



## بررسی علل گرایش به مصرف مواد مخدر (اعتیاد) در شهر اردبیل

سید محمدرضا اسدی<sup>۱</sup> و پرویز پرزور<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۰/۰۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۴/۲۰

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی عوامل فردی، جمعیت شناختی، روان شناختی، اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و جغرافیایی موثر بر گرایش به مصرف مواد در افراد وابسته به مواد شهر اردبیل انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع توصیفی-مقطعی بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه سوء مصرف کنندگان مواد زن و مرد مراجعه کننده به مراکز درمان اعتیاد دولتی یا خصوصی استان اردبیل در نیمه اول سال ۹۷ بود. به همین منظور، ۲۵۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های محقق ساخته استفاده شد. جهت دستیابی به اهداف پژوهش نیز از روش آمار توصیفی استفاده شد. **یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد که عوامل فردی (سطح تحصیلات ابتدایی افراد وابسته به مواد و دوستان آن‌ها، بیکاری و داشتن مشاغل کارگری، پیشنهاد مصرف مواد توسط همکاران محیط کار، شروع مصرف با تریاک)، عوامل خانوادگی (طرد فرد در مشاجرات خانوادگی، مصرف مواد برای فرار از مشکلات خانوادگی، مصرف مواد بعد از شکست عشقی، سابقه اعتیاد در بین اعضای خانواده و عملکرد خانوادگی نامناسب)، عوامل روان شناختی (مصرف مواد برای لذت جویی و خوشگذرانی، مصرف مواد برای حس کنجکاوی، گرایش به رفتارهای پرخطرانه بالا، ناتوانی و ضعف در ابراز وجود و استرس‌های زیاد در سبک زندگی)، عوامل فرهنگی (عدم عضویت و فعالیت در گروه‌های مذهبی، پابندی کمتر به سبک زندگی مذهبی، ناآگاهی از اثرات و عوارض مواد مخدر، معاشرت با دوستان ناباب، قبح شکنی مصرف مواد در جامعه، تبلیغات و کارکرد منفی رسانه‌ها و استفاده بالا از ماهواره)، عوامل اجتماعی (عدم عضویت و فعالیت در گروه‌های اجتماعی و احساس محرومیت اجتماعی)، عوامل اقتصادی (بیکاری و وضعیت اقتصادی ضعیف، احساس محرومیت اقتصادی و فقر) و عوامل جغرافیایی (حاشیه نشینی و بالا بودن میزان بروز جرم و اعتیاد در محل سکونت فرد) در گرایش به اعتیاد افراد وابسته به مواد نقش داشتند. **نتیجه گیری:** با توجه به نتایج فوق، لازم است مسئولین و متخصصان امور نسبت به این علل بومی توجه جدی و برنامه ریزی بیشتری در حوزه پیشگیری داشته باشند.

**کلیدواژه‌ها:** گرایش به اعتیاد، مواد مخدر، علل اعتیاد، اردبیل

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد علوم اجتماعی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران پست الکترونیک:

smrasadi@uma.ac.ir

۲. استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

## مقدمه

اعتیاد پدیده‌ای است که از شش هزار سال پیش به تدریج در تار و پود جوامع بشری رسوخ کرده است. به طوریکه امروزه طیف وسیعی از مردمان جهان را در کام خویش فرو برده و خانواده‌های بسیاری را به پیامدهای منفی مبتلا ساخته و امنیت جوامع را به خطر انداخته است (چاسین، پرسون و روز،<sup>۱</sup> ۲۰۰۷). اعتیاد یا سوء مصرف مواد به حالتی گفته می‌شود که فرد علی‌رغم عواقب و علائم نامطلوب به مصرف ادامه می‌دهد و دچار تغییرات خلقی یا رفتاری و یا اختلالات عصبی ناشی از آن رفتارها می‌شود (آنگریس،<sup>۲</sup> ۲۰۰۸). اعتیاد به مواد یک اختلال مزمن، عود کننده و پیچیده است که طی آن، مصرف مواد با وجود پیامدهای منفی فاجعه آمیز، ادامه می‌یابد (جیلوها،<sup>۳</sup> ۲۰۱۲). این معضل یکی از آسیب‌های مهم اجتماعی در سطح بین الملل و کشور ماست، به طوری که نه تنها سلامت فرد، خانواده و جامعه را به خطر می‌اندازد بلکه موجبات انحطاط روانی و اخلاقی افراد را نیز فراهم می‌آورد (پرزور، علیزاده گورادل، یاقوتی و بشرپور، ۱۳۹۴). وابستگی به مواد به معنای تمایل شدید فرد به ادامه مصرف یک ماده است 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. اعتیاد را می‌توان به عنوان یک حالت پایدار تعریف کرد که در آن ظرفیت فرد برای تنظیم رفتارهای اجباری جستجوی دارو کاهش می‌یابد بدون اینکه خطر پیامدهای منفی جدی این رفتار در نظر گرفته شود (هایمن و مالینکا،<sup>۴</sup> ۲۰۰۱).

مصرف طولانی مدت مواد با ایجاد اعتیاد نه تنها تاثیر سوء در وضعیت اقتصادی و اجتماعی شخص مصرف کننده یا معتاد می‌گذارد، بلکه در تفاهم خانوادگی نیز نقش تعیین کننده‌ای ایفا می‌کند (وراگ،<sup>۵</sup> ۱۹۹۲؛ به نقل از فاضلی و مولوی، ۱۳۸۱). این معضل دیرین دامن گیر اکثریت قریب به اتفاق کشورهای است و تقریباً در کلیه جوامع به طور روز افزونی قربانی می‌گیرد، چنانکه برخی از نویسندگان یکی از مشکلات جدی و حاد جوامع

امروزی را مصرف روز افزون مواد مخدر و داروهای روانگردان می‌دانند و چند دهه‌ی اخیر را «عصر دارو» نامگذاری کرده‌اند. اعتیاد و گرایش به آن، از عوامل مختلفی نشأت گرفته و به آن‌ها نیز متقابلاً تأثیر می‌گذارد. همانگونه که درمان یک بیماری، مستلزم شناخت علت بیماری است، برای درمان اعتیاد در یک جامعه نیز ابتدا باید علت‌های مختلف آن را شناخت (فاضلی و مولوی، ۱۳۸۱).

اعتیاد پیامدهای ناخوشایند بسیاری در پی دارد که می‌توان به از هم پاشیدگی خانواده‌ها و طلاق، فرزندان بی سرپرست، درگیر شدن نسل جوان در این مشکل، به هدر رفتن منابع مالی و اقتصادی کشور، پرشدن زندان‌ها و افزایش سایر انحرافات، اشاره نمود (بابایی فرد و شاهمیرزایی بیدگلی، ۱۳۹۲). بنابراین با توجه به میزان بالای آسیب‌رسانی اعتیاد، پرداختن به علل اعتیاد در هر منطقه و جامعه‌ای امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. برسینگ و فارو<sup>۱</sup> (۱۹۹۰) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که کسانی که به مصرف زیاد مواد مخدر می‌پرداختند، اغلب دارای خانواده‌های آشفته بودند. براساس نتایج مطالعات بروک، نومرا و کوهن<sup>۲</sup> (۱۹۸۹) مصرف‌کنندگان مواد مخدر اغلب بیان می‌کنند که دارای تجارب سخت ناسازگاری و تعارض بین والدین و فقدان انسجام خانوادگی می‌باشند. همچنین نتایج مطالعات ارفورد<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) در خصوص علل اعتیاد در میان دانشجویان آمریکا نشان داده است که اکثر دانشجویانی که معتاد بودند دچار سرخوردگی‌های ساختاری و محیطی بودند. عدم رسیدگی به خواسته‌های عاطفی آنان توسط اجتماع از علل گرایش آنان به اعتیاد است (به نقل از خوانچه سپهر و معروفی، ۱۳۹۳). نتایج مطالعات نذر الاسلام، حسین و احسن (۲۰۰۰) با عنوان جنسیت، سبک‌های زندگی و پایگاه اجتماعی معتادان در بنگلادش، نشان داد که جوانان معتاد با سطح تحصیلات متوسطه، از درآمدهای پایین و متوسط نسبت به سایرین برخوردار بوده و همچنین شدت اعتیاد در مردان متأهل بیشتر از مردان مجرد است و زنان نسبت به مردان کمتر گرایش به

اعتیاد دارند. این محققان تأثیر معاشرت با دوستان معتاد در گرایش افراد به مواد مخدر را تایید کردند.

بابایی فرد و شاهمیرزایی بیدگلی (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند که بین جنسیت، شغل، محل سکونت، درآمد، تحصیلات، شرایط نابهنجار اجتماعی، ارتباطات خانوادگی ضعیف، دوست‌یابی نادرست، عدم موفقیت اجتماعی و اعتیاد رابطه معنادار وجود دارد. بین تعداد افراد خانوار و فقدان تفریحات سالم و اعتیاد رابطه معنادار پیدا نکردند. همچنین مطابق با تحلیل مسیر صورت گرفته در این پژوهش، دوست‌یابی نادرست و ارتباطات خانوادگی ضعیف تأثیر مستقیم با اعتیاد به مواد مخدر دارد. نتایج پژوهش حجاریان و قنبری (۱۳۹۲) که به شناسایی و تحلیل مولفه‌های مؤثر در گرایش جوانان روستایی به اعتیاد در مناطق روستایی شهرستان اصفهان پرداختند، نشان داد که در بین عوامل خانوادگی و میزان مصرف، اختلاف خانوادگی و وابستگی خانوادگی و منزلت شغلی پدر در گرایش به اعتیاد جولان مؤثر بوده است. همچنین طبق یافته‌های این پژوهش، در بین عوامل اجتماعی احساسی آنومی و ارتباط با افراد معتاد مؤثرترین عوامل گرایش جوانان روستایی به مصرف مواد مخدر است. در بین عوامل فردی نیز نشان دادند که افزایش میزان تحصیلات امری بازدارنده در مصرف مواد محسوب می‌شود. باقری، نبوی، ملتفت و نقی پور (۱۳۸۹) در پژوهشی نشان دادند که رابطه معکوس و معنی‌داری بین پایگاه اجتماعی - اقتصادی و شدت اعتیاد وجود دارد. همچنین نتایج این پژوهش رابطه مستقیم و معنی‌داری بین بی‌هنجاری، احساس انزوای طلبی و معاشرت با افراد معتاد با شدت اعتیاد را آشکار ساخت. اما بین متغیرهای سن، وضعیت تاهل و محرومیت نسبی با شدت اعتیاد ارتباط معنی‌داری به دست نیاموردند. یافته‌های پژوهش مولوی و رسول زاده (۱۳۸۳) نشان داد که از بین عوامل مورد بررسی، مهم‌ترین عوامل فردی، اجتماعی و خانوادگی در گرایش جوانان اردبیل به مصرف مواد مخدر را، وجود علائم افسردگی، طلاق و اختلافات خانوادگی، معاشرت با افراد ناباب، سیگار کشیدن و شکست تحصیلی است. احمدی و غلامی آریز (۱۳۸۲) نیز که به بررسی عوامل اقتصادی - اجتماعی مؤثر بر اعتیاد در شهر شیراز پرداختند، نشان دادند که بین پایگاه اقتصادی - اجتماعی معتادان با میزان و شدت اعتیاد

