

سلامت اجتماعی و اعتیاد

سال پنجم، شماره هجدهم، تابستان ۱۳۹۷

- صاحب امتیاز:** ستاد مبارزه با موادمخدر ریاست جمهوری
- مدیر مسئول:** دکتر علیرضا جزینی
- سر دبیر:** دکتر حسین شکرکن
- مدیر اجرایی:** الهام حمزهزاده توفیقی
- ناشر:** دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با موادمخدر ریاست جمهوری
- شمارگان:** ۱۰۰۰ نسخه
- نشانی دفتر فصلنامه:** تهران- خیابان اشرفی اصفهانی- بالاتر از میدان پونک- جنب مجتمع فرهنگی و تفریحی هویزه- پلاک ۲۰- ساختمان ستاد مبارزه با موادمخدر- ریاست جمهوری
- صندوق پستی:** ۱۴۶۹۹۱۵۸۳۴
- تلفن و دورنگار:** ۴۷۳۶۱۷۳۱-۴۷۳۶۱۷۰۳
- پست الکترونیک:** info@sh-addiction.ir
- مجوز تهیه فصلنامه برای چاپ از سوی وزارت فرهنگ و ارشاد اسلامی به شماره ثبت ۹۳/۱۳۶۷۹ اعلام شده است.
- فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد در پایگاه ستاد مبارزه با موادمخدر ریاست جمهوری (dchq.ir)، بانک اطلاعات نشریات کشور (magiran.com)، پرتال جامع علوم انسانی (ensani.ir)، پایگاه تخصصی مجلات نور (noormags.com) و سامانه فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد قابل دسترسی است.
- لیتوگرافی، چاپ و صحافی: شرکت ایران چاپ (۲۹۹۹۳۴۴۵)

این فصلنامه حاصل فعالیت مشترک دبیرخانه ستاد مبارزه با موادمخدر و انجمن روان شناسی اجتماعی ایران است.

هیئت تحریریه

استاد روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی	دکتر محمد نریمانی
استاد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی	دکتر عصمت دانش
استاد روان‌شناسی دانشگاه تبریز	دکتر جلیل باباپور خیرالدین
دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور	دکتر امیر ملکی
دانشیار حقوق جزا و جرم‌شناسی دانشگاه علوم انتظامی امین	دکتر غلام‌رضا محمدنسل
دانشیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور	دکتر مجید صفاری‌نیا
دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه عالی دفاع ملی	دکتر بهرام بیات
دانشیار جامعه‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد گرمسار	دکتر سهیلا علیرضا نژاد
استادیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور	دکتر منصوره نیکوگفتار
استادیار روان‌شناسی دانشگاه سمنان	دکتر محمود نجفی

داوران این شماره

دانشیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور	دکتر علی محمدزاده
دانشیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور	دکتر عیسی جعفری
دانشیار روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی	دکتر ابوالقاسم عیسی مراد رودبند
استادیار جامعه‌شناسی دانشگاه پیام نور	دکتر مژده کیانی
استادیار سلامت و رفاه اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان	دکتر مهدی نصرت‌آبادی
استادیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور	دکتر منصوره نیکوگفتار
استادیار روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یاسوج	دکتر علی‌رضا ماردپور
استادیار روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی	دکتر علی شیخ‌الاسلامی

راهنمای تنظیم مقالات فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد

فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد با هدف انتشار یافته‌های بدیع علمی در زمینه‌های مختلف اعتیاد، مبادله اطلاعات علمی بین پژوهشگران و تقویت نهضت تولید علم، راه‌اندازی گردیده و نسبت به چاپ مقالات مبادرت خواهد ورزید. رعایت نکات زیر برای تنظیم مقاله الزامی است:

- مقاله تنها در قالب راهنمای نویسندگان مورد بررسی قرار می‌گیرد و در صورت رعایت نکردن ساختار مورد نظر، به نویسنده برگردانده می‌شود.
- مقاله ارسالی نباید به طور هم زمان برای سایر مجلات ارسال شده یا در مجله دیگر به چاپ رسیده باشد.

عنوان: مختصر و متناسب با محتوا (عنوان فارسی و انگلیسی - چکیده فارسی و انگلیسی)

نام و نشانی نویسنده مسئول: نام، نام خانوادگی، درجه علمی، مرتبه دانشگاهی، نشانی پستی محل کار، تلفن و پست الکترونیکی. مثال: استادیار روان‌شناسی بالینی گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز (همین الگو برای چکیده انگلیسی لحاظ شود).

در صورتی که نویسنده فاقد عنوان دانشگاهی است: دکتر روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز (همین الگو برای چکیده انگلیسی لحاظ شود).

- به منظور دریافت فصلنامه توسط نویسنده مسئول و همکاران، نوشتن آدرس پستی تمامی همکاران الزامی است (به منظور برگشت نخوردن فصلنامه توسط پست، بهتر است آدرس محل کار را ذکر نمایید).

چکیده فارسی: حداقل ۲۰۰ کلمه و حداکثر ۲۵۰ کلمه در یک پاراگراف شامل مقدمه، هدف، روش (نمونه و ابزار)، یافته‌ها، نتیجه‌گیری نهایی و واژه‌های کلیدی (۳ تا ۵ واژه).

نکته: چکیده باید بتواند بیشترین مقدار اطلاعات مربوط به مقاله را در کمترین حجم ممکن بیان نماید و در واقع تابلوی تمام‌نمای مقاله باشد.

چکیده انگلیسی: معادل و مطابق چکیده فارسی.

- در صفحه اول باید چکیده و کلیدواژه‌های فارسی (اندازه ۱۲) و سپس چکیده و کلیدواژه‌های انگلیسی (اندازه ۱۱) نوشته شود.

- نوشته‌های فارسی صفحات متن اصلی مقاله با فونت B zar، اندازه ۱۳ و نوشته‌های انگلیسی با فونت New Times Roman، اندازه ۱۱ نوشته شوند. تیرها Bold باشند. منابع در انتهای متن اصلی و با اندازه فارسی ۱۱ و انگلیسی ۱۰ نوشته شوند. در صورت احتیاج، فونت‌های یادشده را از سایت www.fontsfa.com دریافت کنید.

- جدول‌ها و نمودارها واضح و بدون اطلاعات تکراری در متن بوده و حتماً شماره و توضیح (اندازه فارسی ۱۱ و انگلیسی ۹) داشته باشند. در متن برای شماره گذاری و ارجاع به تصاویر، جدول‌ها و نمودارها سه سری شماره گذاری مستقل انجام شود. تصاویر، شامل شکل‌های استفاده شده از منابع و عکس‌های تهیه شده توسط نویسندگان است.

- متن مقاله به فارسی نوشته شود و از نگارش کلمات لاتین به صورت فارسی اکیداً پرهیز شود؛ مگر در مواردی که هیچ جایگزین پذیرفته شده‌ای برای واژه‌ی مورد نظر موجود نباشد. اسامی و اصطلاحات، اولین بار زیرنویس شود. بدیهی است که معادل لاتین یک کلمه مشخص، فقط یک بار و در اولین مورد استفاده‌ی کلمه‌ی فارسی آن نوشته می‌شود. زیرنویس‌ها به صورت جداگانه در هر صفحه شماره گذاری شوند.

- مقالاتی که برای چاپ آماده شده‌اند برای تأیید نهایی به نویسنده ارجاع می‌شوند. صحت و سقم و مسئولیت مطالب مقاله به عهده نویسنده (گان) است.

پانویس‌ها: توضیحات و معادل لاتین اصطلاحات و اسامی مؤلفانی که ذکر نامشان در منابع ضرورت ندارد، پایین هر صفحه با شماره‌های مجزا برای هر صفحه. ذکر لاتین نویسنده و همکاران ایشان برای اولین بار در پانویس مقاله الزامی است.

- فواصل خطوط در تمام مقاله ۱ واحد باشد.

مراجع: مراجعی که در متن مقاله از آنها استفاده شده است، مطابق ضوابط APA به شرح زیر تنظیم شوند:

مقاله: نام خانوادگی و نام نویسنده یا نویسندگان، سال انتشار، عنوان مقاله، نام نشریه، شماره، صفحه؛

کتاب (تالیف): نام خانوادگی و نام نویسنده یا نویسندگان، سال انتشار، عنوان کتاب، نوبت چاپ، محل نشر، ناشر؛

کتاب (ترجمه): نام خانوادگی و نام نویسنده یا نویسندگان، سال انتشار متن اصلی، عنوان کتاب، نام و نام خانوادگی مترجم یا مترجمان، سال ترجمه، نوبت چاپ، محل نشر، ناشر؛
پایگاه‌های اینترنتی: ابتدا نشانی URL و سپس تاریخ بازدید به روز/ماه/سال نوشته شود.
توجه: در مراجع فارسی، مطابق الگوی APA نام خانوادگی به‌طور کامل و نام (ها) به‌صورت اختصاری نوشته شود.

علاوه بر نکات فوق، مقاله براساس شرایط زیر بررسی می‌شود:

مهم: در صورتی که نویسنده مسئول، تغییرات درخواست‌شده از سوی هیئت تحریریه مجله را مطابق ضوابط فوق، ظرف مدت پانزده‌روز انجام ندهد و دوباره مقاله را ارسال نکند، مقاله از فرایند بررسی و داوری حذف می‌شود.

- فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، حق رد یا قبول و نیز ویراستاری مقالات را برای خود محفوظ می‌دارد. هیئت تحریریه در انجام اصلاحات (با تأیید مؤلف) آزاد است.

نکته: کل مقاله شامل تمام بخش‌های آن باید حداقل ۱۰ و حداکثر ۱۵ صفحه باشد. (مقالات کمتر از ۱۰ صفحه به‌عنوان مقاله کوتاه منتشر خواهد شد)

مقاله باید فقط از طریق سامانه فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد به نشانی www.sh-addiction.ir ارسال شود.

خواهشمندیم از ارسال پستی یا تحویل حضوری مقاله خودداری کنید. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد در رد، اصلاح و ویرایش مقاله آزاد است.
مسئولیت محتوای علمی مقاله با نویسنده (گان) آن است.

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۹	سخن اول
۱۳-۵۶	پیشگیری از اعتیاد از منظر رویکرد اجتماعی: نقش سرمایه اجتماعی رضا عبدالرسولی
۵۷-۷۴	اثر بخشی آموزش معنویت با تاکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در افراد وابسته به مواد محمد خالدیان، رویا ارجمند کرمانی، پروین امینی
۷۵-۱۰۴	رویکرد اجتماع محور در پیشگیری از اعتیاد نوجوانان و جوانان: نقش تسهیل‌گری مرکز سلامت روان محلی حجت وطن دوست، محمدعلی آرمند
۱۰۵-۱۳۸	رویکردها و مدل‌های اعتیاد کیوان شکری، رضا رنجبران، انیسه روخوش
۱۳۹-۱۵۲	مقایسه سلامت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و عادی سمیرا شاکری، سولماز دیری
۱۵۳-۱۷۶	هیجان و اعتیاد: یک مطالعه مروری حامد کاشانکی، رضا رستمی، فاطمه دهقانی آران‌ای
۱۷۷-۱۸۸	اثر بخشی نمایش فیلم‌های مستند با محتوای سوء مصرف مواد بر نگرش نوجوانان نسبت به اعتیاد علی نیک‌بخت، بهاره میراحمدی
۴-۱۰	چکیده مقالات به زبان انگلیسی

سخن اول

در قرن پیچیده عصر حاضر و جهانی شدن، کلیه جوامع به سرعت در حال دگرگونی می‌باشند. از یک سو "با گسترش و سهولت ارتباطات، شاهد افزایش بروز خطر ناامنی و احساس عدم امنیت در سطح کشورها بوده" و از سوی دیگر به دلیل "آسیب‌پذیری ساختاری و ترکیب عواملی نظیر بی‌ثباتی و ناکارآمدی ساختارهای اقتصادی، ضعف در پوشش مناسب خدمات سلامت، فقر آموزش و مهارت، کاهش امید به زندگی، توسعه فقر و نابرابری‌های فزاینده اجتماعی، محرومیت، بیکاری، تبعیض، خشونت، ضعف حساسیت و سیاست‌گذاری نامطلوب و کاهش پاسخ‌گویی نهادهای حکمرانی به مطالبات و نیازهای آحاد مردم، تضعیف پیوندها و بنیان‌های زندگی اجتماعی، انزوا- تنهایی فردی- خودمداری و اجتماعیت‌زدائی، لذت‌جویی مفرط، تکثر فرهنگی، تغییر مدل و سبک زندگی، مصرف‌گرایی بی‌رویه، ضعف بنیان‌های دینی، تضعیف اعتماد اجتماعی، کم‌رنگ شدن اخلاق مدنی و بحران در نهاد خانواده"، شاهد روند فزاینده جرائم و آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد به مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در دنیای کنونی هستیم به گونه‌ای که بر اساس آخرین اعلام دفتر مقابله با مواد مخدر و جرم سازمان ملل متحد، نرخ شیوع مصرف مواد در جامعه جهانی در سال ۲۰۱۶ در جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال، به پنج و شش دهم درصد در سال رسیده است. به عبارتی شاهد رشد شیوع مصرف در سال ۲۰۱۶ نسبت به سال ۲۰۱۵ سال می‌باشیم.

