان (۳۷/۸ درصد) تشکیل داده‌اند. میانگین سنی پاسخگویان در حدود ۳۴ سال بوده میانگین تعداد اعضای خانواده در حدود ۴ نفر و با توجه به اینکه بیشترین تعداد اعضای جمعیت نمونه متأهلین می‌باشند می‌توان تعداد فرزندان را بیشتر ۲ نفر در نظر گرفت.

یکی از مهم‌ترین مسائلی که در تحقیق پیش رو مورد توجه قرار گرفته است بی‌تفاوتی شهروندان نسبت به اعتیاد در جامعه است. که با متغیرهایی نظیر علاقه به کسب آگاهی نسبت به معضل اعتیاد، شرکت در نمایشگاه‌ها با موضوع اعتیاد، پیگیری اخبار مربوط به اعتیاد و... مشخص شده است.

اطلاعات بدست آمده حاکی از بی‌تفاوتی اکثریت شهروندان کرمانی نسبت به معضل اعتیاد است. میانگین کلی بی‌تفاوتی برابر با ۳/۲۴۹ گزارش شده است. بی‌تفاوتی مفرط در زمینه‌های شرکت در نمایشگاه‌ها و

سمینارهای مربوط به اعتیاد، پیگیری اخبار مربوط به اعتیاد، مطالعه کتب با موضوع اعتیاد، گزارش قاچاق و قاچاقچیان مواد مخدر، معرفی معتادین به مأمورین، معرفی دوستان و آشنایان نزدیک به کمپ‌های ترک اعتیاد، تلاش در زمینه آگاهی و شناخت مضرات انواع مواد مخدر دارای میانگینی بالاتر از ۳ می‌باشند که نشانگر بی‌تفاوتی بالای پاسخگویان است.

اولین راهکاری که در این خصوص پیشنهاد می‌شود، برنامه ریزی بروی آموزش‌هایی است که باهدف کسب آگاهی نسبت به معضل اعتیاد در سطح خانواده‌ها، مدارس ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و دانشگاه‌ها است. باید در این زمینه فعالیت مشترکی بین ستاد مبارزه با مواد مخدر، آموزش و پرورش و دانشگاه‌ها صورت گیرد. در این بین تأکید بر مدارس بیشتر است چرا که کودکان و جوانان در سنین پایین بسیار آموزش پذیرتر هستند. آموزش‌ها باید به صورتی ارائه شود که در ابتدا دانش پذیران با معضل اعتیاد آشنا شوند. فیلم‌هایی از افراد معتاد و اینکه چگونه در دام اعتیاد افتاده‌اند و وضعیت کنونی و تعداد افراد معتادی که به ایدز مبتلا گشته و یا زندگی خود را از دست داده‌اند پخش شود، هرچه صحنه‌های این فیلم آموزشی دلخراش تر باشد و هرچه مصیبت را پررنگ‌تر نشان دهد دارای بار تأثیرگذاری بیشتری خواهد بود.

دومین نکته‌ای که باید آموزش داده شود، ارائه برنامه‌هایی برای خانواده تا با شکل ظاهری مواد مخدر و انواع صدماتی که می‌تواند بر فرد وارد سازد، آشنا شوند. علاوه بر این صدا و سیما باید وارد عمل شود و همان‌گونه که برنامه‌های تبلیغاتی را در حین نمایش فیلم‌ها و سریال‌های مطرح پخش می‌کند، میان برنامه‌های کوتاهی را در خصوص معرفی مواد مخدر و صدمات وارده بر فرد به‌گونه‌ای بزرگ نمایی شده پخش کند. حتی به‌تراست از کانال‌های ماهواره‌ای که مخاطبان زیادی دارند کمک گرفته شود. باید به این نکته توجه شود که هراندازه برنامه‌های با موضوع اعتیاد ساخته شود هنوز کم است و باید برنامه‌های بیشتری را تولید کرد.

دعوت از افراد معتاد در برنامه‌های تلویزیونی و همچنین افرادی که موفق به ترک اعتیاد شده‌اند. مسائل و مشکلاتی که برای ایشان وجود داشته است در قالب برنامه‌ای تلویزیونی می‌تواند بیان شود. به نظر می‌رسد بیشترین نقش را در پیشگیری از اعتیاد و آموزش شهروندان در درجه اول صدا و سیما و شبکه‌های ماهواره‌ای پر بیننده دارا است.

برپایی نمایشگاه‌هایی در سطح شهر که معضل اعتیاد را بزرگنمایی می‌کنند و تصاویر دردناکی را از افراد معتاد، کسانی که به خاطر اعتیاد جان باخته‌اند و اثراتی که اعتیاد برایشان داشته باید در هر محل‌های برپا شود و بروشورهای تبلیغاتی و **Cd** های آموزشی و کتابچه‌های کوچکی را به افراد ارائه دهند.

Cd های آموزشی در جهت معرفی معضل اعتیاد و مضرات آن را می‌توان در مکان‌های عمومی که شهروندان منتظر هستند از قبیل فرودگاه‌ها، ترمینال‌های مسافر بری، داروخانه‌ها، بیمارستان‌ها و... نمایش داد و همچنین به شهروندان هدیه کرد.

در مدارس می‌توان در جهت بالا بردن انگیزه محصلان یک واحد درسی با عنوان اعتیاد به دروس اضافه کرد (همچنین در دانشگاه‌ها) و طرحی را با نام همکار مددجو ارائه نمود که تعدادی از محصلین به عنوان سرگروه آموزش دیده و به دیگر اعضای گروه خود در خصوص پیشگیری از اعتیاد آموزش داده و نمراتی را در کارنامه کسب کنند.

تبلیغات گسترده‌ای می‌توان از صدا و سیما و دیگر رسانه‌ها انجام داد تا مردم قسمتی از مبالغی را که به عنوان صدقه در صندوق‌ها می‌اندازند را صرف راه اندازی ان جی اوهای ترک اعتیاد و کمپ‌های ترک اعتیاد گردانند. استفاده از توان مردمی و مشارکت گسترده مردمی در این خصوص اهمیت دارد. ساختار زمینه‌ای مشارکت اجتماعی درخصوص اعتیاد دارای یک رکن اساسی و اصلی است که این رکن می‌تواند حمایت‌های مالی شهروندان در احداث بیمارستان، کمپین و... با موضوع اعتیاد باشد.

اعتماد سازی مردمی در جهت گزارش قاچاق و قاچاقچیان مواد مخدر یکی از مسئولیت‌های مهم ستاد مبارزه با مواد مخدر و سازمان‌های دیگری از جمله آموزش و پرورش، دانشگاه‌ها و صدا و سیما است. این اعتماد سازی باید به گونه‌ای باشد که اعتماد مردمی را جلب نموده و از آن بهره گیرد. در زمینه اعتماد سازی ساخت برنامه‌های تلویزیونی در جهت نمایش دادن اقدامات مؤثر و کاربردی نیروی انتظامی در جهت سازماندهی میادین، وضعیت کمپ‌های ترک اعتیاد و نمایش مأموریت‌ها در جهت نابودی مواد مخدر و مبارزه با قاچاقچیان مهم است.

تشویق خانواده‌ها به معرفی معتادین به مأمورین مبارزه با مواد مخدر با نمایش این موضوع که با معرفی معتادین اقدامات درمانی از سوی ستاد صورت می‌گیرد و مواردی از این قبیل مهم است.

یکی دیگر از متغیرهای تحقیق زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه است. سؤال اساسی که مطرح می‌شود این است که تا زمانی که زمینه‌ای برای مشارکت شهروندان وجود نداشته باشد ایشان چگونه می‌توانند مشارکت

داشته باشند؟ اگر قرار است مشارکتی در زمینه اعتیاد صورت گیرد، دولت به همراه دیگر نهادها و سازمان‌ها باید زمینه مناسبی را برای مشارکت اجتماعی ایجاد کنند تا شهروندان بتوانند مشارکتی انجام دهند. از پاسخگویان خواسته شد تا اظهار دارند که تا چه اندازه از برنامه‌های آموزشی در خصوص اعتیاد اطلاع دارند که از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر در مواردی از جمله: آموزش برای خانواده‌ها، مدارس، دانشگاه‌ها و در سطح محلات (در مساجد و) اجرا شده باشد. همچنین ارزیابی از فعالیت‌های صدا و سیما، دانشگاه‌ها و مدارس در خصوص این زمینه سازی بیان شده است. نتایج تحقیق حاکی از آن است که متأسفانه در جامعه مورد بررسی مشارکت اجتماعی با یک بحران اجتماعی بی‌انگیزگی مواجه شده است. در خصوص ساختارها و بستر مشارکت اجتماعی نسبت به اعتیاد نیز از نظر اکثریت پاسخگویان متأسفانه هیچ برنامه قابل ملاحظه‌ای از نظر پاسخگویان وجود نداشته است که برای خانواده‌ها اجرا شده باشد، برنامه‌های قابل ملاحظه‌ای در سطح مدارس و دانشگاه‌ها نیز موجود نیست. اکثریت مردم از برنامه‌هایی که در سطح مساجد ایجاد شده بی‌اطلاع هستند. فعالیت صدا و سیما در سطح برنامه‌های تولیدی در زمینه اعتیاد تأسف باراست.

راهکاری که در خصوص جذب مشارکت‌های مردمی می‌توان ارائه کرد همچنان توجه به آموزش در خصوص شناخت انواع مواد مخدر و معضلات اعتیاد از سوی مدارس، دانشگاه‌ها و برپایی و تقویت ان جی اوه‌ای محله محورا است. بهتراست هر محل‌های تعدادی ان جی او در زمینه ترک اعتیاد داشته باشد تا دست به اطلاع رسانی در خصوص اعتیاد زده و برنامه‌های اجرایی نیروی انتظامی در خصوص آموزش را اجرایی گرداند. بهتراست ترس خود را از گروه‌ها و ان جی اوه‌ای مردمی را کنار بگذاریم و از توان مردم در ریشه کن کردن معضل اعتیاد بهره گیریم.

پارک‌ها و دیگر تفریح گاه‌ها مکان‌هایی هستند که اکثر جمعیت را گرد هم جمع می‌کنند. ارائه آموزش در این تفریح گاه‌ها و اجرای مسابقاتی که با جویزی همراه باشد در خصوص شناخت مواد مخدر و راه‌های پیشگیری از آن در این زمینه می‌تواند کارآمد باشد. ستاد مبارزه با مواد مخدر با کمک شهرداری و شورای شهر باید برنامه‌های تفریحی را مدیریت نموده و در جهت آموزش در خصوص اعتیاد مدیریت کند.

اعتیاد زنان و کودکان یکی دیگر از موضوعاتی است که به تازگی نرخ بالایی را در تحقیقات جامعه شناختی گزارش شده است. با توجه به بالا رفتن نرخ اعتیاد در این گروه‌های آسیب پذیر و استفاده از قرص‌های

روان گردان در بین این دسته بهتراست برنامه‌هایی با محوریت آموزش زنان نیز در سطح محلات، مناطق شهری و تفریح گاه‌ها به اجرا درآید.

تقویت نهادها و مؤسسات خصوصی در جهت آگاهی رسانی در زمینه اعتیاد مهم است. هر چه تعداد سازمان‌ها و مؤسسات رسمی و غیررسمی با محوریت پیشگیری و درمان اعتیاد بیشتر باشد بهتر می‌توان در جهت جلب مشارکت‌های مردمی از آن‌ها بهره گرفت.

پیشگیری ثانویه یکی دیگر از متغیرهای مهم تحقیق پیش رو است. در پیشگیری ثانویه جهت شناسایی سوء مصرف مواد و برنامه ریزی و اقدام مناسب مراقبین بهداشتی و درمانی باید هر مددجو را به شکل انفرادی مورد ارزیابی قرار دهند. وقتی سوء مصرف دارویی و وابستگی محرز شد. درمانگر باید مددجو را در جهت درک ارتباط بین مصرف مواد و پیامدهای منفی آن بر بهداشت فردی خانواده و جامعه کمک نماید. هدف از پیشگیری ثانویه تشخیص زودهنگام مشکل می‌باشد به نحوی که مانع از پیشرفت مشکل و با بروز تغییرات پاتولوژیکی ناشی از سوء مصرف مواد گردد. هدف از این مرحله انجام اقدامات لازم جهت درمان می‌باشد. شاید اقدامات شامل کمک به خانواده جهت شرکت فعال در برنامه ریزی و ارجاع مددجو به منابع مختلف کنترل آن‌ها در حین درمان و برقراری پوشش بیمه‌ای مناسب جهت آنان می‌باشد. متأسفانه نتایج تحقیق حاکی از وضعیت بغرنج اجتماعی در خصوص پیشگیری ثانویه است. همان‌طور که از جدول زیر مشخص است نمرات میانگین حاصله برای تمامی گویه‌های پرسشنامه بسیار پایین (کمتر از ۳) گزارش شده است. شناخت شهر وندان از کمپ‌های هزینه پایین ترک اعتیاد بسیار محدود بوده و در خصوص آشنایی از برنامه‌هایی باهدف اشتغال زایی برای افراد ترک کرده (در حد بسیار کم) همچنین ایشان اظهار داشته‌اند که برنامه‌های حمایتی دولت از خانواده معتادینی که در حال ترک‌اند، بسیار کم رنگ است و تعداد مراکزی که به جمع آوری معتادین پر خطر می‌پردازند، بسیار محدود است. میانگین کلی برای متغیر پیشگیری ثانویه از ۵ نمره در حدود ۱/۹ است که بسیار پایین است و این امر حاکی از وخامت اوضاع در خصوص پیشگیری ثانویه است.

احداث و تقویت کمک‌ها و مراکز ترک اعتیاد یکی از ضروریاتی است که باید به آن توجه کرد. استفاده از مشارکت مردمی در خصوص حمایت مالی از کمپ‌ها و داروها باعث می‌شود تا درمان اعتیاد با هزینه کمتری و حتی به صورت خود جوش و مردمی صورت گیرد. این امر مهم‌ترین نکته‌ای است که باید توسط

تبلیغات رسانه‌ای و آموزش‌های محل‌های و همچنین دانشگاهی و در سطح آموزش و پرورش نیز تقویت شود. حتی راهکار دیگری که پیشنهاد می‌شود این است که پس از آگاهی رسانی مردمی در صدی از درآمد اصناف و شهرداری و همچنین هزینه‌های آموزشی که مردم مجبورند در دانشگاه‌های خصوصی و مدارس غیرانتفاعی بپردازند صرف برنامه‌های درمانی سوء مصرف مواد مخدر شود.

یکی دیگر از متغیرهای مهم تحقیق میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی و ستاد مبارزه با مواد مخدر در خصوص مضرات اعتیاد است. در این بین آگاهی رسانی نیروی انتظامی در خصوص معرفی مضرات مواد مخدری از جمله شیشه، هروئین، کوکائین، تریاک، قرص‌های روان گردان و دیگر مواد مخدر جدید صنعتی به شهروندان ملاک بوده است. متأسفانه شهروندان معتقدند که اقدامات نیروی انتظامی و ستاد مبارزه با مواد مخدر در خصوص آگاهی رسانی در مورد مضرات مواد فوق بسیار ضعیف است. میانگین نمرات حاصله از ۵ نمره (آگاهی رسانی دقیق) و ۱ (عدم آگاهی رسانی و یا آگاهی رسانی بسیار ضعیف) برای اکثر گویه‌های نمرات کمتر از ۵ گزارش شده است.

شناخت انواع مواد مخدر توسط پاسخگویان یکی دیگر از زمینه‌هایی است که در تحقیق پیش رو مورد بررسی قرار گرفته است و گمان می‌رود که این میزان شناخت بتواند بر مسئولیت پذیری و از طرف دیگر محدودیت این شناخت بر بی‌تفاوتی اجتماعی شهروندان نسبت به معضل اعتیاد تأثیرگذار باشد. متأسفانه نتایج تحقیق حاکی از آن است که در زمینه شناخت ظاهری مواد مخدر آنقدر اطلاعات پاسخگویان ضعیف است که اکثراً اگر مواد مخدری از جمله شیشه، هروئین، حشیش و حتی تریاک را اگر به آن‌ها نشان دهند آن را نمی‌شناسند. اگر در زمان غیبت ایشان در خانواده یکی از اعضای خانواده دست به استعمال مواد مخدر زده باشد اکثریت ایشان متوجه نخواهند شد. این امر باعث می‌شود تا اگر فرزندان خانواده، خواهران و برادران و یا یکی از خویشان مبتلا به این بلای خانمان سوز شود ایشان متوجه نخواهند شد.

در خصوص علائم و نشانه‌های فیزیکی و ظاهری افراد معتاد از پاسخگویان خواسته شد تا اظهار دارند که: از نظر شما در موارد زیر علائم و نشانه‌های فیزیکی و جسمی سوء مصرف مواد مخدر در افراد معتاد چگونه است؟ مواردی از جمله حالت چشم‌ها و نگاه‌ها، صحبت، حرکات بدنی، وضعیت تحصیل، حالات رفتاری و عصبی، وضعیت خواب، غذا خوردن و وضعیت ارتباطی با دوستان مورد سنجش قرار گرفت. حد اکثر

نمره ۴۵ و کمترین نمره ۰ می‌باشد و میانگین نرمال تقریباً برابر با ۲۰ است. نمرات حاصله متأسفانه نشان دهنده آگاهی بسیار ضعیف پاسخگویان در خصوص موارد فوق بوده است.

پیشنهاد می‌شود مواد مخدر مذکور به صورت مصنوعی (ماکت) تهیه شود و یا تصویران در اختیار خانواده‌ها قرار گیرد. آموزش وسیعی در سطح مدارس، دانشگاه‌ها و محلات در خصوص معرفی این مواد مخدر و علائم و نشانه‌های فیزیکی و جسمی کسانی که مبتلا به آن هستند، به اجرا درآید تا لاقفل خانواده‌ها با شکل ظاهری آن و نشانه‌های استعمال آن توسط معتادین آگاه شوند.

یکی دیگر از متغیرهایی که در تحقیق مورد توجه قرار گرفته است سنجش این موضوع است که پاسخگویان تا چه اندازه عواملی را که در جامعه می‌تواند منجر به گرایش جوانان به اعتیاد شود را می‌شناسند. فرض براین است که با شناخت موارد فوق می‌توان مسئولیت پذیری را در خصوص اعتیاد را افزایش داد و از میزان بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد کاست. نتایج حاکی از آن است که متأسفانه پاسخگویان اطلاع دقیقی از عوامل مؤثر بر اعتیاد نیز ندارند.

آگاهی نسبت به عواملی که می‌تواند منجر به گرایش جوانان نسبت به اعتیاد شود یکی از مسائل مهمی است که باید به آن توجه شود. باید در قالب برنامه‌های آموزشی به خانواده‌ها ایشان را با رفتارهایی که می‌تواند منجر به گرایش فرزندان‌شان به اعتیاد شود آشنا نمود. طرز برخورد خانواده‌ها با فرزندان، وضعیت دوستان ناباب و معرفی محلات پرخطر در این برنامه‌های آموزشی باید مورد توجه قرار گیرد. آموزش‌هایی هم باید در سطح مدارس و دانشگاه‌ها باشد تا رفتارهای پر خطر شناسایی شوند و در جهت مدیریت آن اقدامات لازم صورت گیرد.

گمان می‌رفت تصور نظم و قانون پذیری در جامعه بتواند مسئولیت پذیری را در بین ایشان افزایش دهد. متأسفانه نمرات حاصله نیز در خصوص نظم پذیری پایین گزارش شده است. از این بین دانشگاه‌ها، شهرداری‌ها و شورای شهر از نظر شهروندان جزء سازمان‌هایی هستند که کمترین نمره را در انضباط و نظم پذیری دارا هستند. نمرات میانگین برای این سازمان‌ها طبق جدول به ترتیب برابر با: ۱۳/۸۲، ۱۳/۷۹، ۱۲/۱۳ است. بالاترین نمره نظم پذیری به مجلس شورای اسلامی اختصاص دارد که برابر با ۱۴/۵۵ است. متأسفانه هیچ کدام از نهادها و سازمان‌های کشور نمره‌ای بالاتر از ۱۵ دریافت نکرده است که این امر خود نشانگر بحران نظم و انضباط و قانون در کشور ما است. در این وضعیت افراد از آنجا که معتقدند نظمی در جامعه

وجود ندارد تمایل به قانون گریزی و استفاده از راه‌های نامشروع در بین ایشان شیوع می‌یابد و این امر می‌تواند بر بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد تأثیرگذار باشد

نمره میانگین کل گویه‌های وابستگی حاکی از وابستگی در حد متوسط $3/12$ از 5 نمره در بین پاسخگویان است. این وابستگی درجه بالایی ندارد و در حد متوسط است. همین نتیجه در خصوص احترام به دیگران نیز حاصل شده است. (میانگین $3/61$) البته اگر گویه احترام به اساتید و معلمان که میانگین $4/14$ را دارد از گویه‌ها حذف شود میانگین حاصله تقریباً همان 3 از 5 نمره می‌شود.

از آنجا که درصد اعتماد به اساتید و معلمان بالا است، می‌توان از این قابلیت در جهت آموزش عمومی استفاده کرد. دوره‌های آموزشی می‌تواند برای اساتید و معلمان در مقاطع مختلف توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر به همراه ارگان‌های دیگری از جمله آموزش و پرورش و وزارت علوم بروی این اقبال صورت دیگر تا در مرحله بعد این اساتید و معلمان بتوانند آموزش‌های دیده شده را کاربردی نموده و در سطح مدارس و دانشگاه‌ها اجرا کنند.

معلمان با آموزش می‌توانند در ساعات کلاسی، قسمتی از درس خویش را در خصوص مضرات اعتیاد و شیوه‌های پیشگیریانه ارائه کنند. همچنین توصیه می‌شود واحدهای درسی با موضوع اعتیاد، هپاتیت و ایدز در این مراکز آموزشی ارائه شود. کلاس‌ها باید با استفاده از فیلم، تصاویر و... ارائه شود تا کارایی بالاتری داشته باشد.

امید به زندگی نیز یکی دیگر از متغیرهایی است که در تحقیق مورد بررسی قرار گرفته است و شامل مواردی از جمله: امید به بهبود وضعیت اشتغال جوانان در آینده، بهبود وضعیت بهداشت، شرایط اقتصادی، وضعیت مسکن و مواردی از این قبیل است. متأسفانه در جامعه مورد بررسی به جای امید به زندگی می‌توان گفت که ناامیدی مفرط حاکم است. میانگین حاصله از امید به زندگی حاکی از آن است که امید به زندگی در حد بسیار پایینی گزارش شده است. میانگین کلی $2/76$ از 5 نمره برای این متغیر گزارش شده است. امید به بهبود وضعیت اشتغال، وضعیت مسکن، رشد اقتصادی کشور، شرایط ازدواج در سطح بسیار پایینی گزارش شده است.

از آنجا که امید به زندگی پایین است باید برنامه‌هایی در جهت بالا بردن امید به زندگی در شهروندان به وجود آید. طرح ازدواج آسان، مسکن ارزان، و اشتغال زایی و سرمایه گذاری نهادهای مرتبط بروی تولید و اشتغال به عنوان اهداف راهبردی و طولانی مدت می‌تواند اثرگذار باشد. این زمینه‌ها خارج از توان ستاد

مبارزه با مواد مخدر است و همت ملی را در تمامی ارگان‌ها می‌طلبد. فرمایشات مقام معظم رهبری در این خصوص می‌تواند کارآمد باشد.

از دیگر متغیرهای مورد بررسی کیفیت روابط خانوادگی است. این متغیر در واقع به این نکته اشاره دارد که تا چه اندازه در خانواده‌ها همفکری و تعامل حاکم است و از مشاجرات و نزاع و درگیری اجتناب می‌شود. میانگین کلی حاصله از تمامی گویه‌های مربوطه برابر با ۳/۷۱۴ است که رقم بالایی (از ۵ نمره) گزارش شده است. این امر حاکی از این است که خانواده‌ها در کرمان بیشتر از نوع خانواده‌های گفت و شنودی است. این امر قابلیت شهر کرمان را در برانگیختگی مشارکت‌های مردمی در زمینه پیشگیری از اعتیاد و مداخلات مشارکت محور نشان می‌دهد.

با اینکه شهروندان اظهار کرده‌اند که اکثراً در خانواده‌های از نوع گفت و شنودی زندگی می‌کنند، برنامه‌های آموزشی در جهت چگونگی کنترل فرزندان، همفکری با جوانان در جهت پیشگیری از اعتیاد باید برای خانواده‌ها اجرا شود. این برنامه‌ها از طریق صدا و سیما بهترین بازخورد را خواهد داشت. ساخت سریالهایی با موضوع اعتیاد جوانان، مضرات استفاده از مواد مخدر و نشان دادن عاقبت معتادین در قالب فیلم‌ها و سریال‌های متعدد می‌تواند کارگشا باشد.

از طرف دیگر وضعیت و کیفیت شبکه‌های ارتباطی و مردمی نیز می‌تواند نقش مؤثری بر بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد داشته باشد (طبق چارچوب نظری تحقیق) متأسفانه نتایج تحقیق حاکی از شبکه‌های ارتباطی ضعیف بین شهروندان است. اکثریت اظهار داشته‌اند که توان برقراری ارتباط بسیار بالایی با دیگر آن دارند. اما در پارک‌ها و تفریحگاه‌ها با دیگر آن ارتباط برقرار نمی‌کنند (یا به ندرت برقرار می‌کنند) در ادارات و سازمان‌ها آن‌چنان تمایلی به صحبت با دیگر آن ندارند و استفاده از شبکه‌های مجازی و اجتماعی در بین ایشان گسترده نیست. آن‌ها کمتر وقت صرف یافتن دوست در محیط مجازی می‌کنند.

اکثریت شهروندان اظهار داشته‌اند که توان برقراری ارتباط اجتماعی با دیگر آن در آن‌ها بالا است اما ترجیح می‌دهند در پارک‌ها و تفریحگاه‌ها، سینما و رستوران‌ها، سازمان‌ها و ادارات بیشتر سرشان درلاک خودشان باشد و کمتر تمایل به برقراری ارتباط با دیگر آن دارند. این امر می‌تواند ریشه در اعتماد اجتماعی داشته باشد.

اعتماد اجتماعی نیز یکی دیگر از متغیرهای تحقیق است که در این تحقیق به آن توجه شده است. این اعتماد در سه بعد اعتماد بین شخصی، اعتماد نهادی، اعتماد عمومی سنجیده شده است. نمرات حاصله در خصوص اعتماد بین شخصی همچون دیگر تحقیقات انجام گرفته در ایران حاکی از شدت این اعتماد در

بین شهروندان است. میانگین کلی برای تمامی گویه‌ها ۳/۷۱ می‌باشد که نشان دهنده شدت اعتماد بین شخصی در بین شهروندان است. نمرات اعتماد نهادی در حد متوسط است. اعتماد نهادی به ستاد مبارزه با مواد مخدر در حدود ۳/۲۴ (از ۵ نمره)، نیروی انتظامی ۳/۱۹ و دادگاه‌ها و قضات ۳/۲۲ گزارش شده است. این اعتماد نهادی بالا نیست اما در حد متوسط گزارش شده است. و اعتماد عمومی بین شهروندان بسیار ضعیف است. ایشان کمتر تمایل دارند در مسافرت وسایلشان را برای لحظه‌ای به غریبه همسفرشان بسپارند (میانگین ۲/۲۳ از ۵) و یا کمتر امکان دارد که وسایلشان را در سفر برای لحظه‌ای به یک مغازه‌دار بسپارند (میانگین ۲/۳۶ از ۵). ایشان معتقدند مغازه‌داران در فروش اجناس صداقت کافی را ندارند (میانگین ۲/۲۴ از ۵) و اگر غریبه‌ای برای امانت گرفتن وسیله‌ای به در منزل ایشان بکوبد، کمتر امکان دارد که به او کمک کنند (میانگین ۲/۴۸ از ۵).

پایین بودن اعتماد اجتماعی و بالاخص اعتماد عمومی (که بالا رفتن آن می‌تواند یکی از شاخصه‌های مهم توسعه اجتماعی-اقتصادی باشد) موضوعی است که ارائه راهکارهای کاربردی و راهبردی را می‌طلبد. اعتماد سازی با صداقت همراه است. اگر سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی به گونه‌ای به انجام مأموریت‌ها و وظایف خود بپردازند که اعتماد را بالا ببرند این بالا رفتن اعتماد می‌تواند در سطح اعتماد عمومی هم گسترش یابد. توجه به نهادهایی که پایین‌ترین سطح اعتماد را دارا هستند الزامی است. نتایج حاکی از آن است که شهرداری‌ها (میانگین ۱۲/۷۹ از ۵) نیروی انتظامی (با میانگین ۳/۲۱ از ۵)، نمایندگان مجلس (میانگین ۳/۲۱ از ۵) دادگاه‌ها و قضات (میانگین ۳/۲۲ از ۵) کمترین نمرات اعتماد را به خود اختصاص داده‌اند. پیشنهاد می‌شود این سازمان‌ها باید به بررسی علمی دلیل بی‌اعتمادی شهروندان به خود پرداخته و در جهت اعتماد سازی اقدامات کاربردی را انجام دهند.

طبق چارچوب نظری تحقیق و نظریه «والتر لیپمن» مشکلات و گرفتاری‌های روزمره نیز می‌تواند افراد را نسبت به مسائل اجتماعی بی‌تفاوت گرداند. این مشکلات در جوامع مدرن و در حال توسعه به دنبال خود فردگرایی را به دنبال دارد (یا منافع طلبی) که افراد را نسبت به مشارکت بی‌تفاوت می‌گرداند. «ریچارد استرلین» نیز از طرف دیگر رقابت‌های مزمن بر سر فرصت‌ها و امکانات محدود در جامعه و نیز ناکامی در برآورده سازی خواست‌ها و اهداف فردی در یک نسل را عامل سرخوردگی و سپس بی‌تفاوتی سیاسی و

اجتماعی شهروندان آن نسل بر می‌شمرد. استرلین تأکید می‌کند که این رفتار در هم سنجی با یک نسل کامیاب‌تر و مرفه‌تر از نسل سرخورده نمود می‌یابد. (رحیمی، ۱۳۹۵: ۷۰)

مشکلات اقتصادی که در جامعه وجود دارد به همراه ساختارهای ناموزون اجتماعی، مدیریتی، جمعیتی و فرهنگی و حتی اقلیمی می‌تواند بر چگونگی علاقه‌مندی و ترجیح فرد به زندگی در ایران در مقابل ترجیح زندگی در کشورهای دیگر دنیا که اکثراً کشورهای پیشرفته و با امکانات بالاست تأثیرگذار باشد و این امر طبق نتایج تحقیق باعث می‌شود که هرچه ترجیح فرد به زندگی در دیگر کشورها بیشتر باشد به همان اندازه بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد هم در او بیشتر است.

این امر حاکی از این است که بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد مقوله است که از سوی جامعه تعریف می‌شود و وجوه گوناگون می‌یابد. یک وجهش در سطح نیروی انتظامی و اقدامات پلیس و ستاد مبارزه با مواد مخدر است اما این امر زمینه‌های اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی را نیز در بر دارد که فرای توان یک سازمان به‌تنهایی است.

از دیگر مواردی که در تحقیق مورد بررسی قرار گرفته است این نکته است که مشکلات و گرفتاری‌های روزانه افراد آیا می‌تواند مانعی برای مشارکت اجتماعی در جهت پیشگیری از اعتیاد باشد یا خیر؟ از پاسخگویان خواسته شد تا مشخص کنند که اگر بخواهند به هر کدام از مشکلات اقتصادی که برای آن‌ها و یا خانواده مشغله ذهنی به وجود آورده است نمره‌ای را (از ۲۰) اختصاص دهند (بیشترین مشغله ذهنی نمره ۲۰ را به خود اختصاص می‌دهد)، چه نمره‌ای به مواردی از جمله: هزینه تحصیلی خود یا فرزندان، اجاره خانه و مسکن، بهداشت، هزینه‌های خانوار و... ارائه می‌کنند. نتایج نشان می‌دهد که بیکاری، هزینه تحصیلی و آموزشی و هزینه‌های مربوط به آب، برق تلفن بیشترین دغدغه ذهنی را برای ایشان به وجود آورده است. در تحقیق رابطه همبستگی متغیر فوق با بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد تأیید شده است اما رابطه علی آن در رگرسیون چند متغیره تأیید نشده است.

در خصوص آزمون فرضیات تحقیق نیز به‌طور خلاصه می‌توان اظهار داشت که رابطه معناداری بین میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی از مضرات اعتیاد، عدم شناخت انواع مواد مخدر، اعتماد بین شخصی، اعتمادی عمومی، بی‌اعتمادی نهادی، مشکلات و گرفتاری‌های روزمره شهروندان، زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه،

زمینه سازی مشارکت اجتماعی، وابستگی به دیگر آن و بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد.

اما در خصوص اینکه آیا متغیرهای فوق علاوه بر رابطه همبستگی، رابطه علی نیز با بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد دارند یا خیر؟ از رگرسیون چند متغیره استفاده شده است که توان پیش بینی تأثیرات هر کدام از متغیرهای فوق را بر بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد نشان می دهد.

طبق چارچوب نظری تحقیق اگر پیشگیری از اعتیاد، به کارگیری اقداماتی که احتمال ابتلای افراد به اعتیاد را کاهش دهد، در نظر گرفته شود، پیشگیری را باید شامل اقداماتی دانست که قادرند افرادی را که در معرض خطر ابتلا به سوء مصرف مواد مخدر هستند را از این بلای خانمان سوز دور نگه دارد. و ایشان را از مصرف محافظت نماید. پس منظور از پیشگیری تلاش در جهت کاهش عرضه و تقاضای مواد مخدر است. کاهش عرضه مورد توجه نیروهای مبارزه با مواد مخدر است و کاهش تقاضا مورد توجه قانون گذاران و نظام فرهنگی - آموزشی است. با در نظر گرفتن مشکلات و هزینه آموزش افراد در مورد جلوگیری از مصرف مواد مخدر و گسترش برنامه های پیشگیرانه و مؤثر در این زمینه، میزان قابل توجهی از تقاضا را خواهد کاست. (عزیزی، ۱۳۸۴: ۲۴) متأسفانه ثابت شده است که پیشگیری مؤثر به همان اندازه آموزش و یا مبارزه با مواد مخدر پیچیده است. پیشگیری در چندین بعد مطرح می شود.

پیشگیری اولیه بر روی کسانی اجرا می شود که هنوز رفتار مخاطره آمیز در بین آنها آغاز نشده است. پیشگیری ثانویه کسانی را هدف می گیرد که رفتار مخاطره آمیز داشته اند اما هنوز به بیماری مبتلا نشده اند. پیشگیری ثالثیه، بهبود شرایط و کاهش آسیب در بین افراد بیمار و مبتلا را هدف خود قرار می دهد قبل از آن که شدت بیماری منجر به مرگ آنها شود.

لازمه پیشگیری مؤثر اطلاع رسانی کافی به افراد و شناخت صحیح انواع مواد مخدر توسط خانواده ها و همچنین لزوم شناخت عوامل مؤثر بر اعتیاد می باشد. در این زمینه پیوند افراد و خانواده ها با جامعه و مسئولین خود یک موضوع قابل ملاحظه است. این پیوند را به بیان دیگر می توان مداخلات مشارکت محور نام نهاد که نقطه مقابل آن بی تفاوتی و بیگانگی است. در این اثنا، بیگانگی به عنوان یک مفهوم مجازی و ارزش یابانه است که به شکل بی معنایی و طرد شدن از فرایند اجتماعی ظاهر می شوند.

نتایج تحقیق حاکی از آن است که از مهم ترین متغیرهای تأثیرگذار بر بی تفاوتی اجتماعی پیشگیری ثانویه است که تاثیر معکوسی بر بی تفاوتی اجتماعی دارد. این تأثیر برابر با (۰/۴۰۱-) است. می توان گفت که با

توجه به تعاریف عملیاتی متغیرها هراندازه کمپ‌هایی با هزینه پایین خدمات درمانی در جهت درمان اعتیاد در اختیار شهروندان قرار گیرد به همان اندازه از میزان بی‌تفاوتی اجتماعی کاسته می‌شود. از نکات دیگری که می‌توان به آن اشاره کرد، برنامه‌هایی برای اشتغال معتادین پس از ترک است. در این اثنا حمایت دولت از خانواده‌های معتادین در حال ترک اهمیت زیادی دارد.

معتادین پر خطر که اکثراً به بیماری‌های سخت همچون ایدز و یا هپاتیت مبتلا هستند، در بین شهروندان احساس وحشت ایجاد می‌کنند. هر چه تعداد مراکزی که به جمع‌آوری معتادین پر خطر می‌پردازند بیشتر باشد به همان میزان از میزان بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد نیز کاسته می‌شود.

یکی دیگر از مسائلی که می‌تواند از میزان بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد بکاهد، ارائه برنامه‌های آموزشی در جهت جلوگیری از بیماری‌هایی همچون ایدز و هپاتیت به معتادان است. توجه به این امر هم برای شهروندان مهم است و هم خانواده‌های معتادین.

از دیگر متغیرهایی که در مدل رگرسیونی چند متغیره بر بی‌تفاوتی نسبت به اعتیاد تأثیر گذار است، وابستگی به دیگر آن است. از نظر هیرشی مبنای اصلی درونی کردن هنجارها وابستگی به دیگر آن است. این عنصر به‌نوعی نشان دهنده میزان وابستگی و دلبستگی فرد به اشخاص دیگر در خانواده محیط و نهادهای اجتماعی است به نظر هیرشی کسانی که به دیگر آن علاقه و توجه دارند آسایش خاطر آنان را در نظر می‌گیرند و سعی می‌کنند انتظارات آنان را برآورده سازند و اگر فردی نسبت به این تمایلات بی‌تفاوت باشد در این صورت پیوند او با جامعه ضعیف بوده و خود را آزاد می‌بیند که مرتکب انحراف شود در اینجا مفهوم وجدان به شکل یک عامل مستقل مطرح نمی‌شود بلکه آنچه اهمیت دارد رابطه اجتماعی فرد است (ممتاز: ۱۳۸۵: ۱۲۱) از نظر ایشان قیود فرد به جامعه را تحت تأثیر چهار مفهوم کلی می‌توان خلاصه کرد:

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

تأثیر وابستگی فرد به دیگر آن بر بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد معکوس و برابر با (۰/۲۱۴-) است. می‌توان اظهار داشت که به هراندازه که شخص با خود بپندارد که والدین، خواهران و برادران، اقوام و

خوشان به او اهمیت می‌دهند و در زندگی پشتیبان او هستند به همان اندازه می‌توان انتظار داشت که در مقوله اعتیاد نیز مسئولیت پذیر باشند.

از طرف دیگر نتایج تحقیق نشان می‌دهد که به هراندازه که فرد نسبت به دیگر شهروندان در خود علاقه ببیند و این علاقه با شعاع گسترده‌تری همراه شود (علاقه به شهر و کشورش) این امر باعث می‌شود که میزان بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به مقوله اعتیاد نیز در ایشان کاهش یابد.

کیفیت شبکه‌های اجتماعی با تأثیری در حدود (۴/۵۶-) بر بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد تأثیرگذار است. شبکه‌های اجتماعی در تحقیق پیش رو اشاره به گستردگی روابط اجتماعی میان شهروندان دارد. اینکه توان برقراری روابط اجتماعی با دیگر آن در افراد تا چه اندازه است. و همچنین اشاره به روابط فرد با دیگر آن در پارک‌ها و مکان‌های عمومی و در ادارات و سازمان‌ها دارد. هراندازه فرد اجتماعی‌تر باشد و ارتباط نزدیک‌تری با دیگر آن برقرار کند به همان اندازه بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد در او کاهش می‌یابد. افراد اجتماعی‌تر مسئولیت‌پذیری بیشتری نسبت به دیگر آن دارند.

یکی دیگر از متغیرهای تأثیرگذار بر بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد، زمینه‌سازی مشارکت اجتماعی است. طبق چارچوب نظری تحقیق تجربیات کشورهای مختلف نشان می‌دهد کشورهایی که در زمینه تأمین مشارکت مردم «که نقطه مقابل بی‌تفاوتی است» موفق بوده‌اند، عمدتاً موفقیت خود را مدیون ایجاد نوعی ارگان محلی (دولت محلی) با اقتدار بالنسبه زیاد می‌دانند. این ارگان‌های محلی، از نظر سازماندهی و سلسله مراتب تا بالاترین سطوح و به شکل زنجیره‌ای پیوسته ادامه داشته و وظایف و تکالیف هر یک از سطوح به دقت تعیین شده است. به عبارت دیگر کل از بالا تا پایین ارتباطی ارگانیک با یکدیگر داشته و از ساختی مرتبط برخوردار می‌باشند. تدوین منطقی در جهت تأمین و جلب مشارکت مردم در محیط اجتماعی - اقتصادی ضرورتی است. آشکار است که برای تأمین نیازهای مردم مجموعه سیستم و نظام حاکم باید مشارکت پذیر باشد، در غیر این صورت آفات سیستم ضد مشارکت، به تدریج زمینه‌های تحقق امر مشارکت را نیز از میان بر خواهد داشت. عمده‌ترین عامل تأمین مشارکت، آگاهی و علاقه مردم و حاکمیت فرهنگ تعلیم و همیاری در جامعه است. تا زمانی که نتوان مردم را به این باور و یقین کشاند که با مشارکت، تعاون و همیاری، می‌توان به جامعه‌ای مرفه‌تر و سعادتمند دست یافت و تا زمانی که نتوان فرهنگ خود محوری و خودپسندی را در جامعه از میان برداشت، تأمین مشارکت مردم امکان‌پذیر نخواهد

بود، «و مردم جامعه به سمت بی تفاوتی مدنی رونده» (پیتراولکی و دیوید مارسون، ۱۳۷۰ به نقل از رحیمی، ۱۳۹۵: ۷۷)

در تحقیق پیش رو بر اساس چارچوب نظری تحقیق متغیرهای زمینه سازی مشارکت اجتماعی و ساختار زمینه ای مشارکت پیشگیرانه نسبت به اعتیاد مطرح شده است. زمینه سازی مشارکت اجتماعی اشاره به این موضوع دارد که اگر شهروندان تصمیم گرفتند که با دولت ها و سازمان های اجتماعی مشارکت فعالانه ای داشته باشند، تا چه اندازه در جامعه ما ساختارهایی مهیا است که این مشارکت را جذب کند.

مشارکت اجتماعی یکی دیگر از مسائلی است که می توان آن را محرک اصلی توسعه اجتماعی جوامع در نظر گرفت. تا زمانی که مشارکت گسترده اجتماعی در جامعه وجود نداشته باشد دولت مجبور است هزینه های بسیار گزافی را در زمینه مدیریت بپردازد. اما از طرف دیگر جذب مشارکت مردمی نیازمند فضا سازی یا زمینه سازی منظمی است که شهروندان بتوانند در قالب آن مشارکت اجتماعی قرار دهند. به همین منظور از پاسخگویان خواسته شد تا اظهار دارند که تا چه اندازه در زمینه هایی از جمله حل و فصل مشکلات ساختمان، محله، شهر و تصمیم گیری های دولت زمینه مناسبی برای مشارکت مردمی وجود دارد. متأسفانه نمرات میانگین برای تمامی متغیرها کمتر از ۳ (از ۵ نمره) گزارش شده است که نشان دهنده آن است که حتی اگر شهروندان بخواهند در زمینه های مختلف اجتماعی با دولت و دیگر نهادهای اجتماعی مشارکت اجتماعی داشته باشند، بستری برای انجام مشارکت وجود ندارد. امکان مشارکت اجتماعی در مواردی از جمله حل و فصل مسائل و مشکلات مجتمع یا ساختمان محل زندگی (۲/۹۰) در حد متوسط است در مواردی از جمله حل مشکلات محله، شهر و شرکت در تصمیم گیری ها در سطح دولت از نظر ایشان بسیار محدود است.

ضریب تأثیر متغیر ساختارهای زمینه ای مشارکت بر بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد برابر با (۰/۱۴۶-) است. این نتیجه حاکی از این است که هراندازه شهروندان بتوانند در سطح حل و فصل مشکلات ساختمان (همسایگان و...)، محله و همچنین شهرشان مشارکت فعالانه ای از قبیل برپایی جلساتی در جهت حل مشکل و مسائلی از این قبیل داشته باشند به همان اندازه نسبت به مقوله اعتیاد نیز مسئولیت پذیر می گردند و این امراض میزان بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد می کاهد.

انتخابات آزادانه و فعال از سوی دیگر باعث می‌شود که فعالیت مشارکت سیاسی شهروندان شکل گیرد که اعتماد سازی در این زمینه مهم‌ترین مسئله خواهد بود. از طرف دیگر هراندازه تعداد نهادهایی را که باهدف جذب مشارکت مردم (در جهت حل و فصل مشکلات محله و...) بیشتر باشد به همان اندازه می‌توان انتظار داشت که شهروندان بی‌تفاوتی اجتماعی کمتری را از خود به نمایش بگذارند.

نیروی انتظامی نیز می‌تواند نقش مؤثری بر کاهش بی‌تفاوتی اجتماعی شهروندان نسبت به اعتیاد داشته باشد. هراندازه این ارگان زمینه‌هایی را برای مشارکت فعالانه درانجام مأموریت‌های محوله ایجاد نماید به همان میزان می‌تواند از شدت بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد بکاهد.

