فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی، سال شانزدهم، شماره شصت و پنجم، ص۳۸۰-۳۵۵، پاییز ۱۴۰۱
Scientific Quarterly of Research on Addiction, Vol. 16, No. 65, P 355-380, Autumn 2022

مقاله پژوهشی
Research Article

توسعه ناپایدار و شیوع اعتیاد در روستاها (موردمطالعه: روستای امامزاده شهرستان ارومیه)*

محمدصادق فتح‌اللهی[۱]، حسین ایمانی جاجرمی[۲]

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۲۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۳

چکیده

هدف: هدف اصلی پژوهش حاضر کشف زوایا و ابعاد پنهان چیستی، چرایی، چگونگی و پی‌آمدی شیوع اعتیاد در فرآیند توسعه ناپایدار روستایی و نامتوازن شهری، سنجش شدت و ضریب دامنه شیوع اعتیاد در روستا، و ارایه یک نظریه مبنایی برای انجام پژوهش‌های پیمایشی در پژوهش‌های آتی از یک طرف و کشف وضعیت انتقال دامنه اعتیاد از سنین خاکستری به دامنه سنی پایین و جوان و تغییر الگوی سنتی اعتیاد به مواد صنعتی از طرف دیگر بود. **روش**: پژوهش حاضر بر اساس روش نظریه بنیانی با استفاده از مصاحبه نیمه ساختارمند بود که مطابق با مدل استراس کوربین طراحی شد و از دو گروه مطلعین روستا (به تعداد ۱۷ نفر) و افراد وابسته به مواد روستا (به تعداد ۳۳ نفر) تشکیل شد. **یافته‌ها**: مواد پرمصرف در این روستا به ترتیب تریاک، روان گردان‌ها از جمله شیشه و سایر مواد صنعتی و ضریب شیوع اعتیاد در سال‌های اخیر با مبدا سال ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۹ سالیانه حدود ۳۵ در هزار یعنی حدود ۳/۵ درصد بود. شرایط علّی روستا با محوریت توسعه ناپایدار آن و سرریز مسائل و آسیب‌های شهری شهرستان ارومیه به دلیل توسعه نامتوازنش با شرایط زمینه‌ای موجود در ساختار روستا و افراد وابسته به مواد و با دخالت و میانجی‌گری متغیرهای موثر، بستر را برای ضریب شیوع بالای اعتیاد در این روستا فراهم می‌سازد که پی‌آمدهای آن در صورت عدم اقدام مداخله‌ای شایسته، افزایش ضریب شیوع و شدت یافتن میزان توسعه نیافتگی روستای امامزاده ارومیه در آینده خواهد بود. **نتیجه‌گیری**: پیامدهای نگران‌کننده توسعه نامتوازن، ازدیاد اختلال کارکردی روستا، کاهش همبستگی اجتماعی، تشدید نابرابری اجتماعی، اشاعه مضاعف اعتیاد، فروپاشی سرمایه اجتماعی و غیره همگی هشدارهای نگران‌کننده‌ای هستند که باید برایشان چاره‌اندیشی عاجلانه کرد.

کلیدواژه‌ها: شیوع اعتیاد، توسعه، روستای امامزاده، نظریه مبنایی

* این مقاله برگفته از رساله دکتری نویسنده اول در دانشکده علوم اجتماعی دانشگاه تهران می‌باشد. همچنین، این رساله مورد حمایت مالی ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری بوده است. بدین وسیله مراتب تشکر و قدردانی را از ستاد مبارزه با مواد مخدر اعلام می‌دارد.

۱. دانشجوی دکتری جامعه‌شناسی اجتماعی روستایی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.
۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه جامعه شناسی توسعه روستایی، دانشکده علوم اجتماعی، دانشگاه تهران، تهران، ایران. پست الکترونیک: imanijajarmi@ut.ac.ir

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

مقدمه

افزایش روزافزون اعتیاد در کشور از یک طرف و شیوع آن در روستاهای ایران از طرف دیگر، اهمیت تلاش‌های جدید علمی و به‌ویژه جامعه‌شناسی را برای کشف، توصیف و تبیین واقعیت‌های آن دوچندان می‌کند. این اهمیت برای کشف لایه‌های پنهان آسیب اجتماعی اعتیاد و شیوع آن، به‌ویژه از نگاه و تفسیر معتادان و مطلعین اجتماع روستایی، بسیار زیاد است و به همین دلیل می‌تواند یک کشف مهم و جدید برای شناخت موانع و پی‌آمدهای توسعه ناپایدار روستایی باشد. علاوه براین، این‌گونه مطالعات پژوهشی و مقاله‌های مبتنی بر آن، بسترها و افق‌های نظری جدیدی را برای پژوهش‌های کمی و پیمایشی فراهم می‌آورد. در جهان امروزی، شیوع اعتیاد به مواد مخدر یک پدیده جهانی هست و پی‌آمدها و کارکردهای گسترده و عمیقی در جوامع درگیر و مبتلا به اعتیاد ایجاد می‌کند، از این روی می‌بایست ابعاد پدیده مزبور به تکرار، وسیع و عمیق، پژوهش و بررسی شود. به تعبیر کاستلز[1] (۱۳۸۰)، «آثار و پی‌آمدهای مواد مخدر در فساد اداری، سیاسی، شکل‌گیری باندهای جنایت‌کار و تشدید خشونت، پول‌شویی، افزایش جرائم، انتقال بیماری‌های خطرناک، موجب شده است که از شیوع و مصرف مواد مخدر نه‌تنها به‌عنوان یک بحران و مسئله جدی جوامع شهری و روستایی یاد شود، بلکه باید آن را یک بحران جهان نامید». باوجود اینکه پدیده مواد مخدر و شیوع آن جهانی است ولی در کشور ایران تولید، فروش، مصرف و مهم‌تر نوع شیوع آن، ویژگی‌های خاص خود را دارد. ازاین‌روی در سال‌های اخیر، مسئله اعتیاد در ایران و به‌طور خاص در روستاهای آن به یک معضل بزرگ و پیچیده تبدیل‌شده و ابعادی فراتر از یک مشکل اجتماعی پیداکرده است و یکی از موانع رشد و توسعه اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و سیاسی کشور شده است و به قول مدنی (۱۳۸۴)، «امروز هیچ‌کس در صحت چنین گزاره‌ای شک ندارد».

اگر مسئله فراتر از آسیب، انحراف، جرم و... باشد و به صورت وضعیت و ساحتی تعریف شود که محیط خود را دچار تعارض، ناسازگاری، تضاد و بی‌تعادلی می‌کند (مهاجری، ۱۳۹۶)، آن هنگام قضاوت می شود که آسیب، انحراف و برخی از جرم‌های

1. Castells

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

مرتبط و ناشی از مصرف مواد مخدر و شیوع اعتیاد از یک مسئله حل‌نشده‌ی نشات می‌گیرد که این مسئله به‌طور عمده و نخستین یک مسئله اجتماعی است که در روابط، مناسبات ساختارهای اجماعی تنیده است و باید تبیین جامعه‌شناختی شود. واقعیت تلخ رنگ اعتیاد که به‌حق از آن در ادبیات عامه به‌عنوان بلای خانمان‌سوز یاد می‌شود، در کشور ایران و براساس مشاهدات میدانی پژوهش‌گر در جامعه فراگیر پژوهش حاضر، آذربایجان غربی و به‌ویژه در جامعه موردمطالعه و پژوهش یعنی "روستای امام‌زاده ارومیه"، رو به فزونی و شیوع است. البته این فزونی به‌ویژه در مصرف شیشه در برخی از شهرهای کشور هم گزارش‌های مشابه دارد. برای مثال مصرف شیشه در شهری مانند تهران ۲۵ برابر شده است (زکریایی، ۱۳۹۳). فزونی و شیوع اعتیاد زمانی مهم‌تر می‌شود که پی‌آمدهای رفتاری معتادان و پی‌آمدهای شیوع اعتیاد در میدان مناسبات و ارتباطات اجتماعی، اجتماع/محیط زندگی و به‌طور خاص فرآیند توسعه روستایی را به‌شدت تحت تأثیر قرار می‌دهد. فرد معتاد نه‌تنها نیروی جسمانی و عقلانی خود را تحت تأثیر مصرف مواد مخدر از دست می‌دهد؛ بلکه قسمتی از نیروی جسمانی و امکانات اقتصادی را که می‌تواند درراه سازنده‌تری مصرف شود، به مصرف سوء خود اختصاص می‌دهد. بنابراین توجه به مشکلات و آسیب‌های مصرف مواد مخدر در مناطق روستایی، از موضوعات مهم و قابل‌توجه در وضعیت کنونی جامعه جهانی در فرآیند توسعه آن است (سام آرام، کردونی، دغاغله و افقه، ۱۳۸۷). ازاین‌روی اعتیاد و آسیب‌های ناشی از آن، ساحت و ساختار اجتماعات روستایی ایران و فرآیند توسعه‌ی آن را دچار اختلال کارکردی نموده و قربانیان زیادی را از جوامع روستایی می‌گیرد.