علیرغم رشد شیوع مصرف مواد در کشورها، بعضاً شاهد این واقعیت هستیم که در برخی از کشورها در مقایسه با سایر کشورهای جهان، به میزان کمتر، متحمل آسیب‌های ناشی از اعتیاد شده و در صورت بروز و شیوع آن، سریع‌تر نسبت به بازسازی خود مبادرت می‌نمایند. نیم‌نگاهی به عوامل موفقیت در این گونه کشورها، می‌تواند موجب مهار و کنترل آسیب‌ها در کشورمان را فراهم نماید. اهم مواردی که در کشورهای موصوف مورد توجه قرار گرفته‌اند عبارتند از:

الف) یکی از اساسی‌ترین اقدامات این گونه کشورها، مطالعه فراگیر و جدی در باره آسیب‌ها و مسائل و مشکلات اجتماعی و انتشار نتایج حاصله و همزمان زدودن نادیده‌انگاری، نفی سکوت، انکار یا مقاومت در برابر کاستی‌ها و نقاط ضعف جامعه و مشکلات اجتماعی و سرپوش نگذاشتن بر بحران‌ها و مشکلات می‌باشد.

ب) از دیگر موضوعات در کشورهای موفق، تدوین و پیگیری سیاست‌های اجتماعی شفاف در جهت نیل به توسعه اجتماعی و افزایش تاب‌آوری اجتماعی و عدم گرفتار شدن به توسعه تک‌بعدی

و صرف اقتصادی بوده، که این رویکرد زمینه را برای تدوین و تقویت استراتژی پیشگیری از آثار و پیامدهای نامطلوب آسیب‌ها به ویژه اعتیاد، فراهم می‌نماید.

ت) محور قرار گرفتن انسان در توسعه (به عنوان خلیفه خدا روی زمین) و در نتیجه توجه به قابلیت‌های توسعه انسانی به ویژه برای کودکان، نوجوانان و زنان و دسترسی به خدمات اجتماعی شامل گسترش آموزش و پرورش و افزایش سواد (متاسفانه در کشورمان حداقل ده میلیون نفر بی‌سواد مطلق وجود دارد)، گسترش فرصت‌های آموزش مهارت و سلامت و توانایی‌های افراد، توزیع درآمد و رفاه اجتماعی و نظام‌های حمایتی، کاهش و رفع تبعیض، تامین نیازهای اساسی و ایجاد محیط آرام برای زندگی سالم و خلاق و پرورش استعدادها و تقویت ظرفیت‌های انسانی و فراهم کردن زمینه انتخاب برای مردم، تقویت حمایت اجتماعی نظیر بیمه بیکاری، امکان انتخاب شغل متناسب با مهارت و تجارب افراد.

ث) توجه به مشارکت‌های اجتماعی مردم در امر توسعه و جلوگیری از هر گونه تمرکزگرایی در برنامه‌های توسعه‌ای.

ج) ایجاد شاخص‌های مناسب برای اندازه‌گیری و پایش تحولات اجتماعی - فرهنگی و اقتصادی در راستای شعار "هرچه قابل اندازه‌گیری است، مدیریت پذیر خواهد بود".

ح) پاسخ‌گو کردن نهادهای حاکمیتی و دولت، شفافیت، افزایش کارآمدی دستگاه‌ها، ارتقاء تعامل بین نهادهای دولتی و مشارکت مدنی، توجه خاص به گروه‌های آسیب‌پذیر و دسترسی پایدار آنان به خدمات اجتماعی، شغلی و حمایت اجتماعی و همچنین ارائه خدمات با کیفیت توسط نهادهای قانونی و التزام عملی آنان به اجرای مقررات و قوانین.

خ) توجه به افزایش انسجام ارزشی جامعه و انسجام اجتماعی، به منظور کاهش خشونت و منازعه.

د) گسترش داده‌های مورد استفاده سیاست‌گذاران در راستای اهداف مربوطه، با بهره‌گیری از

فناوری‌های دیجیتال و ایجاد فرصت دسترسی کامل شهروندان و جامعه مدنی به اطلاعات مورد نیاز

موجود در دستگاه‌های دولتی و پرهیز از ایجاد انقلاب داده‌ها برای گردآوری خزانه‌ای از اطلاعات.

ذ) به کارگیری افراد متخصص و توانمند در برنامه‌های اجتماعی و نیز برنامه‌های کاهش آسیب‌های اجتماعی.

ر) توجه در سیاست‌گذاری‌ها و برنامه‌ها به مسائل مهم پیشگیری، به دلیل مقرون به صرفه‌تر بودن و تاثیرگذاری بیشتر، در اولویت قرار دادن مردم (یعنی سیاست‌هایی که بر مردم تاثیر می‌گذارد)، ارتقاء و توانمندسازی آحاد جامعه، حمایت به منظور مقاوم سازی افراد، توجه به آموزش همگانی، افزایش

قابلیت‌های فردی، کمک به انسجام اجتماعی، برخورداری همه اعضای جامعه از حقوق کامل شهروندی، گسترش فضا برای شنیده شدن صداهای متفاوت به خصوص صدای افراد آسیب‌پذیر و انعکاس آن‌ها در سیاست‌های توسعه‌ای.

ز) کنش جمعی و عمل کردن با هم، توسط آحاد جامعه در برخورد با تهدیدات اجتماعی. با توجه به مراتب فوق نیازمند مداخله اساسی و جدی‌تر مراکز علمی، دستگاه‌های حاکمیتی و جامعه مدنی برای کنترل و کاهش آسیب‌های اجتماعی هستیم. امید می‌رود همه اندیشمندان، نخبگان و دلسوزان، ضمن ایفای نقش موثر در جهاد مقدس مبارزه، برای کاهش موثر اعتیاد، موادمخدر و روان‌گردان‌ها گام‌های اساسی برداشته و بدین ترتیب از گسترش آسیب‌های ناشی از اعتیاد جلوگیری نمایند.

حمید صرّامی

مدیر کل دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با

موادمخدر ریاست جمهوری

تابستان ۱۳۹۷

پیشگیری از اعتیاد از منظر رویکرد اجتماعی: نقش سرمایه اجتماعی

رضا عبدالرسولی^۱

چکیده

بسیاری از افراد نمی‌دانند که چرا و چگونه افراد دیگر به موادمخدر وابسته می‌شوند. آن‌ها ممکن است اشتباهاً فکر کنند که کسانی که از موادمخدر استفاده می‌کنند، فاقد اصول اخلاقی و اراده هستند و می‌توانند به راحتی به وسیله انتخاب خود، مصرف مواد را قطع کنند. وابستگی به موادمخدر بیماری پیچیده‌ای است که فرایند ترک آن معمولاً چیزی بیش از نیت و اراده را می‌طلبد و همانند هر بیماری دیگری نیاز به مراقبت و درمان دارد. همانند هر بیماری دیگری، فرد بیمار نیازمند این است که در طول درمان، شبکه حمایتی قوی داشته باشد تا بتواند به بهبودی و موفقیت درمان دست یابد. از جمله عوامل حمایت‌کننده در این زمینه سرمایه اجتماعی است. سرمایه اجتماعی شبکه‌ای از روابط و پیوندهای مبتنی بر اعتماد اجتماعی بین فردی و بین-گروهی و تعاملات افراد با گروه‌ها، سازمان‌ها و نهادهای اجتماعی است که انرژی لازم برای تسهیل‌کنش‌ها در جهت اهداف فردی و جمعی را فراهم می‌کند. وجود عوامل حمایت‌کننده مانند سرمایه اجتماعی برای پیشگیری و مبارزه با اعتیاد و بهبودی از آن امری ضروری است. در واقع می‌توان گفت موفقیت اجتماعی - شدن امر مبارزه با موادمخدر وابسته به کم و کیف سرمایه اجتماعی است. شواهد پژوهشی نیز حاکی از نقش و اهمیت سرمایه اجتماعی در پیشگیری از اعتیاد و مبارزه با موادمخدر است. بنابراین شناخت همه‌جانبه و صحیح از پدیده اعتیاد و برنامه‌ریزی در راستای افزایش سرمایه اجتماعی و عوامل حمایت‌کننده می‌تواند راهگشای برنامه‌ریزی و موفقیت هر چه بیشتر در اجتماعی کردن مبارزه با موادمخدر باشد.

کلیدواژه‌ها: سرمایه اجتماعی، موادمخدر، پیشگیری

۱. دبیر علمی گروه علوم اجتماعی سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت)، تهران، ایران.

مقدمه

مشکل اعتیاد یکی از معضلات بهداشتی، روانی و اجتماعی جهان امروز است. در طول سال‌های گذشته اعتیاد به داروهای قانونی و غیرقانونی بسیار فراگیر شده است. گسترش این روند تیشه بر ریشه بنیادهای اخلاقی، اقتصادی و اجتماعی یک جامعه می‌زند و آن را از درون دچار فساد کرده و به انحطاط می‌کشد. این مشکل امروزه چنان خودنمایی می‌کند که هیچ کشوری نمی‌تواند خود را کاملاً از آن مصون بداند. اعتیاد دارای عوارض و پیامدهای بی‌شمار روانی (مثل افسردگی، اضطراب، روان‌پریشی و ...) و اجتماعی (مثل سرقت، فحشا، خشونت و ..) است. از طرف دیگر اعتیاد، افراد را مستعد پذیرش فرهنگ‌های پوچ و مخرب می‌نماید. سوء مصرف مواد اثرات بازدارنده بر رشد و شکوفایی جامعه دارد و تهدیدی جدی و نگران کننده است. وابستگی و سوء مصرف مواد به عنوان اختلال مزمن و عودکننده با تاثیرات و پیش‌آیندهای تربیتی، فرهنگی، روانی، اجتماعی، رفتاری و معنوی در نظر گرفته می‌شود. اعتیاد اثرات بسیار سویی در زمینه‌های اجتماعی، فرهنگی، سیاسی و اقتصادی دارد (رحیمی، اسماعیلی، نوری و مهدوی، ۱۳۹۰). متأسفانه علی‌رغم تلاش‌های فراوان جامعه علمی، هنوز درمان مناسبی که بتواند درمان‌های فیزیولوژیکی برای اعتیاد مثمر باشد، شناخته نشده است. شاید به این دلیل که اعتیاد جنبه زیستی، روانی و اجتماعی دارد. لذا برای درمان اعتیاد نیاز به درمان‌هایی است که بتواند جنبه‌های مختلف را تحت پوشش قرار دهد. به عبارت دیگر در فرایند درمان و پیشگیری به همان نسبتی که بعد زیستی مورد توجه قرار می‌گیرد، بعد روانی و اجتماعی نیز باید مورد توجه قرار گیرد و یا حتی بیشتر به آن‌ها توجه شود. اهمیت در نظر گرفتن عوامل روانی و اجتماعی زمانی بیشتر نمود پیدا می‌کند که برخی افراد معتاد بارها و بارها از نظر فیزیکی مواد را ترک می‌کنند ولی بعد از گذشت زمانی مجدداً به مصرف مواد روی می‌آورند (گلستانی، ۱۳۸۷).

امروزه در زمینه پیشگیری از گرایش به مواد مخدر، اغلب کشورها، پیشگیری کیفری را کنار گذاشته‌اند و به بحث پیشگیری اجتماعی گام نهاده‌اند که مستلزم همکاری و

مشارکت نهادهای جامعه مدنی از قبیل سازمان‌های مردم‌نهاد و برنامه‌های اجتماع‌محور است. ماهیت پیچیده آسیب‌های اجتماعی ایجاب می‌کند که با تاکید بر یافته‌های نوین دایره معرفت خودمان را در شناخت پدیده‌های اجتماعی گسترده کنیم. بر این اساس سرمایه اجتماعی در جوامع به عنوان ابزاری اساسی قابلیت‌های کارایی در تبیین و توضیح مسائل و مشکلات از جمله آسیب‌های اجتماعی را دارد (شارع پور، ۱۳۸۳). جامعه به‌عنوان سیستمی پویا، زنده، بانشاط و در حال حرکت، دارای ظرفیت‌ها و پتانسیل‌های بی‌شماری است که می‌بایست با نگرش نظام‌مدار، ضمن بهره‌گیری و به‌فعل رساندن آن‌ها، از تحرک سیستم اعتیاد جلوگیری نمود. به همین منظور در این مقاله مروری به رویکرد اجتماعی مبارزه با مواد مخدر با تاکید بر نقش سرمایه اجتماعی پرداخته شده است.

تاریخچه سرمایه اجتماعی

مفهوم سرمایه اجتماعی به طور غیرمستقیم در نظریه‌های جامعه‌شناسان کلاسیک چون دو توکویل (۱۸۳۱) و ۶۰ سال بعد در کار جامعه‌شناس فرانسوی امیل دورکیم مطرح شده است. این مفهوم را می‌توان در آثار بسیاری از جامعه‌شناسان کلاسیک در مفاهیمی از قبیل اعتماد، همبستگی و انسجام اجتماعی، هنجارها و ارزش‌ها مشاهده کرد. جامعه‌شناسی رشته‌ای علمی است که درصدد تبیین ریشه‌ها و ماهیت نظم اجتماعی است، ولی جامعه‌شناسان کلاسیک مشخصاً به مفهوم سرمایه اجتماعی نپرداخته‌اند. سرمایه اجتماعی در معنای مدرن خود ابتدا در سال ۱۹۱۶ در نوشته‌های هانیفان^۱ سرپرست وقت مدارس ویرجینیای غربی در آمریکا به کار رفت. این سرمایه ناملموس بسیاری از امور زندگی روزانه مردم مانند حق کسب و کار، معاشرت، هم‌فکری، همدردی و داد و ستدهای اجتماعی میان افراد و خانواده‌ها که واحدهای اجتماعی را می‌سازند در بر می‌گیرد. وی سرمایه اجتماعی را حاصل ظرفیت‌های بالقوه‌ای می‌داند که برای بهبود اساسی شرایط زندگی اجتماعی کفایت می‌کند. بعد از وی محققان و جامعه‌شناسان بسیاری از جمله جین جاکوب^۲ استاد مسائل شهری، گلن لوری^۳ اقتصاددان، ایوان لایت^۴ جامعه‌شناس و

1. Hanifan
2. Jine Jakoob

3. Gallen Lurry
4. Ivan Light

پیربوردیو^۱ جامعه شناس فرانسوی به این موضوع پرداخته‌اند. جیمز کلمن اولین کسی است که به صورت منسجم و قوی به بحث سرمایه اجتماعی پرداخته است. وی با مقاله سرمایه اجتماعی در ایجاد سرمایه انسانی، اثر مهمی را در ادبیات جامعه‌شناسی پدید آورد. بعد از وی رابرت پاتنام در سال ۱۹۹۳ با چاپ کتاب "بنای دموکراسی کارآمد؛ سنت‌های مدنی" و مقاله "بولینگ یک نفره، کاهش سرمایه اجتماعی آمریکا" در سال ۱۹۹۵ باعث توجه بیشتر عموم به ایده سرمایه اجتماعی و چگونگی افزایش و کاهش و بازسازی آن در آمریکا شد (صدیق بنایی، ۱۳۸۷).