یکی دیگر از متغیرهایی که بر بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد تأثیرگذار است، زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه است که بالاترین تأثیر را نیز دارا می‌باشد. ضریب تأثیر این متغیر برابر با (۰/۴۶۱-) است. این متغیر در واقع به‌طور مستقیم با اقدامات و مأموریت‌های محوله ستاد مبارزه با مواد مخدر در خصوص پیشگیری از اعتیاد مرتبط است.

یکی از برنامه‌هایی که روی آن تأکید شده است، برنامه‌های آموزشی است که در خصوص اعتیاد از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر در سطح مدارس، خانواده‌ها، دانشگاه‌ها اجرا شده یا به صورت برنامه‌های هدفمند در خصوص پیشگیری از اعتیاد که در مساجد و مکان‌های عمومی برای عموم مردم اجرا شده باشد. نتایج حاکی از آن است که اطلاع مردم از وجود چنین اقداماتی بسیار محدود می‌باشد. این امر در حالی است که طبق نتایج تحقیق هرچه فعالیت ستاد مبارزه با مواد مخدر در خصوص اقدامات فوق بالاتر باشد به همان میزان می‌توان انتظار داشت که از میزان بی‌تفاوتی اجتماعی شهروندان نسبت به اعتیاد کاسته شود.

۱. ابراهیمی، علی اکبر، (۱۳۸۷) سفرامید، آموزش خانواده‌های معتادین، تهران: نشر کنکاش.
۲. ابووالچاک، شیلا برنسز (۱۳۷۴)، طلاق از دید فرزند. فرزانه طاهری (مترجم)، تهران: انتشارات نشر مرکز، اطفال و جوانان بزهکار، تاج زمان دانش، موسسه خدمات فرهنگی رسا،
۳. احترامی، مهرداد. (۱۳۹۰). نقش بخش‌های مختلف اجتماع در پیشگیری از اعتیاد. مجموعه سخنرانی‌های مرکز آموزشی ستاد مبارزه با مواد مخدر در مجموعه فرهنگی شقایق.
۴. احترامی، مهرداد. (۱۳۸۳). سازمان اجتماعی پایدار در مقیاس محله‌ای. مقالات همایش توسعه محلی چشم انداز توسعه پایدار شهر تهران.
۵. احترامی، مهرداد، باغستانی، احمدرضا و حقایق خراسانی، بتول. (۱۳۸۶). بررسی تحلیلی نقاط قوت، ضعف، فرصت‌ها و تهدیدها در برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محله‌های شهری وروستایی کشور در سال‌های ۱۳۸۲-۱۳۸۴ گزارش پژوهش در ستاد مبارزه با مواد مخدر در مجموعه فرهنگی شقایق.
۶. احترامی، مهرداد. (۱۳۸۴). اجتماع مقتدر. دفتر پیشگیری و اموراعتیاد سازمان بهزیستی کشور.
۷. احترامی، مهرداد. (۱۳۸۶)، برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد در محله‌های شهری وروستایی. تهران، پایانامه دکتری تخصصی.
۸. احترامی، مهرداد. (۱۳۹۲). عوامل خطر و محافظ در محله‌ها، سر فصل و محتوای آموزشی پیشگیری اولیه از اعتیاد. ستاد مبارزه با مواد مخدر و معاونت دانشجویی و فرهنگی مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه تهران.
۹. احترامی، مهرداد، وطن پرست، ابوالفضل (۱۳۹۳). "چالش‌ها و راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در محل"، فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، دوره یک، شماره یک، صص ۲۲-۹.
۱۰. احتشامی، علی (۱۳۸۳). کلیات و طبقه بندی مواد مخدر، تهران: انتشارات دانشگاه علوم انتظامی.

۱۱. احمدی خراسانی، نوشین (۱۳۷۷). جنس دوم (مجموعه مقالات)، مقاله زن و مواد مخدر در ایران. جلد چهارم. تهران: چاپ غزال.
۱۲. احمدی، سید احمد (۱۳۷۸)، روانشناسی نوجوانان و جوانان، چاپ هشتم، تهران،
۱۳. اختر محقق، مهدی (۱۳۸۵)، جامعه شناسی اعتیاد، چاپ اول، نشر مؤلف.
۱۴. اختیاری، حامد و همکاران راهنمای شناخت و اعتیاد در ایران- تهران- انتشارات درجفید- ۱۳۸۱.
۱۵. ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان (۱۳۸۰)، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، دفتر طرح‌های ملی.
۱۶. ارزش‌ها و نگرش‌های ایرانیان (۱۳۸۲)، وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، دفتر طرح ملی.
۱۷. اسعدی، سید حسن (۱۳۸۴)، مواد مخدر، آسیب‌ها و راهبردها، انجمن اولیا و مربیان،
۱۸. اسعدی، سید حسن (۱۳۷۶). اعتیادزدنگی با لذت، تهران: انتشارات سپهر.
۱۹. اسعدی، سید حسن. دومشکل جهانی: فزونی جمعیت و مواد مخدر دراستانه قرن بیست و یکم. نشر سپهر، ۱۳۷۶: ۱۳۸-۱۲۷.
۲۰. اسعدی، سید حسن، (۱۳۸۲) پژوهشی بنیادیدر باره مواد مخدر، ناشر مؤلف،
۲۱. اعتیاد، عوامل مستعد کننده، اثرات سوء بهداشتی، پیشگیری و درمان (بخش‌هایی از گزارش جهانی مواد مخدر). پدید آورنده برنامه بین المللی مبارزه با مواد مخدر سازمان ملل متحد UNIDCP مترجم دکتر حسین شجایی و دکتر عبدالرسول سبحانی. انتشارات پور سینا، تهران، ۱۳۷۹.
۲۲. اقطار، فرهاد (۱۳۸۷) برنامه‌های اجتماع محور- ماهنامه ایران پاک شماره ۴.
۲۳. امیر پور، مهناز (۱۳۷۶) بررسی علل گرایش به اعتیاد نوجوانان و جوانان در استان خراسان در سال ۷۶، پایانامه کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران.
۲۴. انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۹۹۴)، راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی - DSM-IV ترجمه محمدرضا نائینیان و همکاران، انتشارات دانشگاه شاهد، جلد اول، تهران، چاپ اول، ۱۳۷۴.

- رحیمی موقر، آ. رزاقی، ع. نوری خواجوی، م. و همکاران، ۱۳۷۹. راهنمای پیشگیری و درمان، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور، تهران
۲۵. اورنگ، جمیله (۱۳۶۷) پژوهشی درباره اعتیاد، تهران: وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی.
۲۶. اورنگ، ج. پژوهشی درباره اعتیاد، سازمان چاپ و انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، تهران، ۱۳۷۰، ص ۴۴.
۲۷. اورنگ، جمیله. پژوهشی نو درباره اعتیاد. تهران: انتشارات وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی، سازمان چاپ، ۱۳۶۱.
۲۸. اورنگ، جمیله (۱۳۶۷). پژوهشی درباره اعتیاد، نشر فرهنگ و هنر ارشاد اسلامی.
۲۹. آبادینسکی، هوارد (۱۳۸۵) مواد مخدر، نگاه اجمالی، ترجمه به کوشش محمد علی زکریایی و کریمی، کاظمی، قراخانی، تهران: نشر جامعه و فرهنگ.
۳۰. آتشین شعله (۱۳۸۱). ما - اعتیاد - جامعه، تهران: موسسه فرهنگی انتشاراتی گوهر منظوم.
۳۱. آجیل چی، بیتا؛ نادری، امیر؛ قائمی، فاطمه (۱۳۸۸) "رابطه ویژگی شخصیتی زنان معتاد با نظم اجتماعی"، فصلنامه نظم و امنیت انتظامی سال دوم، شماره ۱۴.
۳۲. آخوندی، محمد باقر (۱۳۸۲). حاشیه نشیندر شهر مشهد و چشم انداز آینده، انتشارات موسسه تحقیقات و مطالعات بین المللی ابرار معاصر.
۳۳. آذربون، د. (۱۹۹۳). باز آفرینی دولت. ترجمه امینی فضل الله. (۱۳۸۴). تهران: انتشارات سمت.
۳۴. آشنایی با مواد مخدر و روان گردان (۱۳۷۳). تهران: انتشارات اداره کل مبارزه با مواد مخدر ناجا.
۳۵. آشنایی با مواد مخدر صنایعی (۱۳۸۲). تهران: انتشارات دبیر خانه ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری.
۳۶. آقا بخشی، حبیب (۱۳۷۹). اعتیاد و آسیب شناسی خانواده. تهران: انتشارات دانش آفرین.

۳۷. آقابخشی، حبیب (۱۳۷۹). اعتیاد و آسیب شناسی خانواده، تهران: انتشارات دانش آفرین.
۳۸. آقایی، ا. (۱۳۷۷) بررسی مقایسه عوامل مؤثر بر سیگار کشیدن و گرایش به آن در دانش آموزان پسر دوه متوسطه شهر اصفهان از دیدگاه دانش آموزان، معلمان و والدین پژوهش ملی
۳۹. آهق، میر محمد حسین. آموزش بهداشت برای پیشگیری از ایدز. مجله علمی خبری دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، تابستان - پاییز ۱۳۷۸: ۳۷-۳۴.
۴۰. بابا خانی پور، سعیده (۱۳۸۰)، بزهکاری و راههای برخورد با آن، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تهران، ۱۳۷۶، به نقل از آدینه عبقری، پیشگیری از جرائم کودکان، پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق جزا، دانشگاه تهران
۴۱. بابایی اصل، فائزه، مهدی (۱۳۸۸) سوء مصرف مواد دانشگاه علوم پزشکی بابل - (۱۲۱-۱۲۸).
۴۲. بخشانی، ن. ۱۳۸۱ راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد: مدل رفتاری- شناختی، نشر دانشگاه علوم پزشکی، زاهدان، چاپ اول، ص ۳۲.
۴۳. برجاس، فرحناز، گواری، فاطمه، محمدعلی زاده، سکینه، حق دوست، علی اکبر، (۱۳۹۰). "بررسی نظرات معتادان در مراکز بستری در مراکز ترک اعتیاد شهر کرمان در مورد عوامل مرتبط در گرایش به استفاده از مواد مخدر در سال ۸۷-۱۳۸۶"، تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۹، شماره ۴، صص ۲۷۹-۲۸۶
۴۴. بررسی علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد در استان مرکزی (۱۳۷۴)، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری بهزیستی استان مرکزی.
۴۵. برفی محمد (۱۳۸۳). از میکده تا ماتمکده، تهران: انتشارات احسان.
۴۶. برفی، محمد (۱۳۸۴). از میکده تا ماتمکده اعتیاد. تهران: انتشارات محراب فکر، چاپ چهارم.
۴۷. برنامه بین المللی مبارزه با مواد مخدر- سازمان ملل متحد (۱۳۷۹) برگردان: شجاعی تهرانی، سبحانی- انتشارات پور سینا.

۴۸. بوشوراموزشی مت آمفتامین (۱۳۸۷). پلیس مبارزه با مواد مخدر ناجا.
۴۹. بوشوراموزشی اکستازی (۱۳۸۷). مبارزه با مواد مخدر تاجا.
۵۰. بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۸)، اعتیاد و فرآیند پیشگیری، تهران، انتشارات سمت، چاپ سوم،
۵۱. بیرو، آلن (۱۳۶۶)، فرهنگ علوم اجتماعی، باقر ساروخانی، تهران، کیهان.
۵۲. پاک نهاد، امیر (۱۳۵۸)، مقاله رویکرد نوین حقوق و انگلستان به بزهکاری اطفال، مجله تخصصی دانشگاه علوم اسلامی رضوی سال ۶، شماره ۱۹، بهار
۵۳. پروین، لارنس (۱۳۷۷)، روان شناسی شخصیت و نظریه و تحقیق، ترجمه حدادی و پروین کدیور، خدمات فرهنگ رسا،
۵۴. پناهی بروجنی، شعله (۱۳۷۴) "بررسی علل و عوامل اعتیاد در استان چهار محال و بختیاری"، پایان نامه کارشناسی ارشد جامعه شناسی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه اصفهان.
۵۵. پوراسلامی، م. رفیعی فر، ش، ۱۳۸۱. سیگار و جوانان، زمینه‌ها و راهکارها، واقعیت‌ها و نقطه نظرها در زمینه مواد مخدر، مجموعه مقالات دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در آموزش و پرورش، جامعه پژوهان سینا، تهران صص ۳۰-۴۹.
۵۶. پورافکاری، نصرت الله (۱۳۷۹). خلاصه روانپزشکی و علوم رفتاری، تهران: انتشارات شهراب.
۵۷. پورافکاری، نصرت الله. فرهنگ جامع روانشناسی و روانپزشکی. تهران: انتشارات نوبهار، ۱۳۷۴.
۵۸. پیکه‌هارت کارل (۱۳۸۰) پیشگیری و مقابله با اعتیاد، مترجم مسعود هومان، تهران: نشر صابرين.
۵۹. تاجداری، علیرضا (۱۳۸۸) "تورش انتخاب و مشاهده در برآورد جمعیت‌های پنهان: مورد مصرف کنندگان مواد مخدر در ایران گ. فصلنامه برنامه ریزی رفاه و توسعه اجتماعی. سال اول، شماره اول، زمستان ۱۳۸۸. صص ۱۹۶-۱۸۱.
۶۰. تاجداری، علیرضا، زکریایی، محمد علی (۱۳۸۹). "روش‌های غیرمستقیم برآورد تعداد مصرف کنندگان مواد مخدر"، مجله بررسی مسائل ایران، سال اول، شماره چهارم، صص ۱۱۱-۱۲۹.

۶۱. تاریکی، طلعت (۱۳۹۳). "بررسی راهکارهای پیشگیری اجتماع مداراز اعتیاد به مواد مخدر در اطفال و نوجوانان (با تأکید بر آموزش کار با جامعه)"، فصلنامه دانش انتظامی خراسان شمالی، سال اول، شماره دوم، صص ۵۳-۸۵.

۶۲. جدیدی، محسن (۱۳۸۶). مروری بر وابستگی به مواد، مجموعه مقالات نخستین همایش علمی کاربردی ارتقای امنیت اجتماعی، گرگان انتشارات پیک ریحان.

۶۳. جنابی، سروش. افغانستان نخستین تولید کننده مواد مخدر، روزنامه اعتماد، ۱۳۸۲/۹/۲۰.

۶۴. جوامرد، بهروز (۱۳۹۰) "نظریه‌های بی سازمانی اجتماعی، بی‌هنجاری و فشار"، مجله تعالی حقوق، سال سوم، شماره ۱۲.

۶۵. جهانگیری، پرویز، غلام زاده نطنزی، امیرحسین، (۱۳۹۰) "بررسی رابطه بین کنترل اجتماعی و گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در جوانان"، فصلنامه مطالعات امنیت اجتماعی، صص ۱۵۵-۱۲۹.

۶۶. چلیپی، مسعود (۱۳۷۵). جامعه شناسی نظم، تهران: نشر نی.

۶۷. چیریلو، استفانو، برینی، روبرتو، کامبازو، مازا، روبرتو. (۱۳۸۰) "اعتیاد به مواد مخدر درآینه روابط خانوادگی" ترجمه سعید پیر مرادی. اصفهان انتشارات همام

۶۸. حسینی قربان، علی اصغر (۱۳۶۷). پژوهشی نو در مواد مخدر و اعتیاد، نشرامیر کبیر.

۶۹. حسینی، علی، بنگی‌ها در دوره پست مدرن، روزنامه ایران، ۱۳۸۸/۸/۱۳.

۷۰. خادمی اشکذری، ملوک (۱۳۸۳)، بررسی تأثیرآموزش مهارت‌های زندگی بر کاهش عوامل فردی موثربر سوء مصرف مواد در میان دانش آموزان در معرض خطر، پایان نامه دکترا، تهران، دانشگاه الزهراء،

۷۱. خادمیان، طلیعه، قناعتیان، زهرا (۱۳۸۷). "بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز باز پروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران (مراکز تولد دوباره، خانه خورشید)"، پژوهش نامه علوم، سال دوم، شماره چهارم، صص ۵۹-۸۵.
۷۲. خادمیان، طلیعه؛ قناعتیان، زهرا (۱۳۸۸). "بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران (مرکز تولد دوباره، خانه خورشید)"، پژوهشنامه علوم اجتماعی، گرمسار، سال دوم، شماره ۴.
۷۳. خزائی پارسا، فاطمه. (۱۳۸۲)، نقش کارشناسان در برنامه‌های با محوریت اجتماع. مجموعه مقالات پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد. تهران، سازمان بهزیستی کشور.
۷۴. خزائی پارسا، فاطمه. ۱. (۱۳۸۳) نقش سازمان‌های غیردولتی در برنامه‌های پیشگیری اجتماع محور. مجموعه مقالات پیشگیری از اعتیاد. تهران، سازمان بهزیستی کشور.
۷۵. خزائی پارسا، فاطمه. ۲. (۱۳۸۳)، فعالیت‌های اجتماع محور. مجموعه مقالات پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد. تهران، سازمان بهزیستی کشور.
۷۶. خستو، گل آرا. (۱۳۸۱)، پیشگیری از سوء مصرف مواد و وابستگی با رویکرد اجتماع محور. فصلنامه رفاه اجتماعی، سال دوم شماره ۶. تهران، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
۷۷. خلیلی صدرآبادی، افسر، سهرابی، فرامرز، (۱۳۹۰). "اثر بخشی تفکر انتقادی بر نگرش کلی دانش آموزان نسبت به سوء مصرف مواد مخدر"، مجله روانشناختی ۵۹، سال پانزدهم شماره ۳، صص ۲۸۳-۲۶۸.
۷۸. داجن، چارلزایی، شی، دبلیو (۱۳۸۳). روانشناسی اعتیاد، سنجش و درمان، ترجمه بایرامعلی رنجبر، چاپ اول، تهران: انتشارات روان.
۷۹. دانش، پروانه، ملکی، امیر، نیازی، زهره (۱۳۹۲). "نظریه زمینه‌ای درباره علل اعتیاد زنان معتاد زندانی در زندان مرکزی اصفهان"، فصلنامه مطالعات توسعه اجتماعی- فرهنگی، دوره یک، شماره ۴، صص ۱۴۵-۱۲۵.

۸۰. دانش، تاج زمان (۱۳۷۹). معتاد کیست مواد مخدر چیست. تهران: انتشارات کیان، چاپ اول.
۸۱. دانش، تاج زمان (۱۳۷۴)، اطفال و جوانان بزهکار، نشر موسسه خدمات فرهنگی رسا، چاپ اول،
۸۲. دانش، تاج زمان (۱۳۷۴). اطفال و جوانان بزه کار، تهران: موسسه خدماتی فرهنگی رسا.
۸۳. دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر، (۱۳۸۴) ارکان برنامه جامع ملی، جلد‌های اول تا چهارم.
۸۴. دعا گویان، داوود، حبیب زاده، اصحاب، (۱۳۹۰). "بررسی عوامل مؤثر بر تغییر الگوی مصرفی مواد مخدر در میان جوانان (از مواد سبک به سوی مواد سنگین)"، فصلنامه دانش انتظامی، سال سیزدهم، شماره اول، صص ۱۳۳-۱۰۵. د
۸۵. دفتر پژوهش‌های فرهنگی (۱۳۷۹) بازار غیرقانونی مواد مخدر در تهران.
۸۶. دلاور، علی (۱۳۸۰). "مبانی نظری معلمی پژوهشی در علوم انسانی و اجتماعی" تهران، انتشارات رشد
۸۷. دواس، دی. ای. (۱۳۷۶) پیمایش در تحقیقات اجتماعی (هوشنگ نا یبی)، تهران نشر نی.
۸۸. دورکیم، امیل. (۱۳۶۹)، درباره تقسیم کار اجتماعی (باقر پرهام)، تهران کتابسرای بابل.
۸۹. ذکایی، محمد حسین (۱۳۸۱) "نظریه و روش در تحقیقات کیفی"، فصلنامه علوم اجتماعی، تهران، شماره ۱۷.
۹۰. رابرتسون، یان (۱۳۷۴). درآمدی بر جامعه، ترجمه حسین بهروان، نشر مشهد.
۹۱. رابرتسون، یان (۱۳۷۴)، درآمدی بر جامعه، حسن بهروان، تهران، انتشارات آستان قدس رضوی.
۹۲. رحمتی، محمد مهدی (۱۳۸۱) عوامل مآثر در شروع مصرف مواد مخدر با اشاره به وضعیت معتادان زن - فصلنامه اعتیاد پژوهی - سال اول شماره اول.

۹۳. رحیمی موقر، آفرین؛ ملایری خواه لنگرودی، زهرا؛ دلبر پوراحمدی، شهناز؛ امین اسماعیلی، معصومه (۱۳۹۰) "بررسی کیفی نیازهای زنان برای درمان اعتیاد"، مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران سال هفدهم، شماره ۲.

۹۴. رحیمی موقر، دکترافزین تعاریف اختلالات ناشی از مواد و راهنمای پیشگیری و درمان اعتیاد. تهران: انتشارات سازمان بهزیستی کشور، معاونت فرهنگی و پیشگیری، ۱۳۷۶.

۹۵. رزاقی، عمران محمد و دیگران (۱۳۷۸). ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران سازمان بهزیستی و برنامه کنترل مواد ملل متحد.

۹۶. رزاقی، محمد عمران و همکاران (۱۳۸۱) ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد مخدر در ایران (جلد اول) سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری.

۹۷. رضا خانی مقدم، حامد، شجاعی زاده، داوود، لشگرآرا، بهنام، صفری، حسین، سوادپور، محمد تقی، صحبت زاده، رزاق (۱۳۹۳). "مقایسه مصرف مواد مخدر و علل گرایش به آن در بین دانشجویان علوم پزشکی تهران و دانشگاه تهران"، مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۳۹۲: ۸ (۷)، صص ۱۳۱۰-۱۳۰۰.

۹۸. رضایی، سیداحمد (۱۳۸۰) بررسی شیوع مصرف مواد (سوء مصرف آن) در بین دانشجویان مذکر مقاطع تحصیلی کارشناسی و دکتری ورودی سال ۷۵-۱۳۷۴ دانشگاه های علوم پزشکی و دانشگاه های تهران، شهید بهشتی، اصفهان، شیراز، تبریز و مشهد. دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی تهران، دانشکده پزشکی، پایان نامه تخصصی پزشکی اجتماعی.

۹۹. رضایی، سوسن (۱۳۸۲) "ساخت شخصیت معتادان" مجله حیات سبز، شماره سوم.

۱۰۰. رفیعی، حسن. (۱۳۸۵). الفبای برنامه های اجتماع محور. سخنرانی معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.

۱۰۱. روز نهان، دیویدال، سیلگمن، مارتین ا. سی. پی (۱۳۸۰) آسیب شناسی روانی. جلد دوم. ترجمه یحیی سید محمد. چاپ دوم، انتشارات ساوالان

۱۰۲. روزنامه همشهری (۱۳۸۱). حاشیه زندگی، ازدواج و طلاق، بخش جهان زندگی، تاریخ ۱۳۸۱/۱۰/۱۲.
۱۰۳. روزنهان، دیویدال و سیلگمن، مارتین ای، پی (۱۳۸۳). روانشناسی نابهنجاری، آسیب روانی، ترجمه یحیی سید محمدی، جلد دوم، چاپ چهاردهم، تهران انتشارات ارسباران.
۱۰۴. رئوفی و رضوی (۱۳۷۸) راهنمای پیشگیری از اعتیاد، تهران: انتشارات کاشفی.
۱۰۵. زارع و عماری (۱۳۸۷) جزوه: روند تحول رویکرد مدیریت شهری در حوزه آسیب‌های اجتماعی - اداره آسیب‌های اجتماعی شهرداری تهران.
۱۰۶. ژرفای تربیت. ویژه نامه پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در آموزش پرورش، شماره ۴، ص ۳۲. تهران: ۱۳۷۹.
۱۰۷. ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۹۰). سند جامع پیشگیری اولیه اعتیاد. به نقل از سایت <http://www.dchq.ir>
۱۰۸. ستاد مبارزه با مواد مخدر. (۱۳۸۰-۱۳۶۸)، سالنامه آماری - تحلیلی، تهران: دفتر برنامه ریزی و آمار ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۱۰۹. ستوده، هدایت (۱۳۸۵). آسیب‌های اجتماعی. تهران: انتشارات آوای نور، چاپ هفدهم.
۱۱۰. ستوده، هدایت الله (۱۳۷۸)، آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحرافات اجتماعی، دانشگاه تربیت معلم.
۱۱۱. ستوده، هدایت الله (۱۳۸۹) آسیب شناسی اجتماعی (جامعه شناسی انحراف)، تهران: انتشارات آوای نور.
۱۱۲. ستوده، هدایت الله. مقدمه ایبراسیب شناسی اجتماعی. چاپ سوم تهران: موسسه انتشارات آوای نور، ۱۳۷۴.
۱۱۳. سخاوت، جعفر (۱۳۸۶). مجموعه مقالات آسیب‌های اجتماعی در ایران.

۱۱۴. سراج زاده، حسن (۱۳۸۳). شیوع شناسی مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان دانشگاه‌های دولتی. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
۱۱۵. سراج زاده، سیدحسین و فیضی، ایرج (۱۳۸۶) عوامل اجتماعی مؤثر بر مصرف تریاک و مشروبات الکلی در بین دانشجویان، نامه علوم اجتماعی، شماره ۳۱، پاییز ۱۳۸۶.
۱۱۶. سلیمان پناه، دکتر سید احمد. آشنایی با مخدرها و روش ترک اعتیاد تهران: انتشارات شهروند، ۷۶.
۱۱۷. سلیمی، علی (۱۳۸۰)، جامعه شناسی کج‌روی، قم، پژوهشکده حوزه و دانشگاه، چاپ اول،
۱۱۸. سن، آمارتیا. (۱۳۸۵) توسعه یعنی آزادی، ترجمه نوری نایینی، م. س. تهران: انتشارات سمت.
۱۱۹. سوادکوهی، علیرضا، ارجمند حسابی، منوچهر، نوروزی رضا علی (۱۳۸۵). "شناخت مقبولیت روش‌های موجود پیشگیری از اعتیاد و ارائه الگوی مطلوب"، توان‌بخشی، دوره هفتم، شماره سوم، شماره مسلسل ۲۶، صص ۵۰-۶۱.
۱۲۰. سولون. ه - اشنایدر. ماری جوانای خانمان‌سوز. ترجمه امان الله ترجمان. تهران: انتشارات شکوه، ۱۳۷۷.
۱۲۱. سهراب زاده، مهران، "گزارش راهبردی پیشگیری و کنترل پدیده اعتیاد و ارائه راهکارها: با رویکرد مدیریت شهری"، زیر نظر شورای علمی: کمیته مبارزه با مواد مخدر مجمع تشخیص مصلحت نظام.
۱۲۲. سهرابی، فرامرز (۱۳۶۹)، سیگار درآینه تحقیق، انتشارات مدرسه،
۱۲۳. سهرابی، نارسیس (۱۳۸۴) بررسی وضعیت مدیریت شهری در ایران، فصلنامه اندیشه ایرانشهر شماره ۷ و ۸.

۱۲۴. شاکرمی، عبدالحسین (۱۳۸۶). درمان اعتیاد به موادمخدر طبیعی و صنعتی. تهران: انتشارات ژیان، چاپ اول.
۱۲۵. شایسته، سیاوش (۱۳۷۵). "مقایسه شخصیتی جوانان معتاد به مواد مخدر و جوانان عادی در گروه سنی ۱۴-۲۲ سال در استان اصفهان"، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه تربین مدرس.
۱۲۶. شبانی، ملیحه. (۱۳۸۴)، شهروندی و مشارکت در نظام جامع رفاه و تا مین اجتماعی. فصلنامه حقوق تأمین اجتماعی، سال اول، شماره ۱. تهران، انتشارات علمی - فرهنگی.
۱۲۷. شهیدی، محمد حسین (۱۳۷۵). مواد مخدر، امنیت اجتماعی و راه سوم، تهران: انتشارات اطلاعات.
۱۲۸. شیخی، حسین (۱۳۸۳)، کتاب شناسی اعتیاد،
۱۲۹. صالحی، ایرج. (۱۳۷۱) زنجیره‌های اعتیاد. تهران: انتشارات آوای نور،
۱۳۰. صبا، منوچهر، (۱۳۵۵) اعتیاد، مقالات بیست و پنجمین کنگره پزشکی ایران - رامسر، بنیاد پهلوی، ۱
۱۳۱. صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۸۲) "شناسایی عوامل خطر ساز و تهدید کننده سوء مصرف مواد مخدر، الكل و سیگار فراه دانش آموزان ۱۵ تا ۱۸ ساله شاغل به تحصیل"، نامه علوم اجتماعی دوره دوم.
۱۳۲. صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۸۳). آسیب شناسی اجتماعی جامعه انحرافات اجتماعی. تهران: انتشارات آن، چاپ اول.
۱۳۳. صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۸۳ الف) بررسی وضعیت موجود و سوء مصرف مواد مخدر در بین دانش آموزان کل کشور، وزارت آموزش پرورش، معاونت تربیت بدنی و تندرستی.
۱۳۴. صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۸۶) جامعه شناسی انحرافات اجتماعی، تهران: انتشارات سمت، چاپ اول.

۱۳۵. صدیق سروسستانی، رحمت الله (۱۳۸۳ ب) آسیب شناسی اجتماعی، نشران.
۱۳۶. صدیق سروسستانی، رحمت الله (۱۳۸۳)، آسیب شناسی اجتماعی، چاپ اول، تهران، انتشارات دانشگاه تهران.
۱۳۷. صرامی، حمید، قربانی، مجید، مینوئی، محمود (۱۳۹۲). "برسی چهاردهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران"، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هفتم، شماره ۲۶، صص ۲۹-۵۲.
۱۳۸. صفایی، محمد، افغانستان و هروئین، روزنامه همشهری، ۱۳۸۱/۱۰/۱۴.
۱۳۹. صفری حاجت اقای، سعیده، کمالی، ایوب، دهقانی فیروزآبادی، سمیره، اصفهانی، مهدی. (۱۳۹۳). "فرا تحلیل عوامل فردیو محیطی مؤثر بر بازگشت مجدد به اعتیاد بعد از ترک مواد مخدر در ایران: ۱۳۸۳-۱۳۹۱"، فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هشتم، شماره سی ام، صص ۳۵-۵۲.
۱۴۰. ضیاء ظریفی، ابوالحسن و همکاران (۱۳۷۴) راههای محافظت برای کارکنان مراکز پزشکی، بیمارستانها، آزمایشگاهها، دندانپزشکان در مقابل ویروس هپاتیت و ایدز تهران: معاونت امور بهداشت، و درمان و آموزش پزشکی، اردیبهشت
۱۴۱. طارمیان، ف. ماهجویی، م ۱۳۸۱. واقعیتها و نقطه نظرها در زمینه مواد مخدر، مجموعه مقالات دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در آموزش و پرورش، جامعه پژوهان، سینا، تهران، ص ۸۷.
۱۴۲. طارمیان، ف. سوء مصرف مواد مخدر در نوجوانان، انتشارات تربیت، تهران، چاپ اول، ۱۳۷۸، ص ۸۹.
۱۴۳. طه ریان، احمد علی (۱۹۸۴). المخدرات بین الطب والفقه، قاهره دارا لاعتصام.
۱۴۴. عفتی، جلیل (۱۳۷۹). اعتیاد، پیشگیری یا درمان، تهران انتشارات نیکو روش.

۱۴۵. علی اکبری، محمد مهدی (۱۳۸۶) "نظریه‌ای زمینه‌ای برای جرم جنسی، مطالعه موردی مجرمین جنسی شهر اصفهان"، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه اصفهان.
۱۴۶. علی وردی نیا، اکبر، (۱۳۸۴). "مطالعه جامعه شناختی اعتیاد به مواد مخدر در ایران"، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، سال پنجم شماره ۲۰، صص ۳۱۲-۱۹۳.
۱۴۷. علیپوری نیاز، مینا، رفیعی، حسین، ستاره فروزان، آمنه، طالبی، بهزاد (۱۳۸۸). "اثربخشی برنامه پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد بر کیفیت زندگی در استان آذربایجان شرقی" فصلنامه علمی - پژوهشی رفاه اجتماعی، سال دهم، شماره ۳۴، ۳۷۶-۳۵۷.
۱۴۸. غلامی، آبیز، محسن (۱۳۸۱). "بررسی علل اقتصادی- اجتماعی مؤثر بر اعتیاد، مطالعه موردی اردوگاه پیربنان شهر شیراز"، فصل نامه علمی پژوهشی سوء مصرف مواد، سال دوم، شماره ۵.
۱۴۹. غنجی، علی (۱۳۸۶). کلیات مواد مخدر. تهران: انتشارات معاونت آموزشی ناجا، چاپ اول.
۱۵۰. فرجاد، محمد حسین (۱۳۷۵). آسیب شناسی اجتماعی و جامعه شناسی انحراف. تهران: چاپ کامران، چاپ هفتم.
۱۵۱. فرجاد، محمد حسین و همکاران (۱۳۷۴)، اعتیاد راهنمای کامل و کاربردی برگ خانواده‌ها. شیوه‌های صحیح برخورد خانواده و جامعه با اعتیاد و مواد مخدر، شناخت علل، عوارض و درمان بدون دارویی اعتیاد. تهران: انتشارات بدر،
۱۵۲. فروغ الدین عدل، اکبر و همکاران (۱۳۸۳) تأثیر هم نشینی و معاشرت با گروه هنجار شکن و گرایش جوانان به اعتیاد، فصلنامه رفاه اجتماعی، سال چهارم، شماره ۱۵، صص ۳۳۲-۳۱۹.
۱۵۳. فرهنگ فر، ف.، و محمدی خمسی، الف. (۱۳۸۶). چستی محله‌های شهری. به نقل از

سایت <http://farhangfar.blogfa.com>

۱۵۴. فکری، منیر (۱۳۸۳). تازه‌های مواد مخدر، استخراج و تشخیص آن‌ها، تهران، انتشارات جهاد دانشگاهی.
۱۵۵. فیضی، ایرج، علی بابائی، یحیی، رحمتی، محمد مهدی (۱۳۸۹). "بررسی تأثیر خانواده، دوستان و محله بر مصرف مواد مخدر"، مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال اول، شماره چهارم، صص ۱۵۰-۱۳۱.
۱۵۶. فیضی، ایرج؛ علی بابایی، یحیی؛ رحمتی، محمد مهدی (۱۳۸۹). "بررسی تأثیر خانواده، دوستان و محله بر مصرف مواد مخدر". فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال اول، شماره ۴.
۱۵۷. قاسمی، وحید (۱۳۸۹) مدل‌سازی معادله ساختاری در پژوهش‌های اجتماعی، انتشارات جامعه‌شناسان.
۱۵۸. قاسمی روشن، ابراهیم (۱۳۸۲) "از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده". مطالعات کتاب زنان، شماره ۲۲.
۱۵۹. قاسمی روشن، ابراهیم (۱۳۸۲). از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده. فصلنامه کتاب زنان، شماره ۲۲.
۱۶۰. قاضی طباطبایی، محمود (۱۳۷۷): "روش‌های لیزرل و ساختاران نشریه دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه تبریز، سال ۴۱، شماره ۱۶۹.
۱۶۱. قربان حسینی، ع. پژوهشی نو در مواد مخدر و اعتیاد، انتشارات امیر کبیر، تهران، ۱۳۶۸، ص ۱۵۶.
۱۶۲. قریشی نژاد، رقیه (۱۳۷۹). "بررسی و مقایسه ویژگی‌های شخصیتی معتادان به مواد مخدر با افراد عادی در شهرستان قزوین"، ژرفای تربیت، سال دوم، ش، ۱۷.
۱۶۳. قلعه بندی، میر فرهاد. (۱۳۷۹) روانپزشکی بالینی. تهران: موسسه فرهنگی انتشاراتی فرهنگ سازان، چاپ اول،

۱۶۴. کاپلان، سادوک. (۱۳۷۹) "خلاصه روان پزشکی علوم- رفتاری روان پزشکی بالینی، جلد اول، ترجمه نصرت الله پورافکار- انتشارات شهراب، تهران
۱۶۵. کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین (۱۳۷۰)، خلاصه روانپزشکی، ترجمه نصرت الله پورافکاری، جلد اول، ذوقی،
۱۶۶. کاکویی، عیسی (۱۳۸۵). گامی در شناخت مواد مخدر روان گردان، تهران، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی.
۱۶۷. کاکویی، عیسی (۱۳۸۵). گامی در شناخت مواد مخدر و روانگردان. تهران: انتشارات دانشگاه علوم انتظامی، چاپ اول.
۱۶۸. کتاب سال ستاد مبارزه با مواد مخدر (۱۳۸۷). تهران نشر دبیر خانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۱۶۹. کرایب، یان (۱۳۸۲): نظریه اجتماعی کلاسیک مقدمه‌ای براندیشه مارکس، وبر، دورکیم، زیمل، مترجم شهناز مسمی، پرست تهران، نشرگاه.
۱۷۰. کرایب، یان (۱۳۷۸): نظریه اجتماعی مدرن: از پارسونز تا هابرماس، مترجم عباس مخبر، تهران، نشرگاه.
۱۷۱. کرباسی، عبدالحمید (۱۳۶۴). شناخت ویژگی‌های اعتیاد در کرمان. وزارت برنامه و بودجه، تهران
۱۷۲. کرلینجر، فردان. و الازار جی. پدهازور (۱۳۶۶) رگرسیونی چند متغیری در پژوهش رفتاری، ترجمه حسن سرایی، مرکز نشر دانشگاهی.
۱۷۳. کرم پور، رزا (۱۳۷۹). "ارزیابی تحقیقات انجام گرفته در خصوص اعتیاد و مصرف مواد مخدر در ستاد مبارزه با مواد مخدر". ژرفای تربیت، سال دوم، شماره ۵. ۱۰.
۱۷۴. کفاشیان، محمد علی. (۱۳۸۰) "خود آموز ترک اعتیاد" تهران، انتشارات عابد

۱۷۵. کلانتری خلیل (۱۳۸۸) مدل‌سازی معادلات ساختاری در تحقیقات اجتماعی - اقتصادی، انتشارات فرهنگ صبا.
۱۷۶. کلانتری نگار. (۱۳۸۰) افسوس که این مزرعه را خواب گرفته است. مجله درد، شماره ۴، سال اول، اردیبهشت ۰، صفحه: ۷۱-۷۲.
۱۷۷. کلانتری، صمد، ادیبی، مهدی، ربانی، رسول، احمدی، سیروس (۱۳۸۶). "بررسی بی‌تفاوتی ونو دوستی در جامعه شهری ایران و عوامل مؤثر بر آن"، دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشور رفتار دانشگاه شاهد، سال چهارم دوره جدید شماره، ۲۲، صص ۲۷-۳۶.
۱۷۸. کوانیر، اف. اس و همکاران (۱۳۷۹). فارماکولوژی بالینی پرستاری. ترجمه دکتر محمد شمس زاده امیری. تهران: نشر سالم
۱۷۹. کوئن، بروس (۱۳۸۴) درآمدی بر جامعه شناسی، ترجمه محسن ثلاثی، نشر توتیا.
۱۸۰. کوئن، بروس (۱۳۷۳). مبانی جامعه شناسی، ترجمه غلام عباس توسلی و رضا فاضل: تهران انتشارات سمت.
۱۸۱. گات، فارما کولوژی. (۱۹۹۲). ترجمه دکتر بهران قاضی جهانی و همکاران. تهران انتشارات اشارت، ۱۳۷۶.
۱۸۲. گروسی، سعیده؛ محمدی دولت آبادی، خدیجه (۱۳۹۰) "تبیین تجربه زیسته زنان وابسته به مواد مخدر از پدیده اعتیاد" فصلنامه علمی - پژوهشی جامعه شناسی زنان، سال دوم، شماره اول.
۱۸۳. گزارش سازمان بهزیستی کشور. (۱۳۸۲). دفتر پیشگیری و امور اعتیاد.
۱۸۴. گورانی، ر. اعتیاد عوامل موثر دران و راه مقابله و پیشگیری از آن، مجموعه مقالات همایش بررسی علل فرهنگی و اجتماعی گرایش جوانان به مواد مخدر، ۱۳۸۰.
۱۸۵. گیدنز، آنتونی (۱۳۷۴). جامعه شناسی ترجمه منوچهر صبوری. تهران: نشر نی، چاپ دوم.

۱۸۶. گیلدر، مایکل و همکاران. (۱۳۷۶) مبانی روان پزشکی آکسفورد. ترجمه نصرت الله پورافکاری، تهران: انتشارات تبیان.
۱۸۷. ل. کولب و جولیوس گولد (۱۳۷۶) فرهنگ علوم اجتماعی، ترجمه مصطفی ازکیا و همکاران، تهران، مازیار.
۱۸۸. لاله، محمود. اعتیاد بیماری فردی، فاجعه اجتماعی. تهران نشر - طبیب، ۱۳۷۹.
۱۸۹. لتیری. دن. جی، سیرز مولیه (۱۳۸۴) نظریه‌های سوء مصرف مواد مخدر، به کوشش محمد علی زکریایی، ویراستار ترجمه: محمدرضایی، تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.
۱۹۰. مازلو آبراهام (۱۳۷۲)، انگیزش و شخصیت، ترجمه احمدرضوانی،
۱۹۱. مازلو، آبراهام، اچ (۱۳۷۲)، انگیزش و شخصیت، ترجمه احمدرضوانی، معاونت فرهنگی آستان قدس رضوی،
۱۹۲. الماسی، مسعود (۱۳۸۶)، بررسی تطبیق عوامل اجتماعی مرتبط با گرایش به رفتار بزهکارانه در میان حاشیه نشینان و غیر حاشیه نشینان شهرایلام، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز دانشکده علوم اجتماعی،
۱۹۳. مبارکی، محمد (۱۳۸۳). " بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و جرم"، پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید بهشتی دانشگاه تهران.
۱۹۴. مجله ماکسی ۲۰۰۰، هوس سیگار کشیدن و کمک مؤثر والدین. ترجمه: مرتضوی، ب. پورافکاری، ن. انتشارات آزاده تهران، چاپ اول، ۱۳۷۳.
۱۹۵. محبوبی منش، حسین (۱۳۸۲). "اعتیاد مردان، تهدیدی علیه زن و خانواده"، فصل نامه شورای فرهنگی، اجتماعی زنان، سال ششم، شماره ۲.

۱۹۶. محسن تبریزی، علیرضا، صداقتی فرد، مجتبی (۱۳۹۰). "پژوهشی درباره بی تفاوتی اجتماعی در ایران (موردپژوهش شهروندان تهرانی)"، جامعه شناسی کاربردی، سال بیست و دوم، شماره پیاپی (۴۳)، شماره سوم، صص ۲۲-۱.
۱۹۷. محسنی تبریزی (۱۳۸۳). وندالیسم اجتماعی، انتشارات آن.
۱۹۸. محسنی تبریزی، (۱۳۷۰): علیرضا بیگانگی، نامه علوم اجتماعی، جلد دوم، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، شماره ۲ (تابستان).
۱۹۹. محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۴) اتیولوژی و اپیدمیولوژی اعتیاد در خانواده‌های تهرانی، جلد دوم - موسسه پژوهش و برنامه ریزی آموزش عالی.
۲۰۰. محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۱)، "کاربرد مقیاس SCL90 در سنجش میزان افسردگی معتادان خود معرف به مراکز اعتیاد و باز پروری"، فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال اول، شماره اول.
۲۰۱. محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۳)، وندالیسم، تهران، انتشارات آن.
۲۰۲. محسنی، منوچهر. جارالهی عذرا. (۱۳۸۲)، مشارکت اجتماعی در ایران. تهران، انتشارات آرون.
۲۰۳. محضری، کامبیز. (۱۳۸۵). بسیج اجتماعی در پیشگیری از اعتیاد اجتماع محور. سخنرانی مرکز اجتماع درمان مدار هجرت.
۲۰۴. محقق، معین، محمد حسن. (۱۳۸۳). ارزشیابی توانمند سازی. سخنرانی مرکز اجتماع درمان مدار هجرت.
۲۰۵. محمدی، امین، پور وقار، عبدالوهاب، رقیب، مائده سادات (۱۳۹۲). "ساخت و اعتبار یابی مقیاس علل گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در جوانان (مطالعه موردی استان خراسان رضوی)". فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد، سال هفتم، شماره بیست و ششم، صص ۹۳-۷۳.