وضعیت پیدایش و ضریب شیوع اعتیاد در روستاهای ایران و افزایش فراوانی معتادان روستایی، نسبت به گذشته به حدی متفاوت و زیاد شده است که آن را به یکی از ۴ مسئله و آسیب اجتماعی حاد تبدیل نموده است. بر اساس نتایج یافته‌های پژوهش و پیمایش شیوع‌شناسی اعتیاد در مناطق روستایی، سرعت و شدت اعتیاد در روستاهای استان آذربایجان غربی بیش از سه برابر (بیش از ۳۰۰ درصد) شده است. به‌عبارت‌دیگر سرعت ضریب شیوع و فرآیند اعتیاد و معتاد شدن روستاییان در استان آذربایجان غربی در سال

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

۱۳۸۶ حدود ۲/۶ بوده است که در سال ۱۳۹۴ این رقم به ۹/۳ می‌رسد. ضریب شیوع اعتیاد در سال ۱۳۹۴ در روستاهای استان آذربایجان غربی حدود ۳۸ درصد است و این میزان نسبت به میانگین روستاهای ایران ۲۵ درصد و نسبت به میانگین روستاهای پر شیوع سایر استان‌های ایران حدود ۲۰ درصد بیشتر است. دامنه سنی معتادان روستاهای آذربایجان با ۴۱ درصد در دامنه سنی ۱۵ تا ۲۹ سال قرار دارد و درمجموع حدود ۶۸ درصد معتادان روستایی در دامنه سنی ۱۵ تا ۴۴ سال قرار دارند (صرامی، قربانی و مینویی، ۱۳۹۲). ضریب شیوع مواد اعتیادآور صنعتی و افزایش معتادان بسیار زیاد و در حدود ۳۰۰ درصد است و همچنان شیب افزایش آن به‌شدت در حال افزایش روزافزون است. به‌عبارت‌دیگر، معتادان این روستا حدود ۱۷ نفر معتاد مسن با مصرف ماده سنتی (به‌طور عموم مصرف‌کننده تریاک) بودند که در حال حاضر به حدود ۷۰ نفر معتاد بیش‌تر جوان و با مصرف مواد صنعتی (به‌طور عموم مصرف‌کننده شیشه) افزایش پیداکرده است[1].

ضریب شیوع بالای اعتیاد در جمعیت روستایی ازیک‌طرف و شیوع آن در دامنه گروه‌های سنی جوان و واقع در سن کار و اشتغال و هم‌چنین تغییر در نوع مصرف (از سنتی به صنعتی) از طرف دیگر، وضعیت ساحت و ساختار روستاها و به‌ویژه در روستای امام‌زاده ارومیه را دچار اختلال شدید کارکردی و در حوزه توسعه‌ای دچار ناسازگاری، تضاد، بی‌تعادلی کرده است. مهم‌تر این‌که اجتماع روستایی مزبور از این وضعیت به‌شدت نگران است و تمایل به تغییر در این وضعیت را دارد. بنا به تجربه زیسته پژوهش‌گر، مشاهدات میدانی او، مصاحبه با مسئولین مدیریتی و امنیتی استان، روستایی که در گذشته‌های نه چندان دور با آسیب‌های اجتماعی کم‌تری زندگی ساده و آرامی را تجربه می‌کرد، به وضعیتی گرفتار شده است که در حیات خویش شاهد، آسیب‌های اجتماعی و اقتصادی مانند، طلاق، خشونت‌های خانگی، سرقت، بی‌کاری، طرد از خانه و روی‌آوری به زندگی مجردی و شبانه، تمایل شدید به لذت‌های آنی، فقدان روحیه پس‌انداز و سرمایه‌گذاری و ... را در حال تجربه کردن است.

۱. این یافته‌ها و مشاهدات میدانی و اکتشافی پژوهش‌گر با یافته‌های پژوهش پیمایش ملی شیوع اعتیاد در ایران هم‌خوانی دارد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

ازنظر جامعه‌شناسی معاصر که در شناخت کنش‌های افراد جامعه، واقعیت‌های اجتماعی و پدیده‌های آسیبی چون اعتیاد و شیوع آن از رویکردهای تلفیقی و آمیخته بهره می‌برد؛ در سطح ساختاری/ عینی، فضای روستای امام‌زاده ارومیه، شاید دچار یک مسئله‌ی اجتماعی در حوزه مدرنیزاسیون و مناسبات توسعه‌ی شهری با روستایی شده است که روستاهای بیشتری در استان آذربایجان غربی و سایر استان‌های کشور کماکان به این وضعیت دچار هستند. آیا وضعیت موجود و به‌ویژه فرآیند پیدایش اعتیاد صنعتی و شیوع آن در میان جوانان روستای امام‌زاده ارومیه، با توسعه نامتوازن شهری و سرریز مسئله و آسیب‌های آن به روستاهای پیرامون ارتباط دارد؟. آیا به تعبیر کرمون (طالب و عنبری، ۱۳۹۴) وضعیت مزبور نه رشد واحد جغرافیایی و اجتماع روستای امام‌زاده بلکه توسعه فضای روستای مزبور و ساختارهای آن را دچار بی‌سازمانی و کج کارکردی نموده و اختلال کارکردی پیش‌آمده دوباره موجب افزایش اعتیاد و سایر آسیب‌های اجتماعی خواهد شد. البته روایت معتادان از شرایط و فرآیند اعتیادشان در سطح خرد و ذهنی، می‌تواند لایه‌های عمیق شیوع اعتیاد را بازگویی کند و با تماتیک کردن یافته‌های آن به کمک شیوه و روش گرندد تئوری، می‌توان توصیف و تبیینی نوین و روشنی در این مسئله ارائه نمود.

انواع مواد مخدر بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و ویرایش پنجم[1] مطرح‌شده است که مواد مخدر و اعتیاد را در ۹ رده به شرح ذیل طبقه‌بندی می‌کند. ۱- وابستگی به الکل[2]، ۲- مسمومیت با کافئین[3]، ۳- وابستگی به کانابیس[4] (مشتقات گیاه شاهدانه) مانند حشیش[5]، گراس[6] یا علف و کانابیس صنعتی)، ۴- وابستگی به مواد

[1]. این مفهوم قبلاً به‌عنوان DSM-V شناخته‌شده است که نسخه پنجم برنامه‌ریزی شده از انجمن روان‌پزشکی آمریکا (APA) است؛ و درواقع یک راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی است DSM-5 در ماه مه سال ۲۰۱۳ انتشار یافت و جایگزین DSM-IV که آخرین بار در سال ۲۰۰۰ تجدیدنظر شده است.

2. alcohol
3. caffeine
4 .cannabis
5. marijuana
6. grass

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

توهم‌زا[1]،۵- وابستگی به مواد استنشاقی[2] (مانند چسب، بنزین و غیره)، ۶- وابستگی به مواد افیونی[3] (شامل تریاک[4]، هروئین، تمجیزک غیره ...)، ۷- وابستگی به مواد آرام‌بخش[5] (شامل مواد آرام‌بخش، خواب‌آور و یا ضد اضطراب، بنزودیازپین‌ها[6])، ۸- وابستگی به مواد محرک[7] (موادی مانند آمفتامین[8]، شیشه، کوکائین[9]) و ۹- وابستگی به مواد دیگر (ابراهیمی مقدم، ۱۳۹۵). کارشناسان سازمان بهداشت جهانی اعتیاد به مواد مخدر را عبارت می‌دانند؛ از مسمومیت تدریجی یا حاد که به علت استفاده مستمر یک دارو اعم از طبیعی یا ترکیبی ایجاد می‌شود و به حال شخص و اجتماع زیان‌بخش است که موجب گرایش روزافزون به مواد مخدر، تمایل شدید و مقاومت‌ناپذیر برای به دست آوردن مواد و مصرف آن و وابستگی روانی و جسمانی با آثار مواد مخدر، بی‌تفاوتی به جامعه و زیان‌آور بودن برای اجتماع می‌شود. هم‌چنین به تعبیر نگل[10]، «اعتیاد حالت فردی است که در اثر مداومت در استعمال یک داروی خاص مخدرآور، خویشتن‌داری خود را ازدست‌داده و درنتیجه در استعمال مواد و دارو، افراط می‌کند و به حال خود و اجتماع مضر است (آمسلینگر[11]، ۱۹۷۳). برای شناخت دقیق‌تر و به‌ویژه کارکردی از اعتیاد باید کارکردگرایانه به پی‌آمدهای مواد مخدر در فرآیند اعتیاد در ایجاد یک معتاد و اجتماع/ جامعه اعتیاد زده توجه کرد تا با توجه به نشانگان یک فرد معتاد به واژه‌های اعتیاد و مواد مخدر دقیق‌تر پی برد، چرا که در مطالعه حاضر تأثیر این موارد بر فرآیند سلامت، امنیت و توسعه یک اجتماع مانند اجتماع روستای امام‌زاده ارومیه است.