ارتباط معنی داری وجود دارد. همچنین نتایج این تحقیق روشن کرد که معتادانی که از شدت اعتیاد بیشتری برخوردارند، علاقه و دلبستگی کمی نسبت به نهاد خانواده و مدرسه داشته‌اند و پیوند و ارتباط آنان با دیگر نهادهای اجتماعی نیز ضعیف بوده است. یافته‌های پژوهش رحمتی (۱۳۸۱) نشان داد که از بین عوامل مورد بررسی، مصرف موادی مانند سیگار و الکل؛ خانواده، گروه همسالان، و برخی محیط‌های اجتماعی - پارک‌ها، قهوه خانه‌ها، سرباز خانه‌ها و زندان - و برخی عوامل روان شناختی، می‌توانند سبب افزایش آسیب پذیری در برابر گرایش به مصرف مواد مخدر و در نتیجه اعتیاد شود. یافته‌های پژوهش حاجی حسنی، شفیع آبادی، پیرساقی و کیانی پور (۱۳۹۱)، اناری، شفیع تبار و پوراعتماد (۱۳۹۰)، سریع القدم و محمودعلیلو (۱۳۸۹) نشان داد که عوامل روان شناختی از جمله اضطراب اجتماعی و کمروبی در تعاملات و ارتباطات اجتماعی با دیگران، مشکلات و انحرافات شخصیتی، حالت‌های خشم و وضعیت هویتی افراد در گرایش به اعتیاد نقش دارد. فروع‌الدین عدل، صدرالسادات، بیگلریان و جوادی یگانه (۱۳۸۴) در پژوهشی بر نقش عوامل فرهنگی همچون همنشینی و معاشرت با گروه هنجارشکن در گرایش به اعتیاد افراد تأکید کردند.

عوامل مؤثر در اعتیاد را می‌توان در قالب عوامل فردی (فقر معنوی، افسردگی، بیماری، لذت‌جویی، عدم اعتماد به نفس، استقلال طلبی، عدم رشد شخصیت و ناامیدی، تحصیلات پایین)، عوامل خانوادگی (اعتیاد یک یا چند نفر از اعضای خانواده، اختلافات خانوادگی، ضعف سرپرستی والدین، بیکاری والدین خصوصاً بیکاری پدر، کم سواد والدین)، عوامل اجتماعی (محیط مدرسه، دوستان ناباب، تفریحات ناسالم، بیکاری، عدم مقبولیت اجتماعی، فقر فرهنگی، رشد جمعیت، مهاجرت‌های بی‌رویه) و عوامل جغرافیایی و اقتصادی (سکونت در مسیرهای تردد مواد مخدر، سهولت دسترسی به مواد مخدر، فقر و بحران اقتصادی، بیکاری و فرار از مشکلات زندگی) ارائه نمود. همچنین بررسی عوامل زمینه ساز اعتیاد از دو جهت ضرورت دارد: ۱) شناسایی افراد در معرض خطر اعتیاد و اقدام‌های پیشگیرانه لازم برای آنان؛ ۲) انتخاب نوع درمان و اقدام‌های خدماتی، حمایتی و مشاوره‌ای لازم برای معتادان.

بنابراین شناخت علل اعتیاد جز با پژوهش علمی امکان پذیر نیست. بر همین اساس سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که علل گرایش به مصرف مواد مخدر (اعتیاد) در شهر اردبیل کدامند؟

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

این پژوهش از نوع توصیفی-همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش با توجه به بررسی علل گرایش به اعتیاد، شامل سوء مصرف کنندگان مواد (زن و مرد) هستند که در نیمه اول سال ۹۷ جهت ترک اعتیاد به مراکز درمانی دولتی یا خصوصی اردبیل مراجعه نموده‌اند. روش نمونه گیری به صورت در دسترس بود که بعد از اخذ مجوز از ستاد مبارزه با مواد مخدر استان، با مراجعه به مراکز (کمپ‌های) ترک اعتیاد، ۲۵۰ نفر به عنوان نمونه مورد بررسی در نظر گرفته شدند که با همکاری مسئولین کمپ‌ها افراد معتاد به سوالات پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند.

## ابزار

۱- پرسش‌نامه محقق ساخته سنجش عوامل فرضی مرتبط با گرایش به اعتیاد: به دلیل فقدان پرسش‌نامه استاندارد شده در ارتباط با برخی از متغیرهای پژوهش، بر مبنای اطلاعات حاصل از منابع مربوط به این متغیرها و موضوعات، پرسش‌نامه‌های محقق ساخته‌ای تنظیم شد که اکثر سوالات آن در قالب طیف لیکرت ارائه شدند. عوامل فردی و جمعیت شناختی که در این پرسش‌نامه سنجش می‌شد عبارت بودند از: سن، جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سابقه اعتیاد در دوستان، سن ازدواج، نوع شروع مصرف (مواد سبک یا سنگین)، اولین فرد پیشنهاد دهنده برای مصرف، مصرف تفنی، مصرف برای خواص درمانی، مصرف با انگیزه افزایش قوای جنسی، مصرف برای تحمل و فرار از مشکلات زندگی؛ عوامل روان شناختی و خانوادگی مورد سنجش عبارت بودند از: نوع روابط اعضای خانواده، تعارضات زناشویی در خانواده، شیوه‌های فرزندپروری، تعداد اعضای خانواده، سابقه ابتلا در خانواده، تحریک جویی و احساس تنهایی؛ عوامل فرهنگی مورد سنجش عبارت بودند از: الگوی تفریح، دسترسی به امکانات تفریحی در شهر، قبح

شکنی مصرف مواد، استفاده از شبکه‌های ماهواره‌ای، سبک زندگی مذهبی، عدم شناخت از اعتیاد، نقش رسانه‌های عمومی، امکان عضویت و فعالیت در گروه‌های فرهنگی، مذهبی، مصرف در مراسم سنتی. همچنین عوامل اجتماعی و اقتصادی که پرسش‌نامه محقق ساخته سنجش می‌کرد شامل فراوانی و در دسترس بودن مواد، امکان عضویت و فعالیت در گروه‌های اجتماعی، احساس محرومیت اجتماعی، احساس محرومیت اقتصادی، میزان درآمد خانواده، طبقه اقتصادی، وضعیت اشتغال فرد بود. و نهایتاً عوامل جغرافیایی شامل سوآلاتی بود که به بررسی محل سکونت، مرزنشینی، مهاجر بودن فرد از روستا یا شهرهای دیگر، سکونت در محله‌های جرم‌زا و فقیرنشین پرداخته بود. جهت برآورد روایی این پرسش‌نامه از چند تن از روان‌شناسان نظرخواهی شد (روایی محتوایی). همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای پرسش‌نامه ۰/۷۹ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه بهزیستی اجتماعی: این پرسش‌نامه ۳۳ گویه دارد و توسط کیز<sup>۱</sup> (۱۹۹۸) ساخته شده است. در ایران توسط صفاری‌نیا، تدریس تبریزی و علی اکبری دهکردی (۱۳۹۱) به فارسی ترجمه و هنجاریابی شد. از نوع مداد-کاغذی و خودگزارش‌دهی است و دارای ۵ مقیاس همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی و شکوفایی اجتماعی می‌باشد. نمره‌گذاری گویه‌ها با مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً موافقم (۵) تا کاملاً مخالفم (۱) انجام می‌شود. در پژوهش صفاری‌نیا و همکاران (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ کل برابر با ۰/۸۵ گزارش شد.

۳- پرسش‌نامهٔ پرخاشگری اهواز: این پرسش‌نامه شامل ۳۰ گویه است که زاهدی‌فر، نجاریان و شکرکن (۱۳۷۹) ساختند. یک مقیاس خودگزارش‌دهی مداد کاغذی است. نمرهٔ کلی از صفر تا ۹۰ با جمع نمرات گویه‌ها به دست می‌آید. افرادی که در این مقیاس نمرهٔ آنان از میانگین کمتر است، پرخاشگری پایین خواهند داشت. ضرایب آلفای کرونباخ برای افراد غیرمعتاد ۰/۸۴ و برای افراد معتاد ۰/۷۹ گزارش شده است.

۴- ابزار سنجش خانواده: به منظور اندازه‌گیری و سنجش عملکرد خانواده از ابزار سنجش خانواده استفاده شد. این پرسش‌نامه بر اساس مدل مک‌مستر و با هدف توصیف

ویژگی‌های سازمانی و ساختاری خانواده تهیه شده است (اپستین، بیشاپ و بالدوین<sup>۱</sup>، ۱۹۸۳). ابزار فوق برای تمیز خانواده‌های سالم و بیمار، الگوهای تبادلی میان اعضای خانواده را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. عملکرد خانواده در این ابزار شامل این مولفه هاست: ۱. حل مشکل: عبارت است از توانایی خانواده برای حل مسئله به گونه‌ای که تعاملات مؤثر خانواده استمرار یابد. ۲. نقش‌ها: عبارت است از الگوهای تکراری از رفتارها که افراد به وسیله آن‌ها کنش‌های خانواده را تحقق می‌بخشد. ۳. همراهی عاطفی: به درجه و کیفیت علاقه و نگرانی اعضای خانواده نسبت به هم گفته می‌شود. ۴. ارتباط: یعنی خانواده چگونه اطلاعات را مبادله می‌کند. ۵. درگیری عاطفی: به میزان مشارکت و همکاری اعضا در خانواده گفته می‌شود. ۶. کنترل رفتار: الگویی که خانواده برای اداره کردن رفتار در سه موقعیت (جسمانی، روانی زیستی، اجتماعی) اتخاذ می‌کند. لذا مقیاس ابزار سنجش خانواده متناسب با این شش بعد، از شش خرده‌مقیاس برای سنجیدن، به علاوه یک مقیاس دیگر مرتبط با عملکرد کلی خانواده تشکیل شده است. این آزمون پس از تهیه توسط مک مستر بر روی یک نمونه ۵۰۰ نفری اجرا شد. دامنه ضرایب آلفا بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. روایی ملاکی آن نشان داده است این آزمون می‌تواند اعضای خانواده‌های غیر بالینی و بالینی را در هفت خرده‌مقیاس از یکدیگر متمایز سازد (ثنایی، ۱۳۸۹).