۲۰۶. مختاریان، حسین (۱۳۸۴) اقتصاد مواد مخدر - برآورد هزینه‌های اقتصادی اجتماعی مواد مخدر در سال ۱۳۸۳، تهران: دبیر خانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۲۰۷. مختاریان، حسین، هاشمی، علی، (۱۳۸۹). "اقتصاد مواد مخدر - برآورد هزینه در ایران"، مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران، سال اول، شماره چهارم، صص ۱۷۵-۱۵۱.
۲۰۸. مدبرنیا، محمدجعفر، میرحسینی، سیدکامبخش، تبری، رسول، عطرکارروشن، زهرا، (۱۳۹۲). "عوامل موثر بر اعتیاد به مواد مخدر در افراد ۱۵-۳۰ سال یک مطالعه کیفی"، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و دوم شماره ۸۷، صص ۷۷-۷۰.
۲۰۹. مدنی، سعید (۱۳۸۱) خانواده و اعتیاد، مجموعه مقالات همایش ملی آسیب‌های اجتماعی در ایران، تهران: آگاه.
۲۱۰. مرکز آمار ایران. (۸۰-۱۳۶۸)، سالنامه آماری. تهران: مرکز آمار ایران.
۲۱۱. مساواتی آذر، مجید (۱۳۸۳). آسیب شناسی اجتماعی ایران. تبریز: انتشارات نوبل، چاپ دوم.
۲۱۲. مطیعی لنگرودی، حسن، فرهادی، صامت، زارع، زهره (۱۳۹۲). "عوامل مؤثر بر گرایش اعتیاد در نواحی روستایی (مطالعه موردی: دهستان چاردولی غربی شهرستان قروه)"، پژوهش جغرافیای انسانی، دوره ۴۵، شماره یک، صص ۸۵-۶۵.
۲۱۳. مظلوم خراسانی، محمد (۱۳۸۵) بررسی مسائل اجتماعی ایران، مشهد: انتشارات دانشگاه فردوسی، چاپ دوم.
۲۱۴. معصومی راد، رضا (۱۳۸۹). الگوی کاهش تقاضای مواد مخدر در ایران با تأکید بر پیشگیری و درمان، مجری طرح: پژوهشکده تحقیقات راهبردی، کمیته مبارزه با مواد مخدر دبیر خانه مجمع تشخیص مصلحت نظام، ناشر: جامعه و فرهنگ، نوبت چاپ اول.

۲۱۵. معید فر، سعید، زمانی بسری، شهرام، (۱۳۹۳). "عوامل اجتماعی مؤثر بر تداوم عدم سوء مصرف مواد مخدر در بین جوانان معتاد به مواد مخدر صنعتی و سنتی"، بررسی مسائل اجتماعی ایران، دوره ۵، شماره یک، صص ۱۶۷-۱۹۰.
۲۱۶. مکرری، اکستازی، ورود بی صدا در نادی مرگ و جنون روزنامه اعتماد، ۱۳۸۲/۸/۷.
۲۱۷. ممتاز، فریده (۱۳۸۱) انحرافات اجنماعی: نظریه‌ها و دیدگاه‌ها تهران انتشار.
۲۱۸. ممتاز، فریده (۱۳۸۱). انحرافات اجتماعی نظریه‌ها و دیدگاه‌ها. تهران: نشر شرکت سهامی انتشار، چاپ اول.
۲۱۹. ممتاز، فریده (۱۳۸۱). انحرافات اجتماعی، نظریه‌ها و دیدگاه‌ها، چاپ اول، تهران، شرکت سهامی انتشار.
۲۲۰. منصور، محمود (۱۳۶۸)، بزهکاری کودکان و نوجوانان تهران، تابش.
۲۲۱. منصوریان، محمد کریم (۱۳۸۱) روش پژوهش کیفی و کمی در علوم اجتماعی، شیراز: انتشارات نوید.
۲۲۲. منصوریان، محمد کریم (۱۳۸۱) روش پژوهش کیفی و کمی در علوم اجتماعی، شیراز: انتشارات نوید.
۲۲۳. موسی نژاد، علی (۱۳۸۷) "بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر گرایش پسران نوجوان و جوان زندان اصفهان به مواد اعتیاد آور"، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه اصفهان.
۲۲۴. مولوی، پرویز، رسول زاده، بهزاد (۱۳۸۳). "بررسی عوامل مؤثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر"، فصلنامه اصول بهداشتی روانی، سال ششم، شماره بیست و یکم و بیست دوم، صص ۴۹-۵۵.

۲۲۵. مهریار، ا. جزایری، م. ۱۳۷۶ مروری انتقادی بر روش‌های پیشگیری و درمان سوء مصرف مواد، موسسه عالی پژوهش در برنامه ریزی و توسعه، طرح پژوهشی تهیه برنامه ملی مبارزه با مواد مخدر (گزارش ۹)، ص ۸۳.

۲۲۶. میر علی، هادی (۱۳۸۴). علل و عوامل گرایش به اعتیاد در نوجوانان و جوانان. تهران: انتشارات امید مهر، چاپ اول.

۲۲۷. میری آشتیانی، الهام (۱۳۸۴) جامعه شناسی اعتیاد در ایران امروز، تهران.

۲۲۸. میری آشتیانی، الهام (۱۳۸۵). جامعه شناسی اعتیاد. تهران: نشر دید آور، چاپ اول.

۲۲۹. میری آشتیانی، الهام (۱۳۸۵) جامعه شناسی اعتیاد د در ایران امروز، تهران: نشر مهاجر.

۲۳۰. میلانی فر، بهروز. (۱۳۷۶) "بهداشت روانی" تهران، انتشارات قومس

۲۳۱. مینویی، محمود (۱۳۸۷) نقش خانواده در گرایش یا عدم گرایش به اعتیاد، ماهنامه ایران پاک شماره ۱۰.

۲۳۲. نادری، حمدالله، بنی فاطمه، حسین، حریری اکبری (۱۳۸۹). "الگوسازی ساختاری رابطه بین بیگانگی و بی تفاوتی اجتماعی"، مجله علوم اجتماعی دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه فردوسی مشهد، سال ششم، شماره دوم، پاییز وزمستان ۸۸، صص ۵۹-۲۹.

۲۳۳. نارنجی‌ها، هومن. (۱۳۸۶). ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف مواد در ایران (طرح پژوهشی). دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.

۲۳۴. ناری ابیانه، محمدرضا (۱۳۸۷) نظامنامه جامع آموزش و مشارکت‌های اجتماعی - اداره آموزش و مشارکت‌های اجتماعی.

۲۳۵. ناصحی، عباسعلی. (۱۳۹۲). تحلیل روند اعتیاد در طی دو دهه اخیر. به نقل از سایت

<http://www.dchq.ir>

۲۳۶. نجاری، فارس (۱۳۸۶) بررسی اعتیاد در زنان معتاد مراجعه کننده به مراکز ترک اعتیاد تهران در سال ۸۵-۸۴، مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۲۵ شماره ۴.
۲۳۷. نرمان ل. مان (۱۳۷۶)، اصول روانشناسی، دکتر محمود صناعی (مترجم). چاپ هفتم
۲۳۸. نریمانی، م. بررسی نگرش افراد معتاد نسبت به روش‌های پیشگیری از اعتیاد، مجموعه مقالات همایش بررسی علل فرهنگی و اجتماعی گرایش جوانان به مواد مخدر، ۱۳۸۰.
۲۳۹. نریمانی، محمد (۱۳۷۶) "علل اعتیاد در معتادین شهرهای استان اردبیل و راه‌های پیشگیری از آن" اردبیل، استانداری، امور اجتماعی ۱۳۷۶.
۲۴۰. نریمانی، محمد (۱۳۸۱)، "اعتیاد و روش‌های پیشگیری و درمان آن" اردبیل، انتشارات شیخ صفی الدین اردبیلی
۲۴۱. نورانی پور، رحمت الله. بررسی علل اعتیاد به مواد تغییر دهنده خلق و رفتار و روش‌های مؤثر مشاوره اعتیاد، فصلنامه اعتیاد پژوهی، ش ۶.
۲۴۲. واثقی، منصور (۱۳۸۱). مواد مخدر و اعتیاد، اصفهان، انتشارات گل‌های محمدی.
۲۴۳. واعظ مهدوی، رفیعی فر، گلمکانی، امیر خانی، ایازی، مؤذن جامب، پریانی (۱۳۸۷) راهنمای توانمند سازی شهروندان، تهران: ناشر مهرآوش.
۲۴۴. وامقی، روشنک. مدنی، سعید. (۱۳۸۴) جایگاه پیشگیری در نظام جامع رفاه و تامین اجتماعی. فصلنامه حقوق تأمین اجتماعی، سال اول، شماره ۱. تهران، انتشارات علمی - فرهنگی.
۲۴۵. وزیریان، محسن (۱۳۸۴) مروری بر برنامه‌های کاهش تقاضای مواد مخدر در ایران، دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۲۴۶. وئد، جرج، برنارد، توماس، اسنیپس، جفری (۱۳۸۰) جرم شناسی نظری (گذری برنظریه‌های جرم شناسی)، ترجمه علی شجایی تهران انتشارات سمت.

۲۴۷. هاشمی علی (۱۳۸۳) نگاه نو، اقدام نو در مبارزه با مواد مخدر، ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۲۴۸. هاشمی، علی (۱۳۸۳) "نگاه نو، اقدام نو در مبارزه با مواد مخدر"، تهران: دبیر خانه ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۲۴۹. هاشمی، علی (۱۳۸۳). نگاه نو، اقدام نو در مبارزه با مواد مخدر، ریاست جمهوری ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۲۵۰. هاوکینز. کاتالانو. میلر. "عوامل خطر و عوامل حفاظت کننده در پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در جوانان و نوجوانان". ترجمه ماهیار ماه جنویی. تهران، سازمان پژوهش و برنامه ریزی آموزشی، انتشارات مدرسه ۱۳۸۱.
۲۵۱. هدایتی، داریوش خسرو آقا زاده (۱۳۸۲)، بررسی نیم رخ روانشناختی افراد معتاد. اردبیل، دانشگاه محقق اردبیلی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی
۲۵۲. یاسمی، محمد تقی و شاه محمدی، داوود و ... (۱۳۸۲) بررسی همه گیرشناسی سوء مصرف مواد مخدر در جمهوری اسلامی ایران. وزارت بهداشت و ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۲۵۳. یاسمی، محمد تقی، شامحمدی، داود (۱۳۸۱) "بررسی همه گیر شناسی سوء مصرف مواد در جمهوری اسلامی ایران"، معاونت سلامت وزارت، بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ستاد مبارزه با مواد مخدر با همکاری UNODC.

۱. (Eds.), Behavioral medicine: Changing health lifestyles (pp. 410-452).
۲. Black, J. F. P and et al (1994). Capturerecapture techniques: difficult to use in developing
۳. Domingo-Salvany, Antonia. Estimating the prevalence of drug use using the capture-recapture method: an overview. in EMCDDA Scientific Monograph Series N° 1: Estimating the Prevalence of Problem Drug Use in Europe
۴. Hook, E. B. & Regall R.R. (1995). Capturerecapture methods in epidemiology: methods and Limitations. Epidemiological Review, 17: 243- 264
۵. . Laleh M2000.. Addiction, individual disease - social disaster. 1st ed. Tehran, Iran: Teymourzadeh Publication; p.15-21
۶. Rushton,J,P. Campbell, A,C; (1977) Modeling, vicarious reinforcement and extraversion on blood donating in adults: immediate and long-term effects, European Journal of Social Psychology, 7: 297-306
۷. Darley, J,M. Latane, B; (1968) Bystander intervention in emergencies, Diffusion of responsibility, Journal of Personlity and Social Psychology, 44: 20-23
۸. 18.Rouhafza H, Sadeghi M, Emami AR2003. Smoking in youth: Isfahan healthy heart project (IHHP). Hakim; 6(2):61-8
۹. Abadinsky, H., 2004, Sociology Drugs, Translate by Zekaryaei, M.A., Drug Information Center Publication.
۱۰. AbbasiA, ~azikiS.A, Moradi A, The Prototype of Drug

- Misabused of Opioids in the Self-Introduced Addicts in Gorgan (North-East of Iran). Journal of Gorgan University of Medical Sciences 2006;8(1): 22- 27. [Text~in Persian]
۱۱. Abedini S, Kamalzadeh Takhti H, Sadeghi Far E, Shahraki Vahed A2007. Smoking status at Bandar Abbas University of Medical Sciences. Hormozgan Med J; 11(4): 297-302
۱۲. Adams, D. (2008). Community empowerment in practice: Lessons <http://www.jrf.org.uk> from communities first retrieved
۱۳. Afrasiabi Far A, Derakhshan A, Sadeghi Hassan Abadi A, Rajaei fard A1998. Evaluation of smoking trend rate and its causes among Shiraz University of medical sciences students. Armaghane-danesh; 5(19-20): 42-8
۱۴. Agakeshi Ooghli, F., 2003, Factors Affecting Employment and the Rate of Jobs in the Phenomenon of Addiction Vulnerability (Case Study: Ardabil City), MA. Thesis Advice, Supervisor: Hossein Reza Bakhsh, University of Al-Zahra. (In Persian)
۱۵. Ahmadi J, Sharifi M2001. Epidmiology of substance use in Iran students. Proceedings of the Congress of Psychiatry; Apr; Tehran, Iran;. p. 144.
۱۶. Akers, Ronald. L. Christine, Sellers. (2004), Criminological Theories: Introduction, Evaluation and Application, Fourth Edition. Los Angeles: Roxbury Publishing Company.
۱۷. Akhtar Mohagheghi M; 2007. The Sociology of Addiction. 1st ed.Tehran, Iran: Moalef Publication. p. 12-3. [In Persian].
۱۸. Alexopoulos EC, Jelastopulu E, Aronis K, Dougenis D2010. Cigarette smoking among university students in Greece:a comparison between medical and other students. Environ Health Prev Med; 15(2): 115-20.
۱۹. Almond, G.A & Powell, B.G, (1966): "Comparative Politics: Developmenatal Approach", Browen and Company Inc.

- Almond, G.A & Verba, S. (1963): "The civic culture: Political attitudes and democracy in five nations", Princeton University Press, Princeton. .۲۰
- Alongi, E. (2005), A History of Community Organization. Public Health Practice Program Office. .۲۱
- Baer N, ,Anderson Johnson C, Pentz MA, Weber MD, Dwyer MD MacKinnon .۲۲
- Andrews, F & Others, (1973): "Multiple Classification Analysis", Ann Arbor, University of Michigan .۲۳
- Arevalo, Sandra and Guillermo prado, hortensid amaro(2008).spiritually, sense of-coherence,and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. evaluation and program planning,p.13-123 .۲۴
- Aronson, E. Timothy, D,W. Robin, M, A; (2002) Social Batson, C,D, Duncan, ,Apsychology, New Jersey Prentice Hall, p 388 .۲۵
- K; (1981) Is empathic emotion ,B,D; Ackerman, P. Buckley, T. Birch a source of altruistic motivation? Journal of Personality and Social Psychology, 40: 290-302
- Auerbach JD, Hayes RJ, Kandathil SMI 2006,Overview of effective and promising interventions to prevent HIV infection. World Health Organ Tech Rep Ser.;938:43-78; discussion 317-41. .۲۶
- Bahreynian AM, Ghaedi GH, Yasemi MT2004, Seghatoleslam T. Evaluation of drug abuse martyr Beheshti University of Medical Sciences. Teb va Tazkiyeh; 13(2): 66-78 .۲۷
- Beaman, A. Barnes, P, J. Klentz, B. McQuirk, B; (1978) Increasing helping rates Through information dissemination: teaching pays, Personality and Social Psychology Bulletin, 4: 406-411 .۲۸

- Belgian Technical Cooperation. (2014). Democratic governance the .۲۹
<http://btcctb.org>.key to development
- Bennett, S.E. (1986): "Apathy in America "۰i•-,0.Ai: causes and .۳۰
 consequences of citizen political indifference", Transnational
 publishers, Dobbs Feny
- Berkowitz, A. D. (1990). Reducing alcohol and other drug use on .۳۱
 cam. pus: Effective strategies for prevention programs. Eta Sigma
 Gamman
- Besharat MA, Mirzamani SM2001, Pour Hosssein R. Familial .۳۲
 variants role in creation of ectopic substance use disorder. Iran J
 Psychiatry Clin Psychol; 7(3): 46-52
- Bhatnagar, T., et al., 2003, Drug Prescription Practices: A .۳۳
 Household Study in Rural Varanasi, Indian, J. Prev. Soc. Med, Vol.
 34, No. 1 & 2, PP. 33-39.
- Bletz J.C.F. (2002). Development policy and good governance, .۳۴
<http://www.wrr.nl/en/fileadmin>.summary of the 58th report
- Bloor R2. 2006The influence of age and gender on drug use in the .۳۵
 United Kingdom-a review. Am J Addict. May-Jun;۱5(3):201-7.
- Borger, J., 2001, Hillbilly Heroin: The Painkiller Abuse Wrecking .۳۶
 Lives in West Virginia, Guardian, 25 June, p. 3.
- Botvin g, Shinke O. (1995). Drug abuse prevention with .۳۷
 multiethnic youth, sage company
- Botvin, D. (1995), Evaluation of Health promotion programs. .۳۸
 National Center for Chronic Disease Prevention and Health
 Promotion.
- Bradby H, Williams R32006. Is religion or culture the key feature .۳۹
 in changes in substance use after leaving school? Young Punjabis and
 a comparison group in Glasgow. Ethn Health. Aug;۱1(3):307-24.

- Brannen, C., et al., 2009, Stress in Rural Canada: A Structured .۴۰
Review of Context, Stress Levels, and Sources of Stress, Health &
Place, No. 15, PP. 219- 227.
- Bricker JB, Rajan KB, Andersen MR, Peterson AV2005. Does .۴۱
parental smoking cessation encourage their young adult children to
quit smoking? A prospective study. *Addiction*; 100(3): 379-86.
- Brook JS, Brook DW, Ning Y, Whiteman M, Finch 2006. The .۴۲
relationship of personality and behavioral development from
adolescence to young adulthood and subsequent parenting
behavior. *Psychol Rep.* Aug;99(1):3-19.
- Brown, S., 2002, Adolescent Girls and Addiction, Jesse .۴۳
Publications, London.
- Naturalistic :Bryan, J.H. Test, M, A; (1967) Models and helping .۴۴
studies in aiding behavior. *Journal of Personality and Social
Psychology*, 6: 400-407
- Burgess, E. W., 1967, The Growth of the City: An Introduction to a .۴۵
Research Project, The University of Chicago Press, Chicago.
- Bursik, Robert. J. (1988), Social Disorganization and Theories of .۴۶
Crime and
- Bursik, Robert. J. Harold. G. Grasmick. (1993), Neighborhoods .۴۷
and Crime: The Dimensions of Effective Community Control. New
York: Lexington Books.
- Manske ,Cameron R, Brown KS, Best A, Pelkman CL, Madill CL .۴۸
SR, Payne ME. 1999Effectiveness of a social influences smoking
training method, ,prevention program as a function of provider type
and school risk. *Am J Public Health*; 89
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T. A. & .۴۹
Rounsaville, B.J. (1991). Enduring effects of a computer-assisted

- training program for cognitive behavioral therapy: A six-month follow-up of CBT. *Drug and Alcohol Dependence*, 100,178-181.
- Catalano RF. (1998). [A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction.](#) *Addiction*: 93, 73-92. .۵۰
- Christakis N A, Fowler J H. The Collective Dynamics of Smoking in A Large Social Network. *New England Journal of Medicine* 2008;358(21): 2249-2258. .۵۱
- Clarke- Stewart.A.and Fridemen.S1987.*Child Development: Infancy - through Adolescence*. New York: john Wiley & Sons Inc .۵۲
- Coen, B., 1996, *Fundamentals of Sociology*, Translate by Tavassoli G.R and Fazel, Tehran. (In Persian) .۵۳
- Coleman, V., 2001, *What is Addiction? Who is addicted?*, Translate by: Fakhraei A., Ohadi Publication, Tehran. (In Persian) .۵۴
- Countries. *British Medical Journal*, 308: 531 .۵۵
- Covington, Stephanie S. (2008) «Women and Addiction: A trauma- Journal of psychoactive Drugs, SARC, ,«Informed Approach Supplement 5, p377 -385 .۵۶
- Daughters S B, Sargeant M N, Bomovalova M A, et al. The Relationship Between Distress Tolerance and Antisocial Personality Disorder Among Male InnerCity Treatment Seeking Substance Users. *Journal of Personality Disorders* 2008;22(5): 509-524. .۵۷
- Davis, Nanette j. & Stasz, Clavicle (1990) *Social Control of Deviance: a critical perspective*, United States of America Mc Grew-Hill, Inc. .۵۸
- De Kemp Raymond A.T., Ron H.J.Scholte Geertjan overbeek and Rutjer C.M.E. Enggles (2006) "Early Adolescent Delinquency: The Role of Parents and Best Friends", *Criminal, Justice and Behavior*; 33; 488-510, SAGE Publication. .۵۹

- Deflem, Mathieu. (1989), From Anomie to Anomia Depression: A Sociological Critique on the Use of Anomic in Psychiatric Research. Social Science and Medicine. Vol. 29. ۶۰
- Degenhardt L, Hall W52006. Is cannabis use a contributory cause of psychosis? Can J Psychiatry. Aug;51(9):556-65 ۶۱
- Dehghani K, Zare A, Dehghani H, Sedghi H, Pourmovahed Z2010. Drug Abuse Prevalence and Risk Factors in Students of Shaheed Sadoughi University of Medical Sciences, Yazd. J Shaheed Sadoughi Univ Med Sci;18: 164-9 ۶۲
- Dehghani K, Zaree A, Dehghani H, et al. Drug Abuse Prevalence and Risk Factors in Students of ShaheedSadoughi University of Medical Sciences. Yazd. JSSU 2010;18(3): 164-169. [Text in Persian] ۶۳
- Delinquency: Problems and Prospects. Criminology Vol 26. No 4. ۶۴
- Demuth Stephen & Brown Susan L. (2004) " Family structure family processes and adolescent Delinquency: The significance of parental absence versus parental Gender', Journal of Research in crime and Deliquency, 41: 58-81. ۶۵
- Doglous, D. (2009). Community based practice guideline.Retrieved practical action southern Africa. Practicalation.org/docs ۶۶
- Durand, V. M., Barlow, D. H. (1997).Abnormal Psychology: An Cole/ introduction. Pacific Grove, CA:Brooks ۶۷
- Faigenbaum D.A and et al 2002. Anabolic steroid use by male and middle school students.Pediatrics. Vol 101 No.5 May ۶۸
- Farjad, et al., 1999, Addiction, Kiana Publication, Tehran. (In Persian) ۶۹
- Faupel, Charles. E. (1998), Heroin Use, Crime and Employment Status. Journal of Drug Issues. 18 (3), pp. 467-479. ۷۰
- Faupel, Charles. E. Klockars, Carl. B. (1987), Drugs-Crime Connections: Elaboration from the Life Histories of Hard-Core Heroin ۷۱

Addicts. Social Problems. 34 (1), pp. 54-68.

Figlio, R. Hakim, S. G. Rengert. (1986), Metroplitan Crime .۷۶
Patterns. Monsey NY: Criminal Justice Press.

for the maintenance of behavior change. In P. O. Davidson & S. M. .۷۳
Davidson

Foroedin Adel, A., et al., 2005, The Effect of Settlement and .۷۴
Socialize with Youth Addiction and Tendency Anti Norm, Journal of
Social Welfare Research, No. 15, PP. 319-332. (In Persian)

Gale, A. and Chapman A. 1989. Psychology. New York: john .۷۵
Wiley & Stons Inc

Geense WW, van de Glind IM, Visscher TL, et al. Barriers, .۷۶
Facilitators and Attitudes Influencing Health Promotion Activities in
General Practice: An Explorative Pilot Study. BMC family practice
2013;14(1): 20.

Gottfredson, D. Mcneil, R. Gottfredson. (1991), Social Area .۷۷
Influences on Delinquency: A Multilevel Analysis. Journal of Research
in crime and Delinquency 28: 197- 226.

Grange,gilles and christophe vayssiere,anne borgne .۷۸
(2005).description of tobacco Addiction in pregnant women. European
journal of obstetrics gynecology.p 146- 151.

Gregory, D., et al., 2009, The Dictionary of Human Geography 5th .۷۹
Edition, A John Wiley & Sons, Ltd Publication, England.

Gregson, R. (2010). Building healthy communities: A community .۸۰
empowerment approach retrived community development foundation.
<http://cdf.org.uk>

Guilfors Press. .۸۱

Haight,wendy and Janet d.carter-black Kahryn Sheridan.mothers .۸۲
experience of methamphermine addiction: A case – based analysis of

- rural. Midwestern women. *Journal children and youth services review*,
p.71-77.
- Halperin AC, Thompson LA, Hymer JC, Peterson AK, Thompson B9-. A casebased clinician training program for treating tobacco use in college students. *Public Health Rep*. 2006Sep-Oct;121(5):557-62.
- Hamburg, D. and Sarorius, N. 1989 *Health and Behavior. Selected-Perspectives*. World Health Organization, Cambridge University Press,.
- Hashemi N2001. The prevalence of cigarette smoking in male students at Yasuj University of medical sciences. *Armaghan Danesh*; 6(23): 43-7.
- Havens, R., et al., 2007, Prevalence of Opioid Analgesic Injection among Rural Nonmedical Opioid Analgesic Users, *Drug and Alcohol Dependence*, No. 87, PP. 98-102.
- Hay. Carter & et al (2006) "The Impact of Community Disadvantage on the Relationship between the Family and Juvenilecrime", *Journal of older research in crime and Delinquency*, 43: 326-356.
- Henkel D, Unemployment and Substance Use: A Review of the Literature (1990-2010). *Curr Drug Abuse Rev* 2011;4(1): 4-27.
- Herz, D.C., 2000, *Drugs in the Heartland: Methamphetamine Use in Rural Nebraska*, Published by U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice, USA.
- Hickman, M & others (2002). Estimating the prevalence of problematic drug use: a review of methods and their application. and 2 \ *Bulletin on Narcotics*, vol. LIV, Nos
- Howell, EM; Heiser, N; Harrington M. (1999) «A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women», *Journal* .200 -of substance Abuse Treatment, 16: pp 195

- Hurlock, E., 1968. Development psychology (3rd ed.). New York: .۹۲
Me- Graw – Hill Book Company
- Hussey JM, Chang JJ, Kotch 10- Child maltreatment in the United .۹۳
States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences.
Pediatrics. 2006 Sep; 118(3):933-42.
- Illingworth, R, 1986.. The Normal Child (qth ed). U.K. Churchill – .۹۴
Livingstone Inc.
- Iranian Statistical Center, 2006, Population and Housing Census, .۹۵
Iranian Statistical Center, Tehran. (In Persian)
- Jack MS.Potential explanation for risk taking behaviour in .۹۶
Adolescents.J of Pediatric Nursing 1989;4:334-8
- Jackson KM, O'Neill SE, Sher KJ2006. Characterizing alcohol .۹۷
dependence: transitions during young and middle adulthood. Exp Clin
Psychopharmacol. May; 14(2):228-44.
- Jackson, A. M. (2009). Psychosocial Maturity and Attribution: .۹۸
Detained Girls' Perceptions of Their Delinquent Behaviors.
Claremont: Claremont Graduate University
- Jackson, P., 1983, Social Geography: Convergence and .۹۹
Compromis, Progress in Human Geography, Vol. 7, No. 1, 116-121.
- Jalaeipour H, Looking at The Growth of Social Pathologies in .۱۰۰
Iran.Aein 2008; 16: 73-75. [Text in Persian]
- Johnston, R., 1987, Theory and Methodology in Social Geography, .۱۰۱
In Pacione, Michael (ed.), Social Geography: Progress and Prospect,
London.
- Johnston, R.J., et al., 2004, The Dictionary of Human Geography, .۱۰۲
Published by Blackwell Publishing, England.
- Jozi M 2005., Nourbakhsh V. Addiction, Modern death. 1st ed. .۱۰۳
Tehran, Iran: Tohfe Publication; p. 25-34

- Kaplan H, sadock BJ. (2000). Comprehensive textbook of .۱۰۴
psychiatry. 7th. Edition William and Williams
- Karimpour, S., 1986, Psychological Addiction, Amir Kabir .۱۰۵
Publication, Tehran. (In Persian)
- Kiss E, Piko B, Vetro Al I. Frequency of smoking, drinking, and .۱۰۶
substance use and their relationship to psychiatric comorbidity in
children and adolescents with depression. Psychiatr Hung.
2006;21(3):219-226
- Kopetz C E, Lejuez C W, Wiers R W, et al. Motivation and Self- .۱۰۷
Regulation in Addiction A Call for Convergence. Perspectives on
Psychological Science 2013;8(1): 3-24.
- Krish H. (1995). Drug lessons education programs in developing .۱۰۸
contrees. New Brunswick (USA) and London (U;K)
- Krohn, Marvin. D. (1978), A Durkheimian Avalysis of .۱۰۹
International Crime
- Krohn, Marvin. Lornn, D. Kaduce, Lanza. Ronald, Akers. (1985), .۱۱۰
Social
- Kuhn, Joseph Bernard. (2000), Assessing the Relationship between .۱۱۱
Drug Use and Serious Violence: A Multi- Causal Approach. State
.University of New York at Albany
- Larrson, S.,Barg,S. H: Addiction and Research. Journal of Brief .۱۱۲
Research. Vol, 36 (9 and 10):1323 – 1356.
- why ,Latane, B, Darley, J,M; (1970) The unresponsive bystander .۱۱۳
Crofts, p 15–doesn't he help? Newyork. Appleton-Century
- Leaca P. (1992). Preschoolers and substance abuse strategies for .۱۱۴
)prevention and intervention. New York, London (Australia
- Learning Theory and Adolescent Cigarette Smoking. Social .۱۱۵

Lee J, Herrenkohl T, Kosterman R, et al. Educational Inequalities .116
in the Co-occurrence of Mental Health and Substance Use Problems,
and Its Adult Socio-economic Consequences: A Longitudinal Study of
Young Adults in A Community Sample. Public health2013;
DOI:10.1016/j.puhe.2013.04.005.

Lennings CJ, Kenny DT, Nelson PI2.Substance use and treatment .117
seeking in young offenders on community orders. J Sub st Abuse
Treat. 2006 Dec;3 1(4):425- 32. Epub 2006 Aug 14.

Lewinshon, P. M. (1997). Evaluation of cognitive diathesis stress .118
models in predicting major depressive disorder in adolescents. Journal
of Abnormal Psychology: 110, 203–215.

Litvin EB, Brandon TH. Testing the Influence of External and .119
Internal Cues on Smoking Motivation Using A Community
Sample.Experimental and Clinical Psychopharmacology 2010;18(1):
61.

Madhu, B., 2009, Opium Addiction among Rural Population in .120
Desert Districts of Western Rajasthan: Some Observations from the
Study, Journal of Human Ecology, No. 25, PP. 1-4.

Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors. .121
New York:

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1994). Determinants of relapse: .122
Implications

Mayhew, S., 2010, A Dictionary of Geography, Oxford University .123
Press, London.

McArdle PA 2006Cannabis use by children and young people. .124
Arch Dis Child. Aug;91(8):692-5.

McCrary H, Epstein E. (2000). Addictions: comprehensive Guide .125
.book. New York: Oxford University Press

- Merton, R.K. (1949): "Social Theory and Social Structure", New York: Free press. ۱۲۶
- Meymandi M S, Ziaeddini H, Yazdi A S. Opinion of High School Students of Kerman Towards Affecting Factors on Narcotics Tendency (2005) Journal of ۱۲۷
- Mills, R,S. Grusec, J,E; (1989) cognitive, affective, and behavioral Palmer Quarterly, 34: 615--consequences of praising altruism, Merrill ۱۲۸
624
- Minkler, M. Wallerstein, N. (2003), Community-Based Participatory Research for Health. In Springett,J. (2001),.Issues in Participatory Evaluation. San Francisco: by Jossey-Bass. ۱۲۹
- Mirlashari J, Demirkol A, Salsali M, et al. Early Childhood Experiences, Parenting and the Process of Drug Dependency Among Young People in Tehran, Iran. Drug and Alcohol Review 2012;31(4): 461-468. ۱۳۰
- Moein, M., 1986, Persian Culture, Amir Kabir Publication, Tehran. (In Persian) ۱۳۱
- Moemen-Nasab M, Najafi S, Kaveh M, Ahmadpoor F. Revalence of risk behaviour in students of academycenters of Khoramabad city in 2005. Yafteh 2006; 8(2): 23-30 ۱۳۲
- Mohammadi M D, Amini K, YazdanKhah M, Survey of Social and Environmental Factors Related to the Relapse of Addiction in Volunteer Addicted Individuals In Welfare Organization of Zanjan. ZUMS Journal 2007;15(59): 85-94. [Text in Persian] ۱۳۳
- Moulavi P, Rasoulzadeh B. 2004A study of the factors of drug abusetendency in the young population of the city of Ardabil. J Fundam Ment Health; 6(21-22): 49-55. ۱۳۴
- Mousavi F2005. The Relationship between Cigarette Smoking and Smoking by Parents and Friends. Iran J Psychiatry Clin Psychol; 11(3): 342-6 ۱۳۵

- Mumtaz B, Chaudhary IA, Arshad M, Samiullah 2009. Comparison of smoking behaviour among medical and other college students in Rawalpindi. J Coll Physicians Surg Pak; 19(1): 7-10. ۱۳۶
- Mussen, P 1986.. Conger j and Kagan,j. Child Development and personality (3rd ed.). New York: Harper & Row ۱۳۷
- Mussen. P. Conger j and Kagan, j 1974.. Child Development and personality (4th ed). New Yourk: Harper & Row ۱۳۸
- National institute on drug abuse (NIDA) (2003) NIDA Info Facts: Lessons from Prevention Research, www.drugabuse.gov ۱۳۹
- Neal, J. (2005), Evaluating the national out comes: Introduction and Model for Community programming and evaluation.? National Center for Health Statistics. ۱۴۰
- Newcomb MD and et al 1986. Risk factors for drug use among adolescent concurrent and longitudinal analysis. AM J of Public Health.; 76:525-31 ۱۴۱
- NIDA notes, *2002), Primary Prervention of Substance Abuse. Work Book for Project Operators ۱۴۲
- Noel X, Brevers D, Bechara A, A Neurocognitive Approach to Understanding the Neurobiology of Addiction, in Current Opinion in Neurobiology. 2013; 23(4): 632-638. ۱۴۳
- Noorbala A A, Substance Abuse from Community Psychiatry Point of View, in 10th Consecutive Annual Meeting of the Iranian Psychiatric Association. 2010; Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. Tehran. p. 351. [Text in Persian] ۱۴۴
- Noranipoor, R., 2005, Causes of Addiction and can Change Behavior and Create Effective Methods of Addiction Counseling, Journal of Research on Addiction, No. 6, Second Year, PP.13-54. (In Persian) ۱۴۵

- Norton, W., 2001, Initiating an Affair Human Geography and Behavior Analysis, the Behavior Analyst Today, Vol. 2, No. 4, PP. 283-290. ۱۴۶
- Norton, W., 2002, Explaining Landscape Change: Group Identity and Behavior, the Behavior Analyst Today, Vol. 3, No. 2, PP.155-160. ۱۴۷
- Osgood, D. Chambers, j. (2000), Social Disorganization Outside the Metropolis: An Analysis of Rural Youth Violence.Criminology 38(1): 81115 ۱۴۸
- Osondu NB, Okwuoma CA, Agwu NA2008. Antecedents to Smoking Behaviour among Male Adolescent Students in South East Region, Nigeria. International Journal of Tropical Medicine; 3(3): 60-5. ۱۴۹
- Ourang, J., 1989, the Research about Addiction, the Ministry of Culture and Islamic Guidance Publications, Tehran. (In Persian) ۱۵۰
- Panahloo, H., 1977, Constitutes Addiction Treatment in Rural, 26th Medical Congress of Iran, Tehran. (In Persian) ۱۵۱
- Parvizi S, Ahmadi F2005, Nikbakht Nasrabadi AR. Adolescents' Perspectives on Addiction: A Qualitative Study. Iran J Psychiatry Clin Psychol; 10(3): 250-7. ۱۵۲
- Parvizy S, Nasrabadi AN, Ahmadi F. Perspectives on Addiction Adolescents: A Qualitative Study.AndishehvaRaftar 2004;10(3): 250-257. [Text in Persian] ۱۵۳
- Patton GC, Coffey C, Carlin JB, Sawyer SM, Wakefield M 2006. Teen smokers reach their mid twenties.J Adolesc Health. Aug;39(2):214-20. ۱۵۴
- Patton, Michael Quinn, (2002) qualitative research and evaluation . Sage:methods. London ۱۵۵
- Paulsen, Derek. Matthew, J. Robinson, B. (2004), Spatial Aspects . Theory and Practice. New York: Pearson:of Crime ۱۵۶

Paydar KZ, Hansen SL, Charlebois ED, Harris HW. 2006, Young ۱۵۷
DM15. Inappropriate antibiotic use in soft tissue infections. Arch
SurgSep; 141(9):850-4; discussion 855-6.

Pedersen E R, Hsu S H,~ Neighbors C, et al. Exploring ۱۵۸
relationships Between Ffcets of Self-Esteem and Drinking Behavior
Among Diverse Groups of,,

Piko B F, Fitzpatrick K M. Socioeconomic Status, Psychosocial ۱۵۹
Health And Health Behaviours Among Hungarian Adolescents. The
European Journal of Public Health 2007;17(4): 353-360.

Piquero, Nicole Lieper Angela R.Gover, john M. Mac Donld, Alex ۱۶۰
R. Piquero (2005) "The Influence of Delinquent peers on
Delinquency: Does Gender matter?" YOUTH & SOCIETY, VOL.
36 No3: 251-275.

pp. 455-73. ۱۶۱

Preston, Pamela and Goodfellow, Marianne (2006) cohort ۱۶۲
comparisons: social learning explanations for alcohol use among
adolescents and older adults, Addictive, Behaviors, in press.

Purahmad, A., et al., 2003, Geographical Review Crime in Tehran, ۱۶۳
Geography Research, No. 44, PP. 81-89. (In Persian)

Qazvin University of Medical Sciences 2008;12(3): 80- 88. [Text ۱۶۴
in Persian]

Qazvin University of Medical Sciences. Hayat 2009;15(2): 72-80. ۱۶۵
[Text in Persian]

Raeis Dana, F., 2002, Drug Market in Iran, Journal of Research ۱۶۶
Addiction, No. 4, Iran Drug control Headquarers Publication, Tehran.
(In Persian)

Raevuori A, Keski-Rahkonen A, Rose RJ, Rissanen A, Kaprio ۱۶۷
2006J, Muscle dissatisfaction and muscle-enhancing substance use: a
population-based twin study in young adult men. Twin Res Hum
Genet. Jun;9(3):43 1-7.

Rahimi Movaghar A, Mohammad K, Razaghi 2002,MO. 30-year trend of drug abuse status in Iran. Hakim Res J;5(3): 171-81 .۱۶۸

Rahimi Movaghar A, Sahimi Izadian E, Younesian M2006. The drug use situation in university students in Iran: Aliterature review. Peyesh; 5(2): 83-104. .۱۶۹

Rahimi Movaghar, A., et al., 2005, Research on Substance Use in Iran, 3 Decades Evaluation, Journal of Hakim, No. 4, PP. 37-44. (In Persian) .۱۷۰

Retrieved June 19, RAR Technical Guide: Estimation Techniques ,2011, from WHO website http://www.who.int/docstore/hiv/Core/Chapter_9.10.html .۱۷۱

Rates. Social Forces 57: 654 - 670. .۱۷۲

Reisman, G. et al. (2000), Developing Evaluation Indicators for use in Community Based Program Evaluation and Monitoring. Switzerland: World Health Organization. .۱۷۳

(eds.) (1977). THE Richards, Louise G. and Blevens, Louise B CURRENT ISSUES. NIDA :PIDEMIOLOGY OF DRUG ABUSE RESEARCH MONOGRAPH .۱۷۴

Robinson, M. (2004), Why Crime? An Integrated Systems theory of Antisocial Behavior. Upper Saddle River NJ: Prentice- Hall .۱۷۵

Rosenthal D, Mallett S, Myers 2006.Why do homeless young people leave home? Aust NZ J Public Health. Jun;30(3):281-5. .۱۷۶

Rural Health Centers, Rural Case Study, Census 2010. .۱۷۷

Sadeghi M, Navidi M2005. Substance Use among Medical Residents in Tehran, Iran. Addictive Disorders & Their Treatment; 4(3): 121-4. .۱۷۸

- Sajadi A, Bakhshani N, Hoseinbar M. 2005 The prevalence of drug abuse in students of medical science of Zahedan university. Proceedings of the 3rd National Conference Focusing on New Approaches in the Prevention and Treatment of Drug Addiction; Jan 26-28; Yazd, Iran; ۱۷۹
- Samaram, E., et al., 2008, The Social Pathology of Drug Addiction among Iranian Rural Youth: A Case Study of Villages in Ahvaz County, Journal of Roosta va Towse'e, No. 3, PP. 27-50. (In Persian) ۱۸۰
- Sampson, R. Groves, B. (1989), Community Structure and Crime: Testing Social Disorganization Theory. American Journal of Sociology 94: 774-802 ۱۸۱
- Sampson, R. Wilson, W. (2000), Toward a Theory of Race Crime and Urban Inequality In J Hagan and Peterson (eds). Inequality and Crime. Stanford University Press:Crime. Stanford CA ۱۸۲
- Sandra Arévalo, Guillermo Prado. (2008) «Hortensia Amaro, Spirituality, Sense of Coherence, and coping Responses in Women Receiving Treatment for Alcohol and Drug addiction», Journal Evaluation and Program Planning, 31, 1, pp 113-123 ۱۸۳
- Santucci K, Psychiatric Disease and Drug Abuse. Current Opinion in Pediatrics 2012;24(2): 233-237. ۱۸۴
- Sar Golzaei MR2003. Frequency of drug abuse and its relation with student's individual and familial status in Mashhad medical students. Social Welfare Quarterly; 3(9): 283-94 ۱۸۵
- Sayyed Fazelpour SF, Moghadamnia Mt, Nasirzadeh F2004. Study on attitude of students in Guilan University of medical sciences toward smoking. Sci J Forensic Med; 10(33): 25-9 ۱۸۶
- Schinke S P, Fang L, Cole K C. Preventing Substance Use Among Adolescent Girls: I-Year Outcomes of a Computerized, Mother-Daughter Program. Addictive behaviors 2009;34(12): 1060- 1064. ۱۸۷

- Seo D C, Torabi M R, Weaver A E. Factors Influencing Openness to Future Smoking Among Nonsmoking Adolescents*. Journal of School Health 2008;78(6): 328-336. ۱۸۸
- Shakuie, H., 2005, Environmental Philosophies and Geographical Schools, Tehran, Gitashenasi Publication. (In Persian) ۱۸۹
- Shams Alizadeh N, Moghadam M, Mohsenpour B, Rostami Gooran N2008;Prevalence of substance abuse in medical students of Kurdistan University. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 13(2): 18-26 ۱۹۰
- Shek DT 2006.Adolescent developmental issues in Hong Kong: Relevance to positive youth development programs in Hong Kong. Int J Adolesc Med Health. Jul-Sep;18(3):341-54. ۱۹۱
- Sher L, Sperling D, Zalsman G, Vardi G, Merrick J2006. Alcohol and suicidal behavior in adolescence. Minerva Pediatr. Aug;58(4):333-9 ۱۹۲
- Shojaa M, Jouybari L, Qorbani M, Sanagoo A, Shojaee H, Kia Kajoori Z, et al2010. Prevalence and Cause of Smoking among the Dormitories Students in Gorgan University of Medical Sciences. Shahid Beheshti University of Medical Sciences; 15(3): 123-8 ۱۹۳
- Shojaezadeh D. Epidemiology of drug abuse in Tehran and provide training program [Thesis]. Tehran, Iran: ۱۹۴
- Siyam Sh. 2005Drug abuse prevalence between male students of different universities in Rasht in. Zahedan J Res Med Sci 2006; 8(4): 279-86 ۱۹۵
- Social Vice Unit Police Kurdistan, 2009, Provide Kurdistan. (In Persian) ۱۹۶
- SouthweU, P.L. (1955): "The politics of Alienation: nonvoting and support for third-party candidates among \A-'1"-yaer-old",The Social Science Journal, Vol.t•, pp:"\-' •V ۱۹۷

- Sprafkin, J, N.Liebert, R,M. Poulos, R,W; (1975) Effects of a .۱۹۸
Journal of ,Prosocial televised example on childrens helping
Experimental Child Psychology, 20: 119-126
- Stevell B. K: Drug abuse Handbook. United States of American, .۱۹۹
1995: 529.
- Stone AL, Storr CL, Anthony JC2006.Evidence for a hallucinogen .۲۰۰
dependence syndrome developing soon after onset of hallucinogen use
during adolescence.: Int J Methods Psychiatr Res.; 15(3): 116-30
- Surekha Kishore, B. S., et al., 2007, Tobacco Addiction amongst .۲۰۱
Adolescents in Rural Areas of District Wardha, JK Science Original
Article, Vol. 9, No. 2, PP. 79-82.
- Susan, S., et al., 2010, Introduction: Situating Social Geographies, .۲۰۲
In: Smith, Susan J. et al. (eds.): The Sage Handbook of Social
Geographies, London.
- Tafreshi S H, Statistics of Addiction in Iran.Razi 2011;23(2): 49- .۲۰۳
56. [Text in Persian]
- Taraghijah S, Hamdiyeh M, Yaghoubi N 2010. Predictors of .۲۰۴
smoking shisha in public universities. Pajouhesh Dar Pezeshki; 34(4):
249-56
- Taremian F, Bolhari J, Pairavi H, Ghazi Tabatabaeii M2007. The .۲۰۵
Prevalence of Drug Abuse among University Students in Tehran. Iran
J Psychiatry Clin Psychol; 13(4): 335-42.
- Tehran University of Medical Science; 2013. [In Persian]. .۲۰۶
- The Newcastle Partnership. (2009). A community empowerment .۲۰۷
. www.cvsnewcastle.org.uk.framework for Newcastle
- Tolou-Shams M, Brown LK, Gordon G, Fernandez I. 2006; Project .۲۰۸
SHIELD Study Group-Arrest history as an indicator of
adolescent/young adult substance use and HIV risk. Drug Alcohol
DependNov 6

- Tuchman, Ellen, V. (2010) «Women and Addiction: The Importance of Gender Issues in substance, Abuse Research», Journal of Addictive Diseases, Vol9, No.1 PP 127-130 .209
- United Nations International Drug Control Programme, 2000, World Drug Report. .210
- UNODC (2002). The science of drug abuse epidemiology. New York: United Nations Publication .211
- Indirect Methods for :UNODC (2003). Estimating Prevalence Estimating the Size of the Drug Problem. Global Assessment Toolkit Module 2.Programme on Drug Abuse .212
- UNODC. (2010). Recent statistics and trend analysis of illicit drug markets. <http://www.unodc.org> .213
- Vander Zanden,j. 1980.Educational Psychology in Theory and Practice. New Yourk: Random House Inc .214
- Verysey, B. Messner, S. (1999), Further Testing of Social Disorganization Theory: An Elaboration of Sampson and Groves Community Structure and Crime. The Journal of Research in Crime and Delinquency 36(2): 156 .215
- Voigt K, Twork S, Mittag D, Gobel A, Voigt R, Klewer J, et al2009. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). BMC Health Serv Res; 9: 219. .216
- Walsh, A. (2002), Biosocial Criminology: Introduction and .Cincinnati OH: Anderson Publishing.Integration .217
- Warner, Barbara. Glenn, D. Pierce, L. (1993), Re- Examining Social Disorganization Theory Using Calls to The Police as a Measure of Crime Criminology 31: 493- 518. .218

Wechsberg W.M, Luseno W, Ellerson R.M. (2008) «Reaching women substance Abuser in diverse settings: Stigma and access to treatment 30 years Later. Substance Use and Misuse», Journal of Addictive Diseases, 43, PP1277-79. .۲۱۹

Wechsberg,W.et al (2004), Efficacy of a Woman-Focused Intervention ~ to Increas Self-Sufficiency Among Aferican American. Am Public Health, 94 (7): 1165-1173. .۲۲۰

Weisburd, D., Bruinsma, G. J. N., & Bernasco, W., 2009, Units of Analysis in Geographic Criminology: Historical Development, Critical Issues, and Open Questions, Putting Crime in its Place, Springer, PP. 3-31. .۲۲۱

Welfare Center County Ghorveh, 2010, Report the Number of Addicts. .۲۲۲

Wendy, L., Haight, et al., 2009, Mothers' Experience of Methamphetamine Addiction: A Case-Based Analysis of Rural, Midwestern Women, Children and Youth Services Review, No. 31, PP.71-77. .۲۲۳

Whitomer, (2004), Planning and Evaluation. National Immunization Program. .۲۲۴

Wiers R, Sergeant J, and Gunning W. Psychological Mechanisms of Enhanced Risk of Addiction in Children of Alcoholics: A Dual Pathway?.ActaPaediatrica 1994;83(s404): 9-13. .۲۲۵

Williams JF, Kokotailo PK26. Abuse of proprietary (over-the-counter) drugs. Adolesc Med Clin. 2006 Oct; 17(3):733-50; .۲۲۶

Witteveen E, Van Ameijden EJ, Schippers GM 2006.Motives for and against injecting drug use among young adults in Amsterdam: qualitative findings and considerations for disease prevention. Subst Use Misuse.;41(6-7):1001-16. .۲۲۷

Woods, M, 2005, Rural Geography, Sage Publication Ltd, London. .۲۲۸

Wunsch, J., 2009, Opioid Deaths in Rural Virginia: A Description .۲۲۹
of the High Prevalence of Accidental Fatalities Involving Prescribed
Medications, American Journal on Addictions, Vol. 18, No. 1, PP. 5-
14.