از اولین مطالعات منسجم جامعه‌شناختی در مورد مسائل توسعه‌ای و شیوع اعتیاد در ایران، پژوهش سام آرام و همکاران در سال ۱۳۸۷ هست که به بررسی "زمینه‌ها و عوامل گرایش به موادمخدر و نیز میزان شیوع مصرف آن در میان جوانان روستاهای شهرستان اهواز" پرداخته است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد گرایش به مواد مخدر در محیط‌های

1. hallucinogen
2. inhaler
3. opioid
4. opium
5. drugs relaxation
6 .benzodiazepines
7. stmiulant drugs
8. amphetamines
9. cocain
10. Negell
11. Amslinger

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

روستایی نسبتاً بالاست و مواردی چون گسترش بیکاری، دسترسی آسان به مواد مخدر و ارتباط با افراد معتاد در گرایش جوانان روستایی به مواد مخدر و شیوع اعتیاد در روستا مؤثراست. هم‌چنین زارع، فرهادی و مطیعی لنگرودی در سال ۱۳۹۰ "عوامل مؤثر بر گسترش اعتیاد در نواحی روستایی مطالعه موردی دهستان چهار دولی غربی شهرستان قروه" را مورد بررسی قراردادند. نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش بر اثرگذاری عوامل گذران اوقات فراغت، بی‌کاری نزدیکان و دوستان معتاد، ازهم‌پاشیدگی نظام خانواده و پی‌آمدهای ناشی از آن، ماجرای شکست در ازدواج، کنجکاوی، استفاده دارویی از مواد مخدر و از همه مهم‌تر به وجود آمدن ناهنجاری‌های فرهنگی جدید مصرف مواد مخدر به‌عنوان تنقل مهمانی‌های شبانه، اشاره و تأکید دارد. به عنوان نمونه‌ای از تاثیرات نابهنجاری ساختاری و تغییرات سبک زندگی در نهاد خانواده، ذکر می‌کنند: «...محققان پیشین به این نتیجه رسیده‌اند که روابط والدین با جوانان که مبتنی بر مهربانی، مشاوره، حمایت و احترام متقابل بین آنها همراه با اقتدار و کنترل متعادل است، عاملی بسیار قدرتمند جهت حفاظت فرزندان از انحرافات جامعه از جمله گرایش به سمت مواد مخدر بوده است...» (قدرتی، محمدی پور و مفاخری، ۱۴۰۰)

"شناسایی و تحلیل مؤلفه‌های اجتماعی مؤثر در گرایش جوانان روستایی به اعتیاد در مناطق روستایی شهرستان اصفهان" پژوهشی از حجاریان و قنبری در سال ۱۳۹۲ است. نتایج پژوهش‌شان، نشان داد که در بین عوامل خانوادگی و میزان مصرف، اختلاف خانوادگی، وابستگی خانوادگی و منزلت شغلی پدر مؤثر بود. هم‌چنین، در بین عوامل اجتماعی احساسی آنومی، گرایش مسائل مذهبی و دینی و ارتباط با افراد معتاد، مؤثرترین عوامل گرایش جوانان روستایی به مصرف مواد مخدر بود. در بین عوامل فردی نیز افزایش میزان تحصیلات امری بازدارنده در مصرف مواد به دست آمد. هم‌چنین اکبریان رونیزی و صادقی (۱۳۹۶) به "تحلیل عوامل مؤثر بر گرایش به اعتیاد در مناطق روستایی موردمطالعه دهستان رونیز" پرداخته‌اند. نتایج پژوهش مزبور نشان می‌دهد که عوامل فردی و خانوادگی مهم‌ترین نقش را در گرایش به اعتیاد دارند و مهم‌ترین مؤلفه‌های مؤثر در جلوگیری از گرایش به اعتیاد که در فرآیند برنامه‌ریزی باید به آن‌ها

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

توجه داشت، ایجاد و تحول فرصت‌های شغلی و نیز توسعه امکانات گذران اوقات فراغت در محیط‌های روستایی است.

از پژوهش‌گران خارجی، هرز[1] (۲۰۰۰) به "بررسی علل افزایش مصرف مواد مخدر در روستاهای نبراسکا (اوماها)" پرداخته‌است. نتایج تحقیق نشان داد در بازه زمانی ۱۹۹۰ تا ۱۹۹۸ شیوع استعمال مواد مخدر در روستاهای نبراسکا، افزایش ۱۰ درصدی داشته است. هم‌چنین اندازه‌گیری الگوهای مصرف در چهار ناحیه روستایی و مقایسه‌ی آن با نواحی شهری انجام شد و نتیجه افزایش تعداد معتادان در نواحی روستایی نسبت به نواحی شهری را به دلیل دسترسی راحت به مواد مخدر و تغییر الگوی زندگی در نواحی روستایی نشان داد. هم‌چنین کیشور، گراگ و مازمیل[2] (۲۰۰۷) به بررسی "شناخت علل گرایش به دخانیات در روستاهای واردها در هند" پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد اکثر پسران توتون و دختران ناس استعمال می‌کردند و مهم‌ترین علل گرایش به اعتیاد همسالان و دوستان ناباب، تأثیر بزرگان و تفریح هستند. لاکشمی‌نارایانا و سینگ[3] (۲۰۰۹) به بررسی علل گرایش به اعتیاد و پیامدهای آن و ارائه‌ی راهکار مناسب برای پیشگیری و درمان اعتیاد در مناطق روستایی راجستان هند پرداختند. نتایج تحقیق نشان داد ۹۷ درصد معتادان مرد و ۳ درصد زن هستند. مهم‌ترین دلیل اعتیاد، اقتصاد و سپس درمان دردها است. تریاک مهم‌ترین ماده مخدر مصرفی است. در همین راستا نتایج پژوهش وانش، ناکامتو، بهونیک و ماسلو[4] (۲۰۰۹) نشان می‌دهد در روستاهای ویرجینیا آمریکا، نسبت مصرف مواد اعتیاد در روستاها نسبت به شهرها شایع‌تر است و افزایش مرگ‌ومیر بر اساس استفاده از مواد مخدر و داروهای غیرمجاز بیش‌تر است هم‌چنین ۳۷ در صد معتادان زن هستند.

در پژوهشی بسیار نزدیک به موضوع پژوهش حاضر، نگوین، راب و گروت[5] (۲۰۱۵) در موضوع توسعه روستایی، با عنوان " بررسی آسیب‌پذیری فقر و رفاه شهروندان روستایی روستاهای ویتنام" به بررسی رابطه میان توسعه و آسیب اقتصادی و اجتماعی فقر در

1. Herz
2. Kishore, Garg & Muzammil
3. Lakshminarayana & Singh
4. Wunsch, Nakamoto, Behonick & Massello
5. Nguyen, Raabe & Grote

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

روستاهای سه استان کشور ویتنام پرداختند که نتایج‌اش نشان می‌دهد، مهاجرت‌های روزانه، فصلی و دائمی با اهداف کار و تحصیل بر رفاه شهروندان روستایی سه استان ویتنام بسیار قابل تامل است و در کاهش آسیب‌های اجتماعی و به‌ویژه کاهش آسیب اقتصادی و اجتماعی فقر زیاد است.

براساس این که در یک اجتماع کوچک که به‌طور عمده با خصوصیات گروه‌های نخستین که با ویژگی‌هایی از روابط عاطفی و چهره به چهره تشکیل‌شده است، آسیب اجتماعی و رفتار انحرافی مانند اعتیاد و اعمال مجرمانه فروش مواد مخدر شکل می‌گیرد و از نظارت و تنبیه شرمسارانه اجتماع در امان می‌ماند؛ همچنین باتوجه به این که بسترهای شیوع سریع و با شیب تند آن فراهم می‌شود و به تعبیر دورکیم گذر آن از مرز آستانه تحمل جامعه و تبدیل آن به یک حالت مرضی و آسیب اجتماعی، پی‌آمدها و کارکردهای منفی را برای روستانشینان و توسعه روستایی ایجاد می‌کند وکارکردهای روستا را دچار اختلال‌های کارکردی در فرآیند توسعه می‌نماید، پرسش اصلی پژوهش این است؛ با توجه به عوامل روانشناختی، ساختارهای فرهنگی و اجتماعی روستای امام‌زاده ارومیه به‌عنوان یک عامل ساختاری و عینی چه بسترهایی برای پدیدار شدن پدیده مزبور و تعریف، تفسیر و روایت سوژه‌های پژوهش به‌عنوان یک عامل خرد و ذهنی از فرآیند شیوع اعتیاد در روستا، نظریه تلفیقی شایسته و با کفایت در این موضوع حمایت می‌کند؟ چنان‌چه بررسی ادبیات پژوهشی نشان می‌دهد، نه‌تنها پژوهش‌های مرتبط با شیوع اعتیاد در روستاها، کم‌تر است، بلکه پژوهش‌های مرتبط با توسعه روستایی و شیوع اعتیاد در روستا، بسیار ناچیز و کم است. نظام مفهومی و نظری پیشینه پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است.

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

جدول ۱: توزیع ادبیات نظری براساس نظریه پردازان، مفاهیم کلیدی و تبیین کنندگی از پیدایش و شیوع اعتیاد

ردیف	نظریه ها	نظریه پردازان	مفاهیم و اصطلاح های کلیدی	تبیین عوامل پیدایش و شیوع اعتیاد در فرآیند توسعه روستایی
۱	نظریه‌های زیستی و روانی	لامبروزو، فروید، انسان شناسان، جسمانی و زیستی، روان شناسان	تیپ زیستی، ارث، جسم، روان، ساختارهای روانی و جسمانی	ساختار جسمانی و روانی تبیین‌کننده رفتارهای انحرافی هر فرد است.
۲	پخش فضایی	آسیب شناسان جغرافی پایه	کارکردهای فضایی، باورهای فرهنگی تسهیل کننده، فضاهای بی دفاع	آسیب اعتیاد به شرطی زایش، اشاعه و پخش فضایی در روستا می‌گردند و در آن بازنمایی می‌شوند که با دو متغیر مهم و تسهیل‌گری مانند فضا و فرهنگ روستایی (فقر فرهنگی و فرهنگ فقر) ترکیب می‌شوند.
۳	احساس محرومیت نسبی زمانی	تدرابرت گر	فرصت‌های دستیابی به امکانات، احساس محرومیت شدید، نابرابری، محرومیت.	هرچه احساس محرومیت در فرد افزایش یابد زمینه برای طرد اجتماعی و در نهایت، در افتادن در ورطه آسیب و انحراف اجتماعی اعتیاد افزایش خواهد یافت.
۴	بی‌سازمانی اجتماعی		بی‌سازمانی اجتماعی، سازگاری با تغییرات، خود تنظیمی موثر	جریان تحولات شتابان اجتماعی، امکانات و شرایط برابر برای همه اقشار جامعه در راستای سازگاری با تغییرات ایجاد شده فراهم نمی‌شود و همین شرایط، زمینه‌ساز آسیب‌پذیری همین اقشار می‌شود.
۵	پیوندهای اجتماعی/نظریه فشار	اگنیو، ولد	محرک منفی، هیجان‌های منفی، دستیابی به اهداف، سرشکستگی، پیوند ضعیف	فشارهای ساختاری بر فرد و فقدان پیوندهای قوی افراد با جامعه سبب ناتوانی آنها در رو در رویی با منابع فشار شده در نتیجه با رشد احساس شکست و سرخوردگی در فرد زمینه برای رفتار انحرافی اعتیاد فراهم می‌شود.
۶	پیوند افتراقی/ انتقال فرهنگی	ساترلند	هم نشینی، انتقال فرهنگی	فرد معتاد در طول زندگی خود از طریق معاشرت با دیگران، انگیزه‌ها، گرایش‌ها و ارزش‌های انحرافی اعتیاد را فرا می‌گیرد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