۵- پرسش‌نامه ابراز وجود: شامل ۴۰ سوال است و در سال ۱۹۷۵ توسط گمبریل و ریچی<sup>۲</sup> (۱۹۷۵) ساخته شده است. هر سوال بیان یک موقعیت می‌باشد که پاسخ‌دهنده باید میزان امکان اجرایی چنین رفتارهایی را با گزینه‌های خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲)، خیلی کم (۱) مشخص کند. پژوهش انجام شده توسط پیری و شهرآرای (۱۳۸۴) روایی سازه با تحلیل عاملی نشان داده که روی هم ۴۸ درصد کل واریانس ابراز وجود با مولفه‌ها تبیین می‌شود. عامل نخست با ابراز وجود بنیادی هم خوان است که در برگیرنده عمل ساده ابزار و پافشاری بر حقوق و باورها و احساسات است؛ عامل دوم ابراز وجود مقابله‌ای نامیده شده است. این عامل ابراز وجود، بعد مقابله‌ای دارد و در مقابله با



دیگران و در کنش‌های بین فردی مطرح می‌شود. اعتبار بازآزمایی در مطالعه گمبیریل و ریچی (۱۹۷۵) ۰/۸۲ و در پژوهش پیری و شهرآرای (۱۳۸۴) ضریب آلفای کروناخ کل ۰/۸۳ برآورد شده است.

۶- پرسش‌نامه استرس سبک زندگی: جهت سنجش استرس‌های زندگی در نمونه مورد مطالعه استفاده شد. دارای ۲۲ سوال بوده و سوالات به صورت ۴ گزینه‌ای می‌باشند (چادام و پاستیوسزاک<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵). برای گزینه معمولاً امتیاز ۱، گاهی ۲، به ندرت ۳ و هرگز، نمره ۴ در نظر گرفته می‌شود. در این پرسشنامه امتیاز زیر ۲۰ یعنی سبک زندگی بسیار سالم، امتیاز بین ۲۶ - ۲۰ یعنی آسیب‌پذیری پایین نسبت به استرس، امتیاز بین ۳۳ - ۲۷ یعنی آسیب‌پذیری متوسط نسبت به استرس، امتیاز بین ۳۹ - ۳۴ یعنی آسیب‌پذیری بالا نسبت به استرس و امتیاز بیشتر از ۴۰ به معنی آسیب‌پذیری بسیار بالا نسبت به استرس است. این پرسش‌نامه، ترجمه‌ی یک پرسش‌نامه استاندارد خارجی است که به زبان فارسی برگردانده شده است. لذا روایی و اعتبار آن در ایران مورد بررسی قرار نگرفته است (مقیمی و رمضان، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کروناخ ۰/۸۶ به دست آمد.

## روش اجرا

در این پژوهش محققین، به دنبال شناسایی عوامل متعدد اعتیاد در شهر اردبیل بودند. برای جمع‌آوری اطلاعات بعد از اخذ مجوزهای لازم، بعد از انتخاب نمونه آماری از بین جامعه مورد نظر (افراد معتاد)، اهداف مطالعه به آن‌ها توضیح داده شده و از خواسته شد به صورت انفرادی به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند.

## یافته‌ها

در این مطالعه، ۲۴۲ نفر (۹۶/۸ درصد) از افراد نمونه، مرد و ۸ نفر (۳/۲ درصد) زن بودند (N=۲۵۰). دامنه سنی افراد معتاد شرکت‌کننده در پژوهش، بین ۳۱ تا ۴۰ بود. میزان ۸۲/۴ درصد متأهل بوده که بیشترشان (۴۰/۴ درصد) در دامنه سنی ۲۱ تا ۲۵ سالگی ازدواج کرده بودند و غالباً نیز دارای تحصیلات ابتدایی (۳۳/۶ درصد) و راهنمایی (۴۲ درصد) بودند. اکثر افراد مبتلا به اعتیاد، بیکار (۳۱/۲ درصد) بوده و تعداد بیشتری نیز شغل

کارگری (۳۰/۸ درصد) یا آزاد (۲۷/۶ درصد) داشتند. وضعیت اقتصادی آن‌ها غالباً ۸۷/۶ درصد ضعیف یا خیلی ضعیف بود. آماره‌های توصیفی عوامل شناسایی شده از دیدگاه معنادان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی عوامل شناسایی شده از دیدگاه معنادان

متغیرها	گزینه‌ها	فراوانی درصد	متغیرها	گزینه‌ها	فراوانی درصد
	خیلی خوب	۵۵	اصلاً	۲۲	۲۱/۲
دسترسی به امکانات	خوب	۹۴	گاهی اوقات	۳۷/۶	۱۱/۶
	متوسط	۳۲	زیاد	۱۲/۸	۴۰
	پایین	۵۸	خیلی زیاد	۲۳/۲	۱۳/۶
تفریحی امکان	خیلی پایین	۱۱	همیشه	۴/۴	۱۳/۶
	خیلی خوب	۲۳	اصلاً	۹/۲	۲۵/۶
فعالیت در گروه‌های اجتماعی و هنری	خوب	۳۶	گاهی اوقات	۱۴/۴	۳۲/۸
	متوسط	۱۱۶	زیاد	۴۶/۴	۲۴/۴
	پایین	۵۴	خیلی زیاد	۲۱/۶	۱۲/۸
	خیلی پایین	۲۱	همیشه	۸/۴	۴/۴
امکان فعالیت در گروه‌های مذهبی-دینی	خیلی خوب	۴۸	اصلاً	۱۹/۲	۴۱/۲
	خوب	۹۰	گاهی اوقات	۳۶	۲۵/۲
	متوسط	۷۰	زیاد	۲۸	۱۹/۲
	پایین	۲۳	خیلی زیاد	۹/۲	۹/۲
	خیلی پایین	۱۹	همیشه	۷/۶	۵/۲
اقامه نمازهای واجب	اصلاً	۹۶	خیلی کم	۳۸/۴	۲۲
	گاهی اوقات	۶۵	کم	۲۶	۳۰/۴
	زیاد	۶۵	متوسط	۲۶	۳۴/۴
	خیلی زیاد	۱۳	زیاد	۵/۲	۸
	همیشه	۱۱	خیلی زیاد	۴/۴	۵/۲
	خوابیدن	۵۳	همکاران محل کار	۲۱/۲	۳۵/۲
چگونگی گذراندن اوقات فراغت	خوشگذرانی با دوستان	۸۱	اولین فرد	۳۲/۴	۱۸/۴
	ورزش	۳	پیشنهاد دهنده	۱/۲	۱۴
	رفتن به گردش و...	۹	برای مصرف	۳/۶	۳۵
	تماشای تلوزیون	۶۶	مواد	۲۶/۴	۹/۴
	مسجد و اماکن مذهبی	۱۶	بدون پیشنهاد دیگران	۲۶/۴	۶۵
			تریاک	۶/۴	۵۲/۴

جدول ۱: آماره‌های توصیفی عوامل شناسایی شده از دیدگاه معنادان

متغیرها	گزینه‌ها	فراوانی	درصد	متغیرها	گزینه‌ها	فراوانی	درصد
قبل از	مطالعه کتاب	۱۶	۶/۴	اولین مواد	سیگار	۶۵	۲۶
اعتیاد	سایر موارد	۶	۲/۴	مصرفی	مشروبات الکلی	۱۶	۶/۴
	منزل	۴۶	۱۸/۴		قلیان	۲۹	۱۱/۶
اولین	اماکن عمومی	۱۲	۴/۸		سایر مواد	۹	۳/۶
موقعیت	مهمانی دوستان	۱۱۶	۴۶/۴	ارتباطات	صمیمیت والدین با	۷۳	۲۹/۲
برای				خانوادگی و	یکدیگر		
شروع	مهمانی خانوادگی	۳۰	۱۲	نوع ارتباط در	صمیمیت فرزندان با	۲۳	۹/۲
مصرف				خانواده	والدین		
مواد	سربازخانه	۸	۳/۲		صمیمیت فرزندان با	۲۹	۱۱/۶
					یکدیگر		
	دانشگاه	۸	۳/۲		طرد اعضای خانواده در	۱۰۹	۴۳/۶
					صورت مشاجره		
	مراسمات عروسی (ستی)	۹	۳/۶		مشورت با والدین در	۱۶	۶/۴
					صورت بروز مشکل		
	سایر موارد	۲۱	۸/۴		-	-	-
ویژگی-	دوستان (تحصیلات پایین)	۹۸	۳۹/۲		-	-	-
های	دوستان (اعتقادات دینی پایین)	۷۲	۲۸/۸		-	-	-
غالب	دوستان معتاد	۴۷	۱۸/۸		-	-	-
دوستان	دوستان (سابقه سرقت/ارتباط	۱۲	۴/۸		-	-	-
فرد معتاد	با قاچاقچی)				-	-	-
	دوستان (بچه‌های طلاق)	۱۰	۴		-	-	-
	سایر موارد	۱۱	۴/۴		-	-	-

مطابق با جدول فوق، از نظر بیشتر معنادان شهر اردبیل، آن‌ها دسترسی خوبی (۵۹/۶ درصد) به امکانات تفریحی داشتند. هر چند درصد قابل توجهی نیز (۲۳/۲ درصد) دسترسی پایین تری داشته‌اند. میزان ۶۷/۲ درصد از افراد معتاد زیاد تا به صورت مداوم از شبکه‌های ماهواره‌ای استفاده می‌کردند. آن‌ها امکان متوسط (۴۶/۴ درصد) یا پایینی (۲۱/۶ درصد) برای فعالیت در گروه‌های اجتماعی و هنری داشتند. اکثر آن‌ها (۳۲/۸ درصد) گاهی اوقات در گروه‌های اجتماعی و هنری فعالیت داشتند. همچنین اکثر آن‌ها (۵۵/۲

درصد) امکان و دسترسی مناسبی به گروه‌ها و محافل مذهبی داشته‌اند. اما درصد قابل توجهی (۴۱/۲ درصد) یا اصلاً در این گروه‌ها فعالیت نداشتند یا گاهی اوقات (۲۵/۲ درصد) فقط به صورت تفریحی فعالیت داشتند. این نشانگر وضعیت پایین و نامناسب آن‌ها در گرایش به فعالیت‌های مذهبی بوده است. اکثر آن‌ها (۳۸/۴ درصد) در اقامه نمازهای واجب وضعیت نامناسبی داشته و ۵۲/۴ درصد آن‌ها پایبندی کمتری به اعتقادات دینی داشتند. اکثر افراد مبتلا به اعتیاد، اوقات فراغت خود را با معاشرت و خوشگذرانی با دوستان (۳۲/۴ درصد) می‌گذرانند. همچنین تماشای برنامه‌های تلویزیونی (۲۶/۴) نیز درصد قابل توجهی دارد. اکثر آن‌ها (۳۵/۲ درصد) توسط همکاران محیط کارشان، پیشنهاد مصرف مواد دریافت کرده‌اند و فقط ۲۶ درصد بدون پیشنهاد دیگران مصرف مواد داشته‌اند. در ۵۲/۴ درصد آن‌ها اولین ماده مصرفی تریاک بوده است. غالباً (۴۶/۴ درصد) افراد معتاد در موقعیت مهمانی‌های دوستانه و ۱۸/۴ درصد در منزل شخصی خود شروع به مصرف مواد کرده‌اند. درصد قابل توجهی (۴۳/۶ درصد) از افراد معتاد با طرد اعضای خانواده در مشاجرات خانوادگی روبرو شده‌اند. غالباً دوستان آن‌ها به ترتیب افرادی با تحصیلات پایین (۳۹/۲ درصد)، دوستانی با پایبندی‌های مذهبی پایین (۲۸/۸ درصد) و دوستان معتاد (۱۸/۸ درصد) بودند. آماره‌های توصیفی عوامل جغرافیایی موثر بر اعتیاد در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آماره‌های توصیفی عوامل جغرافیایی موثر بر اعتیاد، از دیدگاه معتادین