سرمایه اجتماعی

نهادهای اجتماعی، سرمایه اجتماعی را پدید می‌آورند و دستیابی به هدف‌هایی را که در نبود آنها غیر ممکن یا پرهزینه بوده را ممکن و تسهیل می‌کنند، به طوری که عضویت در سازمان‌های اجتماعی، میزانی برای سرمایه اجتماعی می‌شود. منفعت‌های حاصل از عضویت در یک گروه همبستگی را به وجود می‌آورد که حصول منفعت را ممکن می‌سازد. هر زمان که یک جامعه یا نهاد اجتماعی بتواند مشارکت اعضای خود را برای دستیابی به اهداف خاص یا حل مساله‌ای جلب نماید، گفته می‌شود که آن جامعه دارای سرمایه اجتماعی است. ویژگی ذاتی سرمایه اجتماعی این است که در روابط اجتماعی شکل می‌گیرد. به تعبیر پورتز^۲ (۱۹۸۸) سرمایه اجتماعی در درون ساختار روابط افراد یافت می‌شود. برای برخورداری از سرمایه اجتماعی فرد باید با دیگران رابطه داشته باشد. سرمایه اجتماعی مجموع منابع حقیقی و مجازی در دسترس یک فرد یا گروه است که این افراد به واسطه برخورداری از شبکه‌ای بادوام از روابط آن را به دست آورده‌اند. از نظر جیمز کلمن سرمایه اجتماعی هنگامی ایجاد می‌شود که روابط میان اشخاص به شیوه‌ای تغییر یابد که کنش را آسان سازد. بنابراین سرمایه اجتماعی شیء واحدی نیست بلکه جنبه‌های متفاوتی از ساختار اجتماعی را در بر می‌گیرد که کنش جمعی و فردی را ترویج می‌کند. سرمایه اجتماعی مجموعه‌ای از نهادها، روابط و هنجارهای به هم پیوسته است که در شکل‌دهی به

1. Bourdieu

2. Portes

کیفیت و کمیت تعاملات اجتماعی افراد جامعه نقش اساسی دارد، به گونه‌ای که در کوتاه‌مدت برای شبکه‌های اجتماعی ارزش ویژه‌ای ایجاد می‌کند تا بین افراد مشابه و مختلف پلی ارتباطی برقرار گردد. از نظر فوکویاما، سرمایه اجتماعی وجود مجموعه معینی از هنجارهای غیررسمی است که اعضای گروهی که همکاری و تعاون میانشان مجاز است در آن سهمیم هستند. از نظر وی مشارکت در ارزش‌ها و هنجارها به خودی خود باعث تولید سرمایه اجتماعی نمی‌شود، چرا که این ارزش‌ها ممکن است ارزش‌های منفی باشند. برعکس هنجارهایی که تولید سرمایه اجتماعی می‌کنند، اساساً باید شامل مواردی از قبیل صداقت، تعهدات و ارتباطات دوجانبه باشد (ترنتاکوستی^۱، ۲۰۱۱؛ رحیمی و همکاران، ۱۳۹۰؛ فرجاد، ۱۳۸۲). با توجه به این تعاریف می‌توان دریافت که سرمایه اجتماعی دارای دو جزء است: ۱) پیوندهای عینی بین افراد: نوعی ساختار شبکه‌ای عینی می‌بایست برقرار کننده ارتباط بین افراد باشد. این بخش از سرمایه اجتماعی حکایت از آن دارد که افراد در فضای اجتماعی با یکدیگر پیوند دارند. ۲) پیوند ذهنی: پیوندهای بین افراد می‌بایست دارای ماهیت متقابل مبتنی بر اعتماد و دارای هیجان‌ات مثبت باشد (شارع پور، ۱۳۸۳).

در سرمایه اجتماعی، افراد و اجتماعات در قالب ارزش‌ها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی که در جریان تعاملات اجتماعی به وجود می‌آید، قابلیت‌های خود را افزایش می‌دهند و در عین به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود از حمایت‌های محیطی و اجتماعی که در شبکه‌های ارتباطی آن‌ها به وجود آمده برخوردار می‌شوند. سرمایه اجتماعی ما را قادر می‌سازد که ارزش ایجاد کنیم، کارها را انجام دهیم، به اهدافمان دست یابیم، مأموریت‌هایمان را در زندگی به اتمام رسانیم و به سهم خویش به دنیایی یاری رسانیم که در آن زندگی می‌کنیم. بر اساس نظریه‌های جدید انگیزه اولیه مشارکت است، یعنی پیشرفت و تکامل همراه با دیگران و کمک به دیگران چه کوچک و چه بزرگ، سرمایه اجتماعی را غنی می‌سازد و شبکه وسیعی از کنش متقابل را خلق می‌کند. سرمایه اجتماعی را می‌توان حاصل پدیده‌های اعتماد متقابل، تعامل اجتماعی متقابل، گروه‌های

اجتماعی، احساس هویت جمعی و گروهی، احساس وجود تصویری مشترک از آینده و کار گروهی در یک سیستم اجتماعی دانست. به طور خلاصه سرمایه اجتماعی در شاخصه‌هایی چون وفاداری، اعتماد، ارتباطات شبکه‌ای، اقتدار فردی، هویت سازمانی، عمل متقابل، هنجارهای اجتماعی و اعتبار تجلی می‌یابد (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۰).

مفهوم سرمایه اجتماعی از دید اندیشمندان

بورديو جامعه‌شناس فرانسوی بیشتر به بررسی دوام و پایداری طبقه اجتماعی و سایر اشکال مستحکم نابرابری گرایش داشت. بورديو در گیر ایده‌هایی بود که از مفاهیم مارکسیستی تاثیر پذیرفته بودند. وی سرمایه اقتصادی را ریشه انواع سرمایه‌ها می‌دانست و علاقمند به درک شیوه‌های ترکیب این سرمایه با دیگر اشکال سرمایه و ایجاد و تولید نابرابری بود (فیلد، ۲۰۰۳؛ به نقل از غفاری و رمضان، ۱۳۸۸). وی در ابتدا استعاره "سرمایه فرهنگی" را مطرح می‌کند و آن را مورد بررسی قرار می‌دهد و سپس به مفهوم سرمایه اجتماعی توجه می‌کند. وی با استفاده از استعاره "سرمایه فرهنگی" به این موضوع اشاره می‌کند که ذائقه فرهنگی موجب منزلت برتر برخی از گروه‌ها نسبت به دیگر گروه‌ها می‌شود. وی در نوشته‌های اولیه خود در خصوص "سرمایه اجتماعی" روی این مفهوم به عنوان یک جزء فرعی یا حتی یکی از ابعاد "سرمایه فرهنگی" متمرکز می‌شود (فیلد، ۱۳۸۸). بورديو سرمایه رابه سه نوع تقسیم می‌نماید: ۱) سرمایه اقتصادی: که قابل تبدیل شدن به پول است و می‌تواند به شکل حقوق مالکیت نهادینه شود. ۲) سرمایه فرهنگی: سرمایه فرهنگی شکل گرفته از طریق شرایط خانوادگی و آموزش مدرسه‌ای، می‌تواند تا حدی مستقل از دارایی‌های مادی عمل کند و حتی کمبود پول را که قسمتی از استراتژی فرد برای تعقیب قدرت و جایگاه اجتماعی است جبران کند. در واقع به نظر بورديو سرمایه فرهنگی به صورت کیفیت آموزشی نمود پیدا می‌کند. سرمایه فرهنگی مانند میراث مادی قابل انتقال است و مانند آن قابل سرمایه گذاری است. به علاوه گروه‌ها قادرند تا از نمادهای فرهنگی به عنوان نشانه‌های تمایز استفاده کنند که از طریق آن هم موقعیت خود را در ساختار اجتماعی نشان می‌دهند و هم آن را می‌سازند. به تعبیر پیر بورديو وقتی از

سرمایه فرهنگی سخن می‌گوییم مجموعه‌ای از دانش‌ها و توانایی‌های شناختی را مد نظر قرار می‌دهیم که در شکل کالاها و ابزارهای فرهنگی متجلی می‌شود. در این معنا که بی‌شبهت به مفهوم سرمایه انسانی در نزد کلمن نیست، سرمایه فرهنگی تمام آن چیزی است که امروزه ما به عنوان کالاها و فرهنگ می‌شناسیم. این کالاها صورتی از سرمایه فرهنگی هستند که بر روابط اجتماعی و ساخت شبکه پویا و کارآمد اجتماعی تأثیر می‌گذارند. صورت دیگر سرمایه فرهنگی خود را بیشتر در عادات و نگرش افراد جامعه نمایان می‌سازد. در این معنا سرمایه فرهنگی، تمایلات، عادات و نگرش‌هایی را در بر می‌گیرد که استعداد استفاده از شرایط و توانایی‌های بالقوه را به افراد می‌دهد تا بر وجوه شناختی و معرفتی خود بیفزایند. تمام مهارت‌ها و آمادگی‌هایی را که می‌توان در محیط خانه و مدرسه به کودکان آموخت، نظیر احساس مفید بودن، توانایی ابراز وجود و اظهار نظر و مهارت‌های دیگر از این دسته‌اند. (۳) سرمایه اجتماعی: سرمایه اجتماعی مجموعه‌ای از منابع مادی یا معنوی است که به یک فرد یا گروه اجازه می‌دهد تا شبکه پایداری از روابط کم و بیش نهادینه شده و شناخت متقابل را در اختیار داشته باشند (فیلد، ۱۳۸۸). در این تعریف بر ضرورت تراکم و دوام پیوندها (یعنی ارتباطات) تأکید شده است. ارزش پیوندهای یک فرد (یا حجم سرمایه اجتماعی متعلق به یک عامل) به تعداد اتصالاتی که می‌تواند آن‌ها را بسیج نماید و به حجم سرمایه (فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی) متعلق به هر یک از اتصالات، بستگی دارد. از دیدگاه بوردیو:

۱- سرمایه فرهنگی و سرمایه اجتماعی باید به عنوان دارایی در نظر گرفته شوند و این‌ها نشان دهنده تولید کار انباشت شده هستند.

۲- انواع سرمایه‌های بیان شده همیشه با هم قابل جایگزینی نیستند، اما ترکیب آن‌ها می‌تواند سرمایه جدیدی ایجاد کند.

۳- سرمایه اجتماعی تشریح اصل "دارایی‌های اجتماعی" است. این موضوع مهم است که افراد تا چه اندازه قادر به بسیج کردن سرمایه یک گروه باشند (خانواده، همشاگردی‌های قدیمی، مدارس، نخبگان، کلوپ‌های ویژه و غیره).

۴- سرمایه اقتصادی شکل غالب سرمایه است و سرمایه‌های فرهنگی و اجتماعی ابزاری برای رسیدن به سرمایه اقتصادی هستند.

۵- تنها زمانی در داخل شبکه همبستگی به وجود می‌آید که عضویت باعث ایجاد سود مادی و نمادی شود.

۸- فهم دنیای اجتماعی بدون فهم نقش اشکال مختلف سرمایه غیر ممکن است. در مجموع نظریه بوردیو به طوردقیق بر شیوه‌های به کارگیری اتصالات (یعنی ارتباطات میان اعضای یک گروه) توسط برخی گروه‌ها برای کسب سود بیشتر، تمرکز دارد و تاکید می‌کند که نابرابری باید از طریق تولید و باز تولید تشریح شود و اینجا است که سرمایه اجتماعی را به شکل زیر تعریف می‌کند: سرمایه‌ای از روابط اجتماعی که در صورت نیاز، حمایت‌های سودمندی فراهم می‌کند، یعنی سرمایه شرافت و حرمت که غالباً اگر فرد بخواهد در موقعیت‌های مهم اجتماعی مراجعین را جذب کند، کاملاً ضروری است. به نظر پیر بوردیو سرمایه اجتماعی عبارت است از موقعیت‌ها و روابطی که در درون گروه‌ها و شبکه‌های اجتماعی برای افراد دسترسی به فرصت‌ها، اطلاعات، منابع مادی و موقعیت اجتماعی را افزایش می‌دهد (فیلد، ۱۳۸۸). بوردیو سوءاستفاده از سرمایه اجتماعی را امکان‌پذیر می‌داند، به ویژه از طرف کسانی که به قول او قادر به نمایندگی سرمایه اجتماعی نهادینه شده هستند، مانند بزرگان فامیل و کسانی که از ارتباطات نهادینه شده بهره می‌برند. به علاوه بوردیو معتقد است که سرمایه اجتماعی، یکی از دارایی‌های ثروتمندان و وسیله‌ای برای حفظ برتری آن‌ها است. در نظریه وی جایی برای امکان بهره‌برداری دیگران - یعنی افراد یا گروه‌های کم بضاعت‌تر - از این پیوندهای اجتماعی وجود ندارد. بوردیو سرمایه اجتماعی را در خدمت افزایش ثروت سرمایه‌داران و کاهش دارایی ضعیفان می‌داند زیرا او پدیده‌های اجتماعی را با نگاه مارکسیستی تحلیل می‌کند (فیلد، ۱۳۸۸).