جدول ۱: توزیع ادبیات نظری براساس نظریه پردازان، مفاهیم کلیدی و تبیین کنندگی از پیدایش و شیوع اعتیاد

ردیف	نظریه ها	نظریه پردازان	مفاهیم و اصطلاح های کلیدی	تبیین عوامل پیدایش و شیوع اعتیاد در فرآیند توسعه روستایی
۷	برچسب زنی	لمبرت و هوارد بکر	سازه‌گرایی، قانون، برچسب، هم نوایی	دیگران توانایی آن را دارند که سایرین را به همنوایی با هنجارهای خود وادار و تعریف خویش از انحراف معتاد را بر دیگران تحمیل نمایند.
۸	تضاد/ انتقادی	کوئینی،	سرمایه انسانی، انزوای اجتماعی،سلطه، از خود بیگانگی، طبقات اجتماعی	بروز و ظهور آسیب‌های اجتماعی در گذر جوامع توسعه نیافته به سمت توسعه، اجتناب ناپذیر است. افراد در معرض آسیب در موقعیت فرودست و زیر سلطه گرفتار آسیب شده‌اند.
۹	عدم تطابق/ بی‌هنجاری		بی‌هنجاری، ارزش ها، هنجارها، اهداف، وسایل، شعائر گرا، انزوا طلب، نوآور، شورشی و هم نوا	زمانی که چشمداشت‌های فرهنگی با واقعیت‌های اجتماعی سازگاری ندارد، فرد گرفتار رفتار انحرافی مانند اعتیاد می‌شود. روستایی که در فرآیند تغییرات توسعه‌ای دچار بی‌هنجاری می‌شود، شرایط پیدایش و شیوع اعتیاد در آن فراهم می‌شود.
۱۰	کنترل اجتماعی	هیروشی	گسست پیوندها، پیوند اجتماعی، کنترل فردی، کنترل اجتماعی، همه‌گیری انحراف، کنترل ضعیف	افزایش جمعیت، جایگزینی کنترل رسمی نهادها به غیررسمی شده است. وظیفه نهادهای مهم کنترل‌اجتماعی، اجتماعی کردن افراد است که ضعف در این نهادها موجب بروز رفتارهای نابهنجار و از جمله اعتیاد می‌شود.
۱۱	آنومی	دورکیم، رابرت بورسیک، رابرت توماس، زنانیکی سمپون،	سلامت اخلاقی، نظم هنجاری، تنظیم کنندگی، وجدان جمعی، نظم، ثبات، بی هنجاری، همبستگی اجتماعی، تضاد هنجاری	شرایط اقتصادی و تغییرات اجتماعی سریع، علل مستقیم جرم و بزهکاری هستند، بلکه علاوه بر عوامل مزبور، بی سازمانی اجتماعی باعث تحلیل رفتن کنترل اجتماعی غیررسمی در درون اجتماع روستایی شده و میزان احتمال پیدایش اعتیاد و شیوع آن را افزایش می‌دهد.

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

جدول ۱: توزیع ادبیات نظری براساس نظریه پردازان، مفاهیم کلیدی و تبیین کنندگی از پیدایش و شیوع اعتیاد

ردیف	نظریه ها	نظریه پردازان	مفاهیم و اصطلاح های کلیدی	تبیین عوامل پیدایش و شیوع اعتیاد در فرآیند توسعه روستایی
۱۲	کارکردگرایی ساختی	پارسونز و جامعه شناسان کارکردگرا	اختلال کارکردی، آنومی، همبستگی اجتماعی، بعد هنجاری، پذیرش اجتماعی، پذیریش اجتماعی، نظام، جامعه پذیری	اگر در نظام‌های اجتماعی اختلال روی دهد، حس همبستگی و انسجام در جامعه را مختل کرده و فرد را از نظر الگوی رفتاری دچار مشکل نموده و آنومی را در وی تقویت می‌نماید که از این لحاظ، گرایش به انحراف‌هایی چون اعتیاد به مواد مخدر اجتناب ناپذیر است.
۱۳	فقرزدایی/تله محرومیت و فقر	رابرت چمبرز، بانک جهانی	بی قدرتی خانوار، فقر، توسعه نیافتگی، توسعه روستایی، دور افتادگی، طرح CD	خوشه‌های پنج‌گانه فقر با هم ارتباط علی دارند و به صورت "دور باطل فقر" و یا "تله محرومیت" در فرآیند توسعه نیافتگی روستایی عمل می‌کنند.
۱۴	ترویج/ استراتژی‌های توسعه روستایی		توسعه یکپارچه، استراتژی توسعه، نظام	توسعه یک پارچه روستایی با افزایش تولید، بهبود سطح دانش و انگیزش، ارائه خدمات گوناگون، بهبود و اصلاح شبکه ارتباطی، به سازی مسکن، تنوع بخشی به اشتغال، اصلاح و انتظام شبکه‌های مکانی و فضایی سکونت گاه و محیط‌های روستایی، تعدیل و کاهش آسیب های اجتماعی از جمله اعتیاد باز طریق استراتژی‌های رادیکال، تکنوکراتیک و اصلاح طلبانه ممکن می‌شود.
۱۵	توسعه منابع روستا	چیتامبار	منابع انسانی، منابع طبیعی، آموزش، تجارب زیسته	باید ترکیب نسبتا کاملی از منابع طبیعی شامل زمین‌های زراعی و غیر زراعی، آب، جنگل ها، بیشه ها، مراتع و ... را با بزرگ ترین منبع روستا، یعنی شهروندان روستا نشین با برنامه ریزی‌های ویژه و مدبرانه ترکیب کرد و در فرآیند توسعه روستایی استفاده کرد.

مسئله محوری جامعهٔ روستایی کشور بی‌سازمانی ناشی از تضاد میان سنت و مدرنیسم در محیط‌های روستایی است که خود برخاسته از تعریف نامناسب و نادقیق سنت‌گرایی و

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

نوگرایی در جامعهٔ می‌باشد و مجموعه‌ای از مسائل اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی در جامعه روستایی موجب آسیب‌پذیری آن به اعتیاد شده‌اند. از این روی هدف اصلی پژوهش حاضر، کشف زوایا و ابعاد پنهان چیستی، چرایی، چگونگی و پی‌آمدی شیوع اعتیاد در فرآیند توسعه ناپایدار روستایی و نامتوازن شهری و سنجش شدت و ضریب دامنه شیوع اعتیاد در روستا و ارایه یک نظریه مبنایی برای انجام پژوهش‌های پیمایشی در پژوهش‌های آتی از یک طرف و کشف وضعیت انتقال دامنه اعتیاد از سنین خاکستری به دامنه سنی پایین و جوان وتغییر الگوی سنتی اعتیاد به مواد صنعتی از طرف دیگر است.

روش

از روش اسنادی به دلیل ضرورت بهره‌مندی از اسناد مورد نیاز، مرور مطالعه و پژوهش دیگر پژوهشگران در موضوع مطالعه و پژوهش حاضر، بهره‌مندی از ادبیات نظری، استفاده از اسناد آماری و اطلاعات جمعیتی، اسناد جغرافیایی، نقشه‌ها و... به شیوه‌های مرسوم در استفاده از این روش و به ویژه فیش‌های پژوهشی استفاده شده است. همچنین با رویکرد استقرایی و برای تدوین یک نظریه بومی از روش پژوهش نظریه داده بنیاد با بهره مندی از ابزار گردآوری مصاحبه نیمه ساختارمند استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش روستای امام‌زاده ارومیه بود که ویژگی‌های خاص خود را داشت. این روستا با ۱۷۴ خانوار، ۴۷۲ نفر جمعیت، ۳۶۵ هکتار اراضی و در دهستان بکشلو چای از بخش مرکزی ارومیه مرکز استان آذربایجان غربی و در فاصله ۱۲ کیلومتری شرق شهر ارومیه قرار داشت. وجه تسمیه این روستا مدفن دو تن از امام‌زادگان به نام‌های سید محمد و سید ابراهیم از فرزندان امام موسی کاظم (ع) است. مشاغل ساکنین روستا دامداری، کشاورزی و باغداری، صنایع دستی، کارگری اعم از ساختمانی و باغی، کارمند دولت در شهرهای اطراف، مغازه‌دار، صنایع روستایی بود و شیوه زندگی آنها به دو گونه خانواده هسته‌ای و خانواده گسترده بوده و البته برخی نیز به دلایلی به شیوه و سبک مجرد زندگی می‌کردند

با توجه به ماهیت موضوع پژوهش حاضر، از دو گروه نمونه پژوهشی بهره‌برداری گردید (مطلعین روستا و معتادان روستا) و با توجه به حجم جمعیت معتادان، حجم نمونه ۳۳ نفر و نمونه‌های مطلعین روستا ۱۷ نفر بر اساس تکرار و اشباع پاسخ‌ها، نهایی شدند.