متغیرها	گزینه‌ها	فراوانی	درصد	متغیرها	گزینه‌ها	فراوانی	درصد
وضعیت محل سکونت	سکونت در محلات حاشیه شهر	۱۳۹	۵۵/۶	میزان بروز	خیلی کم	۲۰	۸
	سکونت در محلات متوسط	۱۰۱	۴۰/۴		کم	۲۳	۹/۲
مهاجرت از روستا به شهر	سکونت در محلات بالای شهر	۱۰	۴	در محل سکونت	متوسط	۹۶	۳۸/۴
	بله	۱۰۳	۴۱/۲		زیاد	۷۶	۳۰/۴
سابقه مرزنشینی	خیر	۱۴۷	۵۸/۸	مهاجرت از سایر شهرستان‌ها	خیلی زیاد	۳۵	۱۴
	بله	۹۸	۳۹/۲		بله	۴۱	۱۶/۴
	خیر	۱۵۲	۶۰/۸			۲۰۹	۸۳/۶

همانگونه که مشاهده می‌شود تعداد قابل توجهی (۵۵/۶ درصد) از افراد معتاد در محلات حاشیه نشین ساکن بوده و ۴۰/۴ درصد در محلات متوسط شهر ساکن بودند. میزان ۴۴/۴ درصد بروز جرم و اعتیاد در محلات خود را زیاد یا خیلی زیاد اعلام کرده‌اند. همچنین ۴۱/۲ درصد افراد معتاد جزء مهاجران از روستاها و ۱۶/۴ درصد نیز جزء مهاجران از شهرستان‌های دیگر بودند. فقط ۳۹/۲ درصد سابقه مرزنشینی داشتند. آمارهای توصیفی عوامل فرهنگی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر اعتیاد در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: آنالیز توصیفی عوامل فرهنگی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر بر اعتیاد

متغیرها	گزینه‌ها	فراوانی درصد	درصد	متغیرها	گزینه‌ها	فراوانی درصد
	تبلیغات و کارکرد منفی رسانه‌ها	۴۰	۱۶	اعتیاد در بین اعضای خانواده	گزینه‌ها	۴۶
	ناآگاهی از اثرات و عوارض مواد مخدر	۷۸	۳۱/۲	مصرف برای فرار از مشکلات خانوادگی	فراوانی درصد	۷۱
عوامل فرهنگی	معاشرت دوستان ناباب، فریب/فشار آن‌ها	۷۵	۳۰	مشکلات خانوادگی والدین	۳۱	۱۲/۴
	عدم شناخت از نحوه اعتیاد به مواد	۲۱	۸/۴		تعارضات زناشویی	۹
عوامل روانی	نداشتن تفریح و سرگرمی سالم	۱۶	۶/۴	شکست عشقی	۶۶	۲۶/۴
	نداشتن عقاید دینی و مذهبی	۲۰	۸	از دست دادن یکی از عزیزان خانواده	۲۷	۱۰/۸
عوامل اجتماعی	لذت‌جویی و خوش‌گذرانی	۱۰۰	۴۰	بیکاری	۱۰۳	۴۱/۲
	حس کنجکاو	۷۶	۳۰/۴	احساس محرومیت اقتصادی	۶۴	۲۵/۶
عوامل روانی	مصرف برای قوت و لذت جنسی	۵۳	۲۱/۲	زندگی در محلات شلوغ و پر جمعیت	۳۲	۱۲/۸
	بیشتر			رفاه مالی بیش از حد	۸	۳/۲
عوامل اجتماعی	تسکین درد جسمی	۱۰	۴	فقر	۳۶	۱۴/۴
	رفع احساس تنهایی و کمبود عاطفی	۱۱	۴/۴	ورشکستگی مالی	۷	۲/۸
عوامل اجتماعی	احساس محرومیت اجتماعی	۵۰	۲۰	-	-	-
	در دسترس بودن مواد مخدر و فراوانی آن	۱۰۸	۴۳/۲	-	-	-
عوامل اجتماعی	قبح‌شکنی از مصرف مواد در جامعه	۵۶	۲۲/۴	-	-	-
	عوامل دیگر مربوط به مسائل اجتماعی	۲۶	۱۰/۴	-	-	-

همانگونه که مشاهده می‌شود مهم‌ترین عوامل موثر در اعتیاد افراد به ترتیب شامل ناآگاهی از اثرات و عوارض مواد مخدر (۳۱/۲ درصد)، معاشرت با دوستان ناباب، فریب یا فشار آن‌ها (۳۰ درصد) و تبلیغات و کارکرد منفی رسانه‌ها (۱۶ درصد) بودند. مهمترین عوامل روانی موثر در اعتیاد افراد به ترتیب شامل مصرف برای لذت‌جویی و خوشگذرانی (۴۰ درصد)، حس کنجکاوی (۳۰/۴ درصد) و مصرف برای قوت و لذت جنسی بیشتر (۲۱/۲ درصد) بودند. مهمترین عوامل خانوادگی موثر در اعتیاد افراد به ترتیب شامل مصرف برای فرار از مشکلات خانوادگی (۲۸/۴ درصد)، شکست عشقی (۲۶/۴ درصد) و اعتیاد در بین اعضای خانواده (۱۸/۴ درصد) بود. مهمترین عوامل اقتصادی موثر در اعتیاد افراد به ترتیب شامل بیکاری (۴۱/۲ درصد)، احساس محرومیت اقتصادی (۲۵/۶ درصد) و فقر (۱۴/۴ درصد) بودند. مهمترین عوامل موثر در اعتیاد افراد به ترتیب شامل در دسترس بودن مواد مخدر و میزان دسترسی (۴۳/۲ درصد) و قبح‌شکنی از مصرف مواد در جامعه (۲۲/۴ درصد) بود. آماره‌های توصیفی متغیرهای مربوط به عوامل خانوادگی و روان‌شناختی موثر در گرایش به اعتیاد در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: آماره‌های توصیفی متغیرهای مربوط به عوامل خانوادگی و روان‌شناختی موثر در گرایش به اعتیاد

متغیرها	مولفه‌ها	میانگین	انحراف- استاندارد	متغیرها	مولفه‌ها	میانگین	انحراف- استاندارد
	نقش‌ها	۲/۲۷	۰/۷۸	همبستگی اجتماعی	۱۴/۴۲	۲/۱۸	
	حل مشکل	۲/۶۱	۰/۸۷	مشارکت اجتماعی	۱۵/۳۷	۲/۲۳	
	همراهی عاطفی	۲/۲۷	۰/۸۹	شکوفایی اجتماعی	۱۸/۳۲	۲/۱۴	
	عملکرد آمیزش عاطفی	۳/۲۶	۰/۹۹	پذیرش اجتماعی	۱۹/۳۴	۲/۸۷	
	ارتباطات	۲/۳۹	۰/۶۷	انسجام اجتماعی	۱۳/۴۲	۲/۱۵	
	کنترل رفتار	۲/۹۸	۰/۸۱	بهبودی اجتماعی کل	۸۰/۸۷	۷/۱۱	
	عملکرد خانواده کل	۲/۶۳	۱/۱۲	پرخاشگری	۵۲/۳۳	۱۲/۸۱	
ابراز وجود	ابراز وجود	۸۶/۳۳	۱۱/۷۸	استرس‌های سبک زندگی	۳۹/۵۶	۸/۵۲	

همانگونه که مشاهده می‌شود با توجه به این که نمره‌ی کل عملکرد خانواده، عددی بین ۱ تا ۴ است و هر قدر نمره به سمت ۴ و بیشتر باشد وضعیت عملکرد خانواده نامطلوب است، بنابراین با توجه به نتایج نمره کل بیشتر از متوسط بوده ( $M=2/82$ ) و از بابت نامطلوب بودن عملکرد خانوادگی افراد معتاد، این مورد قابل بررسی است. همچنین در بهزیستی اجتماعی نتایج نشان می‌دهند افراد معتاد از وضعیت بهزیستی اجتماعی متوسط به پایینی نسبت به نقطه برش آن (نمره ۸۲) برخوردار هستند که قابل تأمل است. میزان پرخاشگری افراد معتاد نیز بالاتر از نمره برش (نمره ۴۵) بوده و پرخاشگری آنان نیز قابل تأمل و بالاست. میزان توانایی ابراز وجود در افراد معتاد نسبت به نقطه برش (نمره ۱۰۰) پایین تر است. میانگین نمرات افراد معتاد در استرس سبک‌های زندگی (۳۹/۵۶) است که آسیب‌پذیری بالا نسبت به استرس را نشان می‌دهد.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی عوامل مرتبط با گرایش به مصرف مواد مخدر در اردبیل بود. نتایج نشان داد که سطح تحصیلات ابتدایی فرد معتاد و دوستان فرد، بیکاری و داشتن مشاغل کارگری، وضعیت اقتصادی ضعیف و یا خیلی ضعیف، اولین پیشنهاد مصرف توسط همکاران محیط کار و شروع مصرف با تریاک از ویژگی‌های فردی اکثر افراد معتاد در شهر اردبیل برای گرایش به اعتیاد بود. این یافته با نتایج برخی مطالعات و پژوهش‌های سابق و مرتبط همخوانی دارد. ستاری، اعظم و محمدی (۱۳۸۲) در پژوهشی تحت عنوان بررسی میزان گرایش به اعتیاد در سنین بالای ده سال در سال ۱۳۸۱ (استان اردبیل) نشان دادند که میزان گرایش به اعتیاد در گروه‌هایی از قبیل بیکاران، بی‌سوادان و خانواده‌های دارای سابقه مصرف مواد بیشتر از گروه‌های مشابه است. دهقانی، زارع، دهقانی، صدقی و پورموحد (۱۳۸۹) در پژوهش خود یکی از مهم‌ترین عوامل گرایش به اعتیاد را بیکاری عنوان کردند. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش حجاریان و قنبری (۱۳۹۲) نیز مبنی بر ارتباط اعتیاد با بیکاری، فراوانی شروع مصرف با تریاک و تعامل و دوستی با افراد معتاد همخوانی دارد. خوانچه سپهر و معروفی (۱۳۹۳) نیز در مطالعه خود تحت عنوان بررسی عوامل مستعد کننده مصرف مواد در افراد متأهل استان کردستان، نشان

دادند که مصرف برای تحمل و فرار از مشکلات زندگی، سابقه اعتیاد در دوستان و پیشنهاد مصرف توسط دوستان از عوامل مستعد کننده اعتیاد است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج مطالعات محمدی، آقاجانی و زهتاب ور (۱۳۹۰) و خوانچه سپهر و معروفی (۱۳۹۳) نیز همخوانی دارد.