کلمن جامعه‌شناس آمریکایی نظریه انتخاب منطقی را قبول دارد و به درستی مهم‌ترین شخصی است که باعث رشد این نظریه در جامعه‌شناسی معاصر شد (نظریه انتخاب منطقی

باور دارد که تمام رفتارها از تعقیب افراد برای سودشان سرچشمه می‌گیرد). بنابراین از نگاه کلمن تعامل اجتماعی به عنوان شکلی از مبادله در نظر گرفته می‌شود و سرمایه اجتماعی وسیله‌ای جهت تبیین نحوه همکاری و تعاون افراد با یکدیگر برای کسب سود است. نتیجه اینکه وی بر سودمندی سرمایه اجتماعی تاکید می‌ورزد و آن را منبعی برای همکاری، روابط دو جانبه و توسعه اجتماعی می‌داند. کلمن با مطالعات خود نشان داد که سرمایه اجتماعی صرفاً به قدرتمندان محدود نبوده و برای فقیران و اجتماعات حاشیه نشین هم مفید است. یکی از علایق اصلی او ترکیب جامعه‌شناسی با جریان‌های عمده اقتصادی است و به همین دلیل او مفهوم سرمایه اجتماعی را به عنوان پلی بین اقتصاد و جامعه‌شناسی به کار می‌گیرد (فیلد، ۱۳۸۸). سرمایه اجتماعی با کارکردش تعریف می‌شود. سرمایه اجتماعی شیئی واحد نیست، بلکه انواع چیزهای گوناگونی است که دو ویژگی مشترک دارند: همه آن‌ها شامل جنبه‌ای از یک ساخت اجتماعی هستند و کنش‌های معین افرادی را که در درون ساختار هستند تسهیل می‌کنند. سرمایه اجتماعی، مانند شکل‌های دیگر سرمایه مولد است. شکل معینی از سرمایه اجتماعی که در تسهیل کنش‌های معینی ارزشمند است ممکن است برای کنش‌های دیگری فایده یا حتی زیان‌مند باشد. به نظر کلمن سازمان اجتماعی، سرمایه اجتماعی را پدید می‌آورد (کلمن، ۱۳۷۷). پاتنام و همکارانش، بینش تازه‌ای را در تئوری سرمایه اجتماعی ایجاد کردند. نتایج تحقیقات و بررسی‌های پاتنام به طرح تعاریفی از مفهوم سرمایه اجتماعی و وجوه و اشکال آن منجر شد. سرمایه اجتماعی وجوه گوناگون سازمان اجتماعی نظیر اعتماد، هنجارها و شبکه‌هاست که می‌توانند با تسهیل اقدامات هماهنگ، کارآیی جامعه را بهبود بخشند. سرمایه اجتماعی نیز مانند سایر سرمایه‌ها مولد است و امکان دستیابی به اهداف مشخص را فراهم می‌کند (پاتنام، ۱۳۸۰). به تعبیر پاتنام همکاری و تعاون داوطلبانه در جایی که ذخیره و انباشت اساسی از سرمایه اجتماعی در قالب قواعد مبادله و شبکه‌های تعهد مدنی وجود داشته باشد به آسانی صورت می‌گیرد. در واقع سرمایه اجتماعی به پیوندهای اعضای یک شبکه به عنوان منبع با ارزش اشاره دارد که با خلق هنجارها و اعتماد متقابل موجب تحقق اهداف اعضا می‌شود (پاتنام،

۱۳۸۰). وجوه گوناگون سازمان اجتماعی از دیدگاه پاتنام در زیر ارائه شده است.

۱- شبکه‌ها: انواع مختلفی از شبکه‌های رسمی و غیررسمی ارتباطات و مبادلات در هر جامعه‌ای اعم از مدرن و سنتی، فئودالی یا سرمایه داری و ... وجود دارند. این شبکه‌ها از نوع "افقی" و "عمودی" هستند. در شبکه‌های افقی شهروندانی عضویت دارند که از قدرت و وضعیت برابری برخوردارند. در این حالت همه کنشگران درگیر کنش‌ها بوده، با هم در ارتباطند و اطلاعات به صورت شفاف در اختیار کنشگران قرار می‌گیرد. در شبکه‌های عمودی شهروندانی عضویت دارند که وضعیتی نابرابر نسبت به هم دارند. در این حالت کنشگران باهم ارتباطی ندارند. به این معنی که رابطه کنشگران منقطع بوده و آن‌ها تنها اطلاعاتی را بدست خواهند آورد که منافع افراد در موقعیت بالاتر را به خطر نیندازد. همچنین اطلاعات به صورت شفاف رد و بدل نمی‌شود. کنش‌های افقی قوی در شبکه‌های مشارکت مدنی مانند انجمن‌های همسایگی، کانون‌های سرودخوانی، تعاونی‌ها، باشگاه‌های ورزشی و احزاب توده‌ای روی می‌دهند. از نظر پاتنام شبکه‌های مشارکت مدنی یکی از اشکال ضروری سرمایه اجتماعی هستند. هرچه این شبکه‌ها در جامعه‌ای متراکم‌تر باشند، احتمال بیشتری وجود دارد که شهروندان بتوانند در جهت منافع متقابل همکاری کنند. شبکه‌های افقی انبوه منجر به تقویت همکاری درون گروهی می‌شوند. آن‌ها با دور زدن شکاف‌های طبقاتی، همکاری گسترده‌تری را پدید می‌آورند. از نظر پاتنام هرچه ساختار سازمانی افقی‌تر باشد، موفقیت نهادی آن در اجتماع بیشتر است. پاتنام شبکه عمودی یا سلسله مراتبی را فاقد توان برقراری اعتماد و همکاری اجتماعی می‌داند. زیرا جریان اطلاعات در شبکه عمودی نسبت به شبکه افقی، شفاف و مؤثر نیست. همچنین هنجارهای معامله متقابل و مجازات‌های مربوط به تخلف از آن که مانع فرصت طلبی می‌شوند، در شبکه‌های عمودی برای مقامات عالی رتبه کمتر وضع شده و کمتر اجرا می‌شوند.

۲- هنجارهای معامله متقابل: در هر گروه اجتماعی هنجارهایی هستند که مهم‌ترین سودمندی آن‌ها تقویت اعتماد، کاهش هزینه معاملات و تسهیل همکاری است. از نظر

پاتنام مهم ترین این هنجارها، هنجارهای معامله متقابل هستند. وی این هنجارها را از مولدترین اجزای سرمایه اجتماعی می داند. گروه‌ها و جوامعی که از این هنجارها اطاعت می کنند به شکل مؤثری بر فرصت طلبی و مشکلات عمل جمعی فائق می آیند. این هنجارها با شبکه‌های انبوهی از مبادلات اجتماعی مرتبط هستند و یکدیگر را تقویت می کنند.

۳- اعتماد اجتماعی: پاتنام اعتماد اجتماعی را ناشی از دو منبع یعنی هنجارهای معامله متقابل و شبکه‌های مشارکت مدنی می داند. از نظر وی اعتماد، همکاری را تسهیل می کند و هر چه سطح اعتماد در یک جامعه بالاتر باشد، احتمال همکاری هم بیشتر خواهد بود. همکاری نیز به نوبه خود اعتماد را ایجاد می کند. از نظر پاتنام هر چه تعامل میان افراد بیشتر باشد، آن‌ها اطلاعات بیشتری درباره یکدیگر به دست آورده و انگیزه‌های بیشتری برای اعتماد پیدا می کنند. در مجموع پاتنام منابع سرمایه اجتماعی را اعتماد، هنجارهای معامله متقابل و شبکه‌های افقی تعامل می داند که دارای ارتباطات درونی، خود تقویت کننده و خود افزاینده می باشند. بنا به اعتقاد پاتنام ویژگی باز تولیدی سرمایه اجتماعی منجر به تعامل اجتماعی همراه با سطح بالایی از همکاری، اعتماد، معامله متقابل، مشارکت مدنی و رفاه اجتماعی می گردد. وی همچنین اضافه می کند که نبود این ویژگی‌ها در برخی از جوامع عهدشکنی، بی اعتمادی، فریب، بهره کشی، انزوا، بی نظمی و رکود را به دنبال دارد. پاتنام استدلال می کند که هنجارها و شبکه مشارکت مدنی باعث تقویت رشد اقتصادی، افزایش اعتماد و همکاری اجتماعی می شوند. منابع سرمایه اجتماعی مانند اعتماد، هنجارها و شبکه‌ها معمولاً خود تقویت کننده و خود افزاینده هستند. ویژگی‌هایی از جمله همکاری، اعتماد، معامله متقابل، مشارکت مدنی و رفاه جمعی معرف جامعه مدنی هستند. برعکس، فقدان این ویژگی‌ها در جوامع غیرمدنی نیز خصالتی خود تقویت کننده دارد. عهد شکنی، بی اعتمادی، فریب، بهره کشی، انزوا، بی نظمی و رکود یکدیگر را در یک جو خفقان‌آور دوره‌های باطل تشدید می کنند (پاتنام، ۱۳۸۰).

از نظر پاتنام سرمایه اجتماعی با معامله متقابل به وجود می آید و انگیزه معامله متقابل با

بهره‌گیری از کمک دیگری، یا دادن کمک به دیگری با انتظار دریافت سود در آینده شکل می‌گیرد. منظور از سود، دریافت کمک از طرف مقابل به هنگام نیاز در آینده می‌باشد. این معامله بر اساس اعتماد انجام می‌پذیرد. کسب اعتماد در شبکه‌ها به وجود می‌آید زیرا با حضور در شبکه‌ها و تعامل با یکدیگر می‌توان اطلاعات لازم را برای بدست آوردن اعتماد کسب کرد. نقطه اشتراک تعریف پاتنام از سرمایه اجتماعی با تعریف کلمن در این خصوص مربوط به آن دسته از ویژگی‌های سازمان اجتماعی است که هماهنگی و همکاری را برای سود متقابل تسهیل می‌کند. این ویژگی‌ها عبارتند از: شبکه‌ها، هنجارهای معامله متقابل و اعتماد اجتماعی. به طور خلاصه، بورديو دارای دغدغه‌ای مشترک با مارکسیسم درباره نابرابری دسترسی به منابع و کسب قدرت می‌باشد. کلمن به عنوان نقطه شروع، ایده افراد کنشگر عقلانی که به دنبال کسب سود شخصی‌شان هستند را در نظر می‌گیرد. پاتنام ایده معاشرت و فعالیت مدنی را به عنوان پایه یکپارچگی اجتماعی و بهزیستی می‌داند. به رغم این تفاوت‌ها، هر سه نفر بر این باورند که سرمایه اجتماعی از پیوندهای شخصی همراه با مجموعه‌ای از ارزش‌های مشترک تشکیل شده است (فیلد، ۱۳۸۸).

از نظر فوکویاما فراهم ساختن و تدارک سرمایه اجتماعی با واسطه و میانجیگری مجموعه‌ای از نهادهایی که تقریباً به وسعت و گستردگی خود جامعه هستند، انجام می‌شود. خانواده‌ها، مدارس، کلیساها و انجمن‌های داوطلبانه، انجمن‌های تخصصی و فرهنگ عمومی از آن جمله است. اکثر این نهادها با اقتصاد بازار کاملاً بیگانه هستند. بودجه برخی از این نهادها از قبیل مدارس را مردم با پرداخت مالیات تامین می‌کنند. برخی دیگر مانند خانواده‌ها یا انجمن‌های خیریه از طریق تولیدات فرعی فعالیت‌های دیگر، سرمایه اجتماعی تولید می‌کنند. چنانچه جیمز کلمن خاطر نشان ساخته است، سرمایه اجتماعی مانند بسیاری از اشکال دیگر سرمایه انسانی یک منفعت عمومی است و بنابراین، بازارهای رقابتی به طور منظم برای آن سرمایه‌گذاری می‌کنند (فوکویاما، ۱۳۸۵). فوکویاما برخی از کشورها را که از نظر فرهنگی یکسان هستند بر اساس سرمایه اجتماعی مقایسه می‌کند و هدف او این

است که به این سوال پاسخ دهد که چرا برخی کشورها موفقیت اقتصادی بیشتری نسبت به سایر کشورها دارند. او ادعا می‌کند که در این کشورها سطوح بالای قابلیت اجتماعی (سرمایه اجتماعی) صداقت و اعتماد افراد را به انجام کارهای مشارکتی و تعاونی مشتاق می‌سازد و زمینه را برای رشد و ترقی فراهم می‌کند. مثلاً در جامعه ژاپن سطوح بالای سرمایه اجتماعی سبب گسترش و توسعه این کشور شده است در حالی که در جامعه چین پیوندهای موجود مانع شکل‌گیری سرمایه اجتماعی شده و فرصت‌های نوآوری را محدود ساخته است. فوکویاما معتقد است که جوامع مدرن به جای اینکه درصدد باشند که اخلاق اعضایشان را بهبود بخشند در جست‌وجوی تاسیس نهادهایی چون حکومت متکی بر قانون اساسی و مبادله مبتنی بر بازار آزاد هستند تا رفتارهای اعضای خود را نظام‌مند کنند. با جمع‌بندی نظرات ابراز شده می‌توان سرمایه اجتماعی را مجموعه‌ای از شبکه‌ها، هنجارها، ارزش‌ها و درکی دانست که همکاری درون‌گروه‌ها و بین‌گروه‌ها را در جهت کسب منافع متقابل تسهیل می‌کند و این نوع از سرمایه با نرخ مشارکت افراد در زندگی جمعی و وجود عامل اعتماد در بین آنان بیان می‌شود (فوکویاما، ۱۳۸۵).