Yekkehfallah L, Momeni A, Torkashvand A, et al. Factors .۲۳۰
Associated with Ecstasy Use in Students of
York: Brunner/ Mazel. .۲۳۱

Young Adults. Addictive Behaviors 2013; 38(10):2581-5. .۲۳۲

Ziae Tavana, M., 2004, Sustainable Development in the Interaction .۲۳۳
between Knowledge and its Role in Social Geography, Geography and
Regional Development, No. 2, PP. 31-50. (In Persian)

پیوست‌ها

پیوست (۱)

ارائه جداول و نمودارهای توصیفی متغیرهای بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد

	درصد تجمعی	درصد درست	درصد	فراوانی
خیلی کم	۷.۲	۷.۲	۷.۲	۲۸
کم	۲۰.۳	۱۳.۱	۱۳.۱	۵۱
متوسط	۴۷.۰	۲۶.۷	۲۶.۷	۱۰۴
زیاد	۷۹.۴	۴۳.۲	۴۳.۲	۱۲۶
بسیار زیاد	۱۰۰.۰	۲۰.۶	۲۰.۶	۸۰
مقدار معتبر		۱۰۰.۰	۱۰۰.۰	۳۸۹

شرکت در نمایشگاه‌ها و سمینارهای مربوط به اعتیاد

	درصد تجمعی	درصد درست	درصد	فراوانی
خیلی کم	۲۴.۶	۲۴.۶	۲۴.۴	۹۵
کم	۴۷.۷	۲۳.۱	۲۲.۹	۸۹
متوسط	۶۷.۴	۲۶.۹	۲۶.۷	۱۰۴
زیاد	۸۹.۴	۲۰.۲	۲۰.۱	۷۸
بسیار زیاد	۱۰۰.۰	۵.۲	۵.۱	۲۰
مجموع		۱۰۰.۰	۹۹.۲	۳۸۶
سیستم			۸.۰	۳
جمع کل			۱۰۰	۳۸۹

نشستن پای صحبت افرادی که از خطرات اعتیاد آگاه‌اند

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
خیلی کم	۹.۵	۹.۶	۹.۶	۳۷
کم	۱۹.۰	۱۹.۲	۲۸.۸	۷۴
متوسط	۳۰.۸	۳۱.۱	۵۹.۸	۱۲۰
زیاد	۲۶.۵	۲۶.۷	۸۶.۵	۱۰۳
بسیار زیاد	۱۳.۴	۱۳.۵	۱۰۰.۰	۵۲
خیلی کم	۹۹.۲	۱۰۰.۰		۳۸۶
مجموع	۸.			۳
سیستم	۱۰۰.۰			۳۸۹

پیگیری اخبار مربوط به اعتیاد

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
خیلی کم	۱۶.۷	۱۶.۸	۱۶.۸	۶۵
کم	۲۳.۱	۲۳.۳	۴۰.۱	۹۰
متوسط	۲۷.۸	۲۷.۹	۶۸.۰	۱۰۸
زیاد	۲۲.۴	۲۲.۵	۹۰.۴	۸۷
بسیار زیاد	۹.۵	۹.۶	۱۰۰.۰	۳۷
مجموع	۹۹.۵	۱۰۰.۰		۳۸۷
سیستم	۵.			۲
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹

مطالعه کتب با موضوع اعتیاد

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۰۵	۲۷.۰	۲۷.۱	۲۷.۱	خیلی کم
۱۰۵	۲۷.۰	۲۷.۱	۳.۵۴	کم
۱۰۴	۲۶.۷	۲۶.۹	۸۱.۱	متوسط
۵۴	۱۳.۹	۱۴.۰	۱.۹۵	زیاد
۱۹	۴.۹	۴.۹	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۷	۹۹.۵	۱۰۰.۰		مجموع
۲	۵.			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

ارشاد و راهنمایی معنادار

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۶۲	۱۵.۹	۱۶.۱	۱۶.۱	خیلی کم
۹۸	۲۵.۲	۲۵.۴	۴۱.۵	کم
۸۱	۲۰.۸	۲۱.۰	۴.۶۲	متوسط
۹۶	۲۴.۷	۲۴.۹	۸۷.۳	زیاد
۴۹	۱۲.۶	۱۲.۷	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۶	۹۹.۲	۱۰۰.۰		مجموع
۳	۸.			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

گزارش قاچاق و قاچاقچیان مواد مخدر

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۱۷	۳۰.۱	۳۰.۶	۳۰.۶	خیلی کم
۹۷	۲۴.۹	۲۵.۴	۵۶.۰	کم
۹۵	۲۴.۴	۲۴.۹	۸۰.۹	متوسط
۶۱	۱۵.۷	۱۶.۰	۹۶.۹	زیاد
۱۲	۳.۱	۳.۱	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۲	۹۸.۲	۱۰۰.۰		مجموع
۷	۱.۸			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

معرفی معتادین به مأمورین

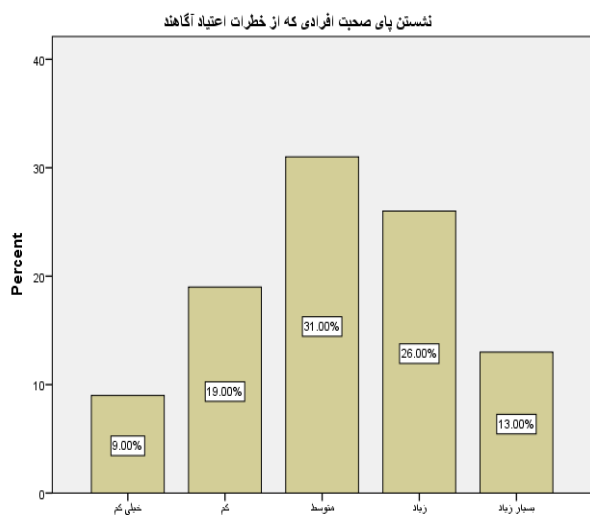
فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۶۷	۹.۴۲	۴.۴۳	۴.۴۳	خیلی کم
۱۰۲	۲۶.۲	۲۶.۵	۶۹.۹	کم
۷۲	۱۸.۵	۱۸.۷	۸۸.۶	متوسط
۲۶	۶.۷	۶.۸	۹۵.۴	زیاد
۱۸	۴.۶	۴.۷	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۵	۹۹.۰	۱۰۰.۰		مجموع
۴	۱.۰			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

معرفی دوستان و آشنایان نزدیک به کمپ‌های ترک اعتیاد

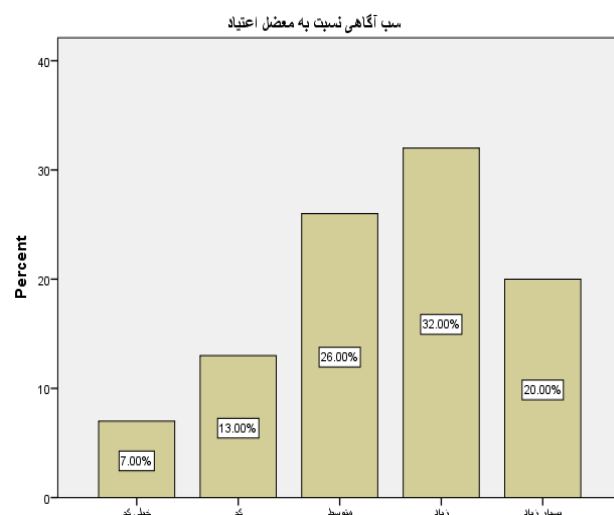
فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۹۵	۲۴.۴	۲۴.۷	۲۴.۷	خیلی کم
۷۹	۲۰.۳	۲۰.۶	۴۵.۳	کم
۱۰۰	۲۵.۷	۲۶.۰	۷۱.۴	متوسط
۸۱	۲۰.۸	۲۱.۱	۹۲.۵	زیاد
۲۹	۷.۵	۷.۶	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۴	۹۸.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۵	۱.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

تلاش در زمینه آگاهی و شناخت مضرات انواع مواد مخدر

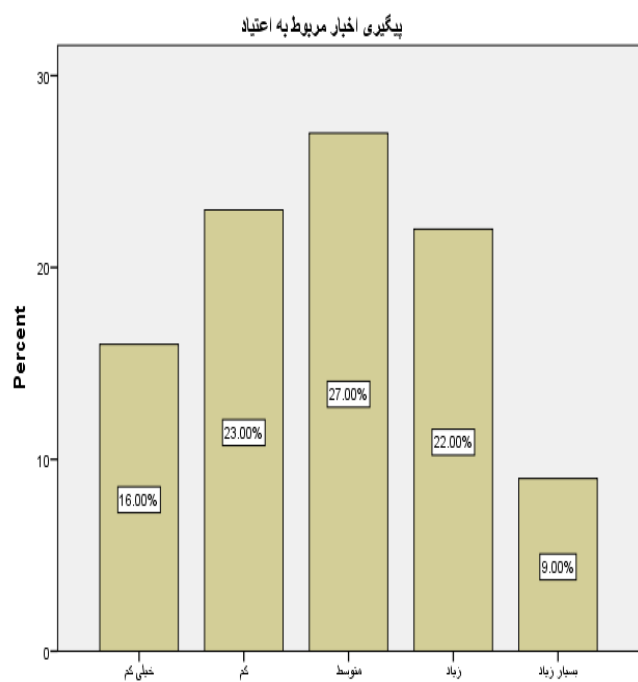
فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۶۱	۱۵.۷	۱۵.۸	۱۵.۸	خیلی کم
۵۷	۱۴.۷	۱۴.۸	۳۰.۶	کم
۱۱۷	۳۰.۱	۳۰.۳	۶۰.۹	متوسط
۹۵	۲۴.۴	۲۴.۶	۸۵.۵	زیاد
۵۶	۱۴.۴	۱۴.۵	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۶	۹۹.۲	۱۰۰.۰		مجموع
۳	۸.۰			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل



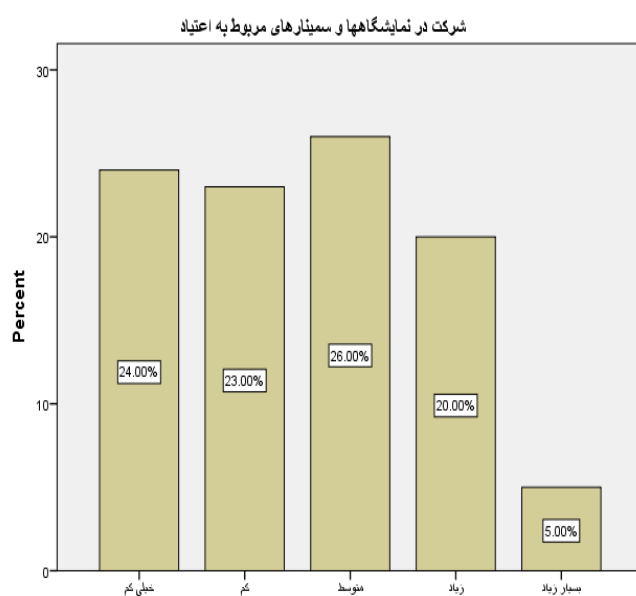
نماینده های سلامت افرادی که از خطرات اعتیاد آگاهند



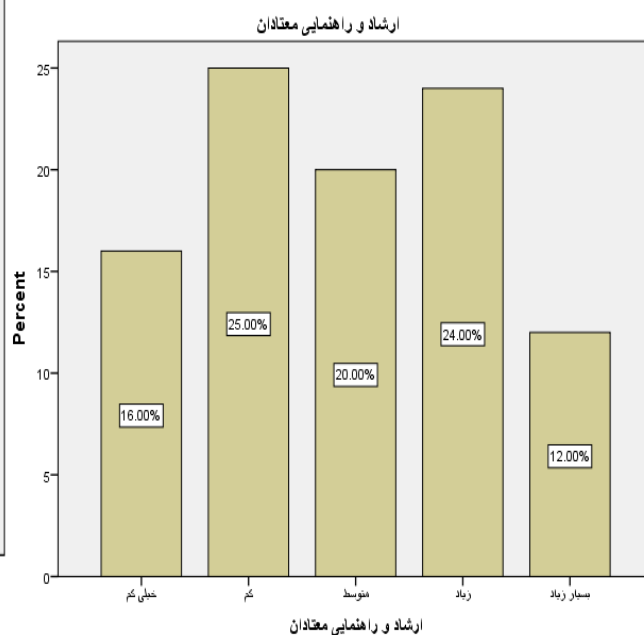
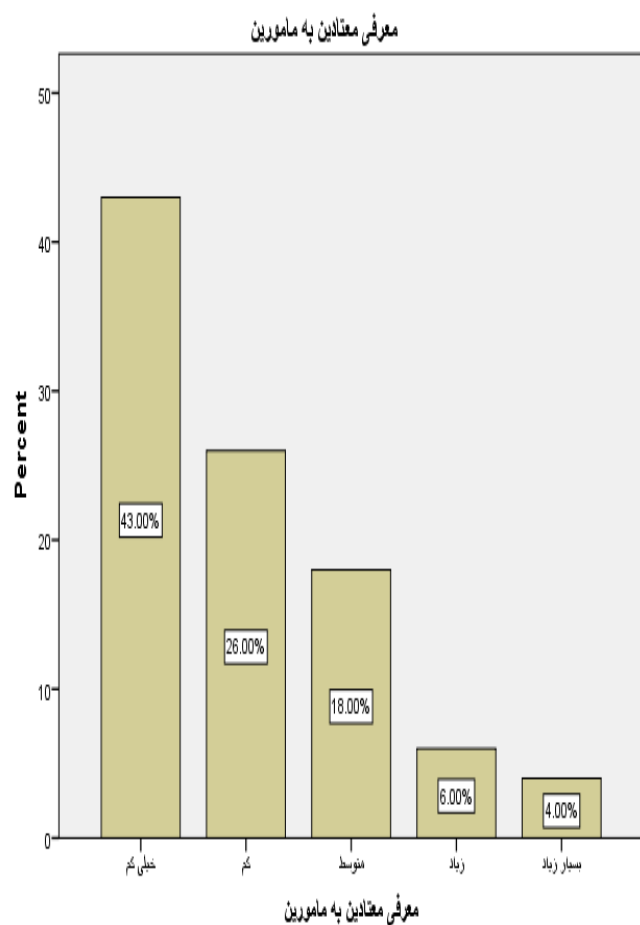
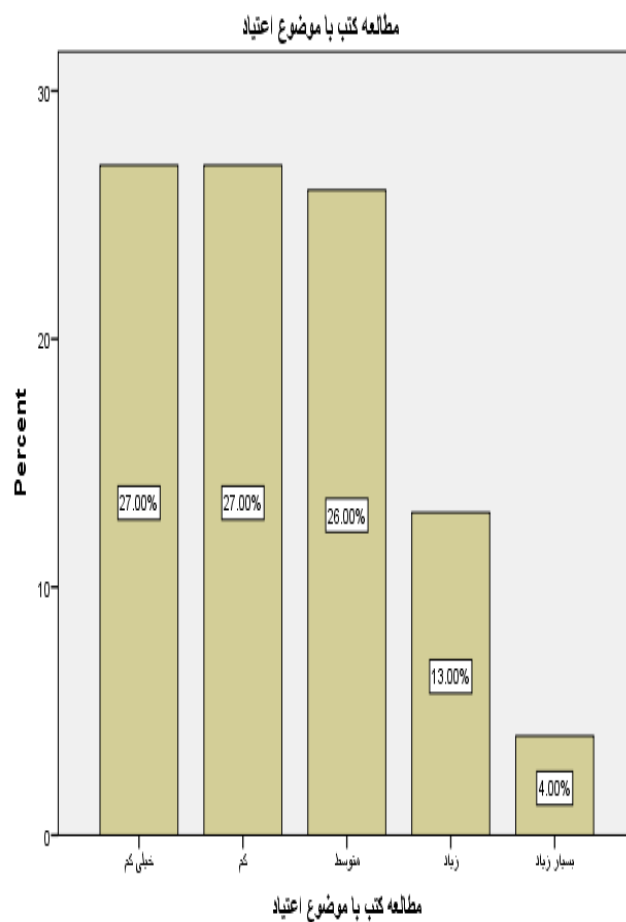
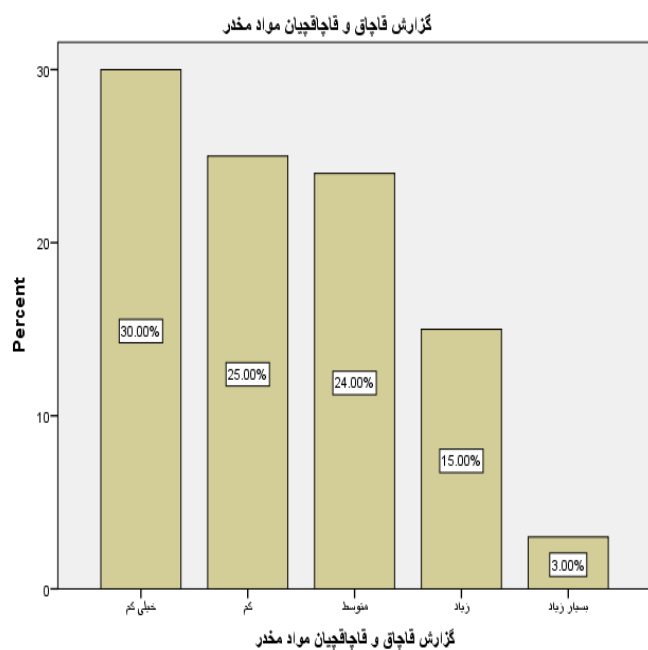
سبب آگاهی نسبت به معضل اعتیاد



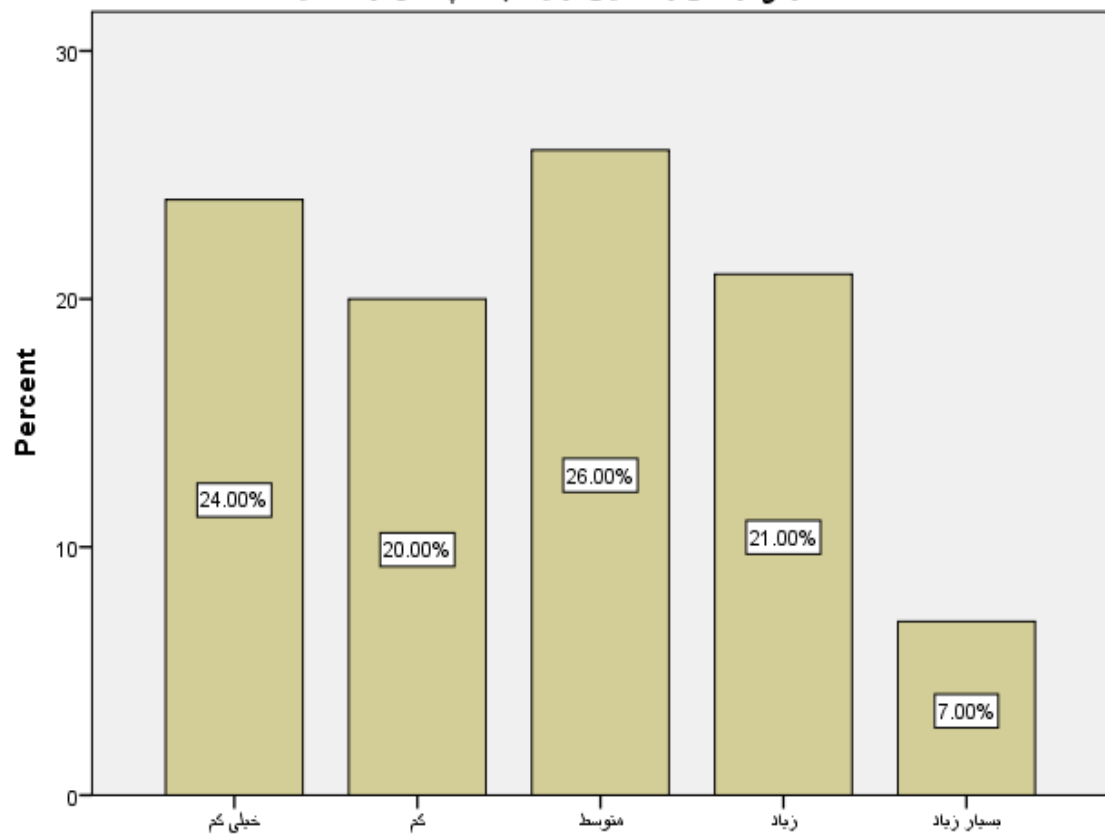
پیگیری اخبار مربوط به اعتیاد



شرکت در نمایشگاهها و سمینارهای مربوط به اعتیاد

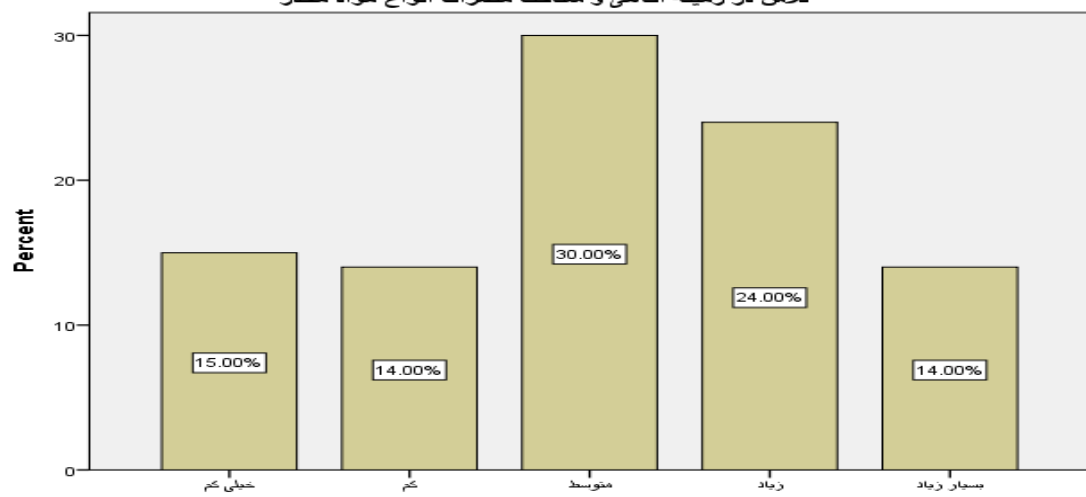


معرفی دوستان و آشنایان نزدیک به کمپ های ترک اعتیاد



معرفی دوستان و آشنایان نزدیک به کمپ های ترک اعتیاد

تلاش در زمینه آگاهی و شناخت مضرات انواع مواد مخدر



تلاش در زمینه آگاهی و شناخت مضرات انواع مواد مخدر

پیوست (۲)

جداول توزیع فراوانی و نمودارهای مربوطه برای متغیر زمینه سازی مشارکت پیشگیرانه

برای خانواده‌ها اجرا شده باشد

	درصد تجمعی	درصد درست	درصد	فراوانی
خیلی کم	۲۹.۴	۲۹.۴	۲۹.۰	۱۱۳
کم	۶۱.۵	۰.۳۲	۳۱.۶	۱۲۳
متوسط	۹۸.۳	۲۲.۴	۲۲.۱	۸۶
زیاد	۹۶.۹	۱۳.۰	۱۲.۹	۵۰
بسیار زیاد	۱۰۰.۰	۳.۱	۳.۱	۱۲
مجموع		۱۰۰.۰	۹۸.۷	۳۸۴
سیستم			۱.۳	۵
جمع کل			۱۰۰.۰	۳۸۹

برای مدارس اجرا شده باشد

	درصد تجمعی	درصد درست	درصد	فراوانی
خیلی کم	۲۱.۶	۲۱.۶	۲۱.۳	۸۳
کم	۳۰.۵۴	۷.۳۲	۴.۳۲	۱۲۶
متوسط	۸۱.۰	۲۶.۸	۲۶.۵	۱۰۳
زیاد	۹۶.۶	۱۵.۶	۱۵.۴	۶۰
بسیار زیاد	۱۰۰.۰	۳.۴	۳.۳	۱۳
مجموع		۱۰۰.۰	۹۹.۰	۳۸۵
سیستم			۱.۰	۴
جمع کل			۱۰۰.۰	۳۸۹

برای دانشگاه‌ها اجرا شده باشد

	درصد تجمعی	درصد درست	درصد	فراوانی
خیلی کم	۲۳.۱	۲۳.۱	۲۲.۶	۸۸
کم	۵۶.۷	۳۳.۶	۹.۳۲	۱۲۸
متوسط	۸۶.۶	۲۹.۹	۲۹.۳	۱۱۴
زیاد	۹۶.۳	۹.۷	۹.۵	۳۷
بسیار زیاد	۱۰۰.۰	۳.۷	۳.۶	۱۴
مجموع		۱۰۰.۰	۹۷.۹	۳۸۱
سیستم			۲.۱	۸
جمع کل			۱۰۰.۰	۳۸۹

در سطح محلات (در مساجد و مکان‌های عمومی از جمله پارک‌ها و...) برای عموم مردم اجرا شده باشد

	درصد تجمعی	درصد درست	درصد	فراوانی
خیلی کم	۲۷.۲	۲۷.۲	۲۶.۷	۱۰۴
کم	۵۶.۵	۳۸.۴	۳۷.۸	۱۴۷
متوسط	۱.۸۵	۱۹.۶	۱۹.۳	۷۵
زیاد	۸.۹۵	۱۰.۷	۱۰.۵	۴۱
بسیار زیاد	۱۰۰.۰	۴.۲	۴.۱	۱۶
مجموع		۱۰۰.۰	۹۸.۵	۳۸۳
سیستم			۱.۵	۶
جمع کل			۱۰۰.۰	۳۸۹

اطلاع از وجود نمايشگاه‌ها با موضوع اعتياد

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
خیلی کم	۳۱.۱	۳۱.۷	۳۱.۷	۱۲۱
کم	۶.۳۲	۳۳.۲	۹۰.۶۴	۱۲۷
متوسط	۲۶.۷	۲۷.۲	۱.۹۲	۱۰۴
زیاد	۵.۱	۵.۲	۹۷.۴	۲۰
بسیار زیاد	۲.۶	۲.۶	۱۰۰.۰	۱۰
مجموع	۹۸.۲	۱۰۰.۰		۳۸۲
سیستم	۱۸			۷
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹

فعالیت صدا و سیما در زمینه ساخت برنامه‌ها با موضوع اعتياد

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
خیلی کم	۱۲.۱	۱۲.۴	۱۲.۴	۴۷
کم	۱۷.۰	۱۷.۴	۲۹.۸	۶۶
متوسط	۳۷.۳	۳۸.۳	۶۸.۱	۱۴۵
زیاد	۲۱.۶	۲۲.۲	۹۰.۲	۸۴
بسیار زیاد	۹.۵	۹.۸	۱۰۰.۰	۳۷
مجموع	۹۷.۴	۱۰۰.۰		۳۷۹
سیستم	۲.۶			۱۰
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹

چقدر مدارس را فعال به ارائه برنامه‌هایی می‌بینید که با محوریت معرفی معضل همراه است؟

	درصد تجمعی	درصد درست	درصد	فراوانی
خیلی کم	۲۰.۴	۲۰.۴	۲۰.۱	۷۸
کم	۵۷.۴	۳۷.۱	۳۶.۵	۱۴۲
متوسط	۹.۸۵	۲۸.۵	۲۸.۰	۱۰۹
زیاد	۹۶.۹	۱۱.۰	۱۰.۸	۴۲
بسیار زیاد	۱۰۰.۰	۳.۱	۳.۱	۱۲
مجموع		۱۰۰.۰	۹۸.۵	۳۸۳
سیستم			۱.۵	۶
جمع کل			۱۰۰.۰	۳۸۹

چقدر دانشگاه‌ها را فعال به ارائه برنامه‌هایی می‌بینید که با محوریت معرفی معضل همراه است؟

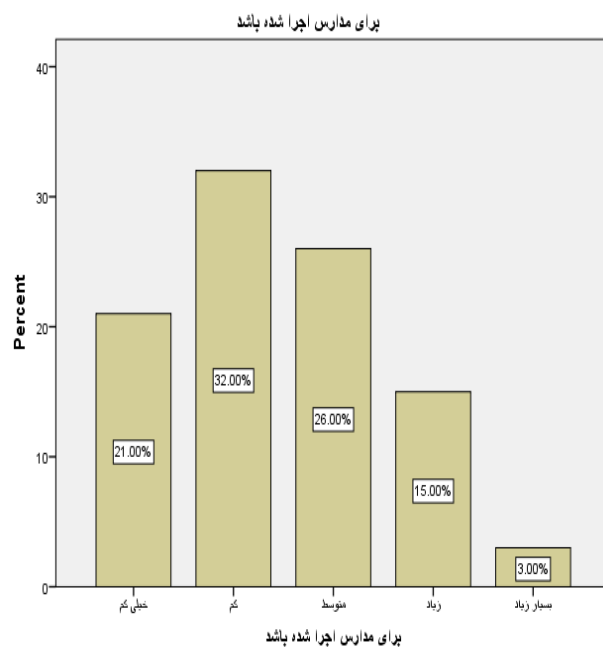
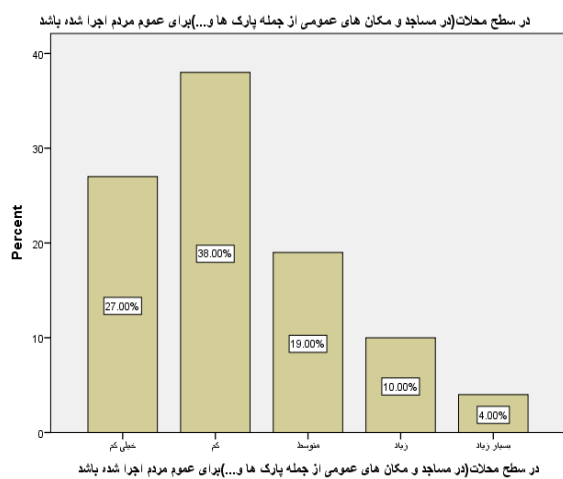
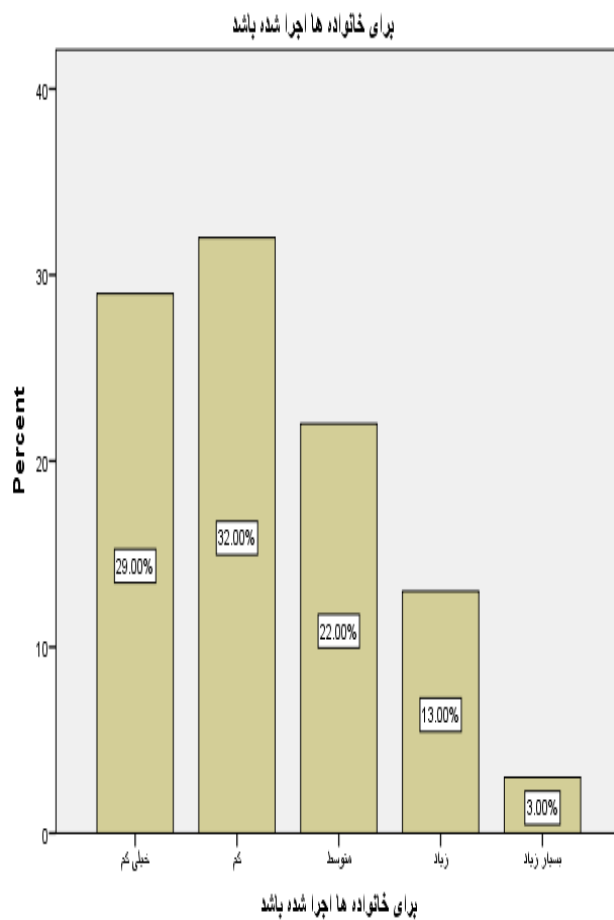
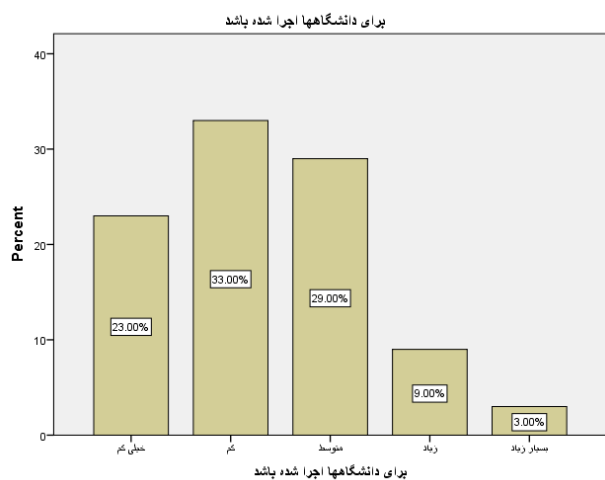
	درصد تجمعی	درصد درست	درصد	فراوانی
خیلی کم	۲۳.۸	۲۳.۸	۲۳.۴	۹۱
کم	۹.۶۳	۴۰.۱	۳۹.۳	۱۵۳
متوسط	۸۷.۴	۲۳.۶	۲۳.۱	۹۰
زیاد	۹۷.۱	۹.۷	۹.۵	۳۷
بسیار زیاد	۱۰۰.۰	۲.۹	۲.۸	۱۱
مجموع		۱۰۰.۰	۹۸.۲	۳۸۲
سیستم			۱.۸	۷
جمع کل			۱۰۰.۰	۳۸۹

چقدر شاهد برنامه ریزی‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر برای پیشگیری از اعتیاد زنان بوده‌اید؟

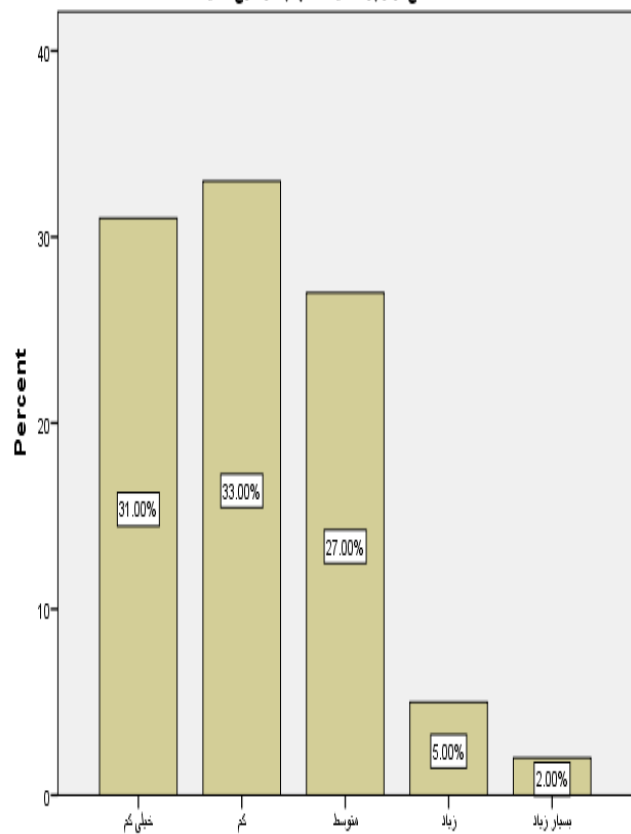
	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	فراوانی
خیلی کم	۳۱.۴	۳۱.۹	۳۱.۹	۱۲۲
کم	۳۶.۲	۳۶.۸	۶۸.۷	۱۴۱
متوسط	۱۸.۰	۱۸.۳	۸۶.۹	۷۰
زیاد	۹.۸	۹.۹	۹۶.۹	۳۸
بسیار زیاد	۳.۱	۳.۱	۱۰۰.۰	۱۲
مجموع	۹۸.۵	۱۰۰.۰		۳۸۳
سیستم	۱.۵			۶
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹

چند موسسه خصوصی یا دولتی و یا نهادی را می‌شناسید که در زمینه آگاهی رسانی در خصوص اعتیاد فعالیت دارند؟

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	فراوانی
خیلی کم	۲۹.۸	۳۰.۴	۳۰.۴	۱۱۶
کم	۳۷.۵	۳۸.۲	۶۸.۶	۱۴۶
متوسط	۲۱.۶	۲۲.۰	۹۰.۶	۸۴
زیاد	۶.۹	۷.۱	۹۷.۶	۲۷
بسیار زیاد	۲.۳	۲.۴	۱۰۰.۰	۹
مجموع	۹۸.۲	۱۰۰.۰		۳۸۲
سیستم	۱.۸			۷
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹

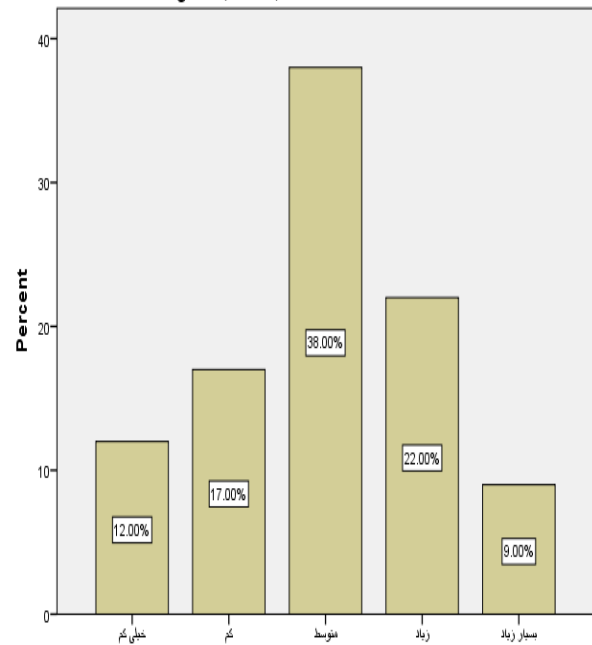


اطلاع از وجود نمایشگاهها با موضوع اعتیاد



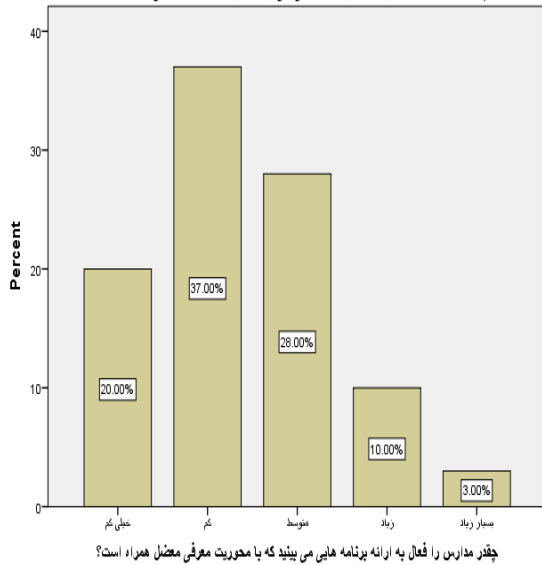
اطلاع از وجود نمایشگاهها با موضوع اعتیاد