نتایج این پژوهش نشان داد که بین عوامل روان شناختی و خانوادگی با گرایش به اعتیاد افراد معتاد ارتباط وجود دارد. «طرد فرد در مشاجرات خانوادگی، مصرف برای فرار از مشکلات خانوادگی، مصرف بعد از شکست عشقی، سابقه اعتیاد در بین اعضای خانواده و همچنین عملکرد خانوادگی نسبتاً ضعیف و پایین (در تمامی ابعاد شامل نقش‌ها، حل مشکل، همراهی عاطفی، آمیزش عاطفی، ارتباطات و کنترل رفتار)» از جمله عوامل خانوادگی گرایش به اعتیاد در اردبیل شناسایی شدند. به عبارت دیگر، هر چه فرد با طرد و عدم توجه در خانواده و با مشکلات خانوادگی و حتی عاطفی بیشتری (مانند شکست‌های عشقی) مواجه شود و سابقه اعتیاد در خانواده فرد وجود داشته باشد، میزان ابتلا و گرایش به اعتیاد نیز بیشتر خواهد بود. یافته‌های این پژوهش در خصوص عوامل خانوادگی مؤثر بر اعتیاد، با پژوهش کماسی، مرادی، زکی‌ئی، امیری و سعیدی (۱۳۸۹) مبنی بر نقش عملکرد خانواده در آمادگی به اعتیاد زنان همخوانی دارد. نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های سیار و اقلیما (۱۳۹۲)، شفیع آبادی، نوابی نژاد، فلسفی نژاد و نجفلوی (۱۳۹۰)، زینالی، وحدت و حامدنیا (۱۳۸۹)، اسکیر، مک کورنیک، نرمال، بوکا و گیلمن (۲۰۰۹) است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که چنانچه خانواده با درگیری و اختلاف و تعارضات خانوادگی مواجه باشد، وضعیت اعضای آن شکل دیگری می‌یابد، در این قبیل موارد معمولاً افراد از خانه گریزان می‌شوند و به دنبال جای امن و یا به اصطلاح مأمّن دیگری می‌گردند که با تعارضات مواجه نباشند. افرادی که همسران پرخاشگر و ناسازگار دارند و یا دارای خانواده‌ای هستند که جاذبه لازم را برایشان ندارد، عموماً خلاء موجود را در کنار دوستان و اغلب دوستان ناباب جبران می‌کنند. اولین خطری که چنین افرادی را تهدید



می‌کند، اعتیاد است (جلالی، ۱۳۹۱). می‌توان گفت که اعتیاد پاسخی به شرایط دشوار و عدم توانایی فرد و خانواده در حل مسائل است. این گونه خانواده‌ها در مقایسه با خانواده‌های عادی در ابراز عواطف و هیجانات مثبت و منفی متناسب با موقعیت کفایت ندارند و به اندازه کافی نسبت به هم علاقه و توجه نشان نمی‌دهند. می‌توان گفت که فقدان توانایی حل مسئله در خانواده بر گرایش به اعتیاد تأثیر گذار است. خانواده‌های افراد معتاد توانایی خود را در زمینه حل مشکل از دست داده‌اند. از سوی دیگر، ابراز عواطف یا به عبارتی ابراز مهر و محبت به یکدیگر و در نظر داشتن هیجانات طرف مقابل در خانواده بخش مهمی از کارکردهای خانواده است. در خانواده‌هایی که مرد معتاد وجود دارد، پاسخ دهی عاطفی ضعیف است و اعتیاد فرد به انزوا و دوری سایر اعضای خانواده و عدم تعلق عاطفی و نزاع بین آن‌ها منتهی می‌شود (سیار و اقلیما، ۱۳۹۲). وجود پدر یا مادر معتاد، می‌تواند عامل مهمی در گرایش سایر اعضای خانواده، به اعتیاد باشد. وجود والدین معتاد در خانواده به عنوان یک الگوی رفتاری، به وجود آورنده زمینه تشویق و ترغیب فرزندان به مصرف مواد مخدر است. وجود آزادی‌های مفرط و معاشرت‌های بی بند و بار، جهل، فقر فرهنگی والدین، عدم احساس مسئولیت آن‌ها و بی توجهی به تربیت کودکان و کشمکش‌های ایجاد شده توسط آنان در درون خانواده از نتایج وجود والدین معتاد و عوامل گرایش به اعتیاد فرزندان است. فرزندان خانواده‌های معتاد، از نظر دریافت مهر و محبت، کنترل، نظارت و بالاخره حمایت پدر و مادر در شرایط گیج کننده و سردرگمی به سر می‌برند، زیرا پدر و مادر معتاد در هنگام مصرف مواد مخدر و ایجاد حالت نشنگی، بسیار خوش خلق و با عطف می‌شوند و نقش نوازشگری بیش از حد آنان، چنان است که فرزندان را به خود وابسته می‌نمایند و در هنگام خماری، چنان لبریز از خشونت و درنده خویی می‌شوند که کمترین احساس واکنشی به نیازهای اساسی فرزندان خودشان نشان نمی‌دهند. در نتیجه کودکانی که در چنین شرایط و ساختار آسیب زایی قرار دارند در تفکر کودکانه خود، به تجربه در می‌یابند که مصرف ماده مخدر را روزه‌ای به سوی محبت و حضانت خوب انسانی می‌پندارند و احتمالاً به همین دلیل است که احساس خوش بینی نسبی به مصرف مواد مخدر در این قبیل کودکان به وجود می‌آید (باوی، ۱۳۸۸).

تأثیر پذیری همسران معتاد از یکدیگر نیز از عوامل نابهنجار و خطرناک است که هر یک از زن و شوهر به علت معاشرت نزدیک و دوام آن و هم چنین برخوردهای جسمانی و جنسی، در تهدید بیشتری قرار دارند. زیرا فرد معتاد سعی می‌کند که همسر خود را به دلایلی آلوده نماید. همچنین برخی محققان پی برده‌اند که نوجوانی که خواهر یا برادر وی مصرف کننده مواد است، بیشتر احتمال دارد که مواد مصرف کننده مواد شود. معلوم شده است که ویژگی‌های شخصیتی برادر بزرگسال بر شخصیت برادر کم سن و سال‌تر، از طریق همانندسازی و الگو برداری اعمال می‌شود. این همانند سازی بین خواهران و برادران، احتمالاً منجر به ارزش‌ها، نگرش‌ها و جهت گیری رفتاری مشترک می‌شود. رابطه میان شخصیت برادر بزرگ‌تر با برادر کم سال‌تر، ممکن است بازتابی از تأثیر عوامل ژنتیکی یا تعلیم و تربیت مشابه و یا هر دو باشد. در خانواده‌های نابسامان که والدین نمی‌توانند به عنوان الگویی برای رفتار فرزندانشان باشند کودک از برادران یا خواهران معتاد خود به عنوان الگو و جانشین والدین استفاده کرده و گرفتار اعتیاد می‌شود (باوی، ۱۳۸۸).

طبق نتایج پژوهش حاضر، مهم‌ترین عوامل روان‌شناختی که در گرایش به اعتیاد موثر بودند عبارتند از: «مصرف برای لذت جویی و خوشگذرانی، مصرف برای حس کنجکاوی، گرایش به پرخاشگری بالا، ناتوانی و ضعف در ابراز وجود و آسیب‌پذیری بالا نسبت به استرس‌های سبک زندگی». به عبارتی دیگر، پرخاشگری بالا، توانایی ضعیف در ابراز وجود در موقعیت‌های مختلف زندگی و آسیب‌پذیری در برابر استرس و سبک زندگی استرس‌زا، مصرف مواد با انگیزه لذت جویی و برای کنجکاوی، از عوامل روان‌شناختی دخیل در گرایش به اعتیاد در افراد معتاد در شهر اردبیل بودند. این یافته با نتایج پژوهش حاجی حسنی و همکاران (۱۳۹۰) مبنی بر رابطه بین میزان پرخاشگری و ابراز وجود با آمادگی به اعتیاد همخوانی دارد. همچنین بالا بودن میزان پرخاشگری در افراد معتاد با نتایج مطالعه و یلز، واکارو و مک نامارا<sup>۱</sup> (۱۹۹۴)، کوپر، فرون، راشل و مادر<sup>۲</sup> (۱۹۹۵)،

1. Wills, Vaccaro, & Mcnamara

2. Cooper, Frone, Russel, & Muder

باشمن<sup>۱</sup> (۱۹۹۷)، اپستین، باتوین، دیاز، ویلیامز و گریفین<sup>۲</sup> (۱۹۸۳) و ناجمان، بور و ویلیامز<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) هماهنگ است. یافته دیگر پژوهش در خصوص پایین بودن ابراز وجود در افراد معتاد با نتایج پژوهش لوریا و لوین<sup>۴</sup> (۲۰۰۵)؛ به نقل از حاجی حسنی و همکاران، (۱۳۹۰) همخوانی دارد. یافته مربوط به بالا بودن میزان مصرف به دلیل حس کنجکاوی با نتایج مطالعه گودرزی و رستمی (۱۳۸۳) مبنی بر بالا بودن تحریک جویی افراد معتاد در مقایسه با افراد عادی، همخوانی دارد. برخی افراد با شرکت در مجالس دوستانه زمانی که می‌بیند دیگران از مواد مخدر استفاده می‌کنند حس کنجکاوی در آن‌ها تحریک شده، به مصرف مواد گرایش پیدا می‌کنند. این امر منجر به مهیا شدن زمینه اعتیاد در فرد می‌شود زیرا ممکن است با اولین مرتبه استفاده در فرد احساس مثبتی ایجاد گردد و باعث تکرار این عمل شود. البته آن‌ها غافل از این هستند که این لذت‌ها زودگذر و خانمان سوز می‌باشد. برخی از افراد نیز برای کنجکاوی و ارزیابی خودشان با تصور اینکه با یکبار مصرف معتاد نمی‌شوند و گاهی حتی برای اینکه قدرت خودشان را به دیگران ابراز کنند به مصرف مواد مخدر تن می‌دهند (جلالی، ۱۳۹۱). در تبیین یافته مربوط به پایین بودن توانایی ابراز وجود افراد معتاد می‌توان گفت افرادی که ابراز وجود کمتری دارند از عزت نفس و خودپنداره ضعیفی برخوردارند و به واسطه همین خودپنداره ضعیف توانایی رد درخواست‌های نامعقول دیگران را ندارند. این افراد ممکن است جهت تقویت خودپنداره ضعیف‌شان حتی در جهت همانندسازی با دوستان معتادشان برآیند تا شاید مورد تأیید آن‌ها قرار بگیرند و از طرد شدن بیشتر نجات یابند.