ابعاد سرمایه اجتماعی

سرمایه اجتماعی دارای دو بعد کمی و کیفی است. بعد کمی سرمایه اجتماعی یک کمیت است، یعنی در جامعه هر چه مشارکت بیشتر باشد و تعداد انجمن‌های داوطلبانه یا به عبارتی سازمان‌های غیر دولتی بیشتر باشد، سرمایه اجتماعی نیز بیشتر خواهد بود. در رابطه با بعد دیگر باید اذعان کرد که سرمایه اجتماعی دارای یک بعد کیفی است که می‌بایست در میزان همبستگی و درجه انسجام درون‌گروهی و اعتماد متقابل بین کنشگران، احساسات مثبت به وجود آورد. از سوی دیگر کیفیت سرمایه اجتماعی دارای دو بعد است: بعد همبستگی درون‌گروهی و بعد بین‌گروهی یا همان انسجام بین گروه‌های موجود در جامعه. چنانچه در یک جامعه اعتماد و انسجام در درون گروه‌ها بالا باشد اما بین گروه‌های مختلف انسجام پایین باشد یا وجود نداشته باشد، این فرایند تأثیرات منفی برای کل جامعه خواهد داشت و در واقع سرمایه اجتماعی موجود از نوع منفی خواهد بود (صدیق

سروستانی، ۱۳۸۵). در دسته‌بندی دیگر، سرمایه اجتماعی دارای سه بعد است. (۱) بعد ساختاری: این بعد به پیوندهای موجود در شبکه اجتماعی اشاره دارد که دربرگیرنده وسعت و شدت ارتباطات موجود در شبکه است. (۲) بعد شناختی: این بعد مربوط به آن چیزی است که افراد فکر یا احساس می‌کنند. (۳) بعد ارتباطی: این بعد شامل اعتماد، هنجارها، تعهدات و روابط متقابل و تعیین هویت مشترک است (صدیق سروستانی، ۱۳۸۵).

مؤلفه‌های سرمایه اجتماعی

مؤلفه‌های اصلی سرمایه اجتماعی چهار مؤلفه اعتماد اجتماعی، پیوند و تعاملات اجتماعی، انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی هستند که در یک رابطه متعامل قرار گرفته و هر کدام تقویت‌کننده دیگری است.

• اعتماد اجتماعی: اعتماد اولین بخش سرمایه اجتماعی است که به نوع ارتباط بین افراد مربوط می‌شود. اعتماد شاخص مناسبی برای پیوندهای مثبت و متقابل است. برای ارزیابی سرمایه اجتماعی در سطح ملی، سنجش اعتماد به نهادهای مختلف اجتماعی ضرورت دارد. در فرایند توسعه اجتماعی، میزان عضویت اعضای جامعه در گروه‌ها، سازمان‌ها و انجمن‌های مختلف افزایش می‌یابد و آمادگی فرد برای برقراری ارتباط بیشتر می‌شود. بدین ترتیب مهم‌ترین مساله نظم اجتماعی، اعتماد و همبستگی اجتماعی است، یعنی بدون انسجام و نوعی پایداری، نظم اجتماعی غیرممکن است (چلبی، ۱۳۷۵).

• انسجام اجتماعی: انسجام اجتماعی در یک حوزه تعاملی معین شکل و معنا پیدا می‌کند. دورکیم احساسی را که در میدان تعاملی به وجود می‌آید، عاطفه جمعی می‌نامد. از نظر دورکیم، عاطفه جمعی عمیق، اکثراتی مناسب جمعی به وجود می‌آید و موجبات افزایش و تحکیم انسجام اجتماعی را فراهم می‌کند (چلبی، ۱۳۷۵).

• مشارکت اجتماعی: مشارکت اجتماعی در برگیرنده انواع مختلف کنش‌های فردی و گروهی به منظور دخالت در تعیین سرنوشت خود و جامعه و تاثیر نهادن بر فرایند

تصمیم‌گیری درباره امور عمومی است. مشارکت می‌تواند در دو سطح مطرح باشد:

۱. بعد ذهنی مشارکت که همان تمایل به مشارکت اجتماعی است که در نتیجه اعتماد و سایر عوامل زمینه‌ساز در افراد ایجاد می‌شود.

۲. بعد عینی و رفتاری مشارکت اجتماعی که به صورت عضویت، نظارت، اجرا و تصمیم‌گیری بروز می‌کند که همان پیوند عینی افراد است (چلبی، ۱۳۷۵).

• پیوند و تعاملات اجتماعی: پیوند اجتماعی بیانگر پیوندهای عینی بین افراد و ارتباط آن‌ها با یکدیگر است. این پیوند دارای دو بخش است:

۱. پیوند عینی بین افراد نوعی ساختار شبکه‌ای عینی است که می‌بایست برقرار کننده ارتباط بین افراد باشد. این بخش حکایت از آن دارد که افراد در فضای اجتماعی با یکدیگر پیوند دارند.

۲. پیوند ذهنی: پیوندهای بین افراد می‌بایست دارای ماهیت متقابل مبتنی بر اعتماد و دارای هیجانات مثبت باشد، بنابراین عدم اعتماد در افراد سبب عدم مشارکت آن‌ها در فعالیت‌های اجتماعی می‌شود (چلبی، ۱۳۷۵).

کلمن برای سرمایه اجتماعی مولفه‌هایی را در نظر می‌گیرد که عبارت است از:

اعتماد اجتماعی: اعتماد را می‌توان حسن ظن فرد نسبت به افراد جامعه تعریف کرد که این امر موجب گسترش و تسهیل روابط اجتماعی فرد با سایر افراد جامعه می‌شود. در فضای مبتنی بر اعتماد ابزارهایی چون زور و اجبار برای داد و ستدها کارایی خود را از دست می‌دهند و در عوض قصد افراد برای بازپرداخت‌ها و اعتقاد به درستکاری افزایش می‌یابد (مقصودی و شمس‌الدین مطلق، ۱۳۹۵).

حمایت اجتماعی: حمایت اجتماعی را می‌توان قابلیت کیفیت و ارتباط با کسانی که منابعی را به هنگام نیاز فراهم می‌آورند تعریف کرد. کوهن حمایت اجتماعی را به سه زیر عامل تقسیم می‌کند که عبارتند از: ۱) حمایت عاطفی که معمولاً شناخته شده‌ترین شکل حمایت اجتماعی است و از طرف خانواده و دوستان نزدیک صورت می‌گیرد. ۲) حمایت ابزاری که پشتیبانی به شکل پول، صرف وقت برای دیگران، کمک‌های عملی و سایر

مساعدهت‌ها را در بر می‌گیرد. ۳) حمایت اطلاعاتی که شامل راهنمایی، مشاوره و پیشنهادهای اعضای شبکه است (مقصودی و شمس الدین مطلق، ۱۳۹۵).

• مشارکت مدنی و عضویت در انجمن‌ها: تراکم شبکه‌های روابط بین افراد و گروه‌ها، از مفاهیم کلیدی سرمایه اجتماعی است. سرمایه اجتماعی نمی‌تواند به واسطه عمل فی‌نفسه و منفعل افراد به وجود آید، بلکه وابسته به وجود انجمن‌ها و شبکه‌های اجتماعی است که در اشکال متنوع و نوینی در ابعاد و فضاها متنوع حمایت اجتماعی نمود می‌یابند. انجمن‌های داوطلبانه دارای آثار خردی چون ارائه فرصت برای عضویت در گروه‌های بزرگ‌تر، بسط روابط اجتماعی و شرکت فرد در تصمیم‌گیری‌ها هستند و در عین حال آثار کلانی نیز برای جامعه دارند. این انجمن‌ها با کمک به بسیج آهسته، داوطلبانه و نسبتاً مداوم منابع در جامعه، زمینه اتصال هر چه بیشتر آن‌ها را به جامعه فراهم می‌آورند و مشارکت فرد را در امور اجتماعی افزایش می‌دهند (مقصودی و شمس الدین مطلق، ۱۳۹۵).

• شبکه اجتماعی: شبکه اجتماعی بر اساس شبکه تعاملات افراد و نوع شبکه اجتماعی قابل تمایز است. افرادی که شبکه‌های درون‌گرا، متجانس و کوچک دارند، سرمایه اجتماعی آن‌ها عموماً بر اعتماد و همکاری در یک شبکه مستحکم استوار است، اما فرصت دستیابی به اطلاعات یا کشف فرصت‌های کارآفرینی را از دست می‌دهند. افرادی که دارای شبکه‌های برون‌گرا، گوناگون و بزرگ هستند، به سرمایه اجتماعی مبتنی بر موقعیت‌های کارآفرینی دسترسی دارند، اما آن‌ها نیز عموماً پیام‌های آمیخته و غیرشفاف، تداخل توقعات و تنش را تجربه می‌کنند. رشد شبکه اجتماعی می‌تواند موجب دسترسی به منابع اجتماعی، تقویت اعتماد به نفس و کاهش احساس تنهایی و حس تعلق به جامعه شود. احساس تنهایی و از خود بیگانگی در شهرها تا حد زیادی به سبب وجود شبکه‌های ناقص و ضعیف اجتماعی است. چنان‌چه احساس تعلق افراد به جمع خصوصاً گروه‌های اولیه‌ای چون خانواده و دوستان سست شود، این کاهش میزان روابط حمایتی را می‌توان نوعی اختلال رابطه‌ای تلقی کرد که افراد را در مقابل

آسیب‌های اجتماعی آسیب‌پذیر می‌سازد (مقصودی و شمس‌الدین مطلق، ۱۳۹۵).

- هنجارهای بده-بستان در قالب همکاری عمومی: از هنجارهای بده-بستان به ندرت تعریفی ارائه شده است. هنجارهای عمل متقابل بر مبنای مبادله بین افراد، طیف گسترده‌ای از پدیده‌های اجتماعی از جمله تاثیر بر نگرش افراد را توضیح می‌دهند. هنجارهای بده-بستان بر مبنای الگوی مبادله، علاوه بر نتایج عینی در روابط اقتصادی به عنوان منبع تبادل احساسات و گسترش روابط اجتماعی بین افراد و گروه‌های اجتماعی نیز عمل می‌کنند (مقصودی و شمس‌الدین مطلق، ۱۳۹۵).

طبقه بندی سرمایه اجتماعی

سرمایه اجتماعی در سه سطح خرد، میانی و کلان قابل بررسی است:

۱. سطح خرد: در سطح خرد، سرمایه اجتماعی ناظر بر رفتار شبکه‌هایی از افراد و خانوارهاست. با وجود رد پاهای مشخص از این مفهوم در نوشته‌های قدیمی‌تر، تحلیل سرمایه اجتماعی در سطح خرد پیوندی با نظریه رابرت پاتنام دارد. او در کتاب خود با عنوان "بهبود کارایی مردم سالاری" سرمایه اجتماعی را به عنوان ویژگی‌های سازمان اجتماعی تعریف می‌کند، مثل شبکه‌هایی از افراد یا خانوارها و ارزش‌ها و هنجارهای به هم پیوسته که موجب آثار خارجی برای جامعه است. آثار خارجی ناشی از تعاملات بین فردی ممکن است مثبت یا منفی باشد. از آثار منفی این گونه تعاملات در سطح خرد می‌توان به این نکته اشاره کرد که روابط موجود بین افراد در یک شبکه که سرمایه اجتماعی را تشکیل می‌دهد، به قیمت به حساب نیاوردن دیگران در این شبکه قوت می‌یابد. پاتنام از ابتدا برای این آثار خارجی، طبیعتی مثبت متصور بود، اما او و دیگران بعد از این متوجه شدند که آثار خارجی منفی هم می‌تواند از کنش‌های بین شخصی پدیدار شود. ظهور برخی گروه‌ها در جامعه که در پی منفعت‌طلبی و یا بدتر از آن، اهداف بدخواهانه هستند، گواه بر این مدعاست. در این موارد سرمایه اجتماعی فقط به نفع اعضای گروه است و لزوماً نفع افراد غیر عضو یا نفع جامعه را به دنبال ندارد. سرمایه اجتماعی در سطح خرد بر اساس میزان صمیمیت حاکم بر روابط افراد به

دو نوع درون گروهی و میان گروهی تقسیم می‌شود:

• سرمایه اجتماعی درون گروهی (غیررسمی): این نوع از سرمایه اجتماعی میان افرادی وجود دارد که ارتباط نزدیک و صمیمی با هم دارند، مثل اعضای خانواده، دوستان نزدیک و همسایگان. در برخی از مطالعات از این سطح سرمایه اجتماعی با عنوان غیررسمی یاد می‌شود. این سطح از سرمایه اجتماعی به روابط غیررسمی و روزمره میان افرادی می‌پردازد که روابط آن‌ها به صورت غیررسمی شکل گرفته و تداوم دارد. این نوع از سرمایه اجتماعی نقش مهمی در انباشت سرمایه انسانی خصوصاً در خانواده ایفا می‌کند.

• سرمایه اجتماعی میان گروهی (تعمیم یافته): این نوع سرمایه اجتماعی در میان افرادی رواج دارد که روابط دوستانه و خصوصیات مشترک کمتری میان آن‌ها حاکم است، مثل اعضای گروه‌های اجتماعی و سیاسی یا عموم مردم که لزوماً از یک اندیشه و گروه فکری خاصی پیروی نمی‌کنند. برخی این سطح از سرمایه اجتماعی را با عنوان تعمیم یافته معرفی می‌کنند، چرا که سطح تحلیل را از افراد نزدیک و صمیمی به کل افراد جامعه تعمیم می‌دهد. به طور کلی این نوع سرمایه اجتماعی در سطح جامعه اعتمادساز است. لزوم توجه به این سطح از سرمایه اجتماعی وقتی مطرح می‌شود که بدانیم سرمایه اجتماعی درون گروهی برای یک جامعه کافی نیست. به عبارت دیگر وجود تعداد زیادی گروه با انسجام درونی بالا ممکن است جامعه را دچار چند دستگی کند. برخی گروه‌ها برای تقویت انسجام درونی خود اقدام به حذف دیگران می‌کنند و زمینه‌ای را ایجاد می‌کنند که تعصب‌های گروهی و قومی در جامعه رواج یابد. برای رهایی از این معضل، سرمایه اجتماعی میان گروهی مطرح می‌شود که محور اصلی آن، وجود روابط سالم میان افراد بیگانه از هم است، یعنی افرادی که به گروه‌های گوناگونی تعلق دارند ولی در یک جامعه زندگی می‌کنند (محمدی، نقدی، علوردی نیا و کیانی، ۱۳۸۹).