فعالیت صدا و سیما در زمینه ساخت برنامه ها با موضوع اعتیاد

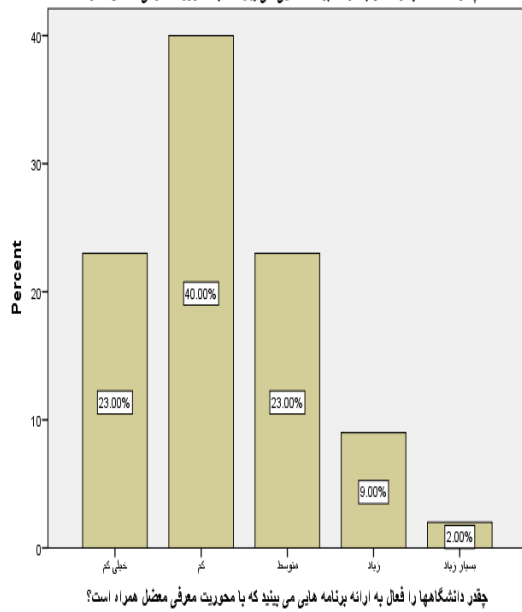


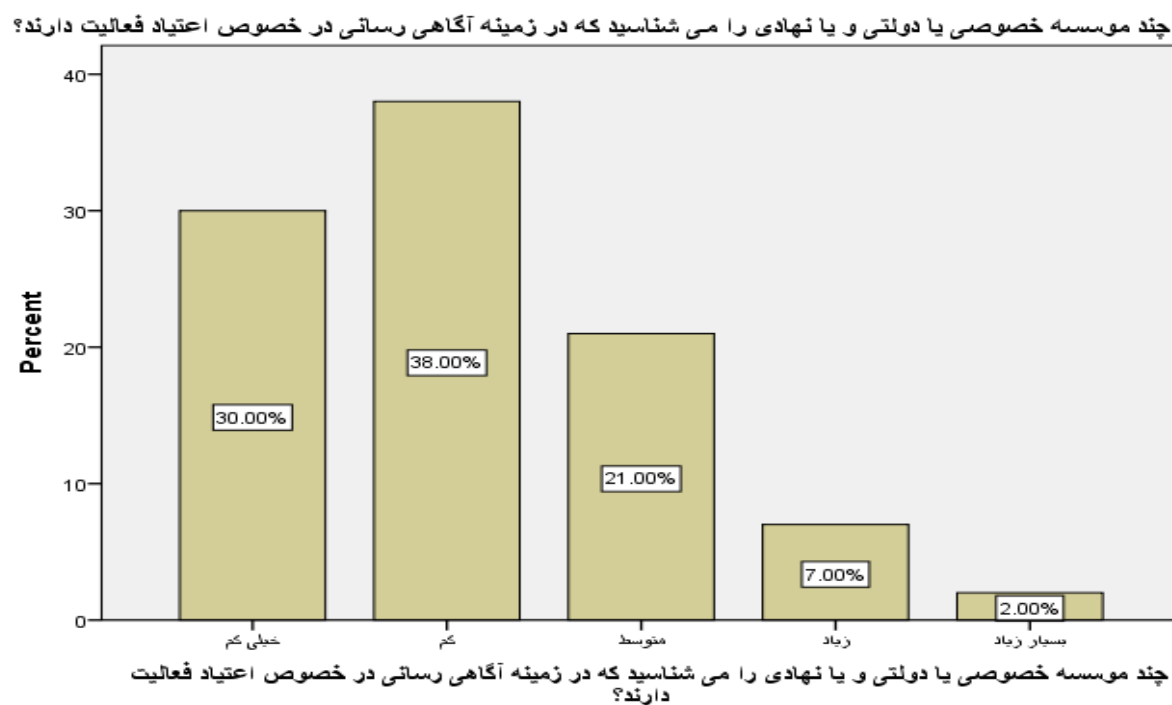
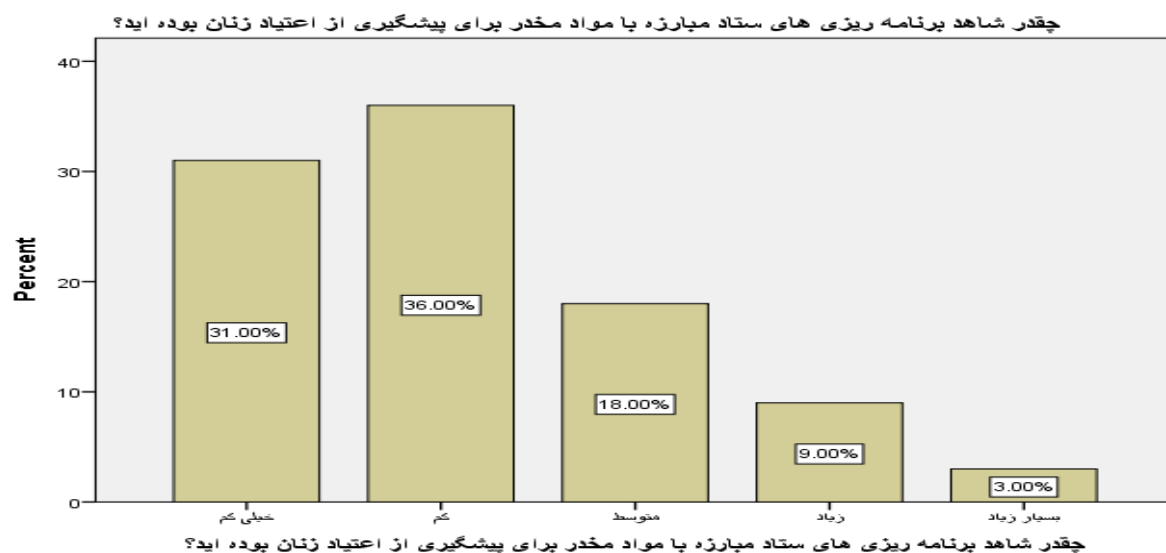
فعالیت صدا و سیما در زمینه ساخت برنامه ها با موضوع اعتیاد

چقدر مدارس را فعال به ارائه برنامه هایی می بینید که با محوریت معرفی معضل همراه است؟



چقدر دانشگاهها را فعال به ارائه برنامه هایی می بینید که با محوریت معرفی معضل همراه است؟





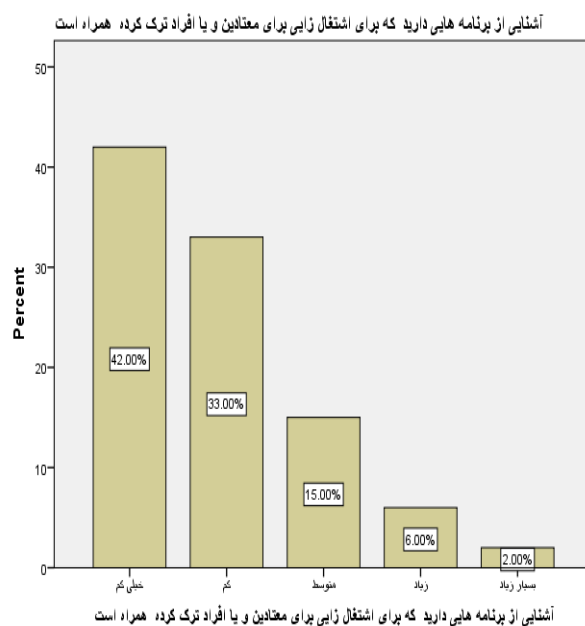
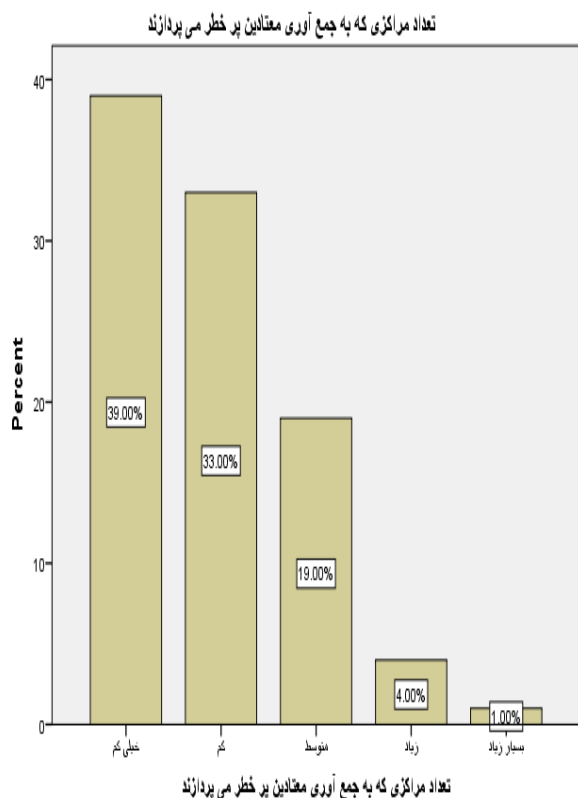
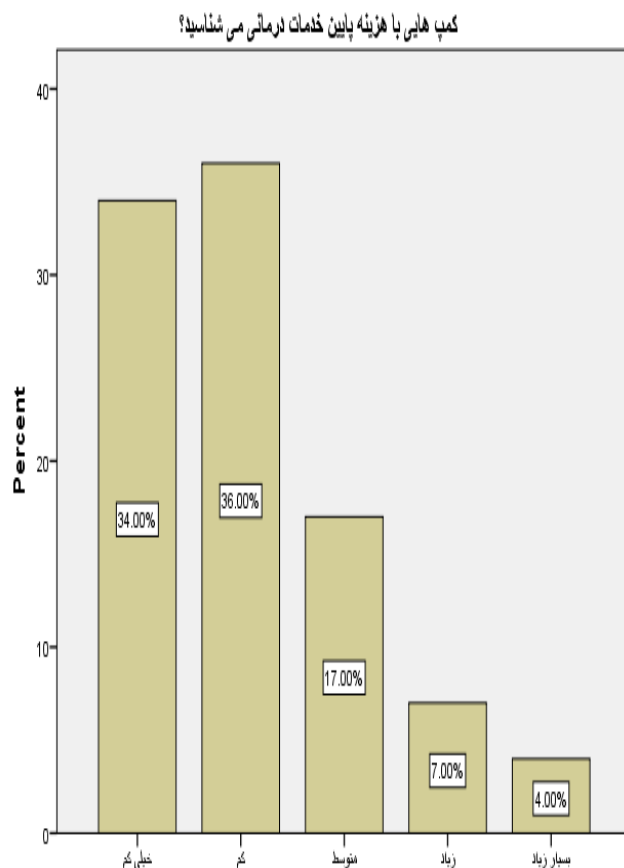
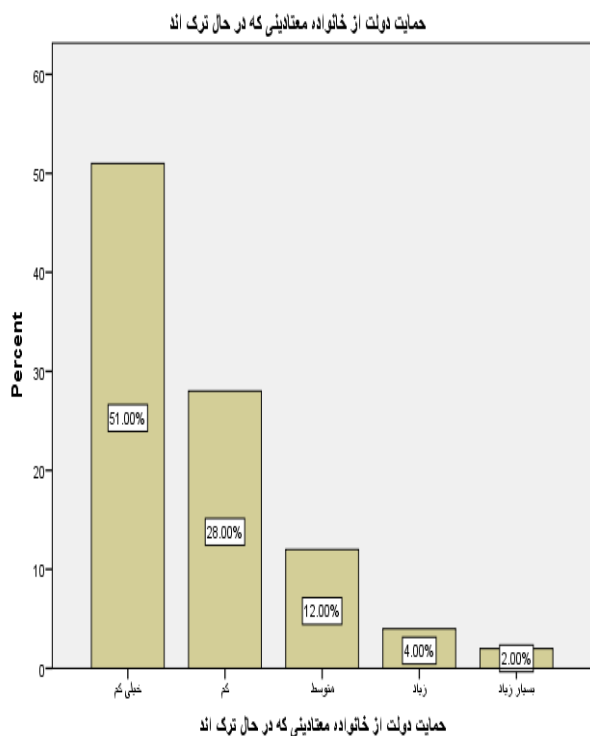
پیوست (۳)

جداول فراوانی و نمودارهای مربوط به متغیر پیشگیری ثانویه

کمپ‌هایی با هزینه پایین خدمات درمانی می‌شناسید؟

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
خیلی کم	۳۳.۷	۳۴.۲	۳۴.۲	۱۳۱
کم	۳۶.۲	۳۶.۸	۷۱.۰	۱۴۱
متوسط	۱۷.۲	۱۷.۵	۸۸.۵	۶۷
زیاد	۷.۲	۷.۳	۸.۹۵	۲۸
بسیار زیاد	۴.۱	۴.۲	۱۰۰.۰	۱۶
مجموع	۹۸.۵	۱۰۰.۰		۳۸۳
سیستم	۱.۵			۶
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
خیلی کم	۲۹.۳	۲۹.۸	۲۹.۸	۱۱۴
کم	۳۳.۹	۳۴.۵	۶۴.۷	۱۳۲
متوسط	۲۳.۹	۲۴.۳	۸۸.۵	۹۳
زیاد	۷.۵	۷.۶	۹۶.۱	۲۹
بسیار زیاد	۳.۹	۳.۹	۱۰۰.۰	۱۵
مجموع	۹۸.۵	۱۰۰.۰		۳۸۳
سیستم	۱.۵			۶
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹





پیوست (۴)

آگاهی رسانی نیروی انتظامی از مضرات مواد مخدر

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
خیلی کم	۱۴.۴	۱۴.۶	۱۴.۶	۵۶
کم	۲۲.۱	۲۲.۴	۳۷.۰	۸۶
متوسط	۲۴.۷	۲۵.۰	۶۲.۰	۹۶
زیاد	۲۲.۹	۲۳.۲	۸۵.۲	۸۹
بسیار زیاد	۱۴.۷	۱۴.۸	۱۰۰.۰	۵۷
مجموع	۹۸.۷	۱۰۰.۰		۳۸۴
سیستم	۱.۳			۵
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹

حشیش

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
خیلی کم	۱۶.۲	۱۶.۵	۱۶.۵	۶۳
کم	۲۹.۸	۳۰.۴	۴۶.۹	۱۱۶
متوسط	۲۳.۴	۲۳.۸	۷۰.۷	۹۱
زیاد	۱۹.۸	۲۰.۲	۹۰.۹	۷۷
بسیار زیاد	۸.۲	۸.۴	۹۹.۳	۳۲
مجموع	۲۰.۹۸	۲۱.۰۰		۳۸۲
سیستم	۸.۱			۷
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۶۲	۱۵.۹	۱۶.۲	۱۶.۲	خیلی کم
۹۷	۲۴.۹	۲۵.۳	۴۱.۵	کم
۷۵	۱۹.۳	۱۹.۶	۶۱.۱	متوسط
۱۰۲	۲۶.۲	۲۶.۶	۸۷.۷	زیاد
۴۷	۱۲.۱	۱۲.۳	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۳	۹۸.۵	۱۰۰.۰		مجموع
۶	۱.۵			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

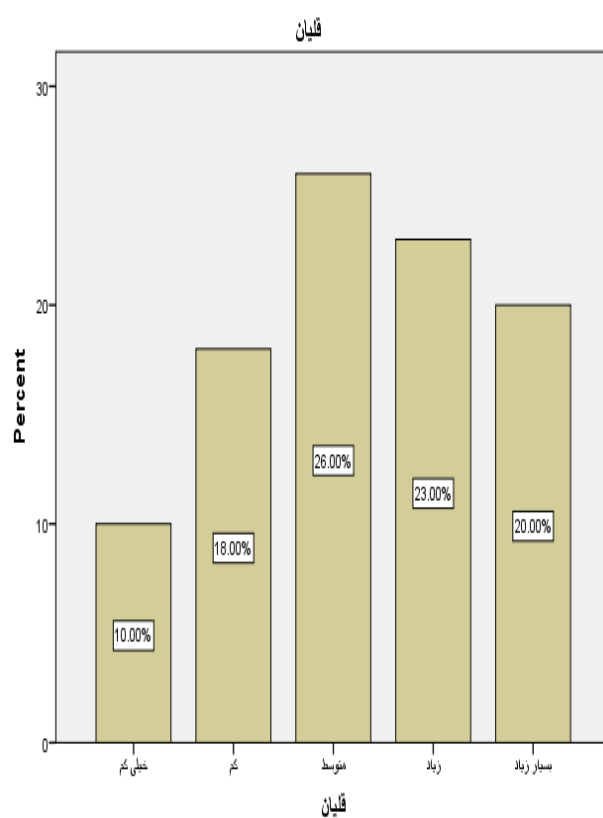
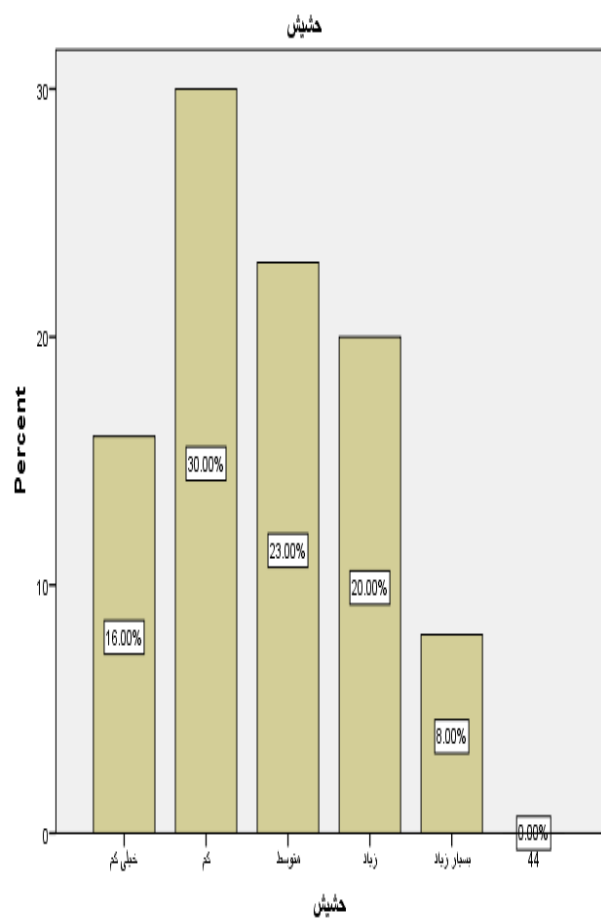
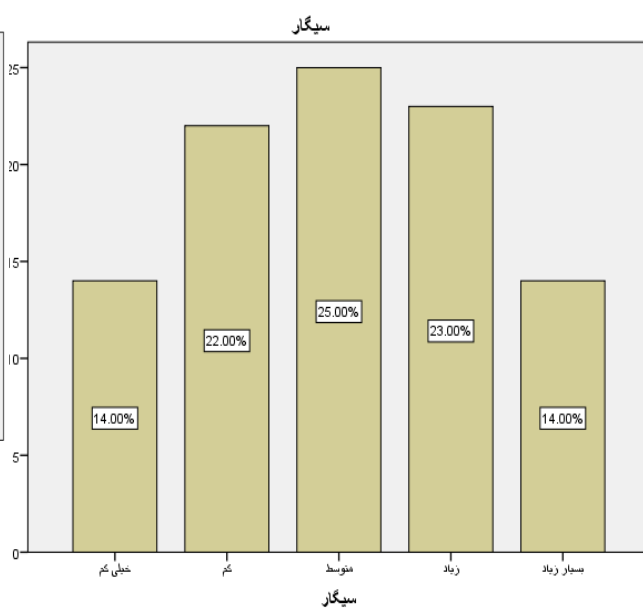
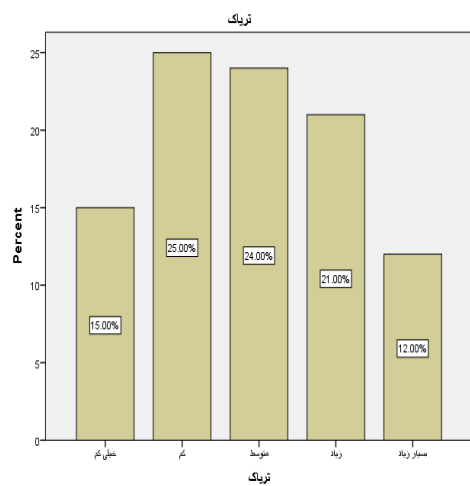
فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۶۱	۱۵.۷	۱۶.۰	۱۶.۰	خیلی کم
۱۰۶	۲۷.۲	۲۷.۸	۸.۴۳	کم
۸۷	۲۲.۴	۲۲.۸	۶۶.۷	متوسط
۸۷	۲۲.۴	۲۲.۸	۸۹.۵	زیاد
۳۷	۹.۵	۹.۷	۹۹.۲	بسیار زیاد
۳	۸.۰	۸.۰	۱۰۰.۰	گم شده
۳۸۱	۹۷.۹	۱۰۰.۰		مجموع
۸	۲.۱			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

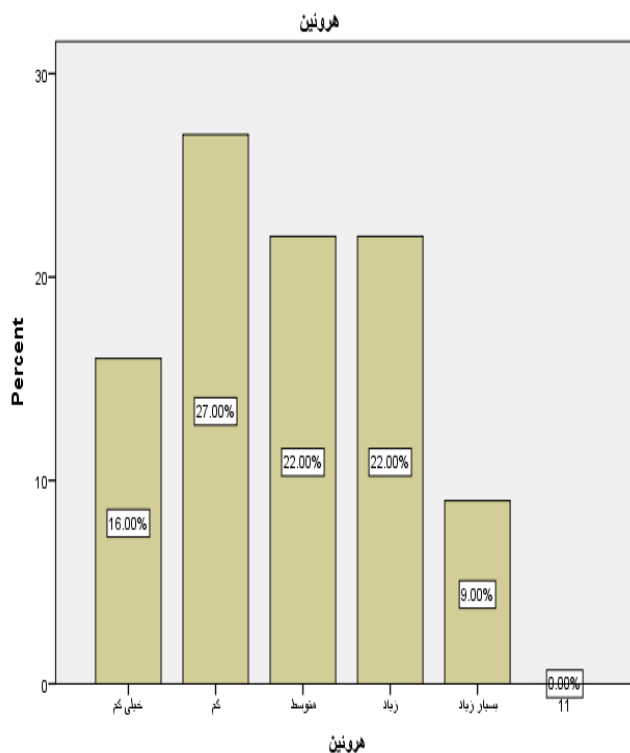
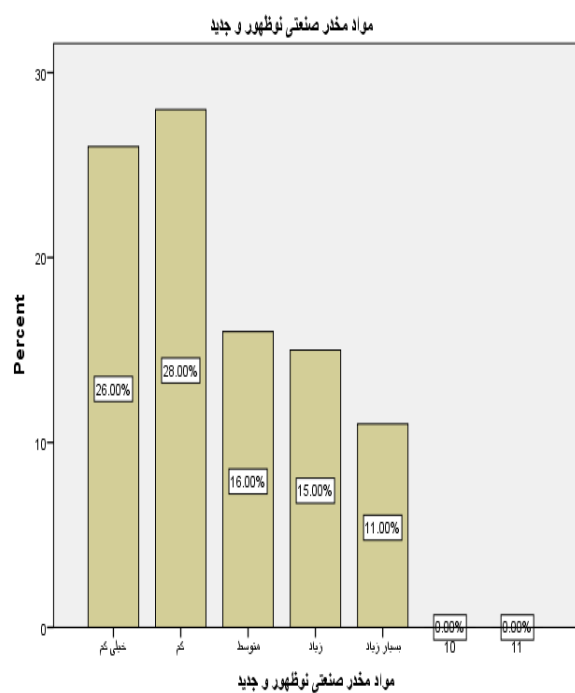
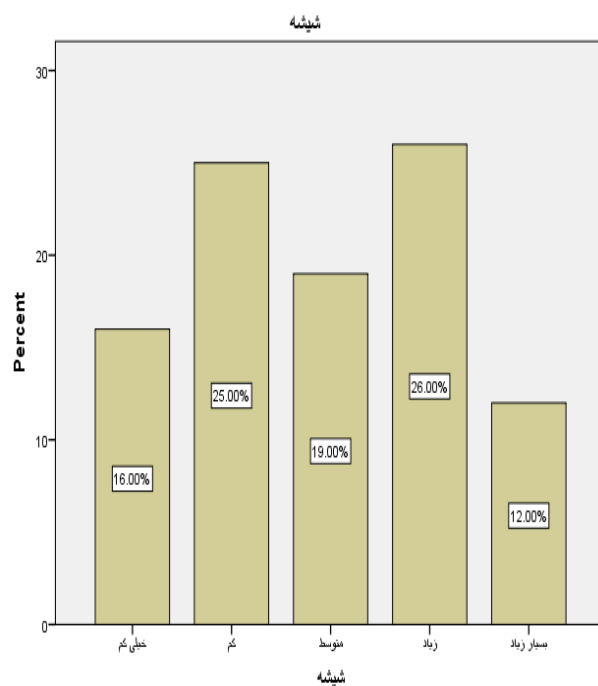
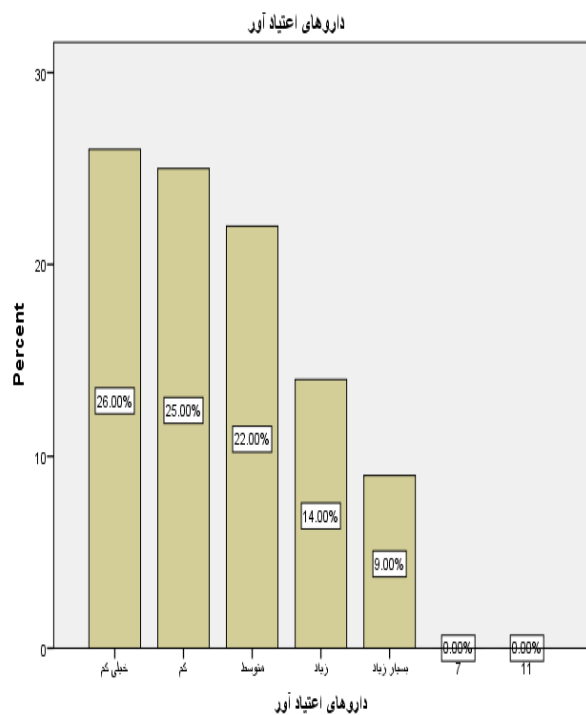
داروهای اعتیاد آور

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
خیلی کم	۲۶.۲	۲۶.۷	۲۶.۷	۱۰۲
کم	۲۵.۴	۲۵.۹	۶۰.۵۲	۹۹
متوسط	۲۱.۹	۲۲.۳	۹۰.۷۴	۸۵
زیاد	۱۴.۷	۱۴.۹	۸۹.۸	۵۷
بسیار زیاد	۹.۰	۹.۲	۹۹.۰	۳۵
مجموع	۹۸.۲	۱۰۰.۰		۳۸۲
سیستم	۱.۸			۷
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹

مواد مخدر صنعتی نوظهور و جدید

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
خیلی کم	۲۶.۵	۲۶.۹	۲۶.۹	۱۰۳
کم	۲۷.۸	۲۸.۲	۵۵.۱	۱۰۸
متوسط	۱۵.۹	۱۶.۲	۷۱.۳	۶۲
زیاد	۱۵.۲	۱۵.۴	۸۶.۷	۵۹
بسیار زیاد	۱۱.۶	۱۱.۷	۹۸.۴	۴۵
مجموع	۹۸.۵	۱۰۰.۰		۳۸۳
سیستم	۱.۵			۶
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹





پیوست (۵)

جداول فراوانی و نمودارهای توصیفی مربوط به متغیر وابستگی به دیگر آن

فکر می‌کنید که والدین در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۵	۳.۹	۴.۰	۴.۰	خیلی کم
۲۱	۵.۴	۵.۵	۹.۵	کم
۷۲	۱۸.۵	۱۹.۰	۲۸.۵	متوسط
۱۱۳	۲۹.۰	۲۹.۸	۵۸.۳	زیاد
۱۵۸	۴۰.۶	۴۱.۷	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۹	۹۷.۴	۱۰۰.۰		مجموع
۱۰	۲.۶			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

فکر می‌کنید خواهرتان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۹	۴.۹	۵.۱	۵.۱	خیلی کم
۳۷	۹.۵	۱۰.۰	۱۵.۱	کم
۷۷	۱۹.۸	۲۰.۸	۳۵.۹	متوسط
۱۳۲	۳۳.۹	۳۵.۷	۷۱.۶	زیاد
۱۰۵	۲۷.۰	۲۸.۴	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۰	۱۰۰.۰	۱۰۰.۰		مجموع
۱۹	۴.۹			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

می کنید برادران در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۵	۶.۴	۶.۵	۶.۵	خیلی کم
۴۲	۱۰.۸	۱۱.۰	۱۷.۵	کم
۸۵	۲۱.۹	۲۲.۳	۳۹.۸	متوسط
۱۱۴	۲۹.۳	۲۹.۸	۶۹.۶	زیاد
۱۱۶	۲۹.۸	۳۰.۴	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۲	۹۸.۲	۱۰۰.۰		مجموع
۷	۱.۸			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

تا چه اندازه اقوام و خویشان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۴۸	۱۲.۳	۱۲.۵	۱۲.۵	خیلی کم
۱۰۳	۲۶.۵	۲۶.۸	۳۹.۳	کم
۱۳۷	۳۵.۲	۳۵.۷	۷۵.۰	متوسط
۷۳	۱۸.۸	۱۹.۰	۹۴.۰	زیاد
۲۳	۵.۹	۶.۰	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۴	۹۸.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۵	۱.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

تا چه اندازه دوستانان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۴۹	۱۲.۶	۱۲.۸	۱۲.۸	خیلی کم
۹۳	۲۳.۹	۲۴.۳	۳۷.۱	کم
۱۶۹	۴۴.۳	۴۴.۱	۸۱.۲	متوسط
۵۷	۱۴.۷	۱۴.۹	۹۶.۱	زیاد
۱۵	۳.۹	۳.۹	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۳	۹۸.۵	۱۰۰.۰		مجموع
۶	۱.۵			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

تا چه اندازه نسبت به دیگر آن (مردم) در خود علاقه می‌بینید؟

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۷	۴.۴	۴.۵	۴.۵	خیلی کم
۷۱	۱۸.۳	۱۸.۷	۲۳.۲	کم
۱۵۰	۳۸.۶	۳۹.۵	۶۲.۷	متوسط
۱۱۵	۲۹.۶	۳۰.۳	۹۲.۰	زیاد
۲۷	۶.۹	۷.۱	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۰	۹۷.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۹	۲.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

تا چه اندازه به شهرتان علاقه دارید؟

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۴	۳.۶	۳.۶	۳.۶	خیلی کم
۳۳	۸.۵	۸.۶	۱۲.۲	کم
۹۳	۲۳.۹	۲۴.۲	۳۶.۵	متوسط
۱۵۴	۳۹.۶	۴۰.۱	۷۶.۶	زیاد
۹۰	۲۳.۱	۲۳.۴	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۴	۹۸.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۵	۱.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

زندگی در شهر خود را به دیگر شهرهای ایران ترجیح می‌دهید؟

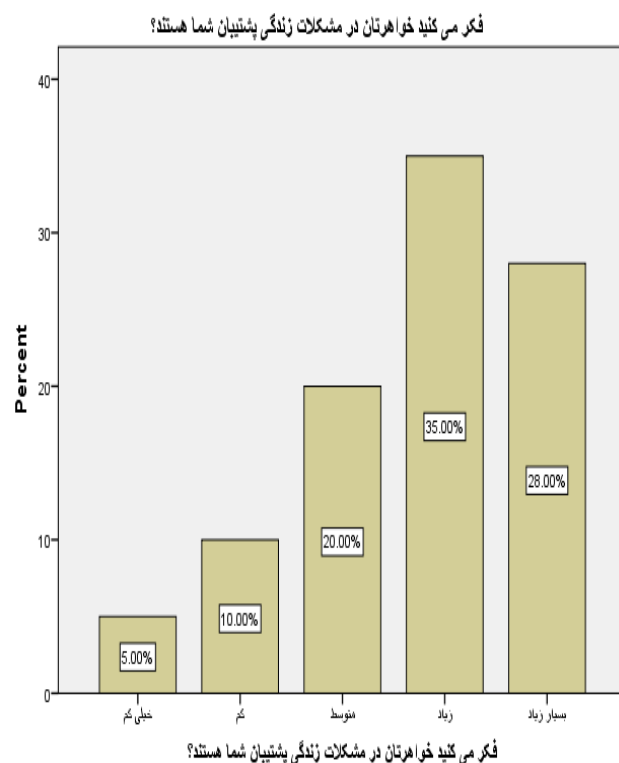
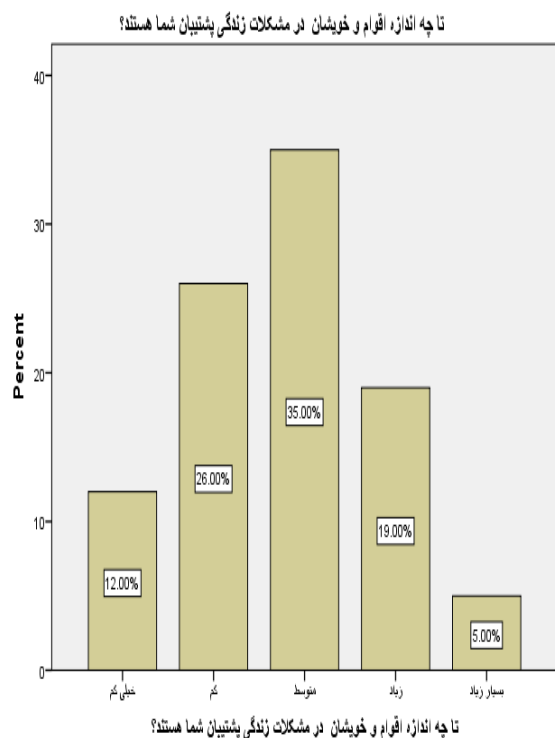
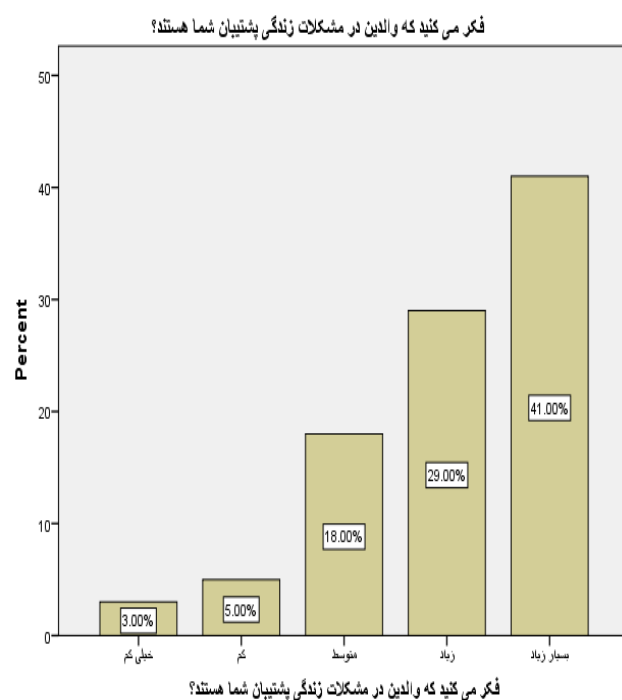
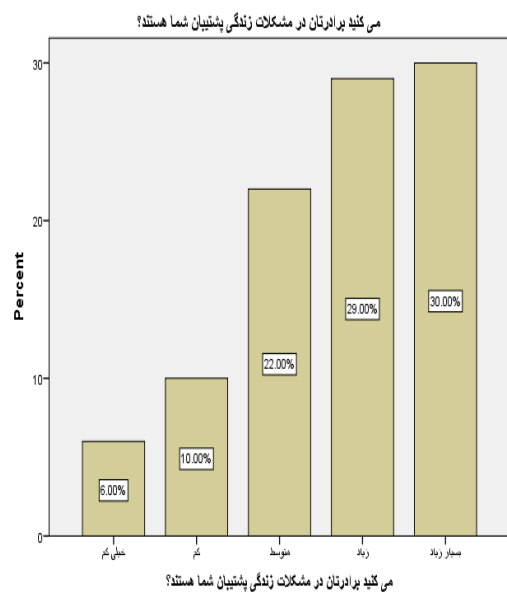
فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۳۲	۸.۲	۸.۳	۸.۳	خیلی کم
۵۷	۱۴.۷	۱۴.۸	۲۳.۲	کم
۹۹	۲۵.۴	۲۵.۸	۴۹.۰	متوسط
۱۰۴	۲۶.۷	۲۷.۱	۷۶.۰	زیاد
۹۲	۲۳.۷	۲۴.۰	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۴	۹۸.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۵	۱.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

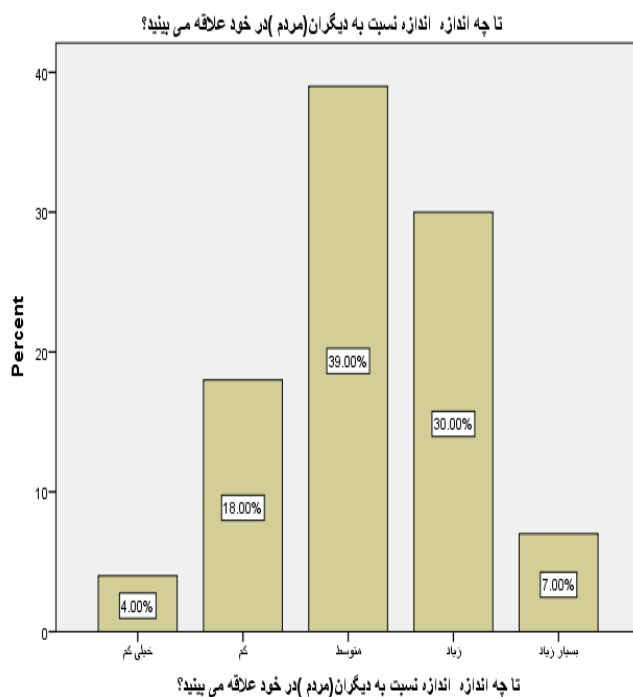
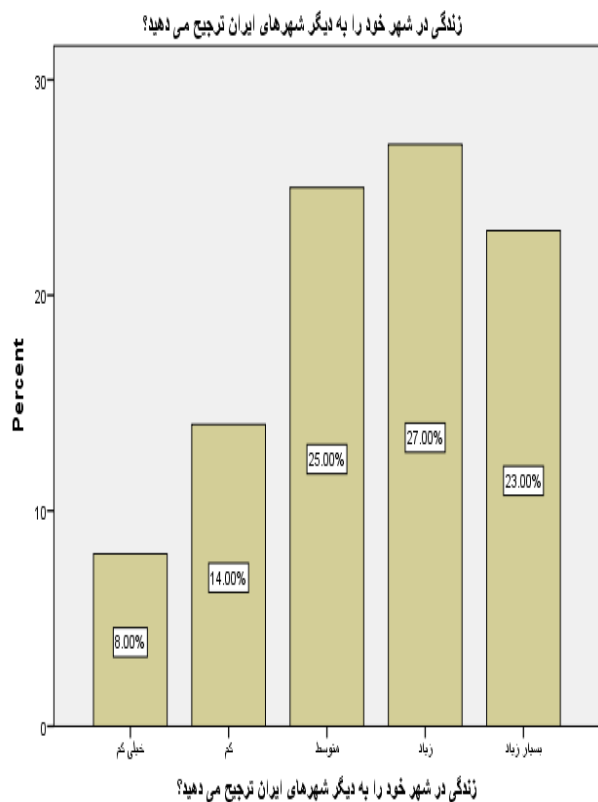
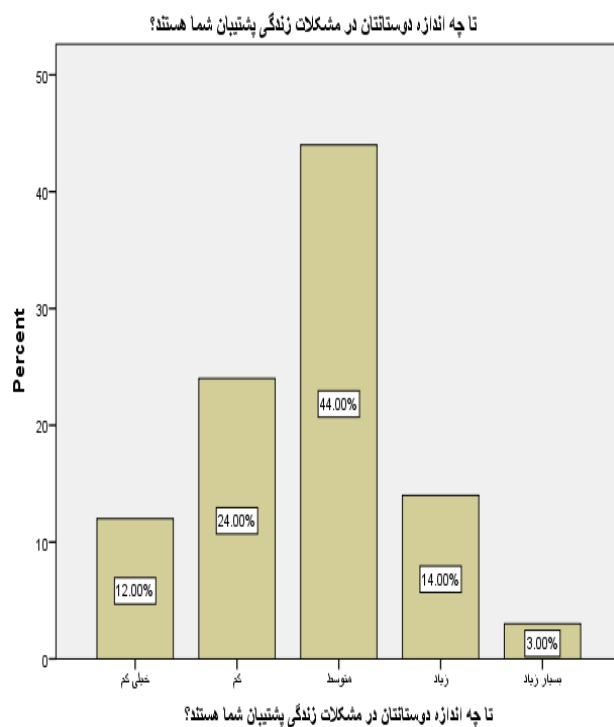
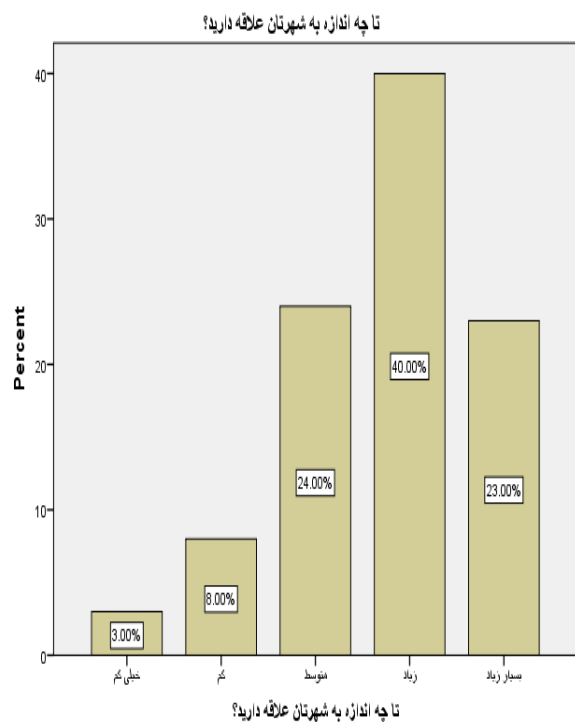
تا چه اندازه به ایران علاقه دارید؟

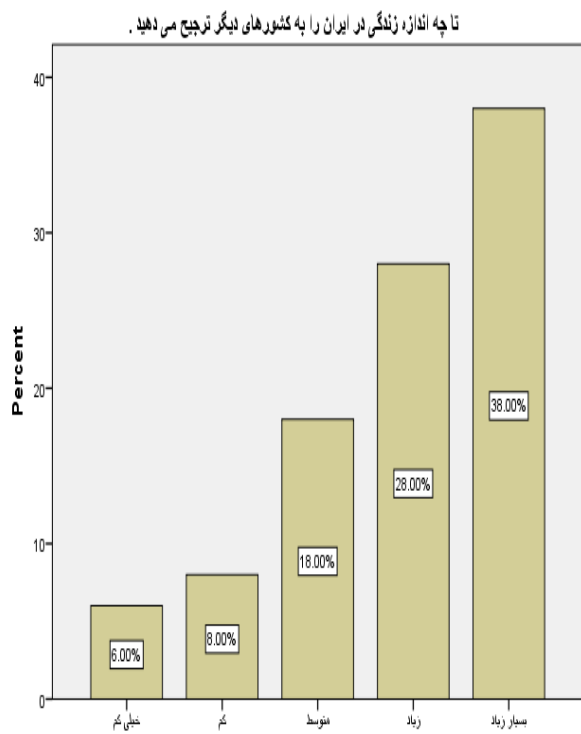
فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۰	۵.۱	۵.۲	۵.۲	خیلی کم
۱۴	۳.۶	۳.۷	۸.۹	کم
۶۹	۱۷.۷	۱۸.۰	۲۶.۹	متوسط
۱۰۷	۲۷.۵	۲۷.۹	۵۴.۴	زیاد
۱۷۳	۴۴.۵	۴۵.۲	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۳	۹۸.۵	۱۰۰.۰		مجموع
۶	۱.۵			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

تا چه اندازه زندگی در ایران را به کشورهای دیگر ترجیح می‌دهید .

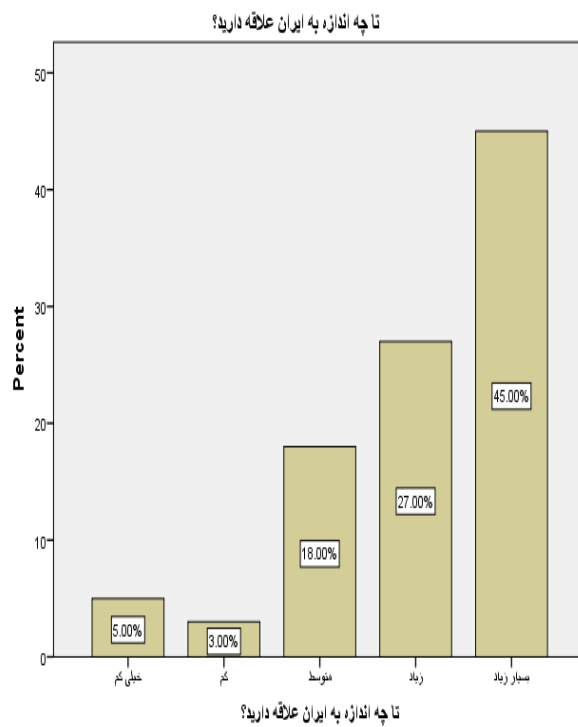
فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۶	۶.۷	۶.۸	۶.۸	خیلی کم
۳۲	۸.۲	۸.۳	۱۵.۱	کم
۷۲	۱۸.۵	۱۸.۸	۳۳.۹	متوسط
۱۰۸	۲۷.۸	۲۸.۱	۶۱.۷	زیاد
۱۴۶	۳۷.۵	۳۸.۰	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۴	۹۸.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۵	۱.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل







تا چه اندازه زندگی در ایران را به کشورهای دیگر ترجیح می دهید .



تا چه اندازه به ایران علاقه دارید؟

توصیف متغیر احترام پذیری به دیگر آن

معلمین و اساتید دانشگاه

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۰	۲.۶	۲.۶	۲.۶	خیلی کم
۱۳	۳.۳	۳.۴	۶.۰	کم
۴۰	۱۰.۳	۱۰.۴	۱۶.۴	متوسط
۱۵۸	۴۰.۶	۴۱.۱	۵۷.۶	زیاد
۱۶۳	۴۱.۹	۴.۴۲	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۴	۹۸.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۵	۱.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

مأمورین نیروی انتظامی

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۱	۵.۴	۵.۵	۵.۵	خیلی کم
۳۴	۸.۷	۸.۹	۱۴.۳	کم
۹۹	۲۵.۴	۲۵.۸	۴۰.۱	متوسط
۱۷۰	۷.۴۳	۴۴.۳	۴۸.۴	زیاد
۶۰	۱۵.۴	۱۵.۶	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۴	۹۸.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۵	۱.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

شهرداری‌ها

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۷	۴.۴	۴.۴	۴.۴	خیلی کم
۵۷	۱۴.۷	۱۴.۸	۱۹.۳	کم
۱۴۴	۳۷.۰	۳۷.۵	۵۶.۸	متوسط
۱۲۷	۶.۳۲	۳۳.۱	۸۹.۸	زیاد
۳۹	۱۰.۰	۱۰.۲	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۴	۹۸.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۵	۱.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

دادگاه‌ها

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۱	۵.۴	۵.۵	۵.۵	خیلی کم
۳۳	۸.۵	۸.۶	۱۴.۱	کم
۱۲۱	۳۱.۱	۳۱.۶	۴۵.۷	متوسط
۱۵۲	۳۹.۱	۳۹.۷	۴۸.۵	زیاد
۵۶	۱۴.۴	۱۴.۶	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۳	۹۸.۵	۱۰۰.۰		مجموع
۶	۱.۵			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

نمایندگان (مجلس، شورای شهر و...)