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

برای دست‌یابی به جمعیت معتادان و انجام مصاحبه با آن‌ها، با کمک بزرگان، شورای اسلامی و دهیاری روستا و هم چنین برای دست‌یابی به نمونه‌های پژوهشی مطلعین از شیوه گلوله برفی بهره‌برده شد. بر مبنای اصول وروش کار در روش نظریه زمینه‌ی، تجزیه و تحلیل داده‌ها تا رسیدن به یک مدل پارادایمی برای شناخت زمینه‌ها و عوامل شیوع اعتیاد در جامعه مورد مطالعه و ارتباط منطقی آن با فرآیند توسعه، با انجام سه مرحله گذاری (باز، محوری و گزینشی) انجام گرفت و پس از سنجش روایی و پایایی آن‌ها به شیوه اعتبارپذیری[1] و تاییدپذیری[2]، نتایج آن را با بهره‌مندی از الگوی اشتراوس و کوربین (۱۹۹۸) در قالب جداول، دیاگرام‌ها و تحلیل گزارش یافته‌های پژوهش، ارائه شده است.

یافته‌ها

با توجه به جمعیت ۷۰ نفری معتادان روستای امام‌زاده که ۱۵ درصد جمعیت در این روستا را شامل می‌شود و براساس یکی از مدل های مرتبط با SIR، برآورد ضریب نسبت بروز و یا بروز تجمعی/ بروز انباشته، میزان شیوع اعتیاد در روستای امام‌زاده ارومیه با مبدا سال ۱۳۹۷ تا ۱۳۹۹، سالیانه حدود ۳۵ در هزار یعنی حدود ۳/۵ درصد سنجش و ارزیابی شد. به عبارت دیگر در سال ۱۳۹۷ جمعیت معتاد این روستا حدود ۴۰ نفر بود و تقریبا ۱۰ درصد جمعیت روستا را شامل می‌شود. در این سال حدود ۳۶۰ نفر در معرض شیوع اعتیاد قرار داشتند که در فرآیند دو سال حدود ۳۵ نفر از این جمعیت آلوده و در فرایند شیوع اعتیاد، معتاد می‌شوند که این عدد حدود ۳۵ در هزارم و به نسبت جمعیت کل روستا در دو سال حدود ۱۰ درصد و در هر سال حدود ۵ درصد رشد داشته است. در مجموع بیش از ۱۲۰۰ مفهوم، شبه جمله و یا جمله مشابه، نزدیک به‌هم و یا همسان را به عنوان یک داده پایه از متن مصاحبه‌ها تلخیص و پس از ادغام یک عنوان/ برچسب به آن‌ها زده شد که از این طریق کدهای باز/ برچسب ها/مفاهیم پژوهش شکل گرفت و در نهایت ۱۱۵ کد نهایی و توصیف شد. از تعداد ۱۱۵ مفهوم، تعداد ۳۶ مقوله و ۱۰ هسته اصلی کدگذاری و برچسب زنی شدند. در کدگذاری انتخابی، از میان مقوله‌ها، مقوله‌ی محوری انتخاب و حول آن نظریه‌ای برآمده از دل پژوهش ارائه و به صورت مدل تصویری و داستان ارائه می‌شود که

1. credibility
2. conformability

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

این داستان، روایتی توصیفی درباره‌ی پدیده‌ی اصلی پژوهشی است که اساس و پایه پژوهش حاضر می‌باشد. پس از روایت داستان و کشف مقوله‌ی مرکزی، مقوله‌های فرعی باید طبق مدل پارادایمی، به مقوله مرکزی پژوهش مرتبط شوند. با استفاده از پی‌رنگ داستانی به عنوان نقشه‌ی راه، پژوهشگر سازمان‌دهی و بازسازمان‌دهی مقوله‌های پارادایم را تا زمانی که به نظر برسد با داستان منطبق است، آغاز کرده و شرحی تحلیلی از آن ارائه شده است. این بخش از گزارش پژوهشی با محوریت شرایط علی، زمینه‌ای، مداخله‌گر از یک طرف و راهبردها و پی‌آمدها از طرف دیگر، تدوین و گزارش شده است.

جدول ۲: عوامل تاثیرگذار در شیوع اعتیاد با کدگذاری باز، محوری و انتخابی

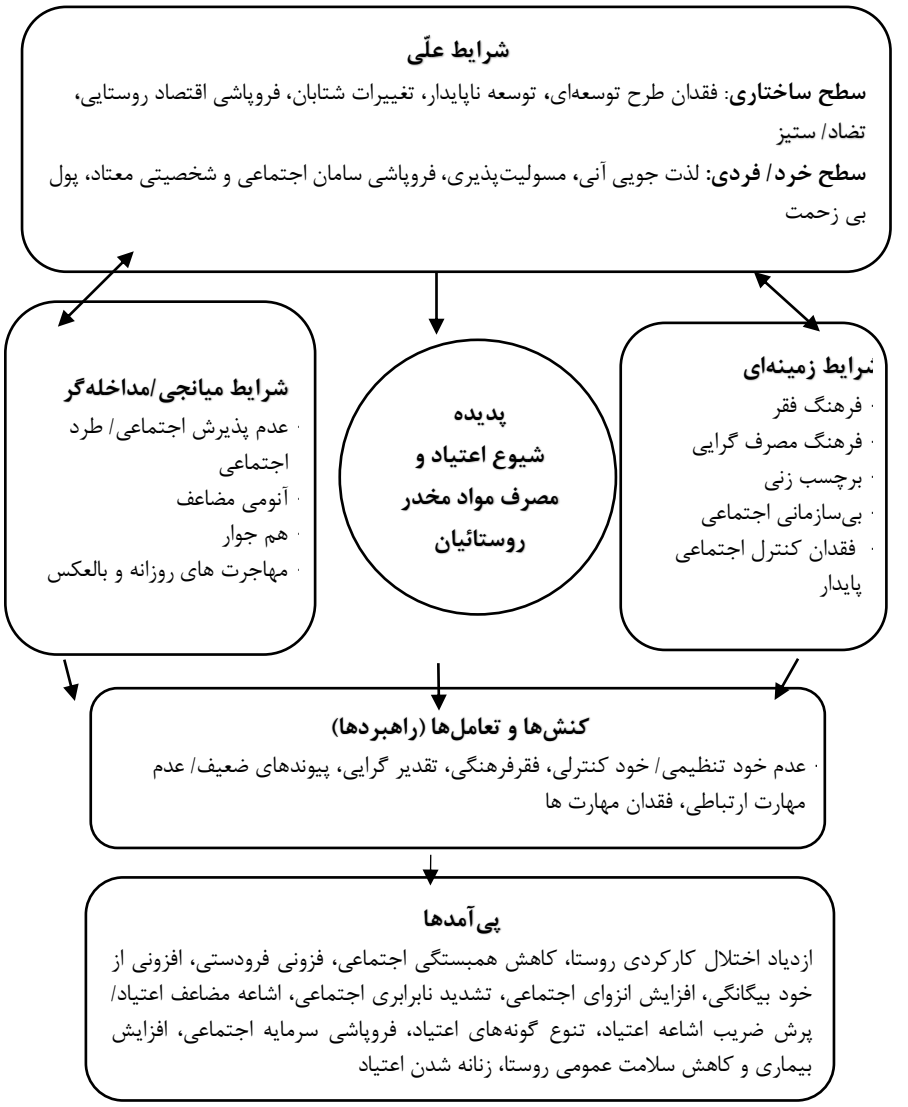
ردیف	شرایط	مفاهیم
۱	شرایط علّی	سطح ساختاری؛ فقدان طرح توسعه‌ای در روستا، توسعه ناپایدار، تغییرات شتابان، فروپاشی اقتصاد روستایی. سطح خرد/ فردی؛ فروپاشی سامان اجتماعی و شخصیتی معتاد، فقدان مسولیت‌پذیری، لذت جویی آنی، پول بی‌زحمت.
۲	شرایط زمینه‌ای	فرهنگ فقر، مصرف‌گرایی، برچسب‌زنی، بی‌سازمانی اجتماعی، فقدان کنترل اجتماعی ناپایدار.
۳	شرایط میانجی/ مداخله‌گر	عدم پذیرش اجتماعی/ طرد اجتماعی، آنومی مضاعف، هم جواری، مهاجرت‌های روزانه و معکوس
۴	راهبردها و تعامل‌ها	فقرفرهنگی، تقدیرگرایی، پیوندهای ضعیف/عدم مهارت ارتباطی، عدم مهارت آموزی، عدم مهارت های شغلی، عدم خود تنظیمی/ خود کنترلی. ازدیاد اختلال کارکردی روستا، کاهش همبستگی اجتماعی، تشدید نابرابری اجتماعی و فزونی فرودستی، افزایش انزوای اجتماعی، افزونی از خود بیگانگی،
۵	پی آمدها	اشاعه مضاعف اعتیاد/ پرش ضریب اشاعه اعتیاد با ضریب انباشه ۷۰ در هزار برای دوره سه سال بعدی، تنوع گونه‌های اعتیاد، فروپاشی سرمایه اجتماعی، افزایش بیماری‌ها، زنانه شدن اعتیاد.

با توجه به یافته‌های توصیفی پژوهش و براساس یافته‌های مبتنی بر مدل استراس و کوربین با روش نظریه مبنایی/ داده بنیاد که شرح هر یک از آن در قالب شرایط علی، زمینه‌ای، متغیرهای مداخله‌گر میانجی، راهبردها و پی‌آمدهای که در قالب جدول معرفی شده است، در ادامه خلاصه، جمع‌بندی و تفسیر آن‌ها بیان شده است.