۲. سطح میانی: سرمایه اجتماعی در سطح میانی که به سرمایه اجتماعی رابط نیز

معروف است، شامل پیوندها و روابط عمودی است. به عنوان مثال به روابط بین گروه‌ها، سازمان‌ها و بنگاه‌ها با یکدیگر می‌پردازد. معرفی مولفه‌های عمودی برای سرمایه اجتماعی را اولین بار جیمز کلمن انجام داد. تعریفی که وی از سرمایه اجتماعی ارائه داد به طور ضمنی روابط حاکم درون ساختار گروه‌ها را نیز علاوه بر روابط میان افراد هم‌تراز در نظر گرفت. وی معتقد است که سرمایه اجتماعی، طیفی از مسائل مختلف است که هر کدام برخی از جنبه‌های ساختار اجتماعی را دارا هستند و رفتار معین بازیگران را درون ساختار تسهیل می‌کنند، خواه این بازیگر فرد باشد یا جمع. این تعریف، مفهوم سرمایه اجتماعی را به گونه‌ای گسترش می‌دهد که علاوه بر پیوندهای افقی شامل پیوندهای عمودی نیز می‌شود و رفتارهای حاکم میان گروه‌ها را نیز در بر می‌گیرد. پیوندهای عمودی با روابط سلسله‌مراتبی و توزیع یک قدرت نابرابر میان اعضا شناخته می‌شود (محمدی و همکاران، ۱۳۸۹).

۳. سطح کلان: آخرین و فراگیرترین جنبه سرمایه اجتماعی، جنبه کلان است که شامل رسمی‌ترین روابط و ساختارهای نهادی می‌شود. به همین لحاظ در برخی مطالعات این سطح از سرمایه اجتماعی با عنوان نهادی هم معرفی می‌شود. این بخش از سرمایه اجتماعی به محیط اجتماعی و سیاسی می‌پردازد که به ساختارهای اجتماعی شکل می‌دهد و هنجارها را قابل توسعه می‌کند. رژیم سیاسی، سلطه قانون، نظام قضایی و آزادی‌های سیاسی و مدنی، نهادهایی هستند که از طریق آن‌ها سرمایه اجتماعی کلان شکل می‌گیرد. آنچه از سرمایه اجتماعی در دو طبقه اول تعریف شد بیشتر مربوط به روابط غیررسمی و محلی و منطقه‌ای بود. طبقه سوم یا سرمایه اجتماعی کلان، روابط و ساختارهای رسمی شده را شامل می‌شود (محمدی و همکاران، ۱۳۸۹).

عوامل کاهش سرمایه اجتماعی

• نابهنجاری: در واقع نابهنجاری یا آنومی که به وسیله اندیشه دورکیم در جامعه‌شناسی بیان شد، عبارت است از حالت مبهمی بین فرد و جامعه که در آن هنجارها یا از بین رفته‌اند یا ضعیف شده‌اند و یا با هم در تضادند. وقتی که حالت نابهنجاری افزایش یابد ممکن

است جامعه با خطر متلاشی شدن مواجه گردد، چرا که اعضا جامعه دیگر ارزش‌ها و اهداف مشترکی را قبول ندارند. در واقع نبود هنجارهای رفتاری و عملی در بین اعضای جامعه، خصوصاً در میان شهرنشینان بر کاهش سرمایه اجتماعی بسیار اثرگذار است. علل آنومی اجتماعی را که نقش موثری در افول سرمایه اجتماعی و بروز آسیب‌های اجتماعی دارد را می‌توان در سطح خانواده به صورت خرد و کلان ارزیابی کرد. بر این اساس وجود بحران‌های اقتصادی شدید منجر به تولید فقر و از هم پاشیدگی نظم اجتماعی می‌شود. در نتیجه یک وضعیت نارضایتی اجتماعی دائمی در بین افراد جامعه در تمام سطوح ساختاری به وجود می‌آید که خود منشأ آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی است. همچنین وجود ثروتمندی ناگهانی در برابر فقر جامعه یک عامل بحران‌زا و شتابزده تغییرات اجتماعی - اقتصادی در جامعه است که می‌تواند عامل مهمی برای شکل‌گیری آسیب‌های اجتماعی باشد. علاوه بر این وجود از هم پاشیدگی هنجارهای سنتی در جامعه بر وجود و بسط انحرافات و آنومی اجتماعی اثر می‌گذارد و این مساله در بروز انواع جرائم و آسیب‌ها اثر خواهد گذاشت (فرجاد، ۱۳۸۲).

• زوال خانواده هسته‌ای: در واقع از بزرگترین تغییراتی که در دو دهه اخیر در جامعه ایران در حال رخ دادن می‌باشد، زوال خانواده هسته‌ای است. فقر فرهنگی و اخلاقی در میان جوانان و خانواده، بروز بحران امتیازگرایی در میان اعضای خانواده، افزایش ناخالصی، از هم گسیختگی زناشویی در میان خانواده‌های ایرانی، بسط رفتارهای فرازناشویی، مصرف مواد مخدر و الکل و .. همگی از آسیب‌های اجتماعی است که گریبانگیر خانواده شده است. لذا به این ترتیب سرمایه اجتماعی به نحوی متناظر با نظم اجتماعی است، افزایش آن تقویت نظم و کاهش آن حاکی از وجود انحرافات اجتماعی و آسیب‌ها، جرم و جنایت، فروپاشی خانواده، مصرف مواد مخدر و امثال آن است. بنابراین سرمایه اجتماعی به معنی وجود هنجارهای رفتاری مبتنی بر تشریک مساعی می‌باشد. کج رفتاری‌ها و آسیب‌های اجتماعی نیز نشانه فقدان سرمایه اجتماعی است. کاهش سرمایه اجتماعی در خانواده‌ها آن‌ها را به این مسیر سوق می‌دهد که افراد در فروپاشی بنیان خانواده با هم همکاری

می‌کنند و طوری تعاملات را تنظیم می‌کنند که سرمایه اجتماعی منفی (مثل عدم پیوند اجتماعی، بی‌اعتمادی و...) گسترش می‌یابد. هر چه به میزان ناسازگاری بین اعضای خانواده بیشتر دامن زده شود و اتصال جمعی و اجتماعی بودن و روحیه دموکراسی در خانواده کمتر پرورش یابد، سرمایه اجتماعی منفی در قالب رفتارهای آسیب‌زا و انحرافات رفتاری بیشتر مشاهده می‌شود. در نتیجه اضمحلال خانواده هسته‌ای و افول سرمایه اجتماعی بیشتر فراهم می‌شود (روزبهنایی، ۱۳۷۸).

پیوند سرمایه اجتماعی و سوءمصرف مواد

در کشور ما که امروزه در حال گذار از سنت به مدرنیته می‌باشد، اعضای جامعه حتی در کوچک‌ترین لایه‌های زندگی همچون زندگی خانوادگی و زناشویی نسبت به هم کردارها و رفتارهای اخلاقی و اجتماعی (مثل صداقت، ارتباطات، اعتماد و...) کم‌رنگ‌تری دارند. این فقدان و کم‌رنگی اخلاقی و اجتماعی منجر به کاهش سرمایه‌های اجتماعی شهروندان نسبت به هم و نسبت به حکومت و دولت شده و در نتیجه جرائم و آسیب‌های اجتماعی در حال حاضر پررنگ‌تر شده است (صدیق سروسستانی، ۱۳۸۵). بی‌سازمانی اجتماعی، نتیجه فرایندهای تضاد هنجاری و ارزشی، تغییرات فرهنگی، خلأهای فرهنگی و ضعف روابط اولیه است. فقدان سرمایه اجتماعی در لایه‌های مختلف اجتماع، مشکلات بسیاری را به همراه دارد و بدون این سرمایه، هیچ اجتماعی به هیچ سرمایه‌ای نمی‌رسد. از این رو این وضعیت باعث کاهش کنترل اجتماعی بیرونی و سوق دادن افراد به سمت رفتارهای انحرافی می‌شود (کجباف و رحیمی، ۱۳۹۰).

افول سرمایه اجتماعی از طریق مکانیسم‌هایی می‌تواند میزان آسیب اجتماعی را تحت تاثیر قرار دهد. این مکانیسم‌ها را می‌توان در فرایندهای روان‌شناسی اجتماعی و کنش‌های متقابل مشترک با مردم در تمام بخش‌های ساختار اجتماعی جست‌وجو کرد. هنگامی که در فرایند کنش روابط متقابل مردم سردی و تخریب حاکم باشد، جرم و جنایت و سایر آسیب‌های اجتماعی در جامعه افزایش می‌یابد (صدیق سروسستانی، ۱۳۸۵). اعتیاد یکی از اثرات کاهش سرمایه اجتماعی است و با افزایش سرمایه اجتماعی و تاکید بر نقش

سازمان‌های مردم‌نهاد به میزان قابل توجهی می‌توان از اعتیاد پیشگیری و با آن مبارزه کرد. تقویت و افزایش انگیزه‌های اجتماعی در کلیه افراد، به خصوص معتادین و سازمان‌دهی آن‌ها در نهادهای مدنی باعث شکل‌گیری فرهنگ‌های درمانی و حمایتی خاص می‌شود. همچنین ضمن ایجاد سطح بالاتری از مشارکت و تعلق اجتماعی، موجب می‌شود که به طور غیرمستقیم، کنترل رفتارها و تعامل‌های اجتماعی و درمانی اعضای این نهادها، وابسته به سیاست موجود باشد (گرچی گرسامی، سیاه چشم، موسوی بیجاری و سیف، ۱۳۹۷).

ادوین ساترلند نقش کنش متقابل اجتماعی را در شکل‌گیری رفتار و گرایش‌ات انسان‌ها مورد تاکید قرار داده و معتقد است که رفتار مجرمانه در اثر هم‌نشینی و تماس با الگوهای جنایی آموخته می‌شود. هر چه تماس افراد با چنین محیط‌هایی زودتر آغاز شود (سن افراد)، تکرار تماس به دفعات بیشتر باشد (فراوانی معاشرت)، ارتباط نزدیک‌تر و عمیق‌تر باشد (عمق معاشرت) و مدت زمان معاشرت نیز طولانی‌تر باشد، احتمال اینکه فرد در نهایت دچار آسیب شده و به یک بزه‌کار تبدیل شود، بیشتر است. بر طبق دیدگاه افتراقی ساترلند می‌توان گفت که هر چه روابط افراد با گروه‌های همسال کجرو بیشتر باشد احتمال زیادی وجود خواهد داشت که او مرتکب جرم و آسیب شود. این نکته روابط بین سرمایه اجتماعی و جرم و آسیب اجتماعی را پیچیده‌تر می‌کند. با اضافه کردن سرمایه اجتماعی به تئوری پیوند افتراقی می‌توان نتیجه‌گیری نمود که با وارد شدن افراد در گروه‌های کجرو و برقراری ارتباط نزدیک با اعضای آن گروه به مرور زمان ارزش‌ها و هنجارهای خرده فرهنگ کجرو یاد گرفته می‌شود و از آن‌جا که انسجام درون گروهی بالا می‌باشد، از این رو فرد سعی می‌کند برای حفظ عضویت خود در گروه و حفظ همبستگی گروهی، رفتارهای کجرو یاد گرفته شده را بر ضد گروه‌های دیگر به کار ببندد، در نتیجه فرد دچار جرم و آسیب اجتماعی می‌شود. در این حالت می‌توان گفت که آن نوع سرمایه اجتماعی که در بین اعضای گروه وجود دارد از نوع سرمایه اجتماعی درون گروهی منفی بوده و هر چه سرمایه اجتماعی فاسد در جامعه بیشتر باشد میزان آسیب‌های اجتماعی در آن جامعه بیشتر است (صدیق سروسستانی، ۱۳۸۵). بنابراین می‌توان گفت که هر اندازه فرد قبل از

اعتیاد، احساس پیوند بیشتری با اعضای شبکه سالم خود داشته باشد، به واسطه کنترلی که از طریق پیوندها و از سوی اعضای شبکه‌اش بر روی او اعمال می‌شود، میزان درگیری او در اعتیاد کمتر خواهد بود. ویژگی‌های شبکه شخصی و پیوندهای اجتماعی غیررسمی فرد از جمله بزرگی و کوچکی شبکه روابط، صمیمیت و همچنین حمایت‌هایی که فرد از شبکه اجتماعی خود دریافت می‌کند و تعهدات و تکالیفی که نسبت به آن‌ها احساس می‌کند به عنوان سرمایه یا منبع اصلی کنترل عمل کرده و بر روی درگیر شدن یا عدم درگیری فرد در اعتیاد و میزان شدت درگیری او در اعتیاد موثر است. این تاثیرات به این صورت است که اگر شبکه روابط فرد از نوع سالم و پیوندهای فرد با شبکه از نوع مثبت باشد، فرد حمایت‌های بیشتری را از اعضای شبکه دریافت می‌کند و تلاش خواهد کرد که با شبکه‌اش هم‌نوع بماند و کمتر احتمال دارد منحرف شود و به سوی اعتیاد پیش رود. در صورتی که اگر شبکه روابط فرد از نوع منفی و مخرب (عمدتاً شامل معتادان و افراد سابقه‌دار) باشد و میزان تماس فرد با چنین شبکه‌ای زیاد باشد، در نتیجه فرد به مرور هنجارها و ارزش‌های موافق با اعتیاد را از شبکه‌اش یاد می‌گیرد و احتمالاً درگیر اعتیاد می‌شود. بنابراین شبکه روابط اجتماعی به عنوان متغیر مهمی در ایجاد و حفظ اعتیاد موثر است (قبادزاده، مسعودی، محمدخانی و حسنی، ۱۳۹۶).