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۹	۴.۹	۵.۰	۵.۰	خیلی کم
۴۴	۱۱.۳	۱۱.۵	۱۶.۴	کم
۱۰۲	۲۶.۲	۲۶.۶	۱.۴۳	متوسط
۱۳۶	۳۵.۰	۳۵.۵	۷۸.۶	زیاد
۸۲	۲۱.۱	۲۱.۴	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۳	۹۸.۵	۱۰۰.۰		مجموع
۶	۱.۵			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

مسئولین (رئیس جمهور و وزرا و...)

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۵	۶.۴	۶.۶	۶.۶	خیلی کم
۳۴	۸.۷	۸.۹	۱۵.۵	کم
۷۵	۱۹.۳	۱۹.۷	۳۵.۲	متوسط
۱۶۰	۴۱.۱	۰.۴۲	۷۷.۲	زیاد
۸۷	۲۲.۴	۲۲.۸	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۱	۹۷.۹	۱۰۰.۰		مجموع
۸	۲.۱			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

پزشکان و پرستاران

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۰	۲.۶	۲.۶	۲.۶	خیلی کم
۱۹	۴.۹	۵.۰	۷.۶	کم
۹۰	۲۳.۱	۲۳.۶	۳۱.۲	متوسط
۱۵۹	۴۰.۹	۴۱.۶	۸۰.۷۲	زیاد
۱۰۴	۲۶.۷	۲۷.۲	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۲	۹۸.۲	۱۰۰.۰		مجموع
۷	۱.۸			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

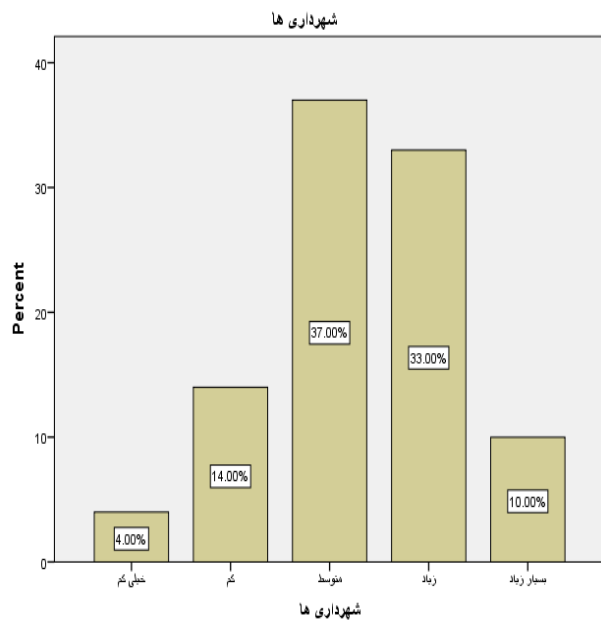
مهندسين

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۳	۵.۹	۶.۰	۶.۰	خیلی کم
۴۳	۱۱.۱	۱۱.۳	۱۷.۳	کم
۱۱۹	۳۰.۶	۳۱.۲	۴۸.۶	متوسط
۱۳۸	۳۵.۵	۳۶.۲	۸۰.۸۴	زیاد
۵۸	۱۴.۹	۱۵.۲	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۱	۹۷.۹	۱۰۰.۰		مجموع
۸	۲.۱			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

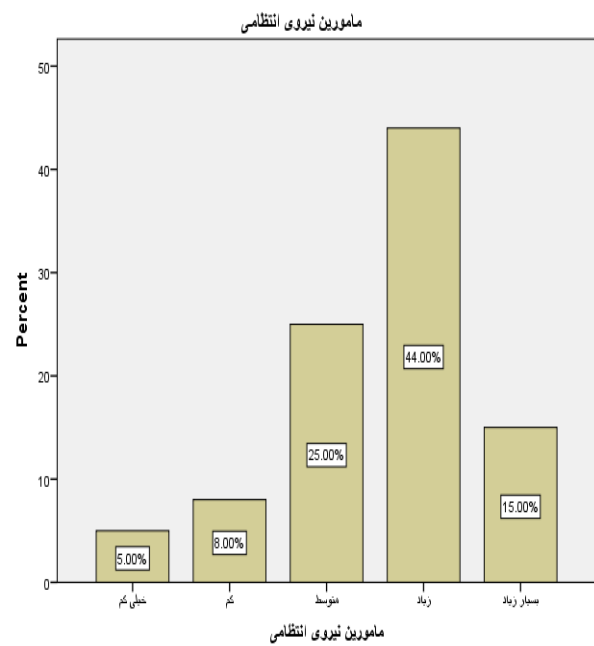
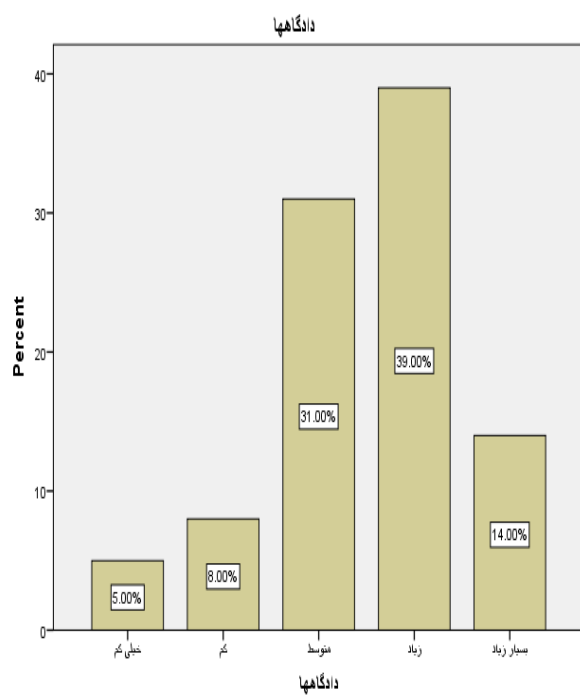
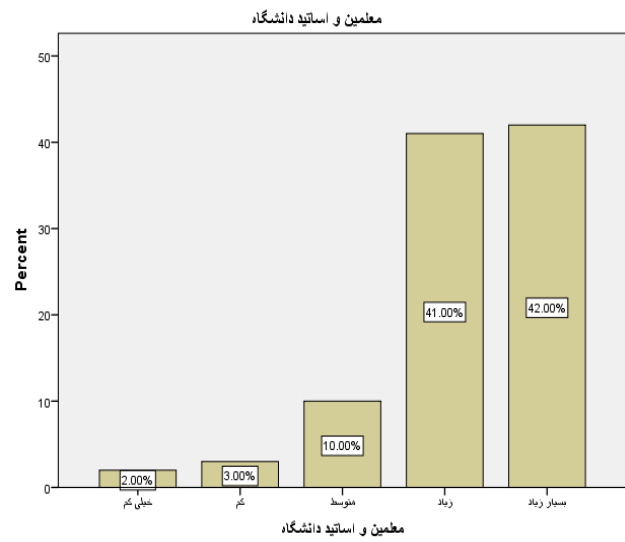
کارمندان

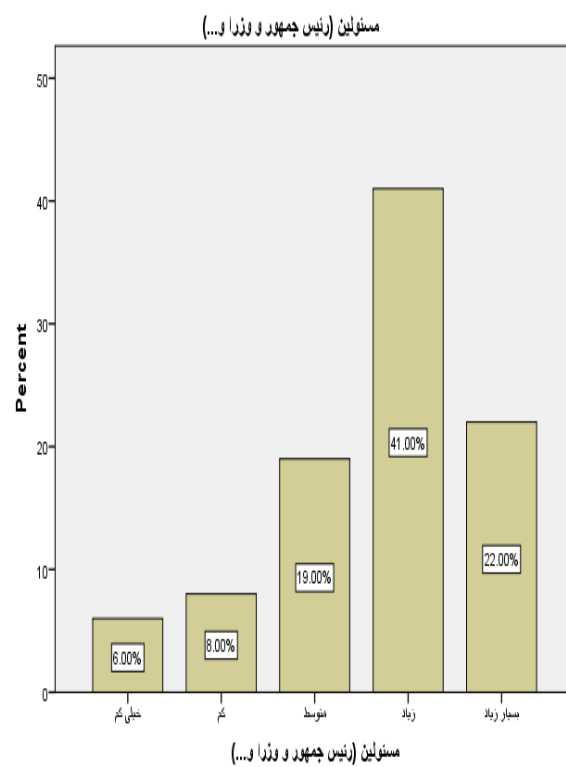
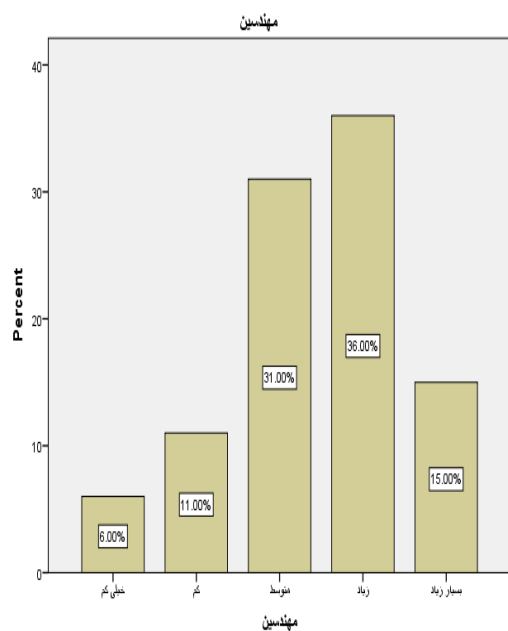
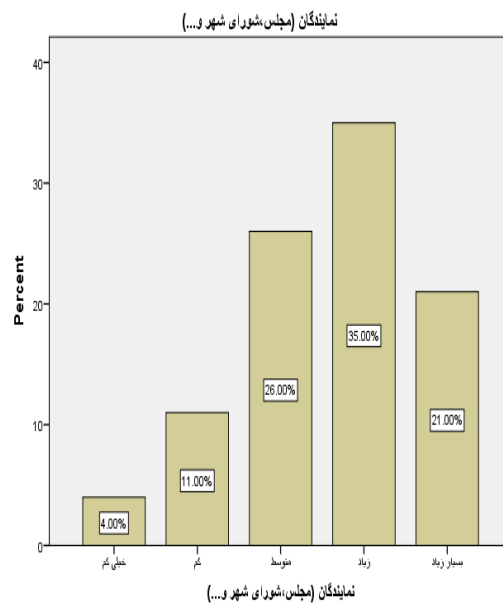
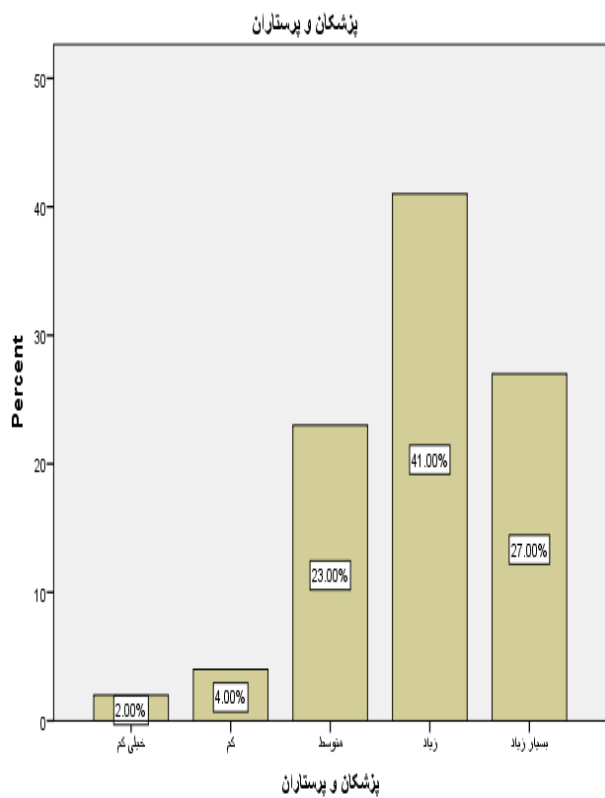
فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۶	۴.۱	۴.۲	۴.۲	خیلی کم
۳۷	۹.۵	۹.۷	۱۳.۹	کم
۱۲۳	۳۱.۶	۳۰.۳۲	۴۶.۲	متوسط
۱۴۴	۳۷.۰	۳۷.۸	۸۴.۰	زیاد
۶۱	۱۵.۷	۱۶.۰	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۱	۹۷.۹	۱۰۰.۰		مجموع
۸	۲.۱			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

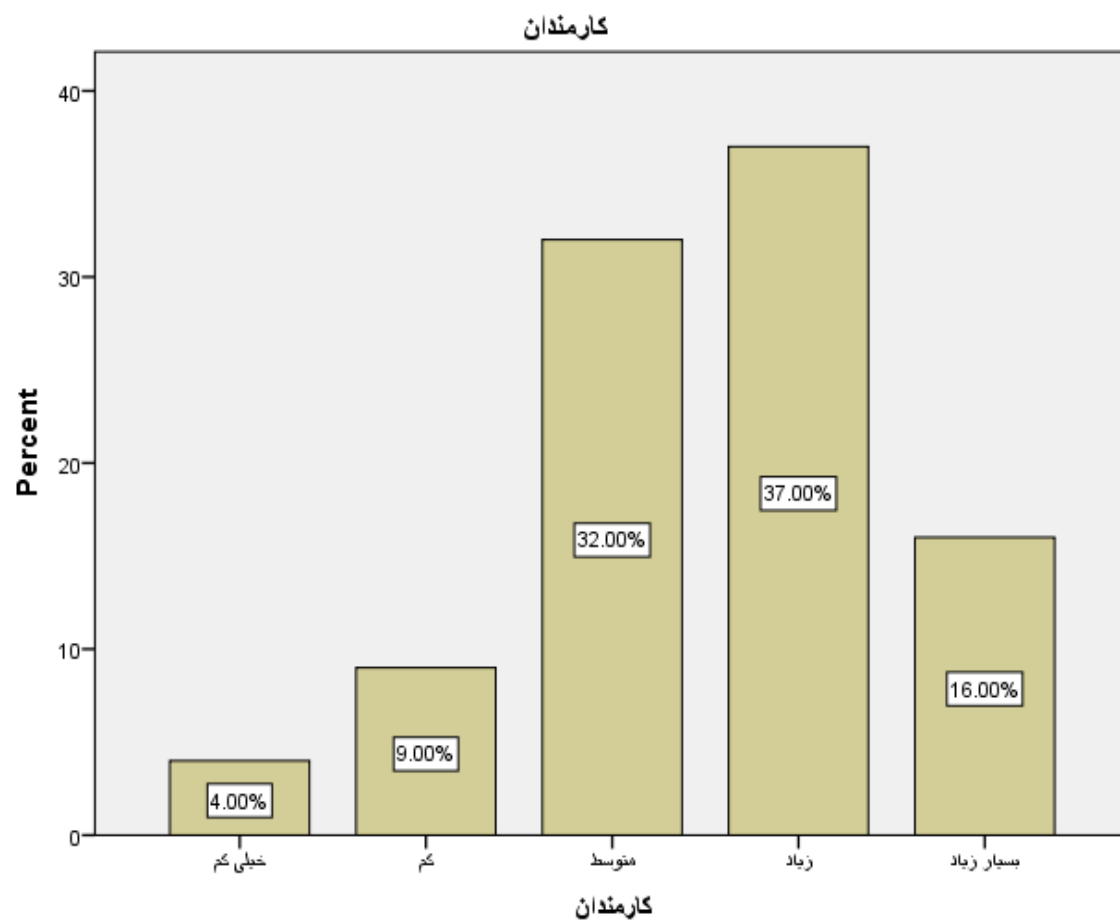
Bar



Chart







پیوست (۶)

جداول فراوانی و نمودارهای میله‌ای مربوط به متغیر امید به زندگی

وضعیت اشتغال جوانان در آینده‌ای نزدیک فراهم شود

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۶۶	۱۷.۰	۱۷.۲	۱۷.۲	خیلی کم
۱۲۲	۳۱.۴	۳۱.۸	۴۹.۰	کم
۱۰۶	۲۷.۲	۲۷.۶	۷۶.۶	متوسط
۵۶	۱۴.۴	۱۴.۶	۹۱.۱	زیاد
۳۴	۸.۷	۸.۹	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۴	۹۸.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۵	۱.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

وضعیت بهداشت و سلامت بهبود یابد

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۷	۶.۹	۷.۰	۷.۰	خیلی کم
۷۴	۱۹.۰	۱۹.۳	۲۶.۳	کم
۱۵۴	۳۹.۶	۴۰.۱	۶۶.۴	متوسط
۸۷	۲۲.۴	۲۲.۷	۸۹.۱	زیاد
۴۲	۱۰.۸	۱۰.۹	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۴	۹۸.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۵	۱.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

ارزش‌های انسانی ارتقاء یابد

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
خیلی کم	۹.۳	۹.۴	۹.۴	۳۶
کم	۲۷.۰	۲۷.۴	۳۶.۸	۱۰۵
متوسط	۳۳.۲	۳۳.۷	۷۰.۵	۱۲۹
زیاد	۲۰.۶	۲۰.۹	۹۱.۴	۸۰
بسیار زیاد	۸.۵	۸.۶	۱۰۰.۰	۳۳
مجموع	۹۸.۵	۱۰۰.۰		۳۸۳
سیستم	۱.۵			۶
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹

اعتقادات مردم عمیق تر شود

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
خیلی کم	۱۲.۱	۱۲.۲	۱۲.۲	۴۷
کم	۲۴.۲	۲۴.۵	۳۶.۷	۹۴
متوسط	۴۳.۲	۸.۳۲	۶۹.۵	۱۲۶
زیاد	۲۲.۴	۲۲.۷	۲.۹۲	۸۷
بسیار زیاد	۷.۷	۷.۸	۱۰۰.۰	۳۰
مجموع	۹۸.۷	۱۰۰.۰		۳۸۴
سیستم	۱.۳			۵
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹

تصمیم گیری مدیران علمی و پژوهش محور گردد

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۴۱	۱۰.۵	۱۰.۷	۱۰.۷	خیلی کم
۱۱۰	۲۸.۳	۲۸.۶	۳۹.۳	کم
۱۲۷	۶.۳۲	۳۳.۱	۴۰.۷۲	متوسط
۶۹	۱۷.۷	۱۸.۰	۹۰.۴	زیاد
۳۷	۹.۵	۹.۶	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۴	۹۸.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۵	۱.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

شرایط ازدواج برای جوانان تسهیل گردد

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۸۶	۲۲.۱	۲۲.۶	۲۲.۶	خیلی کم
۱۰۷	۲۷.۵	۲۸.۱	۵۰.۷	کم
۱۰۶	۲۷.۲	۲۷.۸	۷۸.۵	متوسط
۴۳	۱۱.۱	۱۱.۳	۸۹.۸	زیاد
۳۹	۱۰.۰	۱۰.۲	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۱	۹۷.۹	۱۰۰.۰		مجموع
۸	۲.۱			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

وضعیت مسکن بهبود یابد

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۰۱	۲۶.۰	۲۶.۳	۲۶.۳	خیلی کم
۱۰۱	۲۶.۰	۲۶.۳	۶.۵۲	کم
۱۰۱	۲۶.۰	۲۶.۳	۷۸.۹	متوسط
۴۸	۱۲.۳	۱۲.۵	۹۱.۴	زیاد
۳۳	۸.۵	۸.۶	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۴	۹۸.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۵	۱.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

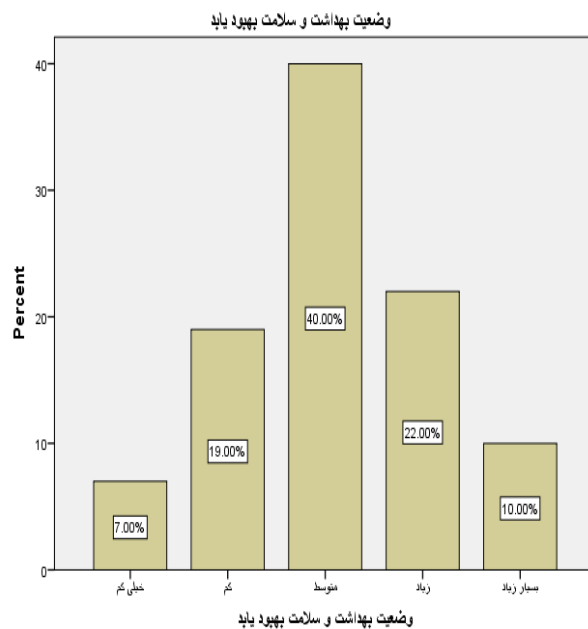
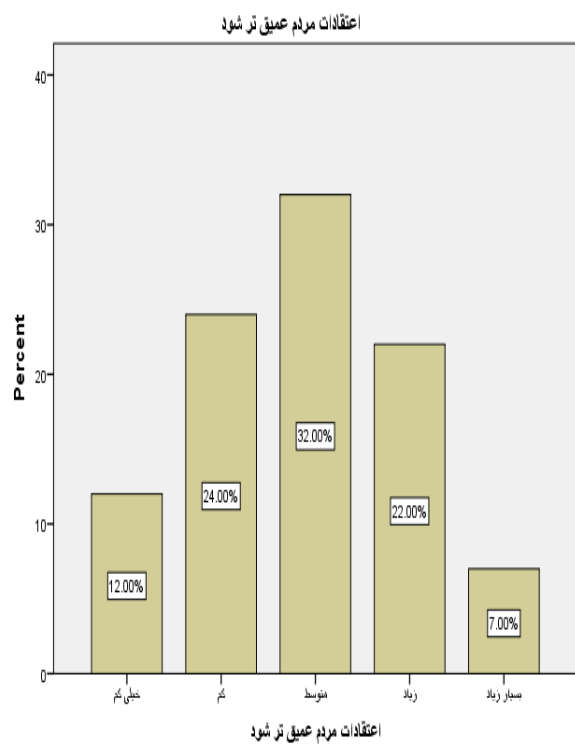
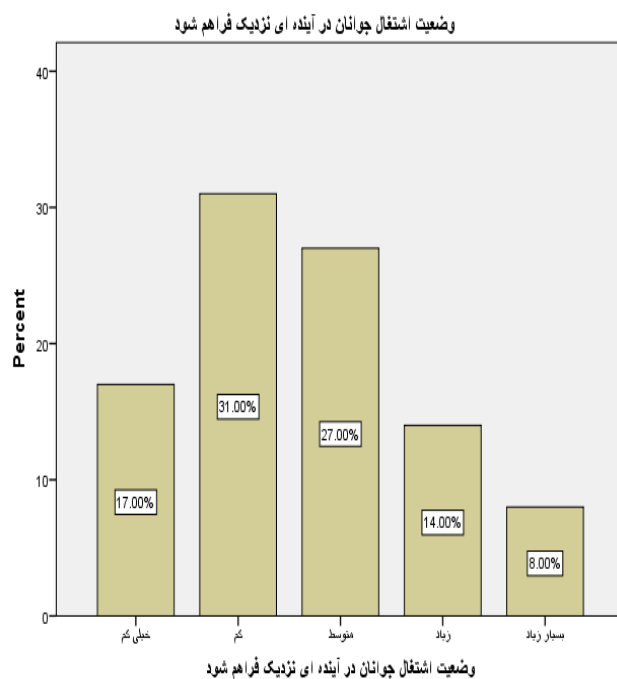
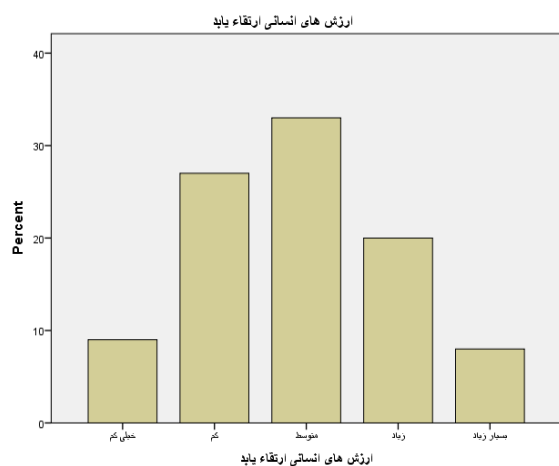
هزینه‌های زندگی در حد توان شما گردد

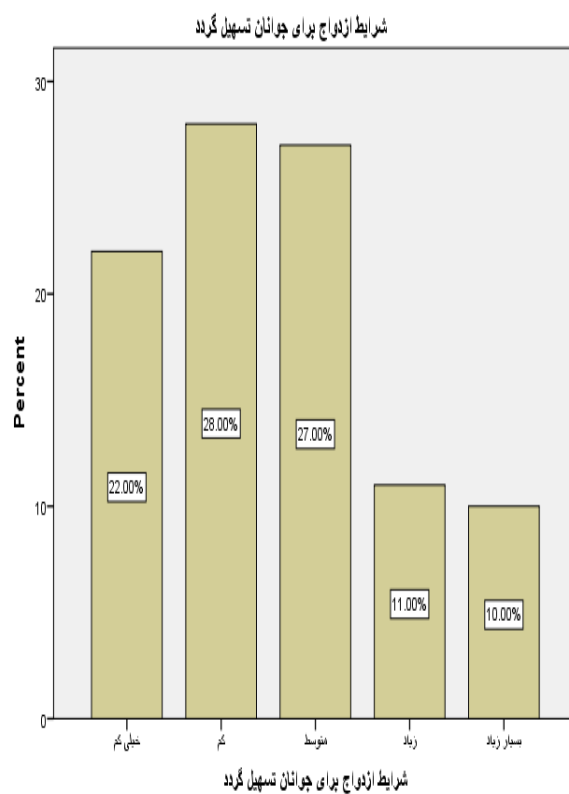
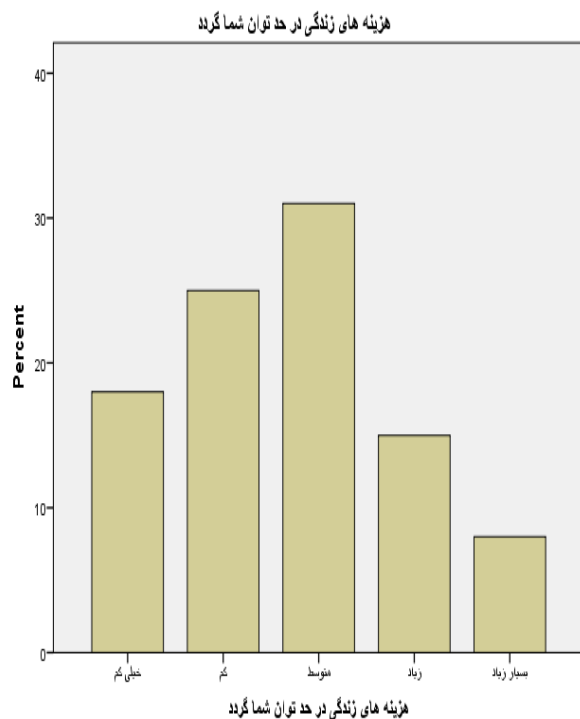
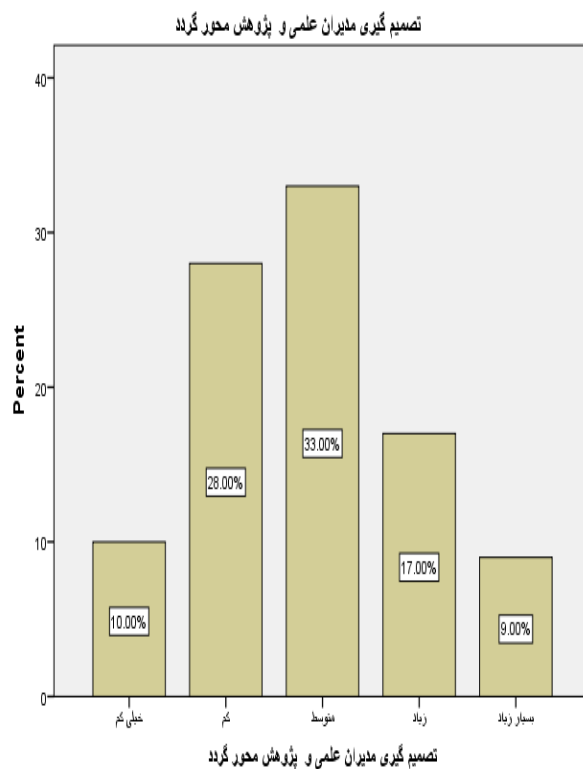
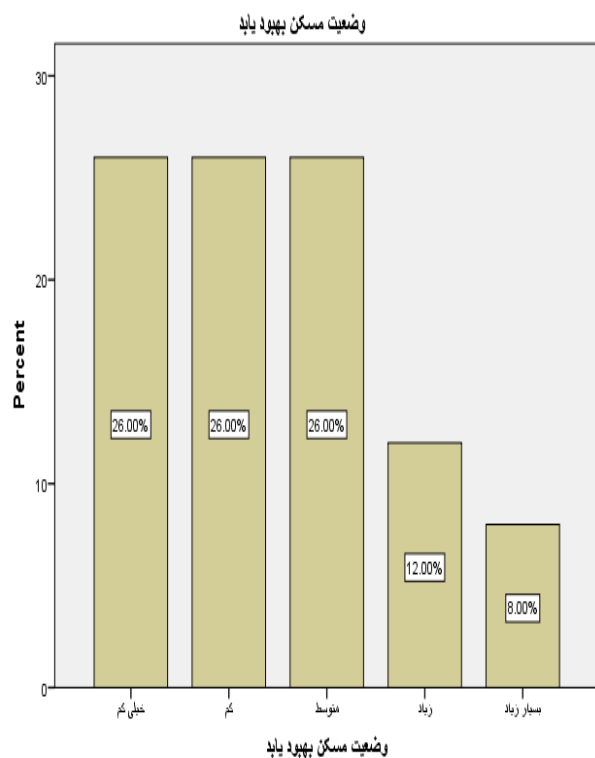
فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۷۰	۱۸.۰	۱۸.۳	۱۸.۳	خیلی کم
۹۹	۲۵.۴	۲۵.۹	۴۴.۲	کم
۱۲۱	۳۱.۱	۳۱.۷	۹.۷۵	متوسط
۶۱	۱۵.۷	۱۶.۰	۹۱.۹	زیاد
۳۱	۸.۰	۸.۱	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۲	۹۸.۲	۱۰۰.۰		مجموع
۷	۱.۸			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

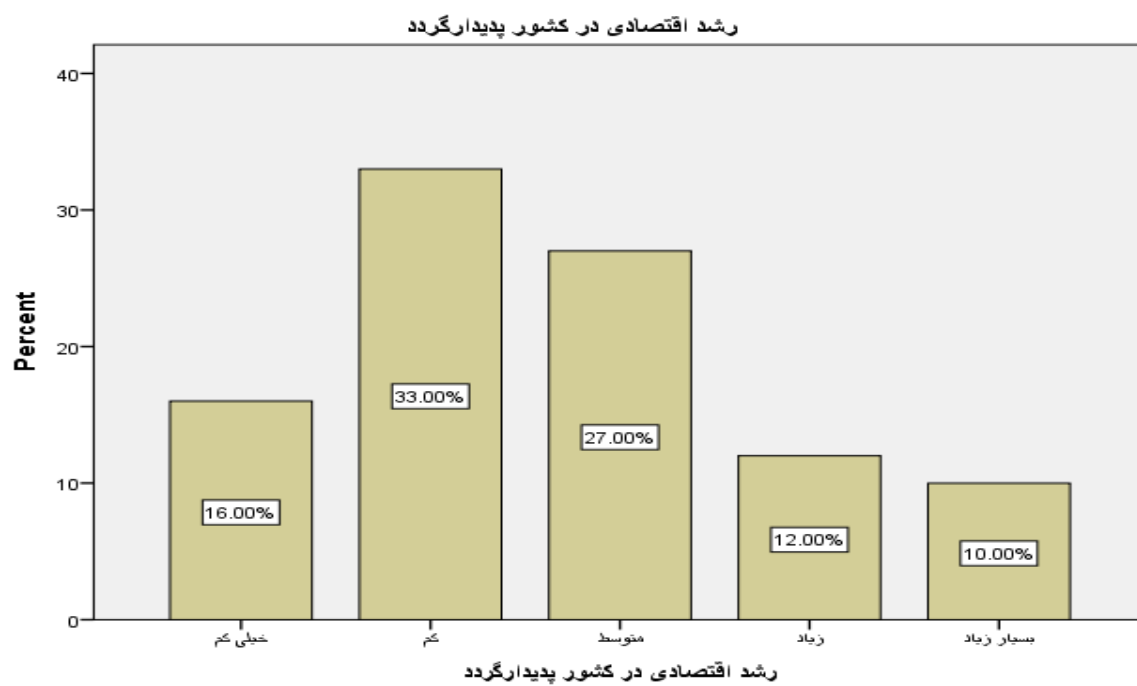
رشد اقتصادی در کشور پدیدار گردد

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۶۵	۱۶.۷	۱۶.۹	۱۶.۹	خیلی کم
۱۲۷	۶.۳۲	۳۳.۱	۵۰.۰	کم
۱۰۵	۲۷.۰	۲۷.۳	۷۷.۳	متوسط
۴۸	۱۲.۳	۱۲.۵	۸۹.۸	زیاد
۳۹	۱۰.۰	۱۰.۲	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۴	۹۸.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۵	۱.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

Bar Chart







پیوست (۷)

جداول و نمودارهای فراوانی مربوط به متغیر کیفیت روابط خانوادگی

همفکری و تعامل وجود دارد؟

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۳	۳.۳	۳.۴	۳.۴	خیلی کم
۲۹	۷.۵	۷.۶	۱۱.۰	کم
۸۴	۲۱.۶	۲۲.۰	۳۳.۱	متوسط
۱۵۴	۳۹.۶	۴۰.۴	۵۰.۷۳	زیاد
۱۰۱	۲۶.۰	۲۶.۵	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۱	۹۷.۹	۱۰۰.۰		مجموع
۸	۲.۱			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

پدر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۵	۳.۹	۳.۹	۳.۹	خیلی کم
۲۵	۶.۴	۶.۶	۱۰.۵	کم
۶۹	۱۷.۷	۱۸.۱	۲۸.۶	متوسط
۱۵۹	۴۰.۹	۴۱.۷	۷۰.۳	زیاد
۱۱۳	۲۹.۰	۲۹.۷	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۱	۹۷.۹	۱۰۰.۰		مجموع
۸	۲.۱			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

مادر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد

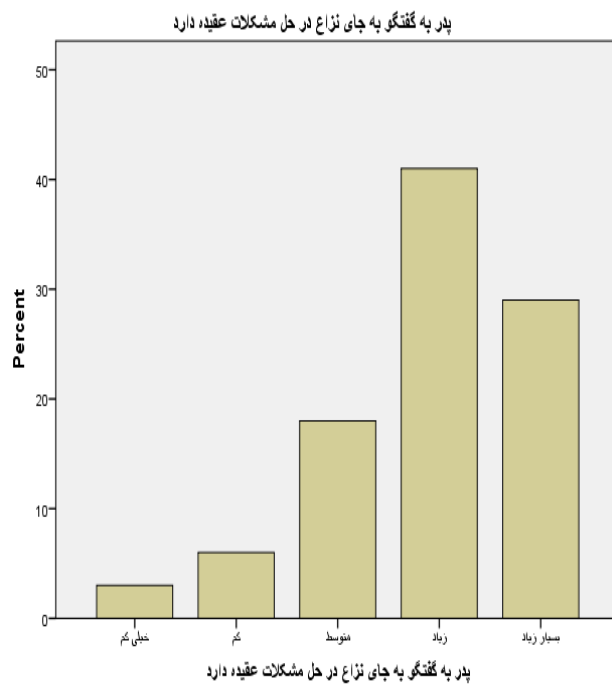
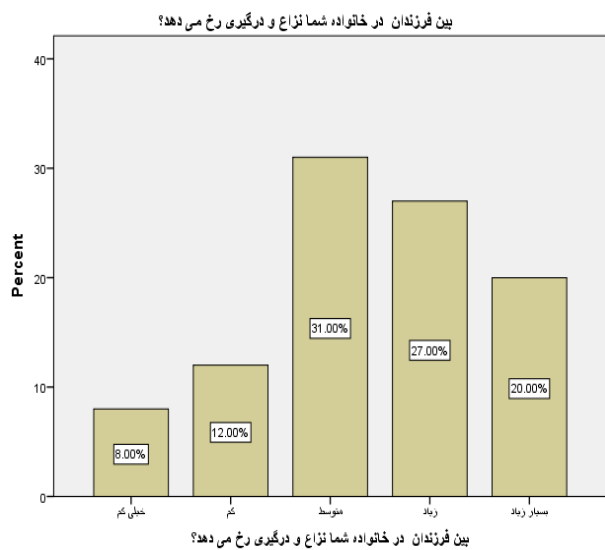
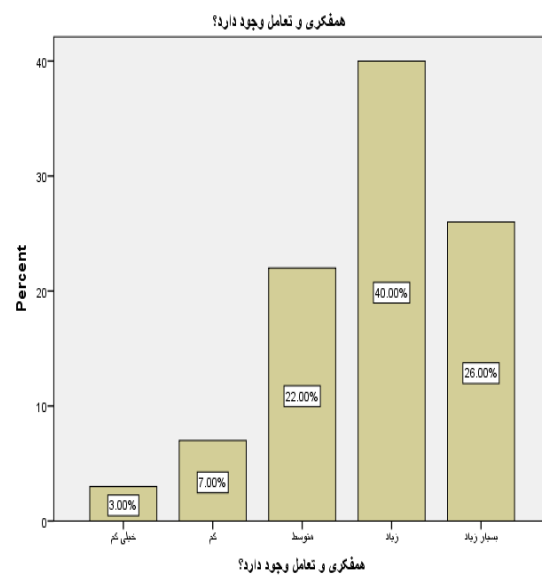
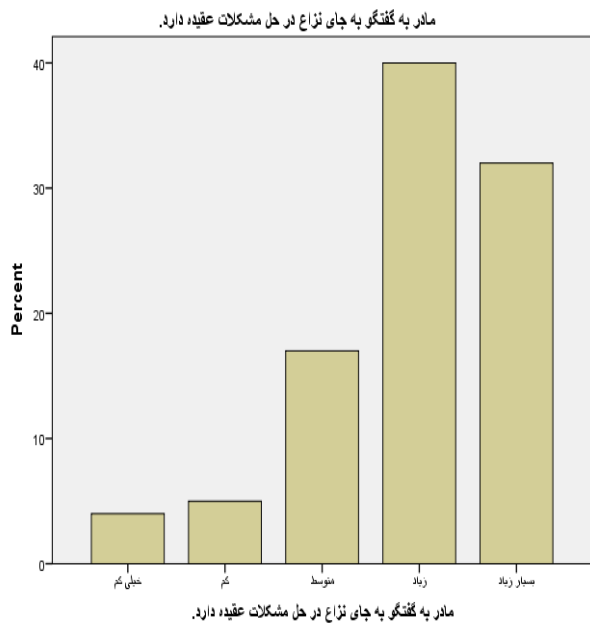
فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۶	۴.۱	۴.۲	۴.۲	خیلی کم
۲۱	۵.۴	۵.۵	۹.۷	کم
۶۷	۱۷.۲	۱۷.۵	۲۷.۲	متوسط
۱۵۵	۳۹.۸	۴۰.۶	۶۷.۸	زیاد
۱۲۳	۳۱.۶	۲.۳۲	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۲	۹۸.۲	۱۰۰.۰		مجموع
۷	۱.۸			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

بین فرزندان در خانواده شما نزاع و درگیری رخ می دهد؟

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۳۲	۸.۲	۸.۳	۸.۳	خیلی کم
۴۸	۱۲.۳	۱۲.۵	۲۰.۸	کم
۱۲۰	۳۰.۸	۳۱.۳	۱.۵۲	متوسط
۱۰۴	۲۶.۷	۲۷.۱	۷۹.۲	زیاد
۸۰	۲۰.۶	۲۰.۸	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۴	۹۸.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۵	۱.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

بین والدین نزاع و درگیری رخ می دهد؟

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۳۱	۸.۰	۸.۱	۸.۱	خیلی کم
۳۳	۸.۵	۸.۶	۱۶.۸	کم
۱۰۲	۲۶.۲	۲۶.۷	۵۰.۴۳	متوسط
۱۰۶	۲۷.۲	۲۷.۷	۷۱.۲	زیاد
۱۱۰	۲۸.۳	۲۸.۸	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۲	۹۸.۲	۱۰۰.۰		مجموع
۷	۱.۸			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل





پیوست (۸)

جداول فراوانی و نمودارهای میله‌ای مربوط به متغیر اعتماد بین شخصی

اعتماد به والدین

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۶	۴.۱	۴.۲	۴.۲	خیلی کم
۱۶	۴.۱	۴.۲	۸.۵	کم
۷۶	۱۹.۵	۲۰.۱	۲۸.۶	متوسط
۸۶	۲۲.۱	۲۲.۸	۵۱.۳	زیاد
۱۸۴	۴۷.۳	۴۸.۷	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۸	۹۷.۲	۱۰۰.۰		مجموع
۱۱	۲.۸			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

اعتماد به خواهر

	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۴	۶.۲	۶.۴	۶.۴	خیلی کم
۴۱	۱۰.۵	۱۰.۹	۱۷.۳	کم
۶۹	۱۷.۷	۱۸.۴	۳۵.۷	متوسط
۹۸	۲۵.۲	۲۶.۱	۶۱.۹	زیاد
۱۴۳	۳۶.۸	۳۸.۱	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۵	۹۶.۴	۱۰۰.۰		مجموع
۱۴	۳.۶			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

اعتماد به برادر

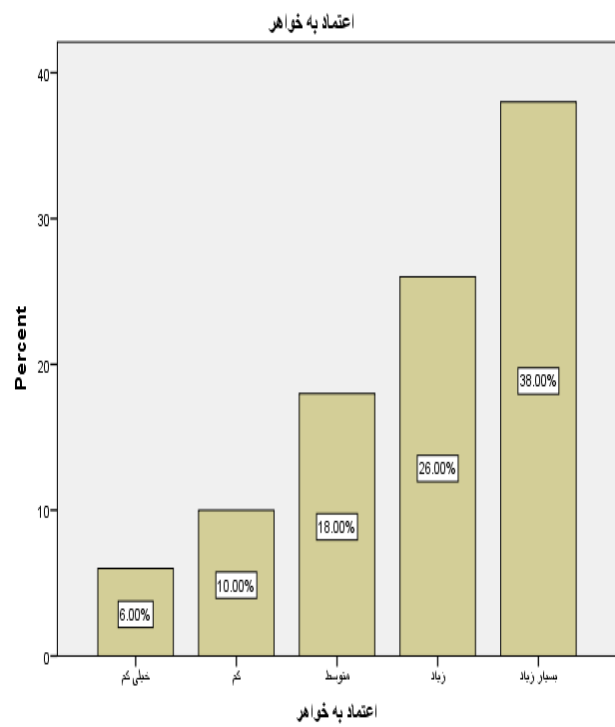
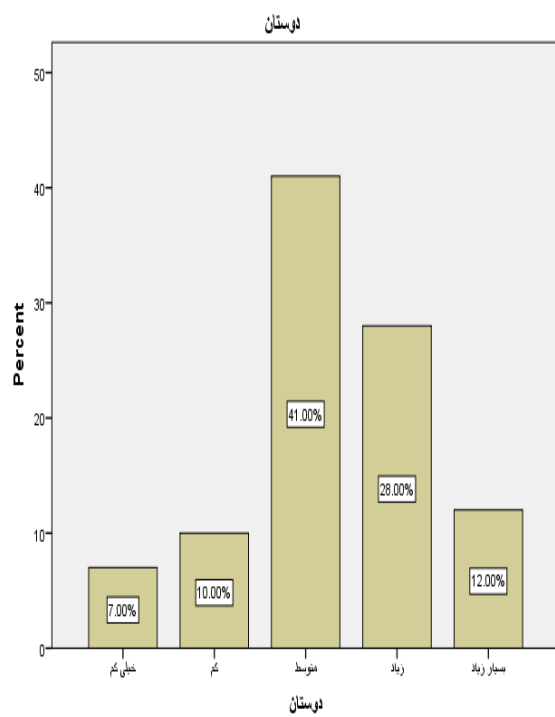
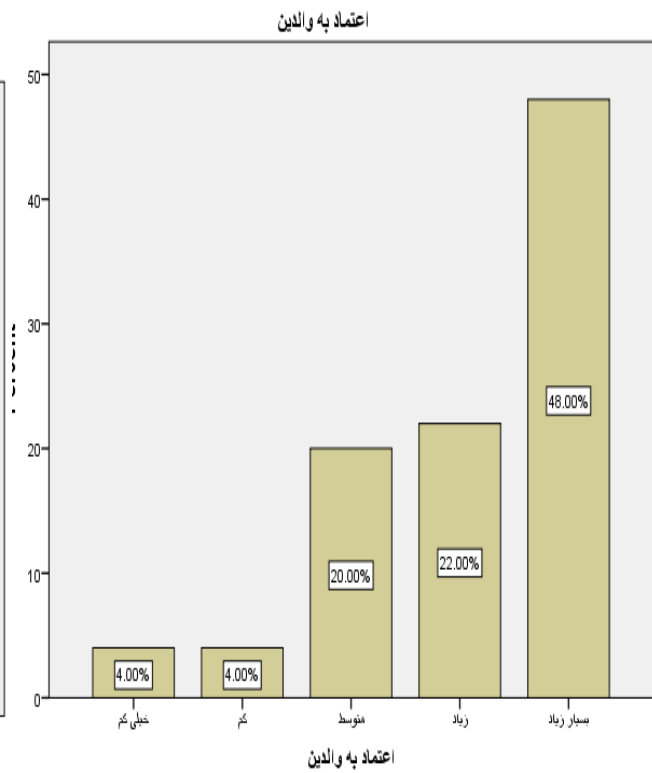
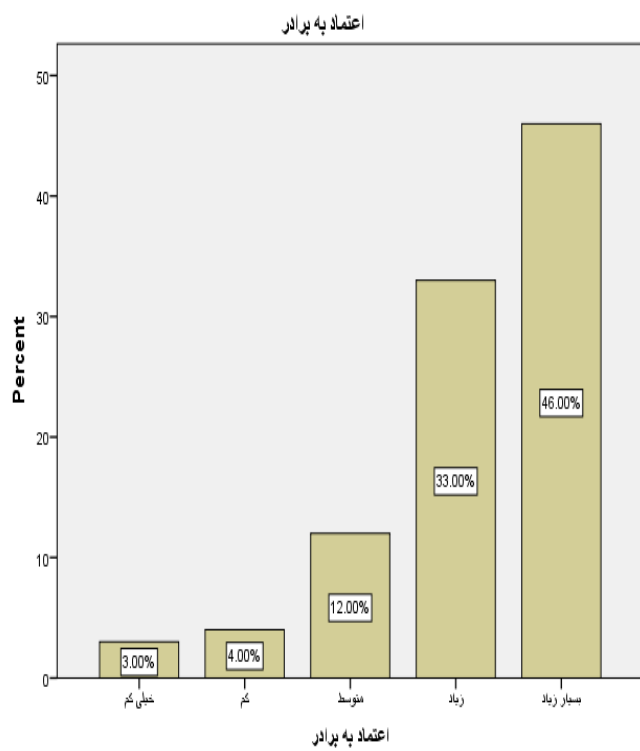
فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۳	۳.۳	۳.۴	۳.۴	خیلی کم
۱۸	۴.۶	۴.۷	۸.۲	کم
۴۶	۱۱.۸	۱۲.۱	۲۰.۳	متوسط
۱۲۶	۴۳.۲	۳۳.۲	۶۵.۳	زیاد
۱۷۶	۴۵.۲	۴۶.۴	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۹	۹۷.۴	۱۰۰.۰		مجموع
۱۰	۲.۶			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

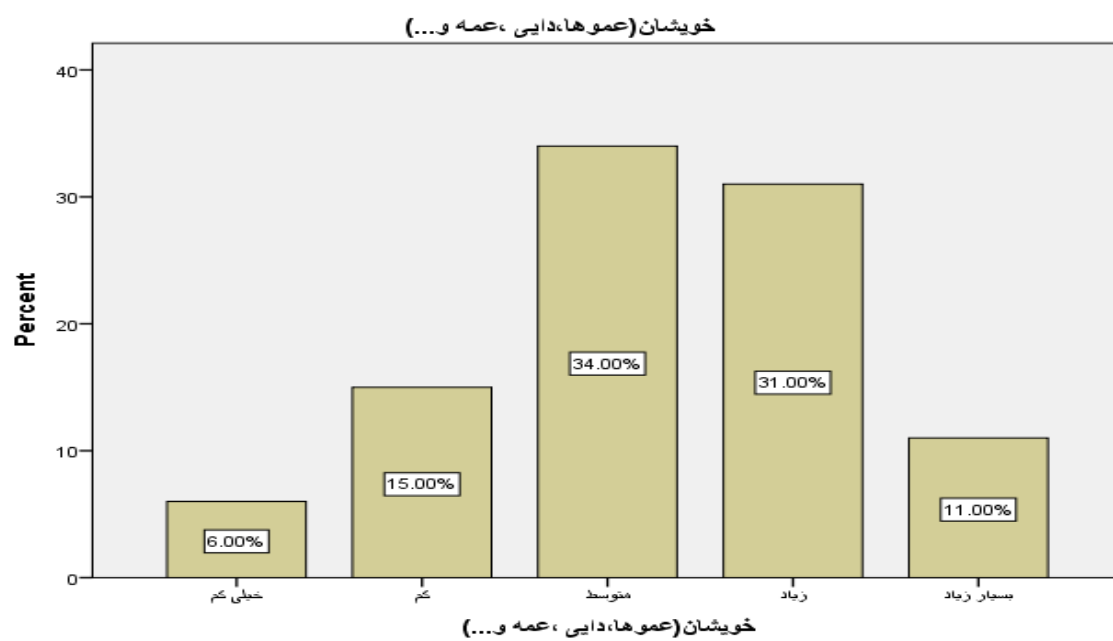
دوستان

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۹	۷.۵	۷.۷	۷.۷	خیلی کم
۴۰	۱۰.۳	۱۰.۶	۱۸.۳	کم
۱۵۵	۳۹.۸	۴۱.۱	۵۹.۴	متوسط
۱۰۶	۲۷.۲	۲۸.۱	۸۷.۵	زیاد
۴۷	۱۲.۱	۱۲.۵	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۷	۹۶.۹	۱۰۰.۰		مجموع
۱۲	۳.۱			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

خویشان (عموها، دایی، عمه و...)