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]



شکل۱: مدل پارادایمی نقش توسعه روستایی و شیوع اعتیاد به مواد مخدر روستایی مطالعه در سال‌های ۱۳۹٤ تا ۱۳۹۸

بحث و نتیجه‌گیری

در پاسخ به پرسش اساسی در مورد شرایط علی و زمینه‌ی، میانجی‌های مداخله‌گر، راهبردها و پی‌آمدهای اعتیاد و شیوع آن، لازم است به برساخت اعتیاد به عنوان یک برساخت اجتماعی و انسانی توجه شود. اعتیاد دارای ماهیتی اجتماعی و انسانی است و

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

عوامل مختلفی با هدف و انگیزه‌های متفاوت در ساخت آن نقش دارند. پویایی چنین نیروهایی سبب شده که اعتیاد در ایران همواره دارای ماهیت پویا و زاینده‌ای باشد. ساختارهای آسیب‌زا خود مولد اعتیاد در کشور است. از این روی، وجود و تجمیع این عوامل باعث شده که جامعه‌ی روستای امام‌زاده ارومیه نیز ماهیتاً یک جامعه‌ی معتادپرور با ساختارهای بازتولید کننده اعتیاد باشد. در تبیین نتایج این پژوهش میتوان گفت زمانی که شرایط علّی ساختاری و عینی روستا با ویژگی‌هایی چون فقدان طرح توسعه‌ای، توسعه ناپایدار، تغییرات شتابان، فروپاشی اقتصاد روستایی با شرایط علّی معتادان روستا به عنوان شرایط فردی و ذهنی مانند: لذت جویی آنی، مسولیت‌پذیری، فروپاشی سامان اجتماعی و شخصیتی معتاد، تحصیل پول بی‌زحمت، ترکیب و تلفیق می‌شود. به عبارت دیگر با ورود و مداخله متغیرهای میانجی در مجموع شرایط علّی با هم‌افزایی شرایط زمینه‌ای میزان ۳۸ در هزاری شیوع اعتیاد در روستای امام‌زاده ارومیه بسترسازی می‌کند.

در شرایط علی این‌چنینی جامعه روستایی دچار بی‌سازمانی اجتماعی می‌شود. در بی‌سازمانی اجتماعی تغییرات شدید فنی، اقتصادی که در جریان تحولات شتابان اجتماعی، امکانات و شرایط برابر برای همه اقشار جامعه روستایی مانند روستای امام‌زاده ارومیه در راستای سازگاری با تغییرات ایجاد شده فراهم نمی‌شود و همین شرایط، زمینه‌ساز آسیب‌پذیری آن‌ها و تمایل‌شان به اعتیاد می‌شود. صاحب‌نظران نظریه بی‌سازمانی اجتماعی تلاش می‌کنند تا با طرح مفهوم بی‌سازمانی اجتماعی و تأکید بر ساختار محلات شهری و یا فضاهای روستایی به تبیین چرایی وجود جرائم و آسیب‌ها در آن‌ها بپردازند. بر اساس این نظریه، برخی اجتماعات به خاطر اختلال در فرآیندهای رسمی و غیررسمی کنترل اجتماعی قادر به خودتنظیمی مؤثر[1] نیستند. این شرایط در اجتماعات روستایی می‌تواند منجر به مختل شدن ساختار سازمانی محله شود و سست شدن پیوندهای ساکنان نسبت به هم دیگر و نسبت به اجتماع را به دنبال خواهد داشت. در نتیجه برخی ساکنان از کنترل‌های اجتماعی هنجاری پیروی نخواهند کرد و با این وضعیت شرایط برای بروز و شیوع اعتیاد در روستا، بیشتر فراهم می‌شود.

1. effectively self regulation

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

ناسازگاری و دشواری تطابق اجتماعی در پی ورود گروه‌های جدید و مهاجر به روستا و هر اجتماع دیگر و گم‌گشتگی و تغییر هویت مشکل جامعه‌پذیری نامتعادل و نامناسب برای ساکنان و تازه واردان را به همراه خواهد داشت که شیوع اعتیاد یکی از آن‌ها است. هم‌چنین در شرایط علی شیوع اعتیاد، فشارهای اجتماعی هم بسیار مهم است. فقدان پیوندهای قوی افراد با جامعه سبب ناتوانی آنها در رو در رویی با منابع فشار شده در نتیجه با رشد احساس شکست و سرخوردگی در فرد زمینه برای ارتکاب اعمال کجروانه فراهم می‌شود.

اگر همه ابعاد توسعه‌ای یک روستا، برای توسعه مهیا نشود، روستا دچار بی‌تعادلی شده و نتیجه آن تولد آسیب‌های اجتماعی می‌باشد. در وضعیت کنونی روستای امام‌زاده نظام متعارض توسعه‌ای ملاحظه و مشاهده می‌شود و روایت مطلعین روستایی حکایت تلخ داستان به‌هم ریختگی‌های آن است. هم در سطح ساختاری و عینی و هم در سطح فردی و ذهنی، روستا ناهمگون و از این حیث مستعد زایش اعتیاد و شیوع آن می‌باشد. چنانچه صاحب نظران نظریه استراتژی ترویج و توسعه روستایی معتقدند، برنامه توسعه یکپارچه و همه جانبه روستایی، بر اصل اساسی نظریه‌هایی استوار است که محیط طبیعی و انسانی روستایی همچون تمام پدیده‌ها و واحدهای مکانی و فضایی، در واقع نظام‌هایی هستند که اجزای آن با یکدیگر در کنش متقابل بوده و هر گونه تغییری اعم از مثبت و یا منفی در یک جزء به سایر اجزا منتقل می‌شود. اگر جزء یا بخشی از نظام، تحت تاثیر نیروهایی فعال شود، اما سایر اجزاء یا بخش‌ها، همسو و هماهنگ نباشد، عملکرد نظام در کل، مطلوب نخواهد بود. براساس دیدگاه و نظریه مزبور توسعه یکپارچه روستایی با افزایش تولید، بهبود سطح دانش و انگیزش، ارایه خدمات گوناگون، بهبود و اصلاح شبکه ارتباطی، بهسازی مسکن، تنوع بخشی به اشتغال، اصلاح و انتظام شبکه‌های مکانی و فضایی سکونت‌گاه و محیط‌های روستایی، تعدیل و کاهش آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد، از طریق استراتژی‌های رادیکال، تکنوکراتیک و اصلاح طلبانه ممکن می‌شود و روستای امام‌زاده ارومیه هیچ یک از این موارد را ندارد. پس مستعد زایش اعتیاد و شیوع تجمعی و انباشت آن می‌باشد.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

شرایط زمینه‌ای مانند، فرهنگ فقر، فرهنگ مصرف‌گرایی، برچسب‌زنی، بی‌سازمانی اجتماعی، فقدان کنترل اجتماعی پایدار، افراد روستا را به سوی شرایط علّی سوق می‌دهند که در نهایت موجب تشدید پدیده اجتماعی مصرف مواد مخدر و شیوع آن می‌شود. چرا که به تعبیر صاحب‌نظران نظریه بی‌سازمانی اجتماعی، فقدان سرمایه اجتماعی که در روستا بنا به دلایل علی و ... در حال فروپاشی است، روستای امام‌زاده، قادر به کنترل اجتماعی نیستند. به تعبیر عباس زاده، علیزاده اقدم و اسلامی بناب (۱۳۹۱)، پایه و اساس کنترل اجتماعی، سرمایه اجتماعی است و از آن جایی که اجتماعات روستایی مانند روستای امام‌زاده ارومیه قادر به انباشت سرمایه اجتماعی لازم نیستند، بنابراین تا حدودی گرفتار جرم و آسیب‌های اجتماعی دیگر می‌شوند. از طرف دیگر به نظر هیروشی، یکی از نظریه‌پردازان معروف نظریه کنترل اجتماعی اگر بخواهیم از تمایلات رفتار انحرافی جلوگیری شود باید همه افراد، اعم از جوان و بزرگسال، کنترل شوند. طبق این نظریه، رفتار انحرافی، عمومی و همه‌گیر است و آن نتیجه کارکرد ضعیف ساز و کارهای کنترل اجتماعی می‌باشد. این نظریه بر دو نوع کنترل شخصی و کنترل اجتماعی تأکید دارد. نظام‌های کنترل شخصی شامل عوامل فردی و به ویژه روان‌شناختی می‌باشد. اعتماد به نفس به عنوان عامل اساسی روان‌شناختی در کنترل شخصی شناخته شده است. عوامل کنترل اجتماعی شامل وابستگی و پای‌بندی به نهادهای بنیادین اجتماعی مانند خانواده، دین، سیاست و آموزش می‌باشد. یکی دیگر از پیش فرض‌های نظریه کنترل اجتماعی این است که وفاق کلی در مورد هنجارها، ارزش‌ها، اعتقادات و باورهای رایج در جامعه وجود دارد و کنترل اجتماعی بر مبنای این وفاق اجتماعی انجام می‌شود.