در تبیین یافته مربوط به بالا بودن میزان پرخاشگری در افراد معتاد می‌توان گفت، افراد با سطوح بالای پرخاشگری معمولاً قدرت کمتری برای کنترل تکانه‌های خود دارند. این ضعف می‌تواند زمینه ساز گرایش به مصرف مواد شود (اسپیلبرگر و ساراسون، ۲۰۰۵). در تبیین دیگری می‌توان گفت که افراد پرخاشگر مصرف مواد را برای سرکوب و چیره شدن بر طغیان درونی خود به کار می‌گیرند. از سوی دیگر این احتمال وجود دارد که

1 Bushman  
2. Epstien, Botvin, Diaz, Willams, & Griffin

3. Najman, Boor & Willyamz,  
4. Luria & Levine  
5. Spielberger & Sarason

رفتار پرخاشگرانه باعث شود از جانب دوستان و همتایان مثبت که در رویارویی با مشکلات و مسائل زندگی واکنشی منطقی و خویشتندارانه نشان می‌دهند، طرد شده و همین امر سبب پیوستن فرد به گروه‌های منحرف می‌شود که به خودی خود می‌تواند زمینه را برای گرایش فرد به مصرف مواد مخدر مهیا کند. براساس نظریه ناکامی - پرخاشگری، چنانچه فرد به علت مشکلات و مسائل شخصی و اجتماعی با موانع روبرو شود، این امر می‌تواند باعث خشم و پرخاشگری او شود. از آنجایی که از نظر فرهنگی و تربیتی در جامعه ممکن است پرخاشگری و اعمال رفتار خشنونت آمیز عملی ناپسند تلقی شود، اینگونه افراد برای غلبه بر هیجانات و نیل به آرامش درونی به موادی نیاز دارند تا ولو به طور موقت آرامشی برای آن‌ها باشد و آن‌ها این اثر را در مواد مخدر می‌یابند (مهرابی زاده هنرمند، فتحی و شهنی بیلاق، ۱۳۸۷).

یافته پژوهش حاضر در خصوص آسیب‌پذیری بالای افراد معتاد در اثر استرس‌های سبک زندگی، با نتایج پژوهش‌های مویترا، اندرسون و استن<sup>۱</sup> (۲۰۱۳)، فیش بین، نواک، کربس، وارنر و هاموند<sup>۲</sup> (۲۰۱۱)، ولز مورو، لاسفیلد و روبرتی<sup>۳</sup> (۲۰۱۰)، زارعی و اسدی (۱۳۹۱) و حاجلو و جعفری (۱۳۹۴) مبنی بر بالا بودن میزان استرس درک شده در افراد معتاد همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مقابله ناکارآمد افراد با عوامل استرس زا در بلندمدت پیامدهای منفی نظیر افسردگی، اضطراب و استفاده از مواد مخدر را به همراه دارد. بنابراین می‌توان گفت که استرس ادراک شده و استرس‌های سبک زندگی عاملی مهم برای مصرف مواد و به دنبال آن بازگشت به مصرف مجدد است.

نتایج این مطالعه نشان داد که عدم عضویت و فعالیت در گروه‌های اجتماعی و مذهبی، پابندی کمتر به سبک زندگی دینی، ناآگاهی از اثرات و عوارض مواد مخدر، معاشرت با دوستان ناباب، فریب یا فشار آن‌ها، قبح شکنی از مصرف مواد در جامعه، تبلیغات و کارکرد منفی رسانه‌ها و استفاده بالا از ماهواره، از مهم‌ترین عوامل فرهنگی و احساس محرومیت اجتماعی جزء عوامل اجتماعی دخیل در گرایش به اعتیاد در شهر اردبیل بودند.

1. Moitra, Anderson, & Stein,  
2. Fishbein, Novak, Krebs, Warner & Hammond

3. Velezmoro, Lacefield & Roberti

این یافته با نتایج پژوهش کوئینگ، جورج، مدور، بلازر و فورد<sup>۱</sup> (۱۹۹۴)، یانگ، هامان، بورلند، فونگ و اومار<sup>۲</sup> (۲۰۰۹)، فروع المدین عدل و همکاران (۱۳۸۳) و خوانچه سپهر و معروفی (۱۳۹۳) همسو است. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که دینداری و عضویت در گروه‌های مذهبی در انجام، تکرار، تثبیت و رشد رفتار اخلاقی نقش برانگیزاننده دارد. خانواده‌های مذهبی سبک زندگی خود را براساس مذهب قرار می‌دهند. سازوکاری که در مذهب وجود دارد و موجب پیشگیری از اعتیاد می‌شود را می‌توان براساس دو نظریه توضیح داد: نظریه مهار اجتماعی و نظریه یادگیری اجتماعی. بر طبق نظریه مهار اجتماعی هم‌رنگی در جامعه بستگی به التزامی دارد که بین افراد و جامعه به وجود می‌آید و آنان را از شکستن قوانین باز می‌دارد. التزام و قرارداد اجتماعی شامل چهار عنصر است: وابستگی، تعهد، پیروی و اعتقاد. نظریه مهار اجتماعی پیش‌بینی می‌کند که اگر افراد در وابستگی، تعهد و پیروی و اعتقاد در سطح بالایی باشند، کمتر مستعد انحراف از هنجارهای اجتماعی از جمله مصرف مواد مخدر خواهند بود. با توجه به این دیدگاه می‌توان اظهار داشت که پایبندی مذهبی فرد را از مصرف مواد مخدر باز می‌دارد. پژوهشگران همواره برای جلوگیری از وابستگی به مواد بر تقویت هرچه بیشتر ایمان، معنویت و اخلاق تأکید دارند و مفهوم مخالف این دیدگاه این معنی را دارد که دامنه انحرافات و از جمله اعتیاد با ایمان و معنویت رابطه معکوس دارد. به طور کلی برای کاهش و کنترل عواملی از قبیل فساد نسل جوان، توسعه و گسترش جرائم، شیوع و گسترش اعتیاد در جامعه کنونی، مطمئن‌ترین راه برای رسیدن به کمال مطلوب مذهب است. دین می‌تواند عامل کنترل اضطراب‌ها، ناامنی‌ها و لغزش‌ها... باشد. یک نیروی بازدارنده درونی قوی مانند دین می‌تواند عفت و پاکدامنی را برای جامعه به ارمغان بیاورد. به طور کلی کسانی که از نظر تقوا و ایمان ضعیف و یا فاقد آن هستند و شناخت و معرفت واقعی را ندارند با اندک سختی و دشواری رنگ می‌بازند و مرتکب بزه می‌شوند. فردی که خود را تحت تاثیر اعتقادات معمول در جامعه نبیند هیچ وظیفه اخلاقی برای هم‌نوا

1. Koenig, George, Meador, Blazer & Ford

2. Yong, Hamann, Borland, Fong & Omar

بودن و رعایت قوانین در نظر نمی‌گیرد، بنابراین هرچه اعتقادات دینی فرد ضعیف‌تر باشد، احتمال بیشتری وجود دارد که مرتکب اعمال انحرافی شود (ممتاز، ۱۳۸۵). در تبیین این یافته که معاشرت با دوستان ناباب و فریب یا فشار آن‌ها در گرایش به اعتیاد نقش دارد، می‌توان گفت که یک فرد مخصوصاً در سنین نوجوانی اغلب تحت تأثیر اعمال، رفتار، گفتار، و افکار دوستان خود قرار می‌گیرد. به طوریکه در همین دوستی‌ها و معاشرت‌های نادرست با دوستان ناباب است که نوجوان یا جوان برای اولین بار به خواش دوست خود که می‌گوید «با یک بار هیچ اتفاقی نمی‌افتد» جواب مثبت می‌دهد. از سوی دیگر، نابرابری‌های اقتصادی و محرومیت‌های اجتماعی نیز از علل اعتیاد محسوب می‌شود. اختلافات طبقاتی در هر جامعه نتیجه‌اش توزیع نابرابر رفاه اقتصادی است که تضاد اجتماعی را به وجود می‌آورد و تضاد اجتماعی خود موجب اعتیاد می‌شود. در این حالت افراد برای رهایی از محرومیت‌های اقتصادی و اجتماعی که قادر به مقابله با بی‌عدالتی و تغییر در وضع موجود نیستند، به مواد مخدر روی می‌آورند تا بطور موقت خود را از واقعیت‌های تلخ جامعه و جهان دور نگه دارند.

نتایج این پژوهش نشان داد که از بین عوامل اقتصادی افراد معتاد در اردبیل، بیکاری و وضعیت اقتصادی ضعیف یا خیلی ضعیف، احساس محرومیت اقتصادی و فقر مهم‌ترین و مؤثرترین عوامل بودند. این یافته با نتایج پژوهش احمدی و غلامی آبین (۱۳۸۳) همسو است. در تبیین عوامل اقتصادی دخیل در اعتیاد می‌توان گفت که بیکاری علاوه بر آنکه فرد را از داشتن درآمد برای ارضای نیازها و زیستن به شیوه‌های آبرو مندانه محروم می‌سازد، سبب فراهم شدن آشنائی فرد با ولگردان، معتادان و دیگر منحرفان و بزهکاران جامعه می‌شود. در مواردی این افراد قسمت عمده‌ای از اوقاتشان در محل‌های جرم‌زا سپری می‌شود که این موارد منجر به انحراف فرد خواهد شد. برعکس، اشتغال به مفهوم عدم بیکاری دارای پیامدهای متعددی است که جامعه به وسیله آن می‌تواند ضمن تأمین زندگی مادی و تضمین سلامت روانی اعضایش، آن‌ها را تحت کنترل درآورده و از انحراف احتمالی آن‌ها بکاهد. به همین دلیل بیشتر جرم‌شناسان معتقدند که افزایش

سال‌های تحصیل، انجام خدمت نظام وظیفه و فراهم بودن تسهیلات ورزشی، باعث کاهش کج رفتاری در میان نوجوانان و جوانان می‌شود.