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۵	۶.۴	۶.۶	۶.۶	خیلی کم
۵۷	۱۴.۷	۱۵.۰	۲۱.۶	کم
۱۳۲	۳۳.۹	۳۴.۷	۵۶.۳	متوسط
۱۲۱	۳۱.۱	۳۱.۸	۸۸.۲	زیاد
۴۵	۱۱.۶	۱۱.۸	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۰	۹۷.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۹	۲.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل





پیوست (۹)

جداول فراوانی و نمودارهای میله‌ای مربوط به متغیر اعتماد نهادی

ستاد مبارزه با مواد مخدر

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۴	۶.۲	۶.۳	۶.۳	خیلی کم
۴۸	۱۲.۳	۱۲.۶	۱۸.۹	کم
۱۵۹	۴۰.۹	۴۱.۸	۶۰.۸	متوسط
۱۱۲	۲۸.۸	۲۹.۵	۹۰.۳	زیاد
۳۷	۹.۵	۹.۷	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۰	۹۷.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۹	۲.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۳۳	۸.۵	۸.۷	۸.۷	خیلی کم
۷۳	۱۸.۸	۱۹.۳	۲۸.۰	کم
۱۰۱	۲۶.۰	۲۶.۶	۶۰.۵۴	متوسط
۱۳۳	۳۴.۲	۳۵.۱	۸۹.۷	زیاد
۳۹	۱۰.۰	۱۰.۳	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۹	۹۷.۴	۱۰۰.۰		مجموع
۱۰	۲.۶			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

دادگاه‌ها و قضات

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۳۰	۷.۷	۷.۹	۷.۹	خیلی کم
۴۹	۱۲.۶	۱۲.۹	۲۰.۸	کم
۱۴۴	۳۷.۰	۳۷.۹	۵۸.۷	متوسط
۱۲۳	۳۱.۶	۴۰.۳	۹۱.۱	زیاد
۳۴	۸.۷	۸.۹	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۰	۹۷.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۹	۲.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

شهرداری

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۴۴	۱۱.۳	۱۱.۶	۱۱.۶	خیلی کم
۹۱	۲۳.۴	۲۳.۹	۳۵.۵	کم
۱۵۵	۳۹.۸	۴۰.۸	۷۶.۳	متوسط
۷۹	۲۰.۳	۲۰.۸	۹۷.۱	زیاد
۱۱	۲.۸	۲.۹	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۰	۹۷.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۹	۲.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

بیمارستان‌ها و پزشکان

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۲	۵.۷	۵.۸	۵.۸	خیلی کم
۴۵	۱۱.۶	۱۱.۸	۱۷.۶	کم
۱۳۷	۳۵.۲	۳۶.۱	۷.۵۳	متوسط
۱۴۰	۳۶.۰	۳۶.۸	۹۰.۵	زیاد
۳۶	۹.۳	۹.۵	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۰	۹۷.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۹	۲.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

معلمین

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۷	۴.۴	۴.۵	۴.۵	خیلی کم
۳۵	۹.۰	۹.۳	۱۳.۸	کم
۱۱۶	۲۹.۸	۳۰.۸	۴۴.۶	متوسط
۱۲۱	۳۱.۱	۱.۳۲	۷۶.۷	زیاد
۸۸	۲۲.۶	۲۳.۳	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۷	۹۶.۹	۱۰۰.۰		مجموع
۱۲	۳.۱			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

کارمندان

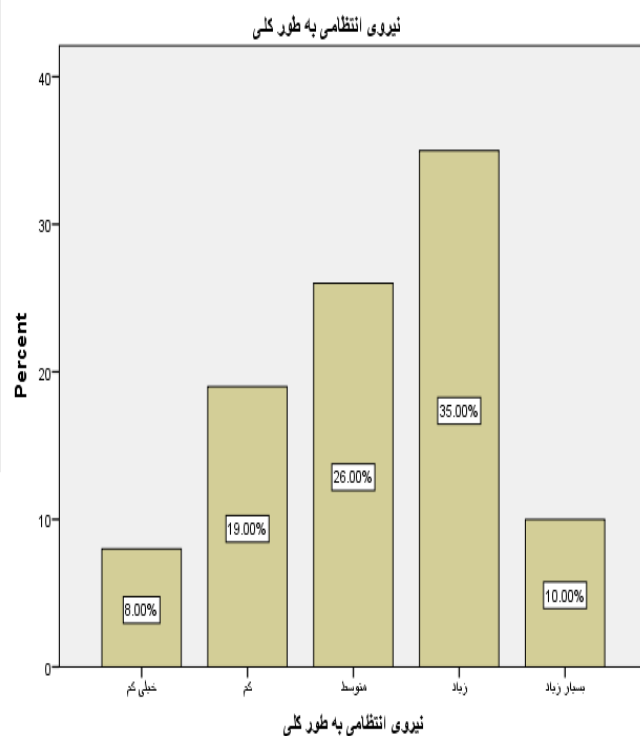
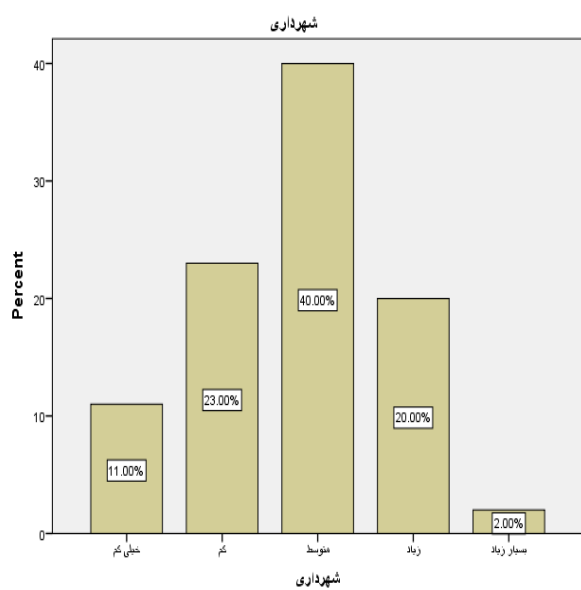
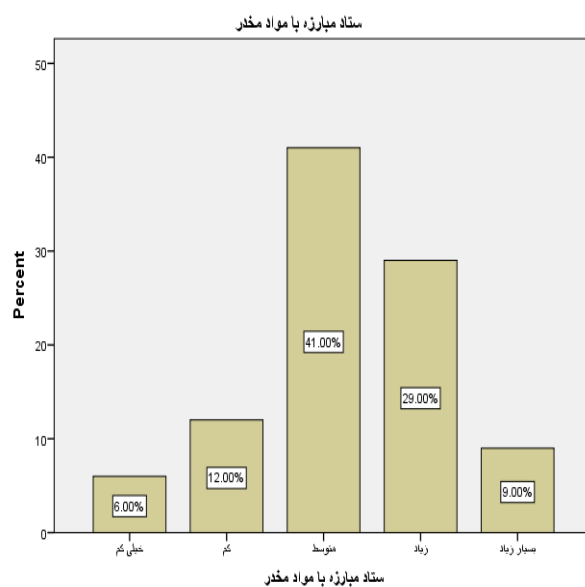
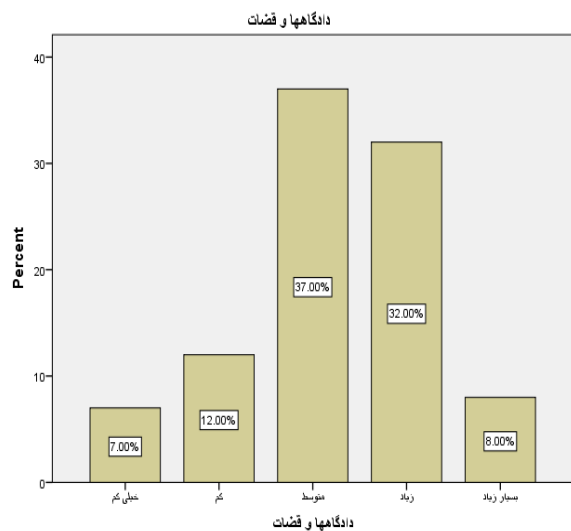
	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
خیلی کم	۵.۴	۵.۶	۵.۶	۲۱
کم	۶.۷	۶.۹	۱۲.۴	۲۶
متوسط	۳۸.۰	۳۹.۲	۵۱.۶	۱۴۸
زیاد	۳۵.۷	۳۶.۸	۸۸.۴	۱۳۹
بسیار زیاد	۱۱.۳	۱۱.۶	۱۰۰.۰	۴۴
مجموع	۹۷.۲	۱۰۰.۰		۳۷۸
سیستم	۲.۸			۱۱
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹

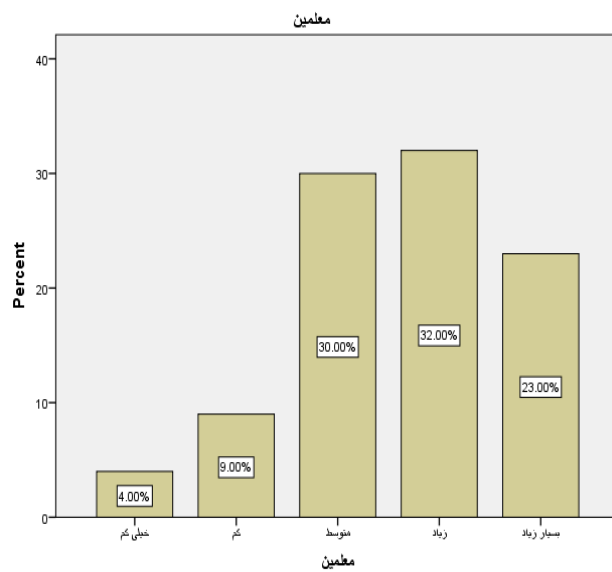
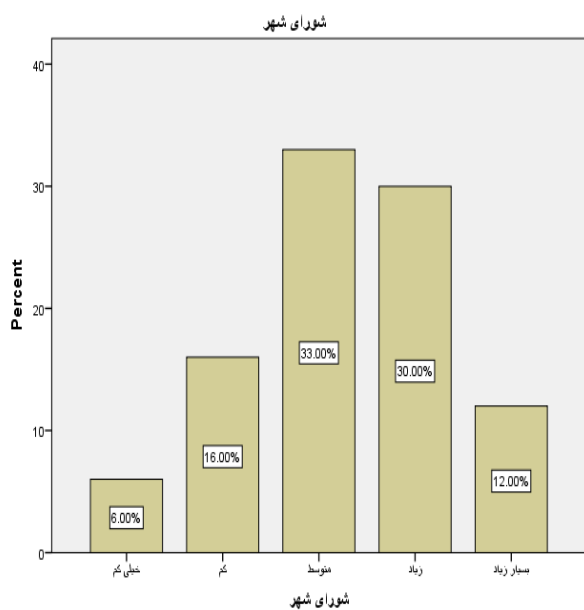
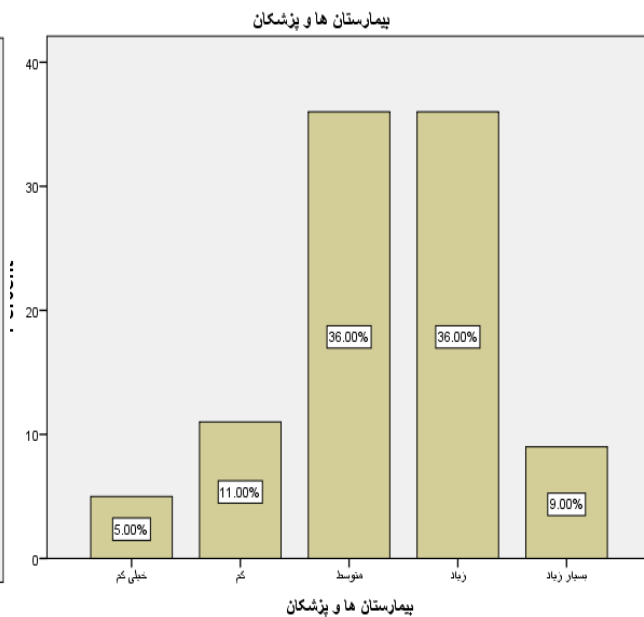
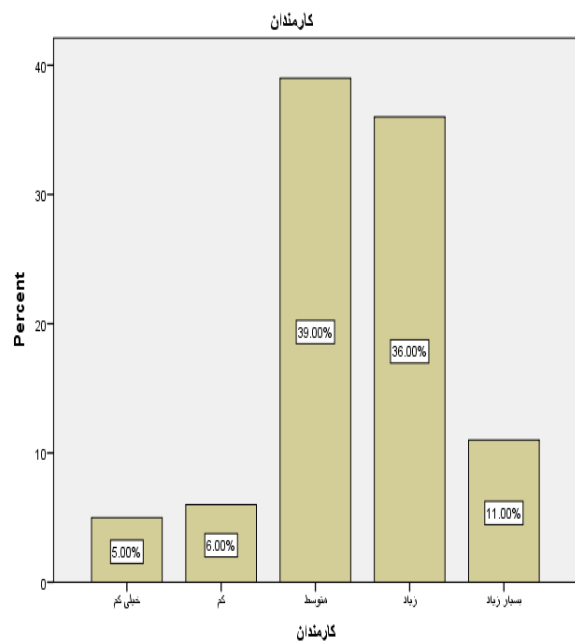
شورای شهر

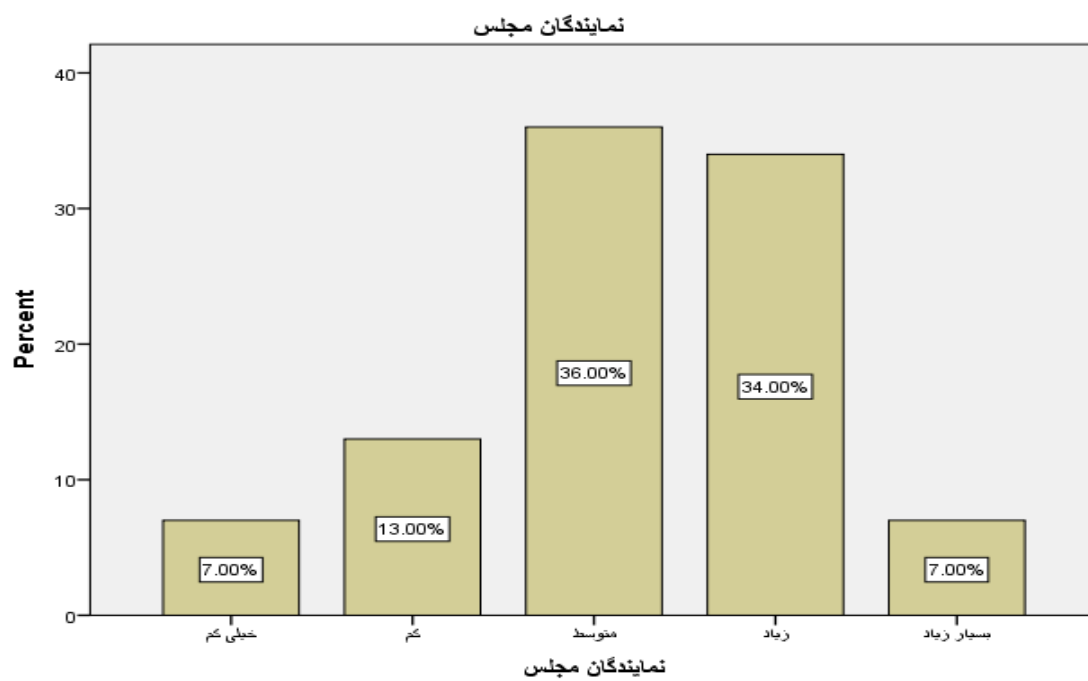
	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
خیلی کم	۶.۷	۶.۹	۶.۹	۲۶
کم	۱۶.۵	۱۷.۰	۲۳.۹	۶۴
متوسط	۶.۳۲	۳۳.۷	۵۷.۶	۱۲۷
زیاد	۲۹.۳	۳۰.۲	۸۷.۸	۱۱۴
بسیار زیاد	۱۱.۸	۱۲.۲	۱۰۰.۰	۴۶
مجموع	۹۶.۹	۱۰۰.۰		۳۷۷
سیستم	۳.۱			۱۲
جمع کل	۱۰۰.۰			۳۸۹

نمایندگان مجلس

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۲۹	۷.۵	۷.۷	۷.۷	خیلی کم
۵۲	۱۳.۴	۱۳.۹	۲۱.۶	کم
۱۳۵	۳۴.۷	۳۶.۰	۵۷.۶	متوسط
۱۳۰	۳۳.۴	۳۴.۷	۳.۹۲	زیاد
۲۹	۷.۵	۷.۷	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۵	۹۶.۴	۱۰۰.۰		مجموع
۱۴	۳.۶			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل







پیوست (۱۰)

جداول فراوانی و نمودارهای میله‌ای مربوط به اعتماد عمومی

در مسافرت وسایلتان را برای انجام کاری به یک غریبه بسپارید

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۳۴	۳۴.۴	۳۵.۳	۳۵.۳	خیلی کم
۹۱	۲۳.۴	۲۳.۹	۵۹.۲	کم
۹۵	۲۴.۴	۲۵.۰	۸۳.۶	متوسط
۵۲	۱۳.۴	۱۳.۷	۹۷.۹	زیاد
۸	۲.۱	۲.۱	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۰	۹۷.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۹	۲.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

در مسافرت برای انجام کاری وسایلتان را به مغازه‌ای بسپارید

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۱۲	۲۸.۸	۲۹.۶	۲۹.۶	خیلی کم
۹۴	۲۴.۲	۲۴.۸	۵۴.۰	کم
۱۱۳	۲۹.۰	۲۹.۸	۸۳.۸	متوسط
۴۴	۱۱.۳	۱۱.۶	۹۵.۴	زیاد
۱۶	۴.۱	۴.۲	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۹	۹۷.۴	۱۰۰.۰		مجموع
۱۰	۲.۶			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

مغازه داران در فروش اجناس خود صادق اند

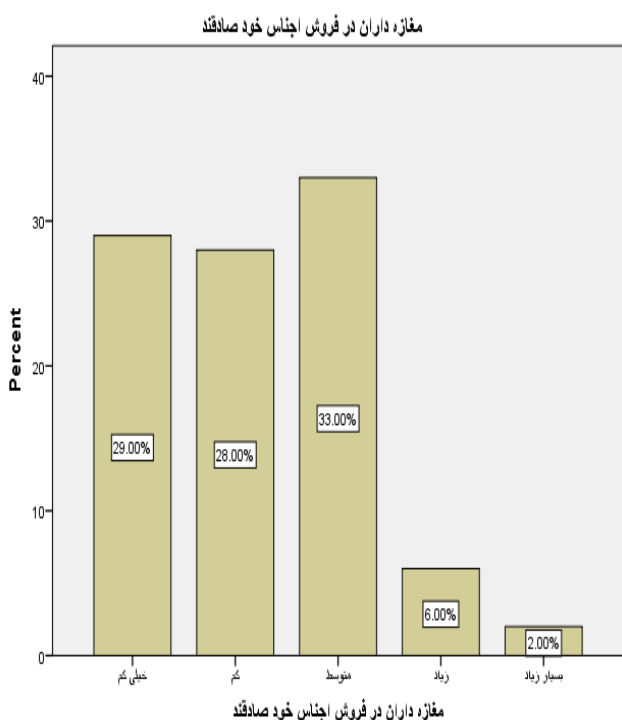
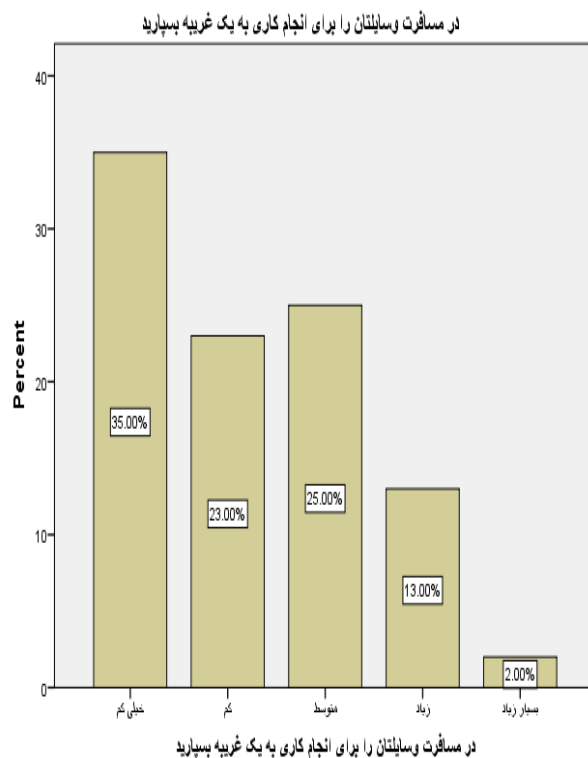
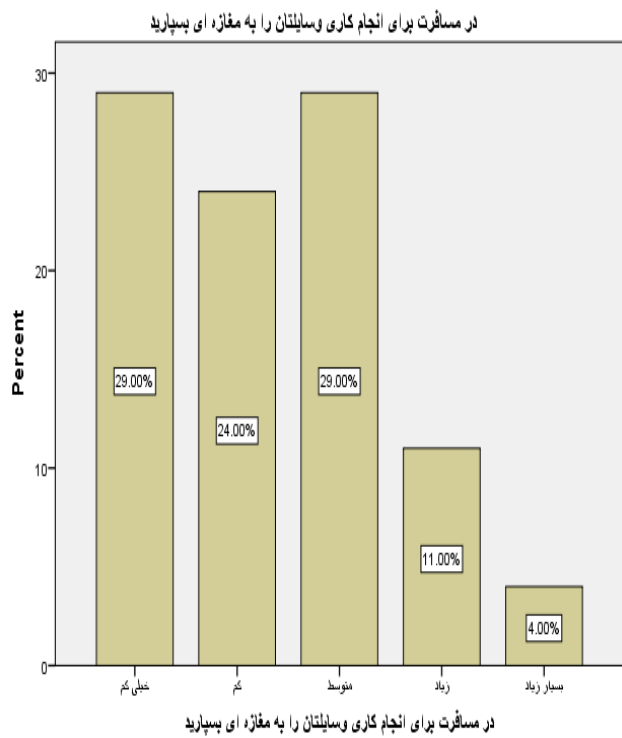
فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۱۰	۲۸.۳	۲۹.۲	۲۹.۲	خیلی کم
۱۰۸	۲۷.۸	۲۸.۶	۵۷.۸	کم
۱۲۵	۱.۳۲	۳۳.۲	۹۱.۰	متوسط
۲۶	۶.۷	۶.۹	۹۷.۹	زیاد
۸	۲.۱	۲.۱	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۷	۹۶.۹	۱۰۰.۰		مجموع
۱۲	۳.۱			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

کمک به غریبه‌ای که برای امانت گرفتن وسیله‌ای به شما درخواست می‌دهد

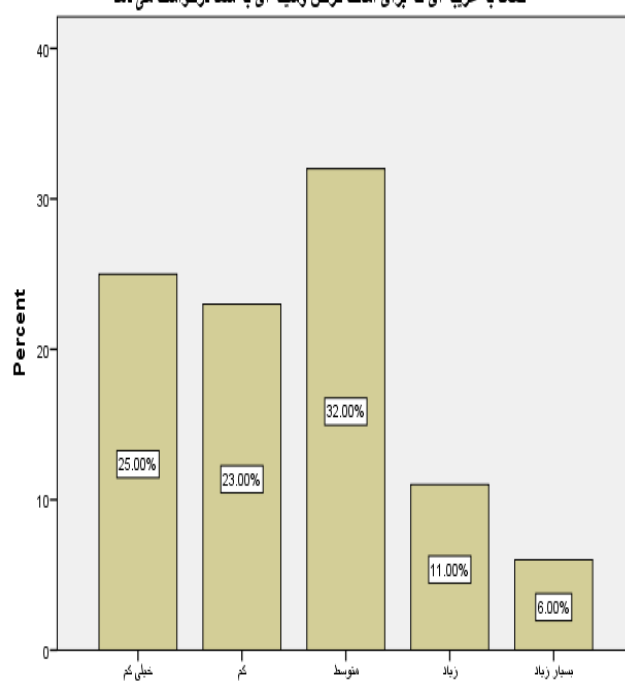
فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۹۸	۲۵.۲	۲۵.۸	۲۵.۸	خیلی کم
۹۰	۲۳.۱	۲۳.۷	۴۹.۵	کم
۱۲۵	۱.۳۲	۹.۳۲	۴.۸۲	متوسط
۴۴	۱۱.۳	۱۱.۶	۹.۹۳	زیاد
۲۳	۵.۹	۶.۱	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۸۰	۹۷.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۹	۲.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

جای دادن به مسافر بی پناهی برای مدت محدود در خانه

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۱۰۳	۲۶.۵	۲۷.۲	۲۷.۲	خیلی کم
۱۱۲	۲۸.۸	۲۹.۶	۵۶.۹	کم
۱۱۳	۲۹.۰	۲۹.۹	۸۶.۸	متوسط
۲۸	۷.۲	۷.۴	۲.۹۴	زیاد
۲۲	۵.۷	۵.۸	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۸	۹۷.۲	۱۰۰.۰		مجموع
۱۱	۲.۸			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

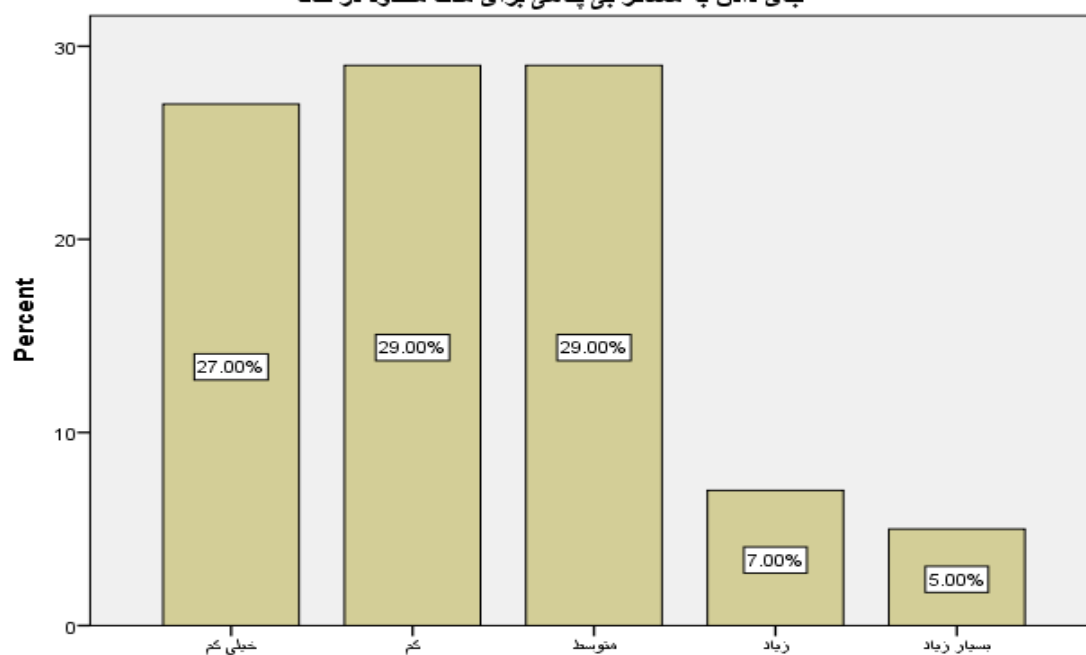


کمک به غریبه ای که برای امانت گرفتن وسیله ای به شما درخواست می دهد



کمک به غریبه ای که برای امانت گرفتن وسیله ای به شما درخواست می دهد

جای دادن به مسافر بی پناهی برای مدت محدود در خانه



جای دادن به مسافر بی پناهی برای مدت محدود در خانه

پیوست (۱۱)

جدول فراوانی و نمودارهای میله‌ای مربوط به متغیر زمینه سازی مشارکت اجتماعی

در سطح حل و فصل مشکلات ساختمان (همسایگان و...)

فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۴۱	۱۰.۵	۱۰.۹	۱۰.۹	خیلی کم
۱۱۰	۲۸.۳	۲۹.۲	۴۰.۱	کم
۱۰۴	۲۶.۷	۲۷.۶	۶۷.۶	متوسط
۹۱	۲۳.۴	۲۴.۱	۹۱.۸	زیاد
۳۱	۸.۰	۸.۲	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۷	۹۶.۹	۱۰۰.۰		Total
۱۲	۳.۱			System
۳۸۹	۱۰۰.۰			Total

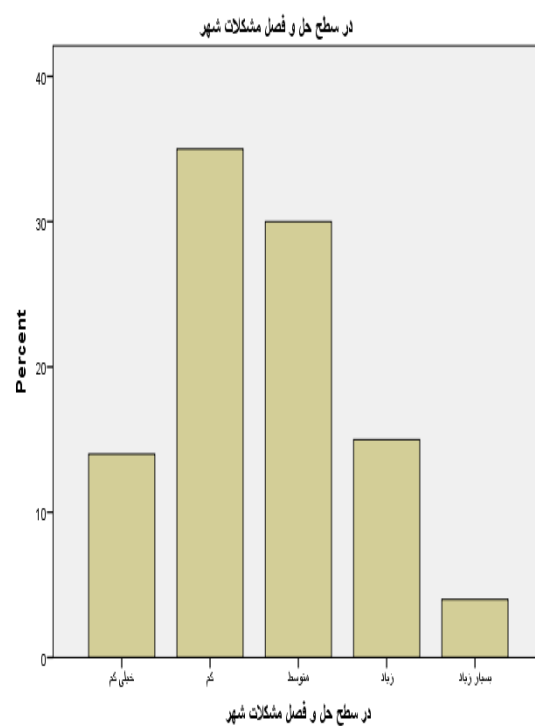
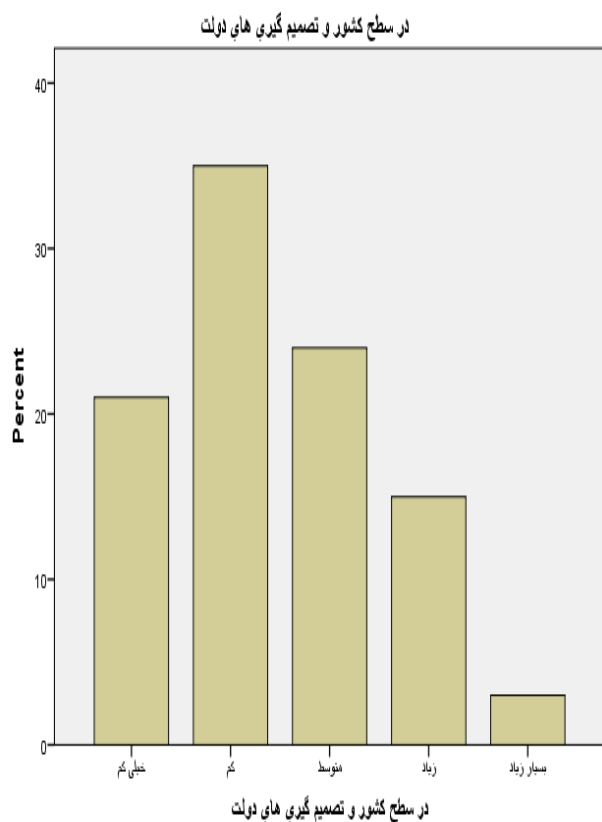
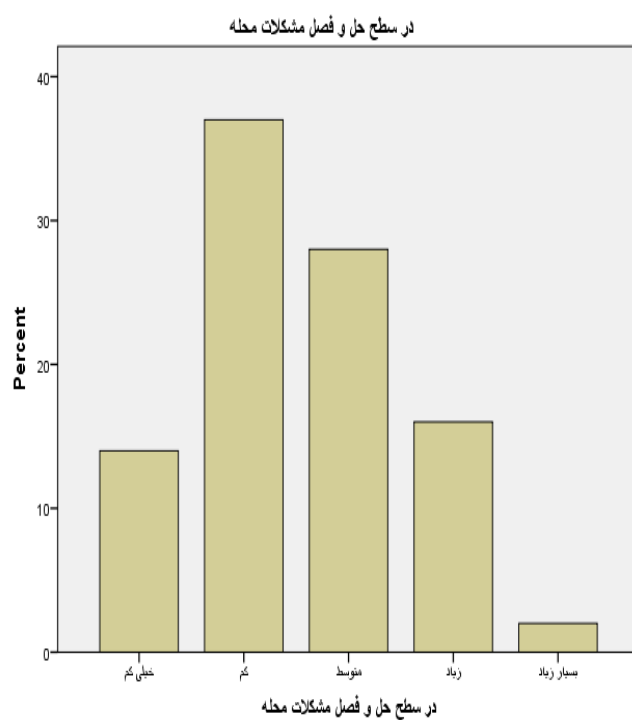
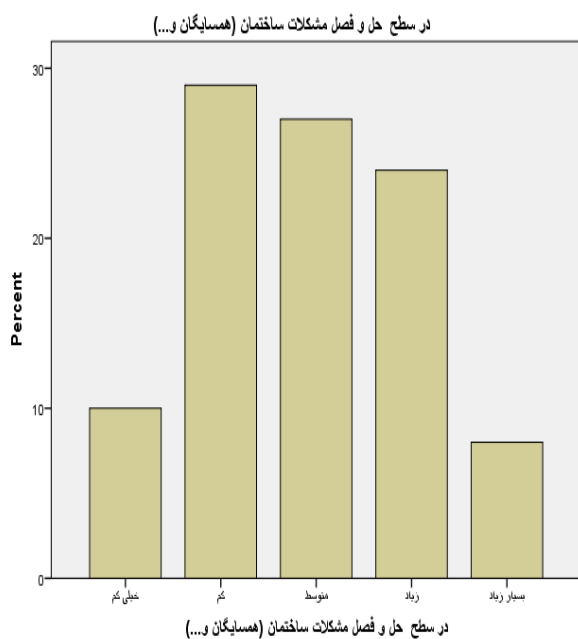
در سطح حل و فصل مشکلات محله				
فراوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۵۴	۱۳.۹	۱۴.۳	۱۴.۳	خیلی کم
۱۴۳	۳۶.۸	۳۷.۹	۵۲.۳	کم
۱۰۷	۲۷.۵	۲۸.۴	۸۰.۶	متوسط
۶۲	۱۵.۹	۱۶.۴	۹۷.۱	زیاد
۱۱	۲.۸	۲.۹	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۷	۹۶.۹	۱۰۰.۰		Total
۱۲	۳.۱			System
۳۸۹	۱۰۰.۰			Total

در سطح حل و فصل مشکلات شهر

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۵۵	۱۴.۱	۱۴.۶	۱۴.۶	خیلی کم
۱۳۴	۳۴.۴	۳۵.۶	۵۰.۳	کم
۱۱۳	۲۹.۰	۳۰.۱	۸۰.۳	متوسط
۵۸	۱۴.۹	۱۵.۴	۷.۹۵	زیاد
۱۶	۴.۱	۴.۳	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۶	۹۶.۷	۱۰۰.۰		مجموع
۱۳	۳.۳			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل

در سطح کشور و تصمیم گیری های دولت

فرآوانی	درصد	درصد درست	درصد تجمعی	
۸۰	۲۰.۶	۲۱.۳	۲۱.۳	خیلی کم
۱۳۴	۳۴.۴	۳۵.۷	۵۷.۱	کم
۹۱	۲۳.۴	۲۴.۳	۸۱.۳	متوسط
۵۷	۱۴.۷	۱۵.۲	۹۶.۵	زیاد
۱۳	۳.۳	۳.۵	۱۰۰.۰	بسیار زیاد
۳۷۵	۹۶.۴	۱۰۰.۰		مجموع
۱۴	۳.۶			سیستم
۳۸۹	۱۰۰.۰			جمع کل



پرسشنامه پیش رو در واقع یک تحقیق علمی است که در تلاش است زمینه‌های مؤثر بر بی‌تفاوتی شهروندان نسبت به مقوله اعتیاد را مورد بررسی قرار دهد/در این فرم نیازی به نوشتن مشخصات خود ندارید و مطمئن باشید که هویت شما ناشناخته باقی خواهد ماند و امانت داری علمی و اخلاقی نسبت به پاسخ‌های ارائه شده صورت خواهد گرفت.

جنسیت: مرد زن تأهل: مجرد متأهل مطلقه فوت همسر

سن: تعداد اعضای خانواده: منطقه محل سکونت (منطقه ۱ تا ۵ شهرداری کرمان):

وضعیت تحصیل: ابتدایی راهنمایی دیپلم فوق دیپلم لیسانس فوق لیسانس و بالاتر سایر

وضعیت اشتغال: شاغل بیکار شغل پاره وقت

در صورت شاغل بودن میزان حقوق و دستمزد خود و در صورتی که شاغل نیستید و یا از منابع دیگری هزینه‌های زندگی شما پرداخت می‌گردد (از سوی والدین و یا سود بانکی و...) میزان کمک هزینه مذکور را بیان فرمایید:

کمتر از ۷۰۰ هزار تومان ۷۰۰ تا ۱/۴ میلیون ۱/۴ تا ۲/۱۰۱ تا ۲/۱۰۲ تا ۲/۸۰۲ بیشتر از ۲/۸۰۲ هزار تومان

نوع شغل (در صورت شاغل بودن): کارمند کسبه راننده معلم و استاد دانشگاه پزشک و پرستار

مهندس کارگر و شغل خدمات رسانی (نظافت و...) سایر ذکر شود:

بی‌تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد:

تا چه اندازه نسبت به موارد زیر علاقه‌مندید:	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
کسب آگاهی نسبت به معضل اعتیاد					
شرکت در نمایشگاه‌ها و سمینارهای مربوط به اعتیاد					
نشستن پای صحبت افرادی که از خطرات اعتیاد آگاه‌اند					
پیگیری اخبار مربوط به اعتیاد					
مطالعه کتب با موضوع اعتیاد					
ارشاد و راهنمایی معتادان					
گزارش قاچاق و قاچاقچیان مواد مخدر					
معرفی معتادین به مأمورین					
معرفی دوستان و آشنایان نزدیک به کمپ‌های ترک اعتیاد					
تلاش در زمینه آگاهی و شناخت مضرات انواع مواد مخدر					

زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه

تا چه اندازه از برنامه‌های آموزشی در خصوص اعتیاد اطلاع دارید که از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر

خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	
					برای خانواده‌ها اجرا شده باشد
					برای مدارس اجرا شده باشد
					برای دانشگاه‌ها اجرا شده باشد
					در سطح محلات (در مساجد و مکان‌های عمومی از جمله پارک‌ها و...) برای عموم مردم اجرا شده باشد
					اطلاع از وجود نمایشگاه‌ها با موضوع اعتیاد
					فعالیت صدا و سیما در زمینه ساخت برنامه‌ها با موضوع اعتیاد
					چقدر مدارس را فعال به ارائه برنامه‌هایی می‌بینید که با محوریت معرفی معضل همراه است؟
					چقدر دانشگاه‌ها را فعال به ارائه برنامه‌هایی می‌بینید که با محوریت معرفی معضل همراه است؟
					چقدر شاهد برنامه ریزی‌های ستاد مبارزه با مواد مخدر برای پیشگیری از اعتیاد زنان بوده‌اید؟
					چند موسسه خصوصی یا دولتی و یا نهادی را می‌شناسید که در زمینه آگاهی رسانی در خصوص اعتیاد فعالیت دارند؟

پیشگیری ثانویه (برای معتادین)

خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	تا چه اندازه در زمینه اعتیاد
					کمپ‌هایی با هزینه پایین خدمات درمانی می‌شناسید؟
					آشنایی از برنامه‌هایی دارید که برای اشتغال زایی برای معتادین و یا افراد ترک کرده همراه است
					حمایت دولت از خانواده معتادینی که در حال ترک‌اند
					تعداد مراکزی که به جمع آوری معتادین پر خطر می‌پردازند
					آگاهی داشتن از برنامه‌های آموزشی که برای معتادین از ایدز سخن می‌گوید

میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی از مضرات اعتیاد:

تا چه اندازه شاهد برنامه‌های آموزشی از سوی نیروی انتظامی بوده‌اید که هدف آن‌ها آشنایی شما از مضرات موارد زیر است:

خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	
					سیگار
					قلیان
					تریاک
					حشیش
					شیشه
					هروئین
					قرص‌های روان گردان
					داروهای اعتیاد آور
					مواد مخدر صنعتی نوظهور و جدید

شناخت انواع مواد مخدر:

الف) با توجه به تصاویر ارائه شده نام هر ماده مخدر را در زیران یادداشت کنید:

(۱).....(۲).....(۳).....(۴).....(۵).....(۶).....(۷).....(۸).....(۹).....(۱۰).....