در شرایط زمینه‌ای، عامل مهم برچسب زنی می‌باشد که به تعبیر صاحب نظرانی چون لمرت و هوارد بکر، از نظریه‌پردازان سازه‌گرایی و برچسب‌زنی، انگ معتاد زدن به افراد، آن‌ها را در سوق‌دادن به معتاد شدن، بسیار کمک می‌کند و دردام اعتیاد ماندگار می‌سازد. بسیاری از معتادان مورد مطالعه در روستای امام‌زاده ارومیه که در هم‌جواری والدین معتاد خود بودند از آفت و آسیب انگ‌خوردن در امان نبودند. به‌عبارت‌دیگر، معتادان با این شرایط علّی و زمینه‌ای و وجود شرایط مداخله‌ای و میانجی چون؛ عدم پذیرش اجتماعی/

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

طرد اجتماعی، آنومی مضاعف، هم‌جوار و مهاجرت‌های روزانه و معکوس، مستعد معتاد شدن بوده و میل به اعتیاد دارند. به تعبیر ساترلند و صاحب‌نظران نظریه افتراقی، شرایط هم‌جواری با معتادان و دسترسی آسان به مواد، یک کلاس عملی برای آموختن فرآیند اعتیاد به شیوه یادگیری با عمل می‌باشد. چرا که انحرافات آموختنی هستند. هم‌نشینی شخص با افراد و گروه‌های منحرف و کنش متقابل[1] بین آن‌ها احتمال انجام اعمال کجروانه را بالا می‌برد (کوئن، ۱۳۹۱). به نظر نظریه پردازان فشار، فرد معتاد در طول زندگی خود از طریق معاشرت با دیگران، انگیزه‌ها، گرایش‌ها و ارزش‌های انحرافی را فرا می‌گیرد. همچنین براساس نظریه کنترل اجتماعی، عدم کنترل اجتماعی در حوزه هنجارهای مرسوم و پذیریرفته شده، بهانه‌های لازم برای فرار از نظام هنجاری کنترل‌کننده و مصونیت‌بخش از آسیب‌های اجتماعی چون اعتیاد را، فراهم می‌آورد. عدم کنترل اجتماعی موجب می‌شود تا شرایط علی و زمینه‌ای با فرار معتادان به طرف اعتیاد و انتخاب راهبردی آنان به انتخاب اعتیاد و در نهایت شیوع اعتیاد، عملی شود. چرا که عدم کنترل اجتماعی و یا کنترل اجتماعی شدید موجب طرد اجتماعی افراد می‌شود و در نتیجه افراد طرد شده و منزوی، شرایط علی و زمینه‌ای را برای معتاد شدن، مستعدتر و فراهم می‌سازد.

از جمله میانجی‌های مداخله‌گر که موجبات شیوع اعتیاد در روستای امامزاده ارومیه را فراهم می‌سازد، وضعیت آنومی جامعه و به ویژه آنومی مضاعف در جامعه است. دوگانگی‌هایی که میان شر و اخلاق قرار می‌گیرد و از یک طرف کدهای اخلاقی جامعه را تضعیف می‌کند و از طرف دیگر، وضعیت جامعه را آشفته می‌سازد و شرایط علی و زمینه‌ای انحرافی چون اعتیاد را آبستن تحقق و زایش می‌نماید. براساس نظریه آنومی و آنومی مضاعف که از تجمیع سنت‌های پژوهشی و نظری متفاوتی به وجود آمده است، جامعه کنترل اجتماعی را از دست می‌دهد و اخلاق فروکش می‌شود و اعتیاد رویش می‌یابد. این نظریه نظم، ثبات و هماهنگی اجتماعی را منشا ایجاد همنوایی می‌داند، در حالی که بی نظمی و عدم هماهنگی را منشا بروز جرم و انحراف محسوب می‌کند. یک نظام اجتماعی (یک جامعه شهری اجتماع روستایی یا خرده نظام در درون یک جامعه)

1. interactions

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

در صورتی تحت عنوان یک نظام اجتماع سازمان‌یافته و هماهنگ توصیف می‌شود که در زمینه هنجارها و ارزش‌های آن، نوعی اتفاق‌نظر و اجماع‌رأی وجود داشته‌باشد، میان اعضای آن همبستگی قوی به وجود آید و تعامل اجتماعی به گونه‌ای منظم در آن جریان یابد. برعکس، در صورتی که در همبستگی و انسجام اجتماعی آن خللی به وجود آید، یا کنترل اجتماعی در آن دستخوش زوال شود یا بین اجزا و عناصر آن تفرقه و پراکندگی به وجود آید، نظامی بی‌سازمان و آنومیک (نابسامان و بی‌هنجاری) توصیف و تبیین می‌شود. هرکدام از این نظریه‌ها قائل به این نکته هستند که هرچه همبستگی و انسجام در درون یک گروه، اجتماع یا جامعه کمتر باشد، میزان جرم و انحراف مانند اعتیاد در آن بالاتر خواهد بود.

نظریه بی‌سازمانی اجتماعی که شرایط علی، زمینه‌ای و متغیرهای میانجی مداخله‌گر را پشتیبانی می‌کند و با یافته‌های پژوهشی پژوهش حاضر همسو است، به فرسودگی قواعد و ساختارهای نهادهای عمومی نگه دارنده جامعه روستای امام‌زاده ارومیه و کاهش کارآیی آن‌ها، اشاره دارد. نظریه‌پردازان بی‌سازمانی اجتماعی براین باورند که عواملی چون کاهش کارآیی نهادهای اجتماعی نظیر خانواده و تضعیف تقیدهای خویشاوندی به عنوان نیروهای غیررسمی کنترل اجتماعی، کاهش انسجام سنتی اجتماعی که پیامد رشد سریع صنعتی شدن، شهرنشینی و مهاجرت فزاینده به سوی حوزه‌های شهری است جرایمی نظیر قتل، سرقت، انحرافات جنسی و اعتیاد را افزایش می‌دهند. یافته‌های پژوهش شیوع اعتیاد در روستای امام‌زاده ارومیه، با نظام نظری بی‌سازمانی اجتماعی، همسو می‌باشد.

در انتخاب راهبردهای معتادان برای انتخاب اعتیاد که موجبات شیوع مضاعف و به ویژه شیوع اعتیاد بروز تجمعی و بروز انباشه (۳۸ در هزار) اعتیاد در روستای امام‌زاده ارومیه را فراهم می‌آورد، عدم انطباق افراد معتاد با نظام‌های ارزشی و هنجاری موجود در روستا (عدم انطباق اهداف و وسایل) است که در نهایت به بروز رفتار منحرفانه و انتخابی اعتیاد می‌شود. به تعبیر مرتن، صاحب نظر مشهور نظریه انطباق، هرگاه عدم هم‌نوایی و تعارض میان اهداف مقبول اجتماعی و وسایل مقبول و قابل دسترس در جامعه ایجاد شود، فرد به ناهنجاری و کجروی روی می‌آورد. از این روی در فرآیند انتخاب راهبردی

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

معتادان روستایی امام‌زاده ارومیه واکنش‌های چون؛ عدم خودتنظیمی/خود کنترلی، فقرفرهنگی، تقدیرگرایی، پیوندهای ضعیف/ عدم مهارت ارتباطی، فقدان مهارت‌ها، از یک طرف به انتخاب مصرف و شیوع اعتیاد دامن می‌زنند و در نتیجه پیآمدهایی حاصل می‌شود که باز در دور باطل، عدم توسعه روستا و تشدید زنجیره اعتیاد را به دنبال دارد. بایستی اضافه کرد که خانواده و نابسامانی‌های موجود درآن، نقش مهمی در گرایش زنان به اعتیاد دارد. همچنین اعتیاد می‌تواند به ایجاد نابسامانی‌های جدیدی در خانواده منجر شود. موضوعی که در روستای امام زاده به وضوح در بین مصاحبه شوندگان نمود داشت (غلامی آبیز، عنایت و خسروی، ۱۳۹۹).

پیامدهای منفی مانند ازدیاد اختلال کارکردی روستا، کاهش همبستگی اجتماعی، فزونی فرودستی، افزونی از خود بیگانگی، افزایش انزوای اجتماعی، تشدید نابرابری اجتماعی، اشاعه مضاعف اعتیاد/ پرش ضریب اشاعه اعتیاد به شیوه بروز تجمعی و انباشته و تنوع گونه‌های اعتیاد، را نشان می‌دهد. در یک زنجیره و دور باطل، قصه اعتیاد و شیوع آن از وضعیت نابسامان توسعه روستایی شروع و در استمرار با بدتر و وخیم‌تر کردن وضعیت نابسامان اجتماعی و توسعه‌نیافتگی روستا، ادامه می‌یابد و مهر تایید می‌زند که شیوع اعتیاد در روستای امام‌زاده ریشه در روستایی با توسعه ناپایدار با فقدان طرح توسعه‌یی دارد. صاحب‌نظران نظریه فقرزدایی و تله محرومیت توسعه روستایی مانند چمبرز معتقدند که خوشه‌های پنج‌گانه نامساعد فقر دلیل عدم توسعه‌یافتگی روستا و عدم مشارکت روستایی‌ها در برنامه‌های توسعه روستایی می‌باشد. به‌عبارت دیگر؛ ۱- فقر و تهی‌دستی خانوار روستایی، ۲- ضعف جسمی و فقدان سلامتی روستاییان، ۳- انزوای اجتماعی و دورافتادگی و در حاشیه‌ی بودن روستا نسبت به مراکز قدرت، ۴- آسیب‌پذیری خانواده‌های روستایی و ۵- بی قدرتی خانوار روستایی، از موانع و نتایج توسعه‌یافتگی روستایی است. این عوامل با هم ارتباط علی دارند و به صورت "دور باطل فقر" و یا "تله محرومیت" در فرآیند توسعه نیافتگی روستایی عمل می‌کنند (چمبرز، ۱۳۷۶).