تأکید بر فقر به عنوان عامل مؤثر در گرایش به اعتیاد به معنای مصونیت ثروتمندان به اعتیاد نیست. چرا که هم فقر و هم ثروت می‌تواند انگیزه اعتیاد را در افراد پدید آورد. لیکن هر یک به تنهایی نمی‌تواند انگیزه استعمال مواد شود، بلکه سایر عوامل نیز باید فراهم باشد تا فقر و یا ثروت منجر به اعتیاد شود. البته شکی نیست که پیامدهای شوم و مخرب فقر در پدید آوردن انحرافات و کجروی‌های اجتماعی به مراتب از پیامدهای ثروت ناگوارتر، وسیع‌تر و قوی‌تر است. یعنی وضعیت فقرا بهانه‌های بیشتری را برای گرایش آنان به اعتیاد فراهم می‌سازد. در حقیقت، دلیل استعمال مواد بین ثروتمندان و فقرا متفاوت است. ثروتمندان بیشتر به دلایلی چون رسیدن به دنیای لذت‌ها و خوشی‌ها به استعمال مواد می‌پردازند و حال آنکه فقرا بیشتر به جهت ناکامی و محرومیت بر اثر برآورده نشدن خواسته‌ها، سوء تغذیه و عدم رشد متعادل جسمی و روحی، بیسوادی و جهل و اعتقاد به خرافات به عنوان مصادیق فقر فرهنگی، سکونت در مناطق جرم‌زا و حاشیه شهرها و دلایلی از این قبیل به استعمال مواد می‌پردازند. نابرابری‌های اقتصادی و حتی احساس محرومیت‌های اقتصادی نیز از علل اعتیاد محسوب می‌شود. اختلافات طبقاتی در هر جامعه نتیجه‌اش توزیع نابرابر رفاه اقتصادی است که تضاد اجتماعی را به وجود می‌آورد و تضاد اجتماعی خود موجب اعتیاد است. نظام طبقاتی هم موجب افزایش انحراف و اعتیاد در میان فقیران شده است. زیرا رابطه تنگاتنگی بین شرایط اقتصادی و آسیب‌های اجتماعی وجود دارد. در موقع تورم و گرانی و بحران‌های اقتصادی؛ آسیب‌های اجتماعی و اعمال خلاف انسان‌ها شدت می‌گیرد و این خود دلیل محکمی است بر اینکه انحرافات و فساد اخلاقی با وضع اقتصادی خانواده‌ها و جامعه رابطه مستقیمی دارد.

نتایج این مطالعه نشان داد که حاشیه نشین بودن و بالا بودن میزان بروز جرم و اعتیاد در محله سکونتی فرد، از جمله عوامل جغرافیایی دخیل در اعتیاد در اردبیل است. این یافته با نتایج پژوهش جلالی (۱۳۹۱) هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که اوضاع و احوال و موقعیت جغرافیایی هر کشور و حتی هر منطقه در گرایش به اعتیاد و نوع آن

متفاوت است. ساکنین شهرها و روستاهایی که در مسیر عبور مواد مخدر هستند به علت سهولت دسترسی به مواد مخدر و همکاری با قاچاقچیان بیشتر در معرض خطر اعتیاد به مواد مخدر قرار دارند. بخشی از استان اردبیل به واسطه همجواری با مرزهای کشور، مهاجرپذیری و دیگر عوامل یکی از مناطقی است که از نظر وقوع جرائم بخصوص تهیه، توزیع و مصرف مواد مخدر مستعد است. در این میان جوانان و نوجوانان بیشتر از اقشار دیگر جامعه در معرض خطر قرار دارند. همچنین در شهر اردبیل محله‌های جرم زایی وجود دارد که معمولاً محل توزیع مواد مخدر در سطح شهر است و بدلیل در دسترس بودن مواد مخدر، گرایش به آن آسانتر صورت می‌پذیرد. بدیهی است چنانچه این محیط‌های آلوده مهار نشود و متولیان آن به نحوی نتوانند از عهده مسئولیت محوله برآیند افرادی که از این محیط‌ها وارد جامعه می‌شوند افرادی نالایق و سربار خواهند بود و در مواردی به مواد مخدر روی می‌آورند.

از سوی دیگر، یکی از اثرات نامطلوب رشد شتاب زده شهرنشینی، پدید آمدن پدیده فقر شهری (حاشیه نشینی) به طور عام و پهنه‌های مسکونی حاشیه نشین و جزیره‌های فقر شهری به طور خاص است. این پدیده در اکثر شهرهای کشورهای در حال توسعه مشاهده می‌شود. محله‌های جرم‌زا به محله‌هایی اطلاق می‌شود که ارتکاب جرائم از قبیل توزیع مواد مخدر و گاهی تولید این مواد به آسانی در آنجا صورت می‌گیرد. در این محله‌ها گاهی باندها یا شبکه‌های توزیع مواد شکل می‌گیرد و به فعالیت می‌پردازد. این محله‌ها با مرزهای کالبدی نسبتاً مشخصی از محیط شهری مجاور خود جدا شده و از جانب آن محیط انگ انحراف و پایین بودن منزلت اجتماعی می‌خورد. این مسئله باعث می‌شود که تمایل به ارتکاب جرم در افراد افزایش پیدا کند. در مجموع شکی نیست که عامل محیط در شکل‌گیری بزه نقش مهمی را ایفاء می‌نماید و بطور جدی باید مورد توجه قرار گیرد. محیطی که انسان‌ها برای زندگی خود برمی‌گزینند، می‌تواند به عنوان یک عامل جرم‌زا زمینه‌های لازم برای ناهنجاری رفتاری و بزهکاری را فراهم سازد (جلالی، ۱۳۹۱).

استفاده صرف از گزارشات پرسشنامه‌ای از محدودیت‌های پژوهش بود. استفاده از طرح تحقیق همبستگی که امکان استنباط نتایج علی را فراهم نمی‌سازد نیز از محدودیت‌ها



بود. نتایج این تحقیق در رابطه با عوامل گرایش به اعتیاد در اردبیل با نمونه گیری در دسترس انجام شده است، لذا در تعمیم پذیری آن به سایر مناطق کشور باید احتیاط نمود. با توجه به تاثیر برخی عوامل که به آنها اشاره شد و تجربیات و نتایج تحقیقات دیگر، پیشنهادات زیر ارائه می‌شوند: (۱) ایجاد ارتباطات دو طرفه بین خانواده و محیط‌های اجتماعی و افزایش سطح آگاهی و شناخت خانواده در مورد آثار سوء مصرف مواد مخدر. (۲) پرهیز خانواده‌ها از تنش و اختلاف در منزل و محیط خانواده، مخفی نمودن اختلافات خود از فرزندان و حل و فصل اختلافات به صورت موثر، تا فرزندان در محیط آرام به زندگی خود ادامه دهند و از فراری شدن فرزندان از محیط خانواده جلوگیری شود. (۳) تهیه و تنظیم و ارائه یک سبک و الگوی زندگی مناسب برای زندگی در عصر کنونی و ارائه آموزش هنر و مهارت‌های حل مسئله، ارتباطات فردی و اجتماعی به خانواده‌ها از سوی مراکز ذیربط. (۴) تدوین و ارائه برنامه‌های آموزشی در جهت ارتقاء مهارت ابراز وجود، پرورش قوای ذهنی و توانایی‌های کنترل خشم و پرخاشگری، آموزش مهارت نه گفتن به جوانان و نوجوانان در مقابل تعارف به مصرف مواد مخدر، آموزش شیوه‌های زندگی بدون استرس‌های کاذب و مضر از سوی خانواده‌ها، نهادهای آموزشی و رسانه‌های جمعی. (۵) آموزش و اشاعه فرهنگ سلامت و غنی‌سازی مفید اوقات فراغت از طریق تقویت فعالیت‌های جایگزینی ورزشی، هنری با اهداف نشاط، شادمانی و ایجاد تحرک در قشر جوان در مناطق مذکور از سوی ارگان‌ها و نهادهای ذیربط. (۶) ارائه امکانات و اماکن تفریحی مانند سینما، اماکن ورزشی، پارک و شهر بازی در مناطق فاقد این امکانات توسط ادارات و سازمان‌های ذیربط (نظیر ارشاد اسلامی، تربیت بدنی، شهرداری) برای غنی‌سازی اوقات فراغت افراد. (۷) صدا و سیما به عنوان رسانه پر مخاطب در کشور که همه اقشار جامعه نیز از آن بهره‌مندند نقش اساسی در آگاه‌سازی قشر جوان از پیامد و آسیب‌های ناشی از مصرف مواد مخدر صنعتی و روان‌گردان دارد. لذا با ایجاد و لحاظ برنامه هفتگی و دعوت از کارشناسان ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور، معاونت مبارزه با مواد مخدر ناجا، روان‌شناسان و سایر ادارات و سازمان‌هایی که مسئولیتی در این خصوص دارند، می‌توان برنامه‌های صدا و سیما را از کیفیت مطلوبی برخوردار نمود. هر چند در

استان اردبیل این برنامه‌ها به نحو مطلوبی نیز در حال برگزاری است. ۸) آگاه‌سازی و ارتقاء سطح دانش و بینش جوانان از آسیب‌ها و مضرات و اثرات سوء ناشی از مصرف مواد مخدر از طریق مدارس، دانشگاه‌ها، اجتماعات مذهبی و تهیه و تنظیم بروشور در خصوص مواد مخدر و پیامدهای ناشی از مصرف آن توسط نیروی انتظامی و سایر ارگان‌های مرتبط با موضوع و توزیع آن در بین جوانان و نوجوانان در مناطق مذکور. ۹) جلوگیری از دسترسی آسان به مواد مخدر با اجرای طرح‌های مبارزه با مواد مخدر و حمایت مادی و معنوی از خانواده زندانیان و خانواده‌های آسیب‌پذیر و محروم. ۱۰- تقویت مهارت‌های روان‌شناختی و خانوادگی افراد با برگزاری مستمر برنامه‌ها به صورت محله یا مسجد محور (بالاخص در محلات حاشیه‌نشین) و ارائه آموزش‌های لازم در محلات (مسجد محور) در خصوص مهارت‌های دوست‌یابی سالم. در پایان ذکر این نکته لازم است که انجام تحقیقات و پژوهش‌های بیشتر به منظور شناسایی علل، درمان و پیشگیری ضروری است و بدون تحقیق و پژوهش‌های متعدد امکان دستیابی به راهکارهای علمی و عملی تحقق نخواهد یافت. لذا پیشنهاد می‌شود که در حوزه‌های مختلف سبب‌شناسی، درمان و پیشگیری راهکارهای علمی و عملی آن، مورد تحقیق بیشتری واقع شود.

### منابع

- احمدی، حبیب و غلامی آریز، محسن (۱۳۸۲). بررسی عوامل اقتصادی-اجتماعی مؤثر بر اعتیاد: مطالعه موردی معتادان اردوگاه پیربنان شهر شیراز. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۲ (۵)، ۱۰۲-۸۱
- اناری، آسیه؛ شفیع‌تبار، مهدیه و پور اعتماد، حمیدرضا (۱۳۹۰). بررسی و مقایسه وضعیت اختلال اضطراب اجتماعی و کمروبی در مردان معتاد و غیرمعتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۵ (۱۷)، ۷-۲۰.
- بابایی فرد، اسداله و شاه میرزایی بیدگلی، محمد (۱۳۹۲). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد در بین افراد متأهل شهر آران و بیدگل. *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۴ (۲)، ۱۸۶-۱۵۵.
- باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملتفت، حسین و نقی پور، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده ی اعتیاد در شهراواز. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۱ (۲)، ۱۳۶-۱۱۹.

باوی، ساسان (۱۳۸۸). *اعتیاد، انواع مواد، سبب شناسی، پیشگیری، درمان*. اهواز: انتشارات دانشگاه آزاد اهواز

پرزور، پرویز؛ علیزاده گورادل، جابر؛ یاقوتی زرگر، حسن و بشرپور، سجاد (۱۳۹۴). اثربخشی روان درمانی مثبت گرای مبتنی بر کیفیت زندگی بر بهبود کیفیت زندگی معتادان به مواد افیونی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۹ (۳۵)، ۱۴۸-۱۳۷.