ب) از نظر شما در موارد زیر علائم و نشانه‌های فیزیکی و جسمی سوء مصرف مواد مخدر در افراد معتاد چگونه است؟

موارد	توضیحات
حالت چشم‌ها و نگاه‌ها	
صحبت	
حرکات بدنی	
وضعیت تحصیل	
حالات رفتاری و عصبی	
وضعیت خواب	
غذا خوردن	
وضعیت ارتباطی با دوستان	
اگر کسی در خانه شما در غیاب شما دست به استعمال مواد مخدر زده باشد چه علائمی می‌تواند به شما کمک کند که به آن پی ببرید؟ (۵ مورد)	

میزان آگاهی خانواده‌ها از عوامل مؤثر بر اعتیاد

از نظر شما در خصوص عوامل مؤثر بر اعتیاد جوانان، بالاترین اهمیت را کدام یک از موارد زیر دارا است:

- ۱- جرات داشتن در هر کاری کسب آگاهی‌های تازه ارتباط با دوستان نداشتن جرات و مهارت نه گفتن
- ۲- مشکلات در زندگی وضعیت بد اقتصادی ناتوانی و نداشتن مهارت در حل و فصل مسائل و مشکلات زندگی
مشاجره در زندگی
- ۳- تنوع طلبی نداشتن نبوغ و ذهن باز طرد شدن از سوی دوستان سابقه مصرف سایر اعضای خانواده و خویشان
- ۴- سختگیری والدین در انتخاب دوستان سختگیری والدین در تحصیلات فرزندان کار زیاد والدین در خارج از منزل
ضعف مهارت‌های فرزند پروری
- ۵- کسب تجربیات تازه در هر کاری پیروی از الگوی تقلید و دنباله روی از فرهنگ گروهی نداشتن اخلاق مسئولیت
پذیری بی‌علاقگی به تحصیل
- ۶- ابتلا به بیماری جسمی-روانی مسافرت با دوستان روابط اجتماعی قوی هم‌صحبت با دیگر آن شدن
- ۷- عصبی بودن خجالتی و گوشه گیری زیاد کنجکاوی در کسب تجارب تازه همه موارد
- ۸- ابراز نکردن علاقه و محبت والدین نسبت به فرزندان توقعات بیش از حد و غیرمعتول خانواده تبعیض گذاشتن
والدین بین فرزندان، تشنج و درگیری در خانواده (باهمسر و فرزندان) همه موارد

پنداشت شهروندان از میزان نظم و قانون در جامعه

اگر بخواهید به میزان نظم پذیری و قانون گرایی (از جمله محدودیت فساد و پارتی بازی) از ۲۰ نمره، نمره‌ای را اختصاص دهید به هر کدام از موارد فوق چه نمره‌ای را اختصاص می‌دهید:

دانشگاه‌ها.....مدارس و آموزشگاه‌ها.....بانک‌ها.....بیمارستان‌ها.....نیروی انتظامی.....راهنمایی و
رانندگی.....پلیس مبارزه با مواد مخدر.....شهرداری‌ها.....
شورای شهر.....مجلس شورای اسلامی.....، در سطح جامعه به‌طور کلی.....

وابستگی به دیگر آن

تا چه اندازه....	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
فکر می‌کنید که والدین در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟					
فکر می‌کنید خواهرتان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟					
می‌کنید برادران در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟					
تا چه اندازه اقوام و خویشان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟					
تا چه اندازه دوستان در مشکلات زندگی پشتیبان شما هستند؟					
تا چه اندازه نسبت به دیگر آن (مردم) در خود علاقه می‌بینید؟					
تا چه اندازه به شهرتان علاقه دارید؟					
زندگی در شهر خود را به دیگر شهرهای ایران ترجیح می‌دهید؟					
تا چه اندازه به ایران علاقه دارید؟					
تا چه اندازه زندگی در ایران را به کشورهای دیگر ترجیح می‌دهید.					

تا چه اندازه برای موارد فوق احترام قائلید:

تا چه اندازه برای موارد زیر احترام قائلید:	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
معلمین و اساتید دانشگاه					
مأمورین نیروی انتظامی					
شهرداری‌ها					
دادگاه‌ها					
نمایندگان (مجلس، شورای شهر و...)					
مسئولین (رئیس جمهور و وزرا و...)					
پزشکان و پرستاران					
مهندسیین					
کارمندان					

امید به آینده

با توجه به شرایط کنونی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنید و شرایط سیاسی کشور تا چه اندازه امید دارید:

خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	
					وضعیت اشتغال جوانان در آینده‌ای نزدیک فراهم شود
					وضعیت بهداشت و سلامت بهبود یابد
					ارزش‌های انسانی ارتقاء یابد
					اعتقادات مردم عمیق‌تر شود
					تصمیم‌گیری مدیران علمی و پژوهش محور گردد
					شرایط ازدواج برای جوانان تسهیل گردد
					وضعیت مسکن بهبود یابد
					هزینه‌های زندگی در حد توان شما گردد
					رشد اقتصادی در کشور پدیدار گردد

کیفیت روابط خانوادگی

خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	تا چه اندازه در خانواده شما....
					همفکری و تعامل وجود دارد؟
					پدر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد
					مادر به گفتگو به جای نزاع در حل مشکلات عقیده دارد.
					بین فرزندان در خانواده شما نزاع و درگیری رخ می‌دهد؟
					بین والدین نزاع و درگیری رخ می‌دهد؟

کیفیت شبکه‌های اجتماعی

خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	تا چه اندازه در خانواده شما....
					توان برقراری روابط اجتماعی با دیگر آن را در خود تا چه حد می‌بینید؟
					تا چه اندازه در پارک‌ها و مکان‌های عمومی تلاش می‌کنید با غریبه‌ها سر صحبت را باز کنید؟
					تا چه اندازه در ادارات و سازمان‌ها تلاش می‌کنید با دیگر ارباب رجوعان سر صحبت را باز کنید
					در محیط کاری و یا تحصیلات تا چه اندازه با همکاران و همکلاسی‌های غریبه سر صحبت را باز می‌کنید؟
					در محیط خانواده، خویشان و دوستان تا چه اندازه به گوشه‌گیری و انزوا شهرت دارید؟
					تعداد دوستان (که با آن‌ها روابط صمیمی و یا سطحی دارید) شما چند نفر است؟
					تا چه اندازه در محیط مجازی و شبکه‌های اجتماعی مجازی فعالیت دارید؟
					تا چه اندازه وقتتان را صرف یافتن دوست در محیط‌های (مجازی) می‌کنید؟
					توان برقراری روابط اجتماعی با دیگر آن را در خود تا چه حد می‌بینید؟
					تا چه اندازه در پارک‌ها و مکان‌های عمومی تلاش می‌کنید با غریبه‌ها سر صحبت را باز کنید؟

اعتماد بین شخصی

خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	تا چه اندازه در خانواده شما....
					اعتماد به والدین
					اعتماد به خواهر
					اعتماد به برادر
					دوستان
					خویشان (عموها، دایی، عمه و...)

اعتماد نهادی

تا چه اندازه به نهادهای زیر اعتماد دارید:

خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	تا چه اندازه در خانواده شما....
					ستاد مبارزه با مواد مخدر
					نیروی انتظامی به طور کلی
					دادگاه ها و قضات
					شهرداری
					بیمارستان ها و پزشکان
					معلمین
					کارمندان
					شورای شهر
					نمایندگان مجلس

اعتماد عمومی

خیلی کم	کم	متوسط	زیاد	بسیار زیاد	تا چه اندازه امکان دارد....
					در مسافرت وسایلتان را برای انجام کاری به یک غریبه بسپارید
					در مسافرت برای انجام کاری وسایلتان را به مغازه ای بسپارید
					مغازه داران در فروش اجناس خود صادق اند
					کمک به غریبه ای که برای امانت گرفتن وسیله ای به شما درخواست می دهد
					جای دادن به مسافر بی پناهی برای مدت محدود در خانه

مشکلات و گرفتاری‌های روزمره شهروندان

اگر بخواهد به هر کدام از مشکلات اقتصادی که برای شما و یا خانواده‌تان مشغله ذهنی به وجود آورده است نمره‌ای را (از ۲۰) اختصاص دهد (بیشترین مشغله ذهنی نمره ۲۰ را به خود اختصاص می‌دهد)، چه نمره‌ای به موارد زیر می‌دهد:

موارد	نمره	موارد	نمره
اجاره خانه		هزینه تحصیلی و آموزشی	
اجاره مغازه		هزینه آب و برق و....	
هزینه خوراک و پوشاک		مشکلات بیماری	
پرداخت وام و دیگر بدهی‌های مالی		بیکاری خود یا دیگر اعضای خانواده	

زمینه سازی مشارکت اجتماعی

تا چه اندازه در کشور بستر مناسب جهت مشارکت شما (ایجاد تشکل‌های مردمی) در برنامه‌های اجرایی وجود دارد

تا چه اندازه امکان دارد....	بسیار زیاد	زیاد	متوسط	کم	خیلی کم
در سطح حل و فصل مشکلات ساختمان (همسایگان و...)					
در سطح حل و فصل مشکلات محله					
در سطح حل و فصل مشکلات شهر					
در سطح کشور و تصمیم‌گیری‌های دولت					
تعداد نهادهایی را که می‌شناسید باهدف جذب مشارکت مردم (در جهت حل و فصل مشکلات محله و... است)					
در سطح نیروی انتظامی و انجام مأموریت‌های آن					

(۹) گیاه خشخاش



(۱۰) هروئین



هروئین



(۱۱) مورفین



(۱۲) حشیش



(۱۳) کرای



(۱۴) کوكائين



(۱۵) شیشه





(۱۶) آل اس دی



(۱۷) اکستازی





حالت چشم‌ها: سرخ شدن چشم‌ها

حالت نگاه افراد معتاد: نگاه‌های مات به مدت طولانی

طرز صحبت ایشان: نامفهوم و جویده شدن طرز صحبت

حرکات بدنی: عدم تعادل در حرکات، جای تزریق در بدن

وضعیت تحصیل: غیبت‌های مکرر از کلاس درس و کاهش علاقه به تحصیل

حالات رفتاری و عصبی: بی‌قراری شدید، تغییرات ناگهانی خلق

اگر کسی در خانه شما در غیاب شما دست به استعمال مواد مخدر زده باشد چه علائمی می‌تواند به شما کمک کند که به آن پی ببرید؟ (۵ مورد) به مشام رسیدن بوهای غیرعادی از دهان یا لباس، وجود سوزن‌ها و سنجاق‌های سیاه شده، قاشق خمیده و دود گرفته و ورق آلومینیومی، لوله‌های خالی خودکار، کبریت نیم سوخته در محل‌های غیرمعمول

وضعیت خواب و سلامتی: تغییرات شدید خواب (بی‌خوابی، خواب آلودگی، خوابیدن در طول روز، کابوس دیدن و ...)، تغییرات شدید در عادات غذا خوردن (بی‌اشتهایی، کم‌خوراکی، پر خوری و ...) وضعیت ارتباطی با دوستان: عدم تمایل به برقراری رابطه دوستی با سایر هم سالان، کاهش توان تحمل و بردباری در برابر مشکلات

Abstract

This research is an attempt to investigate the reasons and effect of social apathy and partnership-based intervention solutions on prevention of addiction. The research population included 18 to 64 year-of-age Kermani citizens who were residing at four Kerman municipality zones. Using Cochran formula with 95% confidence level, the sample of the study was estimated around 400 participants. Although the main research methodology used in this study was a survey one, the qualitative research methodology was also used for examining some of the variables. The research theoretical framework was arranged according to theories proposed by Walter Lippmann and Durkheim, as well as, Morton's Isolationism theory and Hirshi's theory. The results showed that the citizens' apathy towards addiction was influenced by different variables such as secondary prevention ($t = -0.401$), dependency to others ($t = -0.214$), social network quality ($t = -0.214$), social partnership ($t = 0.146$) and preventing partnership ($t = -0.461$).

The results indicated that there are problems in the structures of social partnership in the drug control headquarter. Since there are not appropriate bases for partnership of the citizens – either at societal level determined by social partnership or at the level of police and drug control headquarter missions – it is not possible for them to participate since they do not know what to do. The issue caused demotivation which resulted in social apathy regarding addiction.

One more fact to be considered is that the apathy towards addiction is not just an issue related to the drug control headquarter. Other organizations such as ministry of education, ministry of science and technology, Broadcasting Corporation and universities should deal with providing instructional programs to motivate social partnership. The drug control headquarter can motivate social partnership against drugs only with the help of the above mentioned organizations and municipality. In this regard, some practical and short term solutions have been proposed which can, to great extent, help scientifically to the future of drug control headquarter.

Keywords: apathy towards addiction, social partnership structures, drugs control, prevention of addiction

تعهدنامه

اینجانب دکتر علیرضا صنعت خواه مجری طرح پژوهشی بررسی علل و تأثیر بی تفاوتی اجتماعی و راهکارهای مداخلات مشارکت محور در پیشگیری از اعتیاد

متعهد می شود از ارائه هرگونه اطلاعات مربوط به طرح پژوهشی (در حین اجرا یا پس از اجرا) اجتناب نموده و قبل از اقدام، هماهنگی لازم را با دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری انجام و نسبت به کسب مجوز کتبی از دفتر یاد شده مبادرت نمایم.

نام و نام خانوادگی مجری

امضاء

گزارش مدیریتی و کاربردی تحقیق

در این تحقیق تلاش شده است تا علل و تاثیر بی تفاوتی اجتماعی و راهکارهای مداخلات مشارکت محور

در پیشگیری از اعتیاد مورد توجه قرار گیرد. نتایج برخی پژوهش ها، رشد اعتیاد در کشور را ۸ درصد نشان می دهد که حدود سه برابر رشد جمعیت است. طبق اظهار مسئولان وقت وزارت بهداشت، بیشترین میزان اعتیاد در کشور ما مربوط به دو ماده تریاک و هروئین بوده و بین پنج تا هفت میلیون نفر در کشور تجربه دست کم یک بار مصرف مواد را داشته اند. در سال ۱۳۸۷ هزینه مستقیم اعتیاد در کشور مبلغی در حدود ۲ هزار و ۶۸۷ میلیارد و ۹۹۰ میلیون ۹۲۲ هزار تومان نزدیک ۳ میلیارد دلار بوده که معادل ۱۵ درصد در آمد نفتی کشور در شرایط عادی است. (مدبر نیا و همکاران، ۱۳۹۲: ۷۰-۷۱)

مساله ای که امروزه در ادبیات تحقیقات مرتبط با پیشگیری از اعتیاد مطرح شده است تاکید بر مشارکت با محوریت اجتماع است. این نوع از مشارکت با تقویت و حمایت برنامه های آموزشی درون استانی، بستر سازی، مناسب سازی و حمایت از سازمان های مردم نهاد، تلاش برای برنامه ریزی برای سازمان های مردم نهاد محلی، مشارکتی کردن اجرای طرح به صورت داوطلبانه، اصلاح طرح از حالت جامع به حالت منطقه ای و اجرای طرح های پیشگیری از اعتیاد به صورت اقلیمی همراه شده است. این برنامه های مشارکتی، ضرورت انجام یک برنامه ریزی مشارکتی را در اجتماعات کوچک را نشان می دهد.

از طرف دیگر کناره گیری افراد و بی توجهی آنها نسبت به محیط اطراف دل سردی و بیگانگی نسبت به مسائل اجتماعی از موضوعاتی هستند که در محافل اجتماعی و سیاسی مورد توجه بسیاری از اندیشمندان اجتماعی بوده به طوری که بی توجهی نسبت به این موارد بستر ساز بی تفاوتی و نهایتا احساس پوچی در بین افراد جامعه به حساب آمده است. (روزنبرگ، ۱۹۵۵: ۳۴۹)

فردی که نسبت به جامعه به طور عام و نظام اجتماعی سیاسی به طور خاص احساس خصومت می کند احتمال دارد که از همه نوع انواع مشارکت کناره گیری کرده و به صف افرادی که کاملاً بی تفاوت هستند بپیوندد (راش، ۱۳۸۱: ۱۲۹)

یکی از مهمترین مسایلی که در تحقیق پیش رو مورد توجه قرار گرفته است بی تفاوتی شهروندان نسبت به اعتیاد در جامعه است. که با متغیرهایی نظیر علاقه به کسب آگاهی نسبت به معضل اعتیاد، شرکت در نمایشگاهها با موضوع اعتیاد، پیگیری اخبار مربوط به اعتیاد و... مشخص شده است.

اطلاعات بدست آمده حاکی از بی تفاوتی اکثریت شهروندان کرمانی نسبت به معضل اعتیاد است. بی تفاوتی مفرط در زمینه های شرکت در نمایشگاهها و سمینارهای مربوط به اعتیاد، پیگیری اخبار مربوط به اعتیاد، مطالعه کتب با موضوع اعتیاد، گزارش قاجاق و قاچاقچیان مواد مخدر، معرفی معتادین به مأمورین، معرفی دوستان و آشنایان نزدیک به کمپ های ترک اعتیاد، تلاش در زمینه آگاهی و شناخت مضرات انواع مواد مخدر دارای میانگینی بالاتر از ۳ می باشند که نشانگر بی تفاوتی بالای پاسخگویان است.

اولین راهکاری که در این خصوص پیشنهاد می شود، برنامه ریزی بروی آموزش هایی است که با هدف کسب آگاهی نسبت به معضل اعتیاد در سطح خانواده ها، مدارس ابتدایی، راهنمایی، دبیرستان و دانشگاهها است. باید در این زمینه فعالیت مشترکی بین ستاد مبارزه با مواد مخدر، آموزش و پرورش و دانشگاهها صورت گیرد. در این بین تاکید بر مدارس بیشتر است چرا که کودکان و جوانان در سنین پایین بسیار آموزش پذیرتر هستند. آموزش ها باید به صورتی ارائه شود که در ابتدا دانش پذیران با معضل اعتیاد آشنا شوند. فیلم هایی از افراد معتاد و اینکه چگونه در دام اعتیاد افتاده اند و وضعیت کنونی و تعداد افراد معتادی که به ایدز مبتلا گشته و یا زندگی خود را از دست داده اند پخش شود، هرچه صحنه های این فیلم آموزشی دلخراش تر باشد و هرچه مصیبت را پررنگ تر نشان دهد دارای بار تاثیرگذاری بیشتری خواهد بود.

دومین نکته ای که باید آموزش داده شود، ارائه برنامه هایی برای خانواده تا تا با شکل ظاهری مواد مخدر و انواع صدماتی که می تواند بر فرد وارد سازد، آشنا شوند. علاوه بر این صدا و سیما باید وارد عمل شود و همانگونه که برنامه های تبلیغاتی را در حین نمایش فیلم ها و سریالهای مطرح پخش می کند، میان برنامه های کوتاهی را در خصوص معرفی مواد مخدر و صدمات وارده بر فرد به گونه ای بزرگ نمایی شده پخش کند. حتی بهتر است از کانالهای ماهواره ای که مخاطبان زیادی دارند کمک گرفته شود. باید به این نکته توجه شود که هر اندازه برنامه های با موضوع اعتیاد ساخته شود هنوز کم است و باید برنامه های بیشتری را تولید کرد.

دعوت از افراد معتاد در برنامه های تلویزیونی و همچنین افرادی که موفق به ترک اعتیاد شده اند. مسایل و مشکلاتی که برای ایشان وجود داشته است در قالب برنامه ای تلویزیونی می تواند بیان شود. به نظر می رسد بیشترین نقش را در پیشگیری از اعتیاد و آموزش شهروندان در درجه اول صدا و سیما و شبکه های ماهواره ای پر بیننده دارا است.

برپایی نمایشگاههایی در سطح شهر که معضل اعتیاد را بزرگنمایی می کنند و تصاویر دردناکی را از افراد معتاد، کسانی که به خاطر اعتیاد جان باخته اند و اثراتی که اعتیاد بر ایشان داشته باید در هر محله ای برپا شود و بروشورهای تبلیغاتی و cd های آموزشی و کتابچه های کوچکی را به افراد ارائه دهند. Cd های آموزشی در جهت معرفی معضل اعتیاد و مضرات آن را می توان در مکان های عمومی که شهروندان منتظر هستند از قبیل فرودگاهها، ترمینال های مسافربری، داروخانه ها، بیمارستان ها و... نمایش داد و همچنین به شهروندان هدیه کرد.

در مدارس می توان در جهت بالابردن انگیزه محصلان یک واحد درسی با عنوان اعتیاد به دروس اضافه کرد (همچنین در دانشگاهها) و طرحی را با نام همکار مددجو ارائه نمود که تعدادی از محصلین به عنوان سرگروه آموزش دیده و به دیگر اعضای گروه خود در خصوص پیشگیری از اعتیاد آموزش داده و نمراتی را در کارنامه کسب کنند.

تبلیغات گسترده ای می توان از صدا و سیما و دیگر رسانه ها انجام داد تا مردم قسمتی از مبالغی را که به عنوان صدقه در صندوق ها می اندازند را صرف راه اندازی ان جی او های ترک اعتیاد و کمپ های ترک اعتیاد گردانند. استفاده از توان مردمی و مشارکت گسترده مردمی در این خصوص اهمیت دارد. ساختار زمینه ای مشارکت اجتماعی در خصوص اعتیاد دارای یک رکن اساسی و اصلی است که این رکن می تواند حمایت های مالی شهروندان در احداث بیمارستان، کمپین و... با موضوع اعتیاد باشد.

اعتماد سازی مردمی در جهت گزارش قاچاق و قاچاقچیان مواد مخدر یکی از مسئولیت های مهم ستاد مبارزه با مواد مخدر و سازمان های دیگری از جمله آموزش و پرورش، دانشگاهها و صدا و سیما است. این اعتماد سازی باید به گونه ای باشد که اعتماد مردمی را جلب نموده و از آن بهره گیرد. در زمینه اعتماد سازی ساخت برنامه های تلویزیونی در جهت نمایش دادن اقدامات موثر و کاربردی نیروی انتظامی در جهت سازماندهی معادین، وضعیت کمپ های ترک اعتیاد و نمایش مأموریت ها در جهت نابودی مواد مخدر و مبارزه با قاچاق چیان مهم است.

تشویق خانواده ها به معرفی معتادین به مأمورین مبارزه با مواد مخدر با نمایش این موضوع که با معرفی معتادین اقدامات درمانی از سوی ستاد صورت می گیرد و مواردی از این قبیل مهم است.

یکی دیگر از متغیرهای تحقیق زمینه سازی مشارکتی پیشگیرانه است. سوال اساسی که مطرح می شود این است که تا زمانی که زمینه ای برای مشارکت شهروندان وجود نداشته باشد ایشان چگونه می توانند مشارکت داشته باشند؟ اگر قرار است مشارکتی در زمینه اعتیاد صورت گیرد، دولت به همراه دیگر نهادها و سازمان ها باید زمینه مناسبی را برای مشارکت اجتماعی ایجاد کنند تا شهروندان بتوانند مشارکتی انجام

دهند. از پاسخگویان خواسته شد تا اظهار دارند که تا چه اندازه از برنامه های آموزشی در خصوص اعتیاد اطلاع دارند که از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر در مواردی از جمله: آموزش برای خانواده ها، مدارس، دانشگاهها و در سطح محلات (در مساجد و) اجرا شده باشد. همچنین ارزیابی از فعالیت های صدا و سیما، دانشگاهها و مدارس در خصوص این زمینه سازی بیان شده است. نتایج تحقیق حاکی از آن است که متأسفانه در جامعه مورد بررسی مشارکت اجتماعی با یک بحران اجتماعی بی انگیزگی مواجه شده است.

در خصوص ساختارها و بستر مشارکت اجتماعی نسبت به اعتیاد نیز از نظر اکثریت پاسخگویان متأسفانه هیچ برنامه قابل ملاحظه ای از نظر پاسخگویان وجود نداشته است که برای خانواده ها اجرا شده باشد، برنامه های قابل ملاحظه ای در سطح مدارس و دانشگاهها نیز موجود نیست. اکثریت مردم از برنامه هایی که در سطح مساجد ایجاد شده بی اطلاع هستند. فعالیت صدا و سیما در سطح برنامه های تولیدی در زمینه اعتیاد تأسف بار است.

راهکاری که در خصوص جذب مشارکت های مردمی می توان ارائه کرد همچنان توجه به آموزش در خصوص شناخت انواع مواد مخدر و معضلات اعتیاد از سوی مدارس، دانشگاهها و برپایی و تقویت انجی او های محله محور است. بهتر است هر محله ای تعدادی ان جی او در زمینه ترک اعتیاد داشته باشد تا دست به اطلاع رسانی در خصوص اعتیاد زده و برنامه های اجرایی نیروی انتظامی در خصوص آموزش را اجرایی گردانند. بهتر است ترس خود را از گروهها و ان جی او های مردمی را کنار بگذاریم و از توان مردم در ریشه کن کردن معضل اعتیاد بهره گیریم.

پارک ها و دیگر تفریح گاهها مکان هایی هستند که اکثر جمعیت را گرد هم جمع می کنند. ارائه آموزش در این تفریح گاهها و اجرای مسابقاتی که با جوایزی همراه باشد در خصوص شناخت مواد مخدر و راههای پیشگیری از آن در این زمینه می تواند کارآمد باشد. ستاد مبارزه با مواد مخدر با کمک شهرداری و شورای شهر باید برنامه های تفریحی را مدیریت نموده و در جهت آموزش در خصوص اعتیاد مدیریت کند.

اعتیاد زنان و کودکان یکی دیگر از موضوعاتی است که به تازگی نرخ بالایی را در تحقیقات جامعه شناختی گزارش شده است. با توجه به بالار رفتن نرخ اعتیاد در این گروههای آسیب پذیر و استفاده از

قرص های روان گردان در بین این دسته بهتر است برنامه هایی با محوریت آموزش زنان نیز در سطح محلات، مناطق شهری و تفریح گاهها به اجرا درآید.

تقریب نهادها و موسسات خصوصی در جهت آگاهی رسانی در زمینه اعتیاد مهم است. هر چه تعداد سازمان ها و موسسات رسمی و غیر رسمی با محوریت پیشگیری و درمان اعتیاد بیشتر باشد بهتر می توان در جهت جلب مشارکت های مردمی از آنها بهره گرفت.

پیشگیری ثانویه یکی دیگر از متغیرهای مهم تحقیق پیش رو است. در این زمینه شناخت شهر وندان از کمپ های هزینه پایین ترک اعتیاد بسیار محدود بوده و در خصوص آشنایی از برنامه هایی با هدف اشتغال زایی برای افراد ترک کرده (در حد بسیار کم) همچنین ایشان اظهار داشته اند که برنامه های حمایتی دولت از خانواده معتادینی که در حال ترک اند، بسیار کم رنگ است و تعداد مراکزی که به جمع آوری معتادین پر خطر می پردازند، بسیار محدود است. میانگین کلی برای متغیر پیشگیری ثانویه بسیار پایین است و این امر حاکی از وخامت اوضاع در خصوص پیشگیری ثانویه است.

احداث و تقویت کمک ها و مراکز ترک اعتیاد یکی از ضروریاتی است که باید به آن توجه کرد. استفاده از مشارکت مردمی در خصوص حمایت مالی از کمپ ها و داروها باعث می شود تا درمان اعتیاد با هزینه کمتری و حتی به صورت خود جوش و مردمی صورت گیرد. این امر مهمترین نکته ای است که باید توسط تبلیغات رسانه ای و آموزش های محله ای و همچنین دانشگاهی و در سطح آموزش و پرورش نیز تقویت شود. حتی راهکار دیگری که پیشنهاد می شود این است که پس از آگاهی رسانی مردمی درصدی از درآمد اصناف و شهرداری و همچنین هزینه های آموزشی که مردم مجبورند در دانشگاههای خصوصی و مدارس غیر انتفاعی بپردازند صرف برنامه های درمانی سوء مصرف مواد مخدر شود.

یکی دیگر از متغیرهای مهم تحقیق میزان آگاهی رسانی نیروی انتظامی و ستاد مبارزه با مواد مخدر در خصوص مضرات اعتیاد است. در این بین آگاهی رسانی نیروی انتظامی در خصوص معرفی مضرات مواد مخدری از جمله شیشه، هروئین، کوکاین، تریاک، قرص های روان گردان و دیگر مواد مخدر جدید صنعتی به شهروندان ملاک بوده است. متأسفانه شهروندان معتقدند که اقدامات نیروی انتظامی و ستاد مبارزه با مواد مخدر در خصوص آگاهی رسانی در مورد مضرات مواد فوق بسیار ضعیف است.

شناخت انواع مواد مخدر توسط پاسخگویان یکی دیگر از زمینه هایی است که در تحقیق پیش رو مورد بررسی قرار گرفته است و گمان می رود که این میزان شناخت بتواند بر مسئولیت پذیری و از طرف دیگر محدودیت این شناخت بر بی تفاوتی اجتماعی شهروندان نسبت به معضل اعتیاد تاثیرگذار باشد. متأسفانه نتایج تحقیق حاکی از آن است که در زمینه شناخت ظاهری مواد مخدر آنقدر اطلاعات پاسخگویان ضعیف است که اکثراً اگر مواد مخدری از جمله شیشه، هروئین، حشیش و حتی تریاک را اگر به آنها نشان دهند آنرا نمی شناسند. اگر در زمان غیبت ایشان در خانواده یکی از اعضای خانواده دست به استعمال مواد مخدر زده باشد اکثریت ایشان متوجه نخواهند شد. این امر باعث می شود تا اگر فرزندان خانواده، خواهران و برادران و یا یکی از خویشان مبتلا به این بلای خانمان سوز شود ایشان متوجه نخواهند شد.

در خصوص علایم و نشانه های فیزیکی و ظاهری افراد معتاد از پاسخگویان خواسته شد تا اظهار دارند که :

از نظر شما در موارد زیر علایم و نشانه های فیزیکی و جسمی سوء مصرف مواد مخدر در افراد معتاد چگونه است؟ مواردی از جمله حالت چشم ها و نگاهها، صحبت، حرکات بدنی، وضعیت تحصیل، حالات رفتاری و عصبی، وضعیت خواب، غذا خوردن و وضعیت ارتباطی با دوستان مورد سنجش قرار گرفت. نمرات حاصله متأسفانه نشان دهنده آگاهی بسیار ضعیف پاسخگویان در خصوص موارد فوق بوده است.

پیشنهاد می شود مواد مخدر مذکور به صورت مصنوعی (ماکت) تهیه شود و یا تصویر آن در اختیار خانواده ها قرار گیرد. آموزش وسیعی در سطح مدارس، دانشگاهها و محلات در خصوص معرفی این مواد مخدر و علایم و نشانه های فیزیکی و جسمی کسانی که مبتلا به آن هستند، به اجرا در آید تا لاقال خانواده ها با شکل ظاهری آن و نشانه های استعمال آن توسط معتادین آگاه شوند.

یکی دیگر از متغیرهایی که در تحقیق مورد توجه قرار گرفته است سنجش این موضوع است که پاسخگویان تا چه اندازه عواملی را که در جامعه می تواند منجر به گرایش جوانان به اعتیاد شود را می شناسند. فرض براین است که با شناخت موارد فوق می توان مسئولیت پذیری را در خصوص اعتیاد را افزایش داد و از میزان بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد کاست. نتایج حاکی از آن است که متأسفانه پاسخگویان اطلاع دقیقی از عوامل موثر بر اعتیاد نیز ندارند.

آگاهی نسبت به عواملی که می تواند منجر به گرایش جوانان نسبت به اعتیاد شود یکی از مسایل مهمی است که باید به آن توجه شود. باید در قالب برنامه های آموزشی به خانواده ها ایشان را با رفتارهایی که می تواند منجر به گرایش فرزندان شان به اعتیاد شود آشنا نمود. طرز برخورد خانواده ها با فرزندان، وضعیت دوستان ناباب و معرفی محلات پرخطر در این برنامه های آموزشی باید مورد توجه قرار گیرد. آموزش هایی هم باید در سطح مدارس و دانشگاهها باشد تا رفتارهای پر خطر شناسایی شوند و در جهت مدیریت آن اقدامات لازم صورت گیرد.

گمان می رفت تصور نظم و قانون پذیری در جامعه بتواند مسئولیت پذیری را در بین ایشان افزایش دهد. متأسفانه نمرات حاصله نیز در خصوص نظم پذیری پایین گزارش شده است. از این بین دانشگاهها، شهرداری ها و شورای شهر از نظر شهروندان جزء سازمانهایی هستند که کمترین نمره را در انضباط و نظم پذیری دارا هستند که این امر خود نشانگر بحران نظم و انضباط و قانون در کشور ما است. در این وضعیت افراد از آنجا که معتقدند نظمی در جامعه وجود ندارد تمایل به قانون گریزی و استفاده از راههای نامشروع در بین ایشان شیوع می یابد و این امر می تواند بر بی تفاوتی نسبت به اعتیاد تاثیرگذار باشد

نمره میانگین کل گویه های وابستگی حاکی از وابستگی در حد متوسط در بین پاسخگویان است. این وابستگی درجه بالایی ندارد و در حد متوسط است. همین نتیجه در خصوص احترام به دیگران نیز حاصل شده است.

از آنجا که درصد اعتماد به اساتید و معلمان بالا است، می توان از این قابلیت در جهت آموزش عمومی استفاده کرد. دوره های آموزشی می تواند برای اساتید و معلمان در مقاطع مختلف توسط ستاد مبارزه با مواد مخدر به همراه ارگان های دیگری از جمله آموزش و پرورش و وزارت علوم بروی این اقبال صورت دیگر تا در مرحله بعد این اساتید و معلمان بتوانند آموزش های دیده شده را کاربردی نموده و در سطح مدارس و دانشگاهها اجرا کنند.

معلمان با آموزش می توانند در ساعات کلاسی، قسمتی از درس خویش را در خصوص مضرات اعتیاد و شیوه های پیشگیرانه ارائه کنند. همچنین توصیه می شود واحد های درسی با موضوع اعتیاد، هپاتیت و ایدز در این مراکز آموزشی ارائه شود. کلاس ها باید با استفاده از فیلم، تصاویر و... ارائه شود تا کارایی بالاتری داشته باشد.

از دیگر متغیرهای مورد بررسی کیفیت روابط خانوادگی است. با اینکه شهروندان اظهار کرده اند که اکثرا در خانواده های از نوع گفت و شنودی زندگی می کنند، برنامه های آموزشی در جهت چگونگی کنترل فرزندان، همفکری با جوانان در جهت پیشگیری از اعتیاد باید برای خانواده ها اجرا شود. این برنامه ها از طریق صدا و سیما بهترین بازخورد را خواهد داشت. ساخت سریالهایی با موضوع اعتیاد جوانان، مضرات استفاده از مواد مخدر و نشان دادن عاقبت معتادین در قالب فیلم ها و سریالهای متعدد می تواند کارگشا باشد.

از طرف دیگر وضعیت و کیفیت شبکه های ارتباطی و مردمی نیز می تواند نقش موثری بر بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد داشته باشد (طبق چارچوب نظری تحقیق) متأسفانه نتایج تحقیق حاکی از شبکه های ارتباطی ضعیف بین شهروندان است. اکثریت اظهار داشته اند که توان برقراری ارتباط بسیار بالایی با دیگران دارند. اما در پارک ها و تفریگاهها با دیگران ارتباط برقرار نمی کنند (یا به ندرت برقرار می کنند) در ادارات و سازمان ها آنچنان تمایلی به صحبت با دیگران ندارند و استفاده از شبکه های مجازی و اجتماعی در بین ایشان گسترده نیست. آنها کمتر وقت صرف یافتن دوست در محیط مجازی می کنند.

اکثریت شهروندان اظهار داشته اند که توان برقراری ارتباط اجتماعی با دیگران در آنها بالا است اما ترجیح می دهند در پارک ها و تفریح گاهها، سینما و رستوران ها، سازمان ها و ادارات بیشتر سرشان در لاک خودشان باشد و کمتر تمایل به برقراری ارتباط با دیگران دارند. این امر می تواند ریشه در اعتماد اجتماعی داشته باشد.

اعتماد اجتماعی نیز یکی دیگر از متغیرهای تحقیق است که در این تحقیق به آن توجه شده است. این اعتماد در سه بعد اعتماد بین شخصی، اعتماد نهادی، اعتماد عمومی سنجیده شده است. نمرات حاصله در خصوص اعتماد بین شخصی همچون دیگر تحقیقات انجام گرفته در ایران حاکی از شدت این اعتماد در بین شهروندان است. نمرات اعتماد نهادی در حد متوسط است. و اعتماد عمومی بین شهروندان بسیار ضعیف است.

پایین بودن اعتماد اجتماعی و بالاخص اعتماد عمومی (که بالا رفتن آن می تواند یکی از شاخصه های مهم توسعه اجتماعی-اقتصادی باشد) موضوعی است که ارائه راهکارهای کاربردی و راهبردی را می طلبد. اعتماد سازی با صداقت همراه است. اگر سازمان ها و نهادهای اجتماعی به گونه ای به انجام مأموریت ها و وظایف خود بپردازند که اعتماد را بالا ببرند این بالا رفتن اعتماد می تواند در سطح

اعتماد عمومی هم گسترش یابد. توجه به نهادهایی که پایین ترین سطح اعتماد را دارا هستند الزامی است

طبق چارچوب نظری تحقیق و نظریه «والتر لیپمن» مشکلات و گرفتاری های روزمره نیز می تواند افراد را نسبت به مسایل اجتماعی بی تفاوت گرداند. این مشکلات در جوامع مدرن و در حال توسعه به دنبال خود فردگرایی را به دنبال دارد (یا منافع طلبی) که افراد را نسبت به مشارکت بی تفاوت می گرداند. «ریچارد استرلین» نیز از طرف دیگر رقابت های مزمن بر سر فرصت ها و امکانات محدود در جامعه و نیز ناکامی در برآورده سازی خواست ها و اهداف فردی در یک نسل را عامل سرخوردگی و سپس بی تفاوتی سیاسی و اجتماعی شهروندان آن نسل بر می شمرد. استرلین تاکید می کند که این رفتار در همسنجی با یک نسل کامیاب تر و مرفه تر از نسل سرخورده نمود می یابد. (رحیمی، ۱۳۹۵: ۷۰)

مشکلات اقتصادی که در جامعه وجود دارد به همراه ساختارهای ناموزون اجتماعی، مدیریتی، جمعیتی و فرهنگی و حتی اقلیمی می تواند بر چگونگی علاقمندی و ترجیح فرد به زندگی در ایران در مقابل ترجیح زندگی در کشورهای دیگر دنیا که اکثرا کشورهای پیشرفته و با امکانات بالاست تاثیرگذار باشد و این امر طبق نتایج تحقیق باعث می شود که هرچه ترجیح فرد به زندگی در دیگر کشورها بیشتر باشد به همان اندازه بی تفاوتی نسبت به اعتیاد هم در او بیشتر است.

این امر حاکی از این است که بی تفاوتی نسبت به اعتیاد مقوله است است که از سوی جامعه تعریف می شود و وجوه گوناگون می یابد. یک وجهش در سطح نیروی انتظامی و اقدامات پلیس و ستاد مبارزه با مواد مخدر است اما این امر زمینه های اجتماعی و اقتصادی و فرهنگی را نیز در بر دارد که فرای توان یک سازمان به تنهایی است.

طبق چارچوب نظری تحقیق اگر پیشگیری از اعتیاد، به کارگیری اقداماتی که احتمال ابتلای افراد به اعتیاد را کاهش دهد، در نظر گرفته شود، پیشگیری را باید شامل اقداماتی دانست که قادرند افرادی را که در معرض خطر ابتلاء به سوء مصرف مواد مخدر هستند را از این بلای خانمانسوز دور نگه دارد. و ایشان را از مصرف محافظت نماید. پس منظور از پیشگیری تلاش در جهت کاهش عرضه و تقاضای مواد مخدر است. کاهش عرضه مورد توجه نیروهای مبارزه با مواد مخدر است و کاهش تقاضا مورد توجه قانونگذاران و نظام فرهنگی - آموزشی است. با در نظر گرفتن مشکلات و هزینه آموزش افراد در مورد جلوگیری از مصرف مواد مخدر و گسترش برنامه های پیشگیرانه و مؤثر در این زمینه، میزان قابل توجهی از تقاضا را خواهد

کاست. (عزیزی، ۱۳۸۴: ۲۴) متأسفانه ثابت شده است که پیشگیری مؤثر به همان اندازه آموزش و یا مبارزه با مواد مخدر پیچیده است.

لازمه پیشگیری مؤثر اطلاع رسانی کافی به افراد و شناخت صحیح انواع مواد مخدر توسط خانواده ها و همچنین لزوم شناخت عوامل مؤثر بر اعتیاد می باشد. در این زمینه پیوند افراد و خانواده ها با جامعه و مسئولین خود یک موضوع قابل ملاحظه است. این پیوند را به بیان دیگر می توان مداخلات مشارکت محور نام نهاد که نقطه مقابل آن بی تفاوتی و بیگانگی است. در این اثنا، بیگانگی به عنوان یک مفهوم مجازی و ارزش یابانه است که به شکل بی معنایی و طرد شدن از فرایند اجتماعی ظاهر می شوند.

نتایج تحقیق حاکی از آن است که از مهمترین متغیرهای تاثیرگذار بر بی تفاوتی اجتماعی پیشگیری ثانویه است که تاثیر معکوسی بر بی تفاوتی اجتماعی دارد. این تاثیر برابر با (۰/۴۰۱-) است. می توان گفت که با توجه به تعاریف عملیاتی متغیر ها هر اندازه کمپ هایی با هزینه پایین خدمات درمانی در جهت درمان اعتیاد در اختیار شهروندان قرار گیرد به همان اندازه از میزان بی تفاوتی اجتماعی کاسته می شود. از نکات دیگری که می توان به آن اشاره کرد، برنامه هایی برای اشتغال معتادین پس از ترک است. در این اثنا حمایت دولت از خانواده های معتادین در حال ترک اهمیت زیادی دارد.

معتادین پر خطر که اکثراً به بیماری های سخت همچون ایدز و یا هپاتیت مبتلا هستند، در بین شهروندان احساس وحشت ایجاد می کنند. هر چه تعداد مراکزی که به جمع آوری معتادین پر خطر می پردازند بیشتر باشد به همان میزان از میزان بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد نیز کاسته می شود.

یکی دیگر از مسائلی که می تواند از میزان بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد بکاهد، ارائه برنامه های آموزشی در جهت جلوگیری از بیماری هایی همچون ایدز و هپاتیت به معتادان است. توجه به این امر هم برای شهروندان مهم است و هم خانواده های معتادین.

از طرف دیگر نتایج تحقیق نشان می دهد که به هر اندازه که فرد نسبت به دیگر شهروندان در خود علاقه ببیند و این علاقه با شعاع گسترده تری همراه شود (علاقه به شهر و کشورش) این امر باعث می شود که میزان بی تفاوتی اجتماعی نسبت به مقوله اعتیاد نیز در ایشان کاهش یابد.

در تحقیق پیش رو براساس چارچوب نظری تحقیق متغیرهای زمینه سازی مشارکت اجتماعی و ساختار زمینه ای مشارکت پیشگیرانه نسبت به اعتیاد مطرح شده است. زمینه سازی مشارکت اجتماعی اشاره به این

موضوع دارد که اگر شهروندان تصمیم گرفتند که با دولت ها و سازمان های اجتماعی مشارکت فعالانه ای داشته باشند، تا چه اندازه در جامعه ما ساختارهایی مهیا است که این مشارکت را جذب کند.

مشارکت اجتماعی یکی دیگر از مسایلی است که می توان آنرا محرک اصلی توسعه اجتماعی جوامع در نظر گرفت. تا زمانی که مشارکت گسترده اجتماعی در جامعه وجود نداشته باشد دولت مجبور است هزینه های بسیار گزافی را در زمینه مدیریت بپردازد. اما از طرف دیگر جذب مشارکت مردمی نیازمند فضا سازی یا زمینه سازی منظمی است که شهروندان بتوانند در قالب آن مشارکت اجتماعی قرار دهند. به همین منظور از پاسخگویان خواسته شد تا اظهار دارند که تا چه اندازه در زمینه هایی از جمله حل و فصل مشکلات ساختمان، محله، شهر و تصمیم گیری های دولت زمینه مناسبی برای مشارکت مردمی وجود دارد. متأسفانه نمرات میانگین برای تمامی متغیر ها پایین گزارش شده است .

نیروی انتظامی نیز می تواند نقش موثری بر کاهش بی تفاوتی اجتماعی شهروندان نسبت به اعتیاد داشته باشد. هر اندازه این ارگان زمینه هایی را برای مشارکت فعالانه در انجام مأموریت های محوله ایجاد نماید به همان میزان می تواند از شدت بی تفاوتی اجتماعی نسبت به اعتیاد بکاهد.