مشارکت نداشتن در فعالیت‌های اجتماعی و عدم اعتماد، مانع جذب فرد در چارچوب‌های اجتماعی می‌شود. در این صورت فرد احساس می‌کند که هیچ فصل مشترکی بین ارزش‌های فردی و اجتماعی‌اش وجود ندارد و نسبت به ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی بی‌تفاوت و بی‌اعتماد می‌شود. بنابراین احساس می‌کند که سرنوشت اجتماع به نیروها یا ساختارهای خارجی مربوط است نه به اجزای تشکیل دهنده اجتماع و برای اجتماع توان بالقوه‌ای در مسیر تکامل خود قائل نیست. با این طرز تفکر، شخص احساس می‌کند که جامعه آنقدر پیچیده است که نمی‌توان آن را فهمید و آینده را پیش‌بینی کرد، بنابراین نگرش مثبت خود را نسبت به اجتماع و حتی افراد آن جامعه از دست می‌دهد. وقتی که نگرش‌های فوق در فرد ایجاد شد، فرد کارایی خود را از دست می‌دهد و احساس

می کند که نقش مهمی در پیشرفت و آینده جامعه نمی تواند داشته باشد و در نهایت سلامت اجتماعی فرد کاهش می یابد و در نتیجه اختلال در رفتارهای اجتماعی و ناهنجاری های اجتماعی و رفتاری مانند اعتیاد افزایش می یابد (باباپور خیرالدین و همکاران، ۱۳۹۵).

سرمایه اجتماعی اندک می تواند میزان بزهکاری، جرم و اعتیاد را پیش بینی نماید. نظریات قائل به این نکته هستند که هر چه همبستگی و انسجام در درون یک گروه، اجتماع یا جامعه کمتر باشد، میزان جرم و انحراف در آن بالاتر خواهد بود. به نظر فارهام (۲۰۰۴) سرمایه اجتماعی، عوامل استرس زا را در زندگی، کاهش و خطر این عوامل را کم می کنند. همچنین سرمایه اجتماعی می تواند اثر حوادث منفی زندگی را کاهش دهد. پیامد نداشتن معنا در زندگی، گسترش مثلث شوم افسردگی، پرخاشگری و اعتیاد است. فرد از خود بیگانه، احساس تعهد و تعلق خود را نسبت به دیگران از دست می دهد و روابط اجتماعی او آسیب می بیند، از این رو این وضعیت باعث کاهش کنترل اجتماعی بیرونی و سوق دادن افراد به سمت رفتارهای انحرافی می شود (به نقل از رحیمی و همکاران، ۱۳۹۰).

فرسایش سرمایه اجتماعی، جامعه را از ساختارهای ضروری و فضای اخلاقی که لازمه کارکرد بهینه آن است محروم می کند. اعتیاد خود حاصل فقدان سرمایه اجتماعی است و با افزایش سرمایه اجتماعی به میزان قابل توجهی می توان با اعتیاد مبارزه کرد. در سرمایه اجتماعی، افراد و اجتماعات در قالب ارزش ها، هنجارها و پیوندهای اجتماعی که در جریان تعاملات اجتماعی به وجود می آید، قابلیت های خود را افزایش می دهند، هویت یابی می کنند و در عین به دست آوردن امکان کنترل زندگی خود، از حمایت های محیطی و اجتماعی که در شبکه های ارتباطی آن ها به وجود آمده، برخوردار می شوند. بنابراین، قدرت کنار آمدن آن ها با فشارها و مسائل محیطی افزایش می یابد و به لحاظ روانی از آرامش و آسایش مطلوبی برخوردار خواهند شد، به همین دلیل ممکن است کمتر به دام اعتیاد بیفتند (رحیمی و همکاران، ۱۳۹۰).

در زمینه ارتباط سرمایه اجتماعی با سوء مصرف مواد پژوهش های گوناگونی انجام شده

است که در ادامه به برخی از آن‌ها اشاره می‌شود. پاکدامن (۱۳۸۹) در پژوهشی به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و نگرش به مصرف مواد پرداخت. یافته‌ها نشان داد که سرمایه اجتماعی با نگرش منفی به پدیده اعتیاد، با موثر دانستن عوامل فردی و خانوادگی در امر توصیه و پیشگیری از اعتیاد و احساس مسئولیت و نگرانی در مورد مصرف مواد برای اقوام و آشنایان خود رابطه معنادار دارد. در ایران میزان سرمایه اجتماعی درون‌گروهی بیشتر از سرمایه اجتماعی بین‌گروهی است. سرمایه اجتماعی بالا با نگرش منفی به اعتیاد رابطه دارد. این رابطه مربوط به سرمایه اجتماعی سنتی می‌باشد. با توجه به روند رو به تحلیل سرمایه اجتماعی از نوع قدیم در شهرهای توسعه یافته تر نظیر تهران، اصفهان و ... و جایگزین نشدن آن با سرمایه اجتماعی مدرن، لزوم تقویت سرمایه اجتماعی سنتی، همچنین ارتقا روابط انجمنی از طریق تشکیل نهادهای مدنی و مشارکت نهادمند مردمی به منظور تقویت سرمایه اجتماعی بین‌گروهی و شناخته شدن نقش آن در کنترل پدیده اعتیاد ضروری به نظر می‌رسد. باقری، نبوی، ملتفت و نقی‌پور (۱۳۸۹) در پژوهشی به بررسی عوامل اجتماعی موثر بر پدیده اعتیاد در شهر اهواز پرداختند. به همین منظور ۱۳۵ نفر از معتادین خود معرف به مراکز بازپروری را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بی‌هنجاری، انزوای اجتماعی، معاشرت با افراد معتاد و حضور در شبکه اجتماعی آن‌ها با اعتیاد رابطه دارند. رحیمی و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی به بررسی سرمایه‌های اجتماعی با تاکید بر نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در پیشگیری از اعتیاد پرداختند. به همین منظور ۱۷۱ نفر از معتادین در حال بهبودی مراکز مردم‌نهاد و خصوصی شهر اصفهان را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که از نظر اعتماد تعمیم یافته، سرمایه اجتماعی درون‌گروهی و سرمایه اجتماعی کلی و احساس تعلق بین نمونه‌های درمانی مردم‌نهاد و مراکز خصوصی ترک اعتیاد تفاوت وجود دارد. نتایج این پژوهش بر نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در پیشگیری از اعتیاد و راهکارهای پیشگیرانه با رویکردهای اجتماعی تاکید دارد. کجباف و رحیمی (۱۳۹۰) در پژوهشی به مقایسه انگیزه‌های فردی/اجتماعی و سرمایه اجتماعی معتادان در گروه‌های درمانی شهر اصفهان پرداختند. به این ترتیب ۳۰۰ نفر از معتادین را

در قالب سه گروه عضویت در انجمن DNA، تحت درمان اجتماع مدار و تحت درمان نگهدارنده با متادون مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که در اعتماد رسمی و غیررسمی، اعتماد تعمیم یافته و سرمایه اجتماعی بین گروهی، بین افراد هر کدام از این گروه‌ها تفاوت وجود داشت و به طور کلی سطح سرمایه اجتماعی در معتادان پایین بود. حیدر نژاد، باقری بنجار و اصانلو (۱۳۹۱) در پژوهشی به مقایسه میزان سرمایه اجتماعی در جوانان معتاد و غیرمعتاد پرداختند. به همین منظور ۱۶۰ نفر از افراد معتاد و ۱۶۰ نفر از افراد عادی شهر مشهد را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین دو گروه از نظر سرمایه اجتماعی تفاوت وجود دارد و افراد معتاد از سرمایه اجتماعی کمتری برخوردارند. اشرفی حافظ، کاظمینی و شایان (۱۳۹۳) در پژوهشی به بررسی رابطه حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی با میزان عود در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون پرداختند. به همین منظور ۲۰۰ نفر بیمار تحت درمان با متادون را در مشهد مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی (از جانب خانواده و دوستان) با میزان عود رابطه منفی دارد. افزایش حمایت خانواده و جهت‌گیری دینی درونی با کاهش میزان عود و افزایش جهت‌گیری دینی بیرونی، با افزایش میزان عود همراه است. مرادی فرد، جوادی نیک و صفرپور (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی نقش سرمایه اجتماعی بر گرایش نوجوانان و جوانان (۱۵ تا ۲۵ سال) شهر یاسوج به اعتیاد پرداختند. به همین منظور ۳۶۵ نفر را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین سرمایه اجتماعی و گرایش به اعتیاد رابطه معکوس وجود دارد. رادان (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی تاثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی معتادان به مواد مخدر در شهر تهران پرداخت. به همین منظور ۳۸۰ فرد مصرف‌کننده را مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که ضعف سرمایه اجتماعی معتادان به مواد مخدر موجب کاهش کیفیت زندگی این افراد می‌شود. یوسفی افراشته، امیری، مروتی، بابامیری و چراغی (۱۳۹۴) در پژوهشی کیفی به بررسی عوامل حمایت‌کننده پایداری ترک مصرف مواد مخدر پرداختند. به همین منظور ۱۳ نفر از معتادینی که بیشتر از ۲ سال از مدت ترک آن‌ها می‌گذشت را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند

که عواملی مانند دریافت حمایت اجتماعی از طرف دوستان و خانواده، بودن در محیط‌های پذیرنده و معنویت از جمله عواملی هستند که باعث پایداری ترک مواد می‌شوند. نقدی، رضایی دره ده و زندی (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی عوامل اجتماعی موثر بر ترک اعتیاد موفق پرداختند. به همین منظور ۲۶۰ نفر از اعضای NA شهرستان نورآباد لرستان را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که طرد اجتماعی مضاعف، حمایت اجتماعی و هویت یابی با ترک اعتیاد به صورت موفق رابطه دارند. موسوی (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی راهکارهای ارتقا مشارکت اجتماعی دانشجویان در پیشگیری از مصرف مواد مخدر و روان‌گردان‌ها پرداخت. به همین منظور ۳۰ نفر از اساتید دانشکده‌های حقوق، روان‌شناسی، ادبیات و اقتصاد دانشگاه اصفهان را انتخاب و در طی دو مرحله از طریق پرسشنامه راهکارهای اساسی ارتقا مشارکت اجتماعی دانشجویان در پیشگیری از مصرف مواد را اولویت‌بندی کردند. در این پژوهش، افزایش دانش، مهارت‌ها، اعتماد، همدلی، صمیمیت و حمایت اجتماعی از جمله راهکارهای افزایش مشارکت اجتماعی برای پیشگیری از مصرف مواد بود. حاجلو و جعفری (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی نقش استرس ادراک شده، هیجان خواهی و حمایت اجتماعی در اعتیاد پرداختند. به همین منظور ۳۰ فرد معتاد و ۳۰ فرد عادی را در اردبیل مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که سطح حمایت اجتماعی در افراد عادی بیشتر از افراد معتاد بود. اختری، خدایی، یاقوتی زرگر و فیض‌اللهی (۱۳۹۵) در پژوهشی مروری به بررسی نقش حمایت اجتماعی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی نقش موثری در پیشگیری از بازگشت به اعتیاد افراد وابسته به مواد بازی می‌کند. صدری دمیرچی، فیاضی و محمدی (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه پرداختند. به همین منظور ۱۵۰ سرباز را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین خودکارآمدی و حمایت اجتماعی با گرایش به اعتیاد رابطه منفی وجود دارد. اکبری زردخانه و زندی (۱۳۹۵) در پژوهشی به بررسی پیش‌بینی پذیرش اعتیاد دانشجویان بر اساس احساسات

خود کارآمدی و حمایت اجتماعی آنان پرداختند. به همین منظور ۲۹۶ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی می‌تواند گرایش به مواد را پیش‌بینی کند. رازقی، فیروزجائیان و قاسم‌زاده (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی معتادان گمنان و تداوم ترک اعتیاد پرداختند. به همین منظور ۴۰۰ نفر از معتادین انجمن NA را در استان مازندران مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که سرمایه اجتماعی شامل متغیرهای مشارکت اجتماعی، هنجارهای همیاری، اعتماد اجتماعی و احساس تعلق بر تداوم ترک اعتیاد تاثیر دارند. تاج‌الدینی و مقصودی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی آسیب‌شناسی و شناخت نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در فرایند صیانت و حمایت اجتماعی از معتادان بهبود یافته پرداختند. به همین منظور ۹۰ نفر از افراد دارای سابقه بالای ۳ سال پاک‌ی در گروه‌های NA شهر کرمان را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که میزان روابط اجتماعی، فشار اجتماعی، عدالت اجتماعی و حمایت اجتماعی با عدم گرایش مجدد به اعتیاد رابطه معنی‌دار دارد. قبادزاده و همکاران (۱۳۹۶) در پژوهشی مروری به بررسی عوامل رفتاری، هیجانی و اجتماعی مرتبط با مواد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که در سطح اجتماعی عواملی مثل وضعیت آنومیک، سرمایه اجتماعی، شبکه روابط، حمایت اجتماعی، شکاف بین نسلی و معنویت نقش عمده‌ای در گرایش، شروع و ادامه مصرف مواد ایفا می‌کنند. خرسندی، حسینیان و خدابخش کولابی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روان زنان معتاد پرداختند. به همین منظور ۱۵۰ نفر از مصرف‌کنندگان مواد را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که حمایت اجتماعی با سلامت روان افراد معتاد رابطه دارد، بنابراین با افزایش حمایت اجتماعی این افراد می‌توان سطح سلامت روان آنان را نیز ارتقا داد. حاتمیان، کرمی و مومنی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی رابطه مولفه‌های ادراک حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم) با گرایش به مصرف مواد روان‌گردان در پرستاران بیمارستان‌های شهر کرمانشاه پرداختند. به همین منظور ۳۴۱ پرستار از شهر کرمانشاه را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که