به نظر نویسنده گان نوشتار حاضر،روستا اگر به عنوان یک واحد اجتماعی و جغرافیایی مستقل مرزهایش را با شهر متمایز و حفظ نکند، آن هنگام در تصرف عدوانی

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

روستا، تبدیل به حیات خلوت شهری می‌شود که آن را بلعیده و آسیب‌های اجتماعی چون اعتیادش در آن سرریز می‌شود و روستای نابوده شده در زیر چرخ‌های نابرابری‌های اجتماعی و ... هویتش را باخته و در دام شیوع اعتیاد افتاده و تله فقر و نابسامانی و اعتیاد را توامان بر دوش نحیفش می‌کشد. در چنین شرایط ساختاری و توسعه‌ای روستا، منابع انسانی بسیار مهم است و اگر شرایط به‌نوعی باشد که بستر و شرایط توسعه‌نیافتگی را فراهم بسازد، آن هنگام احتمال و شانس زایش مجدد مضاعف آسیب خانمان‌سوزی چون اعتیاد و شیوع انباشته و مضاعف آن بسیار زیاد می‌شود. به تعبیر چیتامبار نظریه‌پرداز توسعه‌ی روستایی، اگر این نیروی عظیم و پیش‌ران توسعه در روستا دچار آسیب اجتماعی اعتیاد شود و نتواند در خدمت توسعه روستا باشد، آن هنگام مانع بزرگی در مسیر توسعه روستا به وجود می‌آید که توسعه در آن را دچار اختلال خواهد نمود. از این روی آسیب اجتماعی اعتیاد و هر آسیبی که نیروی انسانی و منابع طبیعی را ناکارآمد می‌کند موجب توسعه نیافتگی روستایی می‌شود.

برآورد و پیش‌بینی پژوهش حاضر براساس مدل پارادیمی استراس و کوربین از اعتیاد روستای امام‌زاده ارومیه با پیامدهای نگران‌کننده و فاحشی چون؛ ازدیاد اختلال کارکردی روستا، کاهش همبستگی اجتماعی، فزونی فرودستی، افزونی از خودبیگانگی، افزایش انزوای اجتماعی، تشدید نابرابری اجتماعی، اشاعه مضاعف اعتیاد/ پرش ضریب اشاعه اعتیاد، تنوع گونه‌های اعتیاد، فروپاشی سرمایه اجتماعی، افزایش بیماری و کاهش سلامت عمومی روستا و ...، به پایان می‌رسد که همگی هشدارهای جدی و البته نگران‌کننده‌ای است که باید شنید، تامل کرد و چاره نمود و گرنه چرخه معیوب توسعه‌نیافتگی و آسیب‌های سرریز آن با شدت بیشتری خواهید چرخید. براساس یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر و نتایج نظریه تدوین شده، آسیب‌های اجتماعی و به ویژه اعتیاد روستای امام زاده ارومیه در فرآیند توسعه ناپایدار و نامتوازن شهری و روستایی به وجود می‌آیند و می‌بایست صاحب نظران و مدیران توسعه در یک برنامه اقدام عملی پیامدهای برنامه توسعه‌ای را برآورده سازند و سپس طرح و برنامه توسعه‌ای را طراحی و در زنجیره کاربستی اجتناب، تعدیل و جبران اجرایی نمایند.

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

منابع

ابراهیمی‌مقدم، حمید (۱۳۹۵). *سبب‌شناسی، پیشگیری و درمان اعتیاد به مواد مخدر، محرک، اینترنت*. تهران: انتشارات فارابی.

ازکیا، مصطفی؛ ایمانی جاجرمی، حسین و قاضی زاده، زهرا (۱۳۹۰). *روش‌های کاربرد تحقیق، کاربرد نظریه بنیانی*. تهران: انتشارات کیهان.

اشتراوس، انسلم و کوربین، جولیت (۱۳۹۶). *مبانی پژوهش کیفی: فنون و مراحل تولید نظریه زمینه‌ای*. ترجمه ابراهیم افشار ، تهران: نشر نی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۸).

اکبریان رونیزی، سعیدرضا و صادقی، محسن (۱۳۹۶). تحلیل عوامل مؤثر بر گرایش به اعتیاد در مناطق روستایی (مورد مطالعه: دهستان رونیز. *فصلنامه علمی - پژوهشی برنامه ریزی منطقه‌ای*، ۷(۲۷)، ۸۶-۴۵.

چمبرز، رابرت (۱۳۷۶). *توسعه روستایی، الویت بخشی به فقرا*. ترجمه مصطفی ازکیا، تهران: انتشارات دانشگاه تهران. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۳).

حجاریان، احمد و قنبری، یوسف (۱۳۹۲). شناسایی و تحلیل مؤلفه های اجتماعی مؤثر درگرایش جوانان روستایی به اعتیاد، در مناطق روستایی شهرستان اصفهان. *فصلنامه‌ی اعتیاد پژوهی*، ۷(۲)، ۷۸-۶۷.

زارع، زهره؛ فرهادی، صامت و مطیعی لنگرودی، حسن (۱۳۹۰). عوامل مؤثر بر گسترش اعتیاد در نواحی روستایی (مطالعه موردی دهستان چهار دولی غربی شهرستان قروه). *پژوهش‌های جغرافیای انسانی*، ۴۵(۱)، ۸۵-۶۵.

زکریایی، محمد علی (۱۳۹۳). *مسائل اجتماعی زنان شهر تهران*. تهران: انتشارات جامعه و فرهنگ.

سام آرام، عزت الله؛ کردونی، روزبه؛ دغاغله، عقیل و افقه، مرتضی (۱۳۸۷). آسیب شناسی اعتیاد در بین جوانان روستایی: مطالعه موردی روستاهای شهرستان اهواز. *مجله روستا و توسعه*، ۱۱(۳)، ۵۰-۲۷.

سعیدپور، علی اکبر (۱۳۴۱). *اثرات اجتماعی تریاک*. تهران: انتشارات دانشگاه پلیس.

صرامی، حمید؛ قربانی، مجید و مینویی، محمود (۱۳۹۲). بررسی چهار دهه تحقیقات شیوع شناسی اعتیاد در ایران. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۷(۲۶)، ۵۲-۲۹.

طالب، مهدی و عنبری، موسی (۱۳۹۴). *جامعه‌شناسی روستایی با تاکید بر تغییر و توسعه در جامعه روستایی ایران*. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

عباس زاده، محمد؛ علیزاده اقدم، محمدباقر و اسلامی بناب، سیدرضا (۱۳۹۱). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و آنومی اجتماعی. *فصلنامه مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۱(۱)، ۱۷۲-۱۴۵.

غلامی آبیز، محسن؛ عنایت، حلیمه و خسروی، رقیه (۱۳۹۹). تجربه زیسته زنان از خانواده نابسامان در فرآیند اعتیاد. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۴(۵۸)، ۱۴۲-۱۱۳.

قدرتی، علی؛ محمدی پور، محمد و مفاخری، عبدالله (۱۴۰۰). رابطه سبک های فرزندپروری و گرایش به مصرف مواد مخدر: نقش میانجی تکانشگری. *فصلنامه علمی اعتیادپژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۳۲-۱۱.

کاستلز، امانوِل (۱۳۸۰). *عصر اطلاعات: اقتصاد، جامعه و فرهنگ(پایان هزاره)*، ترجمه احمد علیقلیان، افشین خاکباز، حسن چاشیان، تهران: طرح نو، ۱۳۸۰.

کوئن، بروس (۱۳۹۱). *درآمدی به جامعه شناسی*. چاپ بیست و چهارم. ترجمه ثلاثی، محسن، تهران: نشر توتیا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۹).

لیاقت، غلامعلی (۱۳۸۰). *اعتیاد به مواد مخدر*. تهران: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی.

مدنی، احمد (۱۳۵۹). *تاریخچه اعتیاد*. تهران: انتشارات ارمغان.

مدنی، سعید (۱۳۸۴). *بررسی تجارت مدیریت کاهش تقاضای سو مصرف مواد طی دو دهه اخیر*. تهران: موسسه داریوش.

مرکز تحقیقات آموزش و فناوری اطلاعات (۱۳۸۴). *مواد مخدر به روایت اسناد ساواک*. چاپ اول. تهران: نشر رسانش.

مهاجری، اصغر(۱۳۹۶). *ارزیابی تاثیرات اجتماعی قضایی*. تهران: انتشارات معاونت اجتماعی و پیشگیری از جرم قوه قضاییه.

یزدانی، امیر (۱۳۵۹). *جنبه های اجتماعی و تاریخی اعتیاد*. تهران: انتشارات بازتاب.

References

Amslinger, Harry (1973)**.** T*he Traffic in Narcotics: Washington. D C*

Herz, D. C. (2000). *Drugs in the heartland: Methamphetamine use in rural Nebraska* **.**US Department of Justice, Office of Justice Programs: National Institute of Justice.

Kishore, S., Garg, B. S., & Muzammil, K. (2007). Tobacco addiction amongst adolescents in rural areas of district Wardha. *JK science*, 9(2), 79-82.

Lakshminarayana, J., & Singh, M. B. (2009). Opium addiction among rural population in desert districts of Western Rajasthan: some observations from the study. *Journal of human ecology*, 25(1), 1-4.

سال شانزدهم، شماره ۶۵، پاییز ۱۴۰۱
Vol. 16, No. 65, Autumn 2022

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]

Nguyen, L. D., Raabe, K., & Grote, U. (2015). Rural–urban migration, household vulnerability, and welfare in Vietnam. *World development*, 71, 79-93.

Wunsch, M. J., Nakamoto, K., Behonick, G., & Massello, W. (2009). Opioid deaths in rural Virginia: a description of the high prevalence of accidental fatalities involving prescribed medications. *American Journal on Addictions, 18*(1), 5-14.

[Downloaded from etiadpajohi.ir on 2026-11-03]

[DOI: 10.52547/etiadpajohi.16.65.355]