ثنایی، باقر (۱۳۸۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت.

حاجلو، نادر و جعفری، عیسی (۱۳۹۴). نقش استرس ادراک شده، هیجانخواهی و حمایت اجتماعی در اعتیاد. *فصلنامه روان شناسی سلامت*، ۴ (۱۶)، ۵۳-۴۰.

جلالی، حمید (۱۳۹۱). *علل گرایش جوانان و نوجوانان شهرستان دلیجان به مواد مخدر و راهکارهای مقابله با آن*. پایان نامه کارشناسی ارشد حقوق. دانشکده حقوق و علوم سیاسی، دانشگاه تهران.

حاجی حسنی، مهرداد؛ شفیع آبادی، عبدالله؛ پیرساقی، فهیمه و کیانی پور، عمر (۱۳۹۱). رابطه‌ی بین پرخاشگری، ابراز وجود و افسردگی با آمادگی به اعتیاد در دانشجویان دختر دانشگاه علامه طباطبایی، *مجله‌ی دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۳ (۳)، ۷۴-۶۵.

حجاریان، احمد و قنبری، یوسف (۱۳۹۲). شناسایی و تحلیل مولفه‌های اجتماعی مؤثر در گرایش جوانان روستایی به اعتیاد در مناطق روستایی شهرستان اصفهان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷ (۲۷)، ۶۷-۷۸.

خوانچه سپهر، شیرزاد و معروفی، فخرالدین (۱۳۹۳). *بررسی عوامل مستعدکننده مصرف مواد مخدر در افراد متاهل استان کردستان*. طرح پژوهشی ستاد مبارزه با مواد مخدر کشور.

دهقانی، خدیجه؛ زارع، اصغر؛ دهقانی، حمیده؛ صدقی، هاجر و پورموحّد، زهرا (۱۳۸۹). شیوع و عوامل مرتبط با سوء مصرف مواد مخدر در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۱۸ (۳)، ۱۴۹-۱۶۴.

رحمتی، محمد مهدی (۱۳۸۱). عوامل مؤثر در شروع مصرف مواد مخدر، با اشاره به وضعیت معتادان زن. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۱ (۱)، ۱۳۱-۱۵۰.

زارعی، سلمان و اسدی، زهرا (۱۳۹۱). مقایسه‌ی ویژگی‌های شخصیتی و سبک‌های مقابله با استرس در نوجوانان معتاد و بهنجار. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۲۲ (۵)، ۸۷-۱۰۴.

زاهدی فر، شهین؛ نجاریان، بهمن و شکر کن، حسین (۱۳۷۹). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش پرخاشگری. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، ۷(۲)،

۷۳-۱۰۲

زینالی، علی؛ وحدت، رقیه و حامدینیا، صفر (۱۳۸۶). بررسی زمینه‌های پیش‌اعتیادی معتادان و مقایسه‌ی آن‌ها با افراد سالم غیر معتاد. *مجله‌ی دانش و پژوهش در روان‌شناسی*، ۹(۳۳)، ۱۶۸-۱۴۹.

ستاری، بهزاد؛ اعظم، احد و محمدی، محمد علی (۱۳۸۲). بررسی میزان گرایش به اعتیاد در سنین بالای ده سال در سال ۱۳۸۱ (استان اردبیل). *رفاه اجتماعی*، ۹، ۲۸۲-۲۶۳.

سریع‌القدم، زهرا و محمود علیلو، مجید (۱۳۸۹). مقایسه ابعاد سه‌گانه شخصیتی معتادان مرد خودمعرف و افراد بهنجار. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۴(۱۳)، ۷۲-۶۱.

سیار، ثریا و اقلیما، مصطفی (۱۳۹۰). مقایسه کارکرد خانواده در مردان متأهل معتاد و غیر معتاد. *مجله علوم پیراپزشکی و توان بخشی مشهد*، ۲(۲)، ۳۵-۴۱.

شفیع آبادی، عبدالله؛ نوابی نژاد، شکوه؛ فلسفی نژاد، محمدرضا و نجف‌لوی، فاطمه (۱۳۹۰). مقایسه الگوی تعاملات خانوادگی دارای عضو وابسته به مواد و عادی و ارائه‌ی راهبردهای مداخله‌ای. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۳)، ۲۶۴-۲۸۳.

سفاری‌نیا، مجید؛ تدریس تبریزی، معصومه؛ علی اکبری دهکردی، مهناز (۱۳۹۳). رواسازی و اعتباریابی پرسشنامه بهزیستی اجتماعی در زنان و مردان ساکن شهر تهران. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۱۸، ۱۱۵-۱۳۳.

فاضلی، عصمت و مولوی، فاطمه (۱۳۸۱). بررسی مصرف مواد مخدر در میان معتادان مرد در ایران. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۱(۱)، ۵۲-۴۰.

فروع‌الدین عدل، اکبر؛ صدرالسادات، جلال؛ بیگلریان، اکبر و جوادی یگانه، محمدرضا (۱۳۸۳). تأثیر همنشینی و معاشرت با گروه هنجارشکن و گرایش جوانان به اعتیاد. *فصلنامه‌ی رفاه اجتماعی*، ۴(۱۵)، ۳۱۹-۳۳۲.

کماسی، سعید؛ مرادی، طاهره؛ زکی‌ئی، علی؛ امیری، محمد مهدی و سعیدی، مژگان (۱۳۸۹). رابطه مهارت‌های زندگی و عملکرد خانواده در زنان معتاد. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۴(۱۳)، ۸۹-۹۶.

گودرزی، محمدعلی و رستمی، دانشور (۱۳۸۳). مقایسه میزان تحریک جویی افراد سوء مصرف کننده تریاک با افراد بهنجار. *فصلنامه اعتیادپژوهی*، ۲(۶)، ۸۵-۹۶.

- محمدی، ابوالفضل؛ آقاجانی، میترا و زهتاب ور، غلام (۱۳۹۰). ارتباط اعتیاد، تاب آوری و مولفه های هیجانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷(۲)، ۱۴۲-۱۳۶.
- مقیمی، سید محمد و رمضان. مجید (۱۳۹۰). *پژوهشنامه مدیریت*، جلد پنجم، تهران: انتشارات راه دانش.
- مولوی، پرویز و رسول زاده، بهزاد (۱۳۸۳). بررسی عوامل موثر در گرایش جوانان به مصرف مواد مخدر. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۶(۲۱)، ۴۹-۵۵.
- مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ فتحی، کیهان و شهنی ییلاق، منیجه (۱۳۸۷). بررسی افسردگی، هیجان خواهی، پرخاشگری، سبک های دلبستگی و وضعیت اقتصادی اجتماعی به عنوان پیش بین های وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر شهر اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ۱۵(۱۹)، ۱۷۴-۱۵۳.

## References

- Angres, D. H. & Bettinardi-Angres, K. (2008). The disease of addiction: origins, treatment, and recovery. *Disease-A-Month*, 54(10), 696-721.
- Brissing, P. & Farrow, J. A (1990). A new look at gender difference in drinking and driving in flunkies experiences and attitudes among new among new adolescent drivers, *Health Education & Behavior*, 17(2), 213-221.
- Brook, J. S., Nomura, C., & Cohen, P. (1989). Prenatal, perinatal, and early childhood risk factors and drug involvement in adolescence. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 115(2), 221-241.
- Bushman, B. J. (1997). Effect of alchole on human aggression: Validty of proposed explanations. *New York: plenum press*.
- Chadam, J. & Pastuszak, Z. (2005). Marketing aspects of knowledge-based management in groups of companies: case of Poland. *Industrial Management & Data Systems*, 105 (4), 459-475.
- Chassin, L., Presson, C. C., Rose, J. & Sherman, S. J. (2007). What is addiction? Age related differences in the meaning of addiction. *Drug Alcohol Depend*, 87(1), 30-38.
- Cooper, M. L., Frone, M. R., Russel, M. & Muder, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions. A motivational model use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69-990-1005.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M. & Bishop, D. S. (1983). The Macmaster model of family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180.
- Epstien, J. A., Botvin, G. J., Diaz, T., Willams, C., & Griffin, K. (2000). Aggression, victimization, and problem behavior among inner-city minority adolescent. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9, 51-66.
- Fishbein, D.H., Novak, S., Krebs, C.P., Warner, T.D. & Hammond, J. (2011). The Mediating Effect of Depressive Symptoms on the Relationship between Traumatic Childhood Experiences and Drug Use Initiation. *Addictive Behaviors*, 36(5), 527-531.

- Gambrill, E. D., & Richie, C. A. (1975). An Assertion Inventory for Use in Assessment and Research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.
- Hyman, S. E & Malenka, R. C. (2001). Addiction and the brain: the neurobiology of compulsion and its persistence. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(10), 695-703.
- Jiloha, R. C. (2012). Biological Basis of tobacco addiction: Implication for smoking – cessation treatment, *Jornal of psychiatry*, 5(2), 301-307.
- Keyes, C. L. M. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61, 121- 140.
- Koenig, H. George, L, K. Meador, K. G. Blazer, D. G. & Ford, S. M. (1994). Religious practices and alcoholism in a southern adult population. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 225- 231.
- Moitra, E., Anderson, B. J. & Stein, M.D. (2013). Perceived stress and substance use in methadonemaintained smokers. *Drug and Alcohol Dependence*, 133(2), 785- 788.
- Najman, M., Boor, N. & Willyamz, M. (2009). Multiple risk factor Model predicting cannabis use and use disorders: a longitu dinal study. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 35, 376-399.
- Nazrul Islam, S. K, Hossain, K. J. & Ahsan, M. (2000). Sexual life style, drug habit and socio-demographic status of drug addicts in Bangladesh. *Public Health*, 114(5), 389-92.
- Orford, J. (1994). Empowering family and friends: a new approach to the secondary prevention of addiction. *Drug and Alcohol Review*, 13(4), 417-429.
- Skeer, M., McCornick, M., Normal, S. T., Buka, S. L., & Gilman, S. E. (2009). A Prospective study of familial conflict psychological stress and the development of substance use disorders in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence*, 104(1- 2), 65-72.
- Spielberger, C. D. & Sarason, I. G. (2005). Stress and Emotion. (volume17). *New York, Rutledge*.
- Velezmoro, R., Lacefield, K. & Roberti, J. W. (2010). Perceived stress, sensation seeking, and college students' abuse of the Internet. *Computers in Human Behavior*, 26 (6), 1526-1530.
- Wills, T. A., Vaccaro, D., & Mcnamara, G. (1994). Novelity seeking, risk taking and related constructs as predictors of adolescent substance use. *Journal of Substance Abuse*, 6, 1-20.
- Yong, H., Hamann, S, L., Borland, R., Fong, G. T & Omar, M. (2009). Adult smokers' perception of the role of religion and religious leadership on smoking and association with quitting: A comparison between Thai Buddhists and Malaysian Muslims. *Social Science & Medicine*, 69, 1025–1031.