بین مولفه‌های ادراک حمایت اجتماعی با گرایش به مصرف مواد روان گردان رابطه وجود دارد. عظیمی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی نقش سرمایه اجتماعی در کاهش گرایش به اعتیاد زنان سرپرست خانوار شهر زنجان پرداخت. به همین منظور ۲۰۰ نفر از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش سازمان بهزیستی زنجان را مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که بین بعد ارتباطی متغیر سرمایه اجتماعی با گرایش به اعتیاد رابطه معکوس وجود دارد. نیازی، عباس‌زاده و سعادت‌تی (۱۳۹۶) در پژوهشی به بررسی جامعه‌شناختی سهم مولفه‌های اجتماعی در تبیین رفتارهای مخاطره‌آمیز پرداختند. به همین منظور ۶۳۰ نفر از افراد سنین ۳۴-۱۵ سال شهر تبریز را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که تمامی مولفه‌های سرمایه اجتماعی شامل حمایت اجتماعی، مشارکت اجتماعی، آگاهی اجتماعی، انسجام اجتماعی و اعتماد اجتماعی با بروز رفتارهای پرخطر ارتباط دارند. زارع شاه‌آبادی، اویسی و بنیاد (۱۳۹۷) در پژوهشی به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و گرایش دانش‌آموزان به مصرف مواد مخدر پرداختند. به همین منظور ۳۵۵ نفر از دانش‌آموزان پسر مقطع دوم متوسطه شهر زابل را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن با گرایش به مواد مخدر رابطه معکوس وجود دارد. گرجی گرسامی و همکاران (۱۳۹۷) در پژوهشی به بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و مشارکت شهروندان در پیشگیری از اعتیاد پرداختند. به همین منظور ۳۸۴ نفر از شهروندان ساری بالای ۱۵ سال را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که بین سرمایه اجتماعی و ابعاد آن (مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی، انسجام اجتماعی و روابط اجتماعی) و مشارکت شهروندان در پیشگیری از اعتیاد رابطه معناداری وجود دارد. توکلی قوچانی، نیکنامی، شکروی و حجت (۱۳۹۳) در مقاله‌ای با عنوان تطبیق عوامل مرتبط با ترک اعتیاد با برخی سازه‌ها در مدل‌ها و تئوری‌های آموزش بهداشت به این نتیجه رسیدند که عوامل و انگیزه‌های مرتبط با اقدام و تداوم ترک اعتیاد عبارتند از: نگرش منفی به ادامه مصرف، فشارهای بیرونی بخاطر فرزندان و والدین، پافشاری خانواده، عواقب مصرف، ترس از گرفتاریهای قانونی، آبروریزی و از دست دادن شغل، حفظ ارتباطات

خانوادگی و وجود حمایت خانواده. گریفیلد و کلاد^۱ (۲۰۰۱) در پژوهشی به بررسی نقش سرمایه‌های اجتماعی در حل مشکل مصرف مواد پرداختند. به همین منظور ۴۶ نفر را تحت مصاحبه عمیق قرار داده تا اطلاعاتی را در رابطه با سرمایه‌های اجتماعی آن‌ها در زمان قبل از مصرف، زمان مصرف و در زمان درمان به دست بیاورند. آن‌ها به این نتیجه رسیدند که سرمایه اجتماعی می‌تواند در بهبودی افراد مصرف‌کننده مواد موثر باشد. لاندبورگ^۲ (۲۰۰۵) در پژوهشی به بررسی رابطه سرمایه اجتماعی و سوء مصرف مواد در نوجوانان سوئد پرداخت. به همین منظور ۱۷۱۹ نوجوان بین سنین ۱۸-۱۲ سال را مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که سرمایه اجتماعی با مصرف مواد و سیگار رابطه منفی دارد. آنلو^۳ (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی اثر سرمایه اجتماعی بر سوء مصرف مواد پرداخت و به این نتیجه رسید که بین مصرف مواد و سرمایه اجتماعی رابطه وجود دارد. آسلوند و نیلسون^۴ (۲۰۱۳) در پژوهشی به بررسی سرمایه اجتماعی در ارتباط با مصرف الکل، سیگار و مواد مخدر در نوجوانان سوئد پرداختند. به همین منظور نوجوانان بین سنین ۱۸-۱۳ سال را مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که سرمایه اجتماعی با مصرف الکل، سیگار و مواد در نوجوانان رابطه دارد و می‌تواند به عنوان یک عامل مهم در برنامه‌های پیشگیری از مصرف مواد باشد. آنلو، ساهین و وان^۵ (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی ابعاد سرمایه اجتماعی و تاثیر آن‌ها بر استفاده از مواد مخدر پرداختند و به این نتیجه رسیدند که سرمایه اجتماعی و ابعاد آن بر مصرف مواد اثرگذار هستند. آنلو و ساهین (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی اثر سرمایه اجتماعی بر سوء مصرف مواد پرداختند و به این نتیجه رسیدند که سوء مصرف مواد با سرمایه اجتماعی رابطه دارد. ایوانس، کاتر، روز و اسموکوسکی^۶ (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی سوء مصرف مواد در نوجوانان روستایی و تاثیر سرمایه اجتماعی، سرمایه ضد اجتماعی و محرومیت سرمایه اجتماعی پرداختند. به همین منظور در این مطالعه طولی که ۵ سال به طول انجامید به این نتیجه رسیدند که سرمایه

1. Granfield & Cloud
 2. Lundborg
 3. Unlu
 4. Aslund & Nilsson

5. Unlu, Sahin & Wan
 6. Evans, Cotter, Rose & Smokowski

اجتماعی با کاهش مصرف مواد مرتبط است و سرمایه ضداجتماعی و محرومیت سرمایه اجتماعی با افزایش مصرف مواد و الکل مرتبط است. آوگو، ماگورا و کورین^۱ (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی سرمایه اجتماعی، سوء مصرف مواد و افسردگی در جوانان پرداختند. به همین منظور جوانان بین سنین ۱۷-۱۲ سال را که در سال ۲۰۰۹ در بررسی ملی سوء مصرف مواد شرکت کرده بودند، مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه رسیدند که سرمایه اجتماعی با سوء مصرف مواد رابطه دارد. ترفرز^۲ (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی نقش سرمایه اجتماعی در سوء مصرف مواد پرداخت. وی به این نتیجه رسید که بین سرمایه اجتماعی و سوء مصرف مواد و وابستگی به آن رابطه وجود دارد و کمبود سرمایه اجتماعی می تواند یکی از عواملی باشد که افراد را به سمت مصرف مواد سوق می دهد. ون^۳ (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی سرمایه اجتماعی و سوء مصرف مواد نوجوانان، با تاکید بر نقش خانواده، مدرسه و همسالان پرداخت و به این نتیجه رسید که سرمایه اجتماعی، خانواده و همسالان عوامل اثر گذاری بر سوء مصرف مواد هستند. دیرفیلد، هورن و جیگوتیپ-اختر^۴ (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی اثر عوامل اجتماعی بر توقف مصرف سیگار پرداختند و به این نتیجه رسیدند که عوامل اجتماعی و بافت اجتماعی می توانند کاهش مصرف سیگار را پیش بینی کنند. جورج، پایوا، واله، کاواچی و زرز^۵ (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی مصرف الکل در میان دانش آموزان و ارتباط آن با سرمایه اجتماعی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که سرمایه اجتماعی و وضعیت اقتصادی-اجتماعی در گرایش به مصرف الکل موثر هستند. لاردیر، باریوس، گارسیا-رید و رید^۶ (۲۰۱۸) در پژوهشی به پیشگیری از سوء مصرف مواد با تاکید بر نقش خانواده، شبکه حمایت اجتماعی، اهمیت مدارس و مشارکت اجتماعی در جوانان شهرنشین اسپانیایی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که دسترسی به منابع اجتماعی بیشتر مانند حمایت خانواده، حمایت اجتماعی باعث مشارکت اجتماعی بیشتر در جوانان شده و پیامد این امر می تواند

1. Awgu, Magura & Coryn
2. Treffers
3. Wen
4. Dearfield, Horn & Jipguep-Akhtar

5. Jorge, Paiva, Vale, Kawachi & Zarzar
6. Lardier, Barrios, Garcia-Reid, & Reid

پیشگیری از گرایش به مصرف مواد باشد. هان^۱ (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی سرمایه اجتماعی و مصرف سیگار پرداخت و به این نتیجه رسید که شبکه اجتماعی به طور مثبت و مشارکت اجتماعی و اعتماد به طور منفی با مصرف سیگار رابطه دارند. فرنیا^۲ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی نقش سبک‌های دل‌بستگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در پیش‌بینی سوء مصرف متامفتامین پرداختند و به این نتیجه رسیدند که سبک‌های دل‌بستگی و حمایت اجتماعی ادراک شده در گرایش به مصرف متامفتامین نقش دارند و می‌توانند آن را پیش‌بینی کنند.

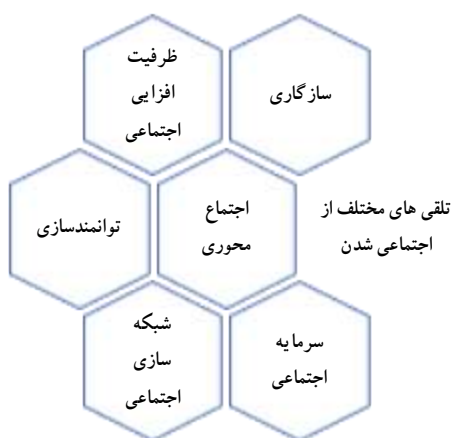
اجتماعی شدن مبارزه به مثابه سرمایه اجتماعی

اجتماعی شدن مبارزه با مصرف مواد مخدر به مثابه یکی از مهم‌ترین شاخص‌های «سرمایه اجتماعی» در نظر گرفته شده است. در این معنا، «تعداد» و «چگالی» سازمان‌های غیررسمی فعال نظیر تعداد باشگاه‌ها، انجمن‌ها و گروه‌های مدنی فعال در امر مبارزه از یک سو و تعداد اعضای آن‌ها و نوع و وسعت فعالیت افراد عضو از سوی دیگر اهمیت اساسی دارند. طرفداران این تلقی از مبارزه، سرمایه اجتماعی را مثبت تلقی کرده و هر چه تعداد سازمان‌ها و اعضای درگیر آن‌ها در امر مبارزه بیشتر باشد، آن را امری خوشایند به حساب می‌آورند. در چنین درکی از اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر، پیوندهای اجتماعی اهمیتی بنیادین دارند (بقایی سرابی، ۱۳۹۷). از دیدگاه کاماگینی (۲۰۰۲)، به نقل از بقایی سرابی، (۱۳۹۷) سرمایه اجتماعی می‌تواند به عنوان مجموعه‌ای از هنجارها و ارزش‌ها که تعاملات بین مردم را شکل می‌دهد، نهادهایی که آن‌ها را به هم پیوند می‌دهد، شبکه‌های ارتباطی تأسیس شده در میان بازیگران اجتماعی و به طور کلی همبستگی اجتماعی تعریف شود. به بیان دیگر سرمایه اجتماعی همانند چسبی است که جامعه را به هم پیوند می‌دهد. حسب نظر وی، سرمایه اجتماعی از دو بعد مقیاس و درجه رسمی بودن قابل تبیین است. سرمایه اجتماعی در قالب رسوم، آداب اجتماعی، انگاره‌ها و ارزش‌های اجتماعی، اعتماد بین افراد، اعتبار و مشارکت، نهادها، هنجارها و قواعد، شبکه‌های اجتماعی، انجمن‌ها و

1. Han

2. Faarnia

روابط فردی شکل می‌گیرد (فرجی‌راد و کاظمیان، ۱۳۹۱، به نقل از بقایی، ۱۳۹۷). به‌طور خلاصه، شش تلقی مختلف از «اجتماعی‌شدن» مبارزه با مواد مخدر در شکل زیر ارائه شده است که یکی از آنها سرمایه اجتماعی است (بقایی سرابی، ۱۳۹۷).



شکل ۱: تلقی‌های مختلف از مفهوم «اجتماعی‌شدن» مبارزه با مواد مخدر

رویکرد ایرانی اجتماعی‌شدن امر مبارزه با مواد مخدر از چند «تاکتیک» بهره می‌برد که یکی از آن‌ها سرمایه اجتماعی است. موفقیت اجتماعی‌شدن امر مبارزه با مواد مخدر وابسته به کم و کیف «سرمایه اجتماعی» است. سرمایه اجتماعی به عنوان یک دارایی و منبع انرژی برای مبارزه با مواد مخدر قلمداد می‌شود. در این معنا، «تعداد» و «چگالی» سازمان‌های غیررسمی فعال (نظیر تعداد باشگاه‌ها، انجمن‌ها و گروه‌های مدنی فعال در امر مبارزه) از یک سو و تعداد اعضا و نوع و وسعت فعالیت افراد عضو از سوی دیگر اهمیت اساسی دارند. در چنین درکی از اجتماعی‌شدن مبارزه با مواد مخدر، پیوندهای اجتماعی اهمیتی بنیادین دارند. تاکتیک سرمایه اجتماعی به نوبه خود از سه زیرمؤلفه اساسی برخوردار است: «اعتماد اجتماعی»، «مسئولیت‌پذیری» و «هنجارها» (بقایی سرابی، ۱۳۹۷).

زیرمؤلفه یک: اعتماد اجتماعی

اعتماد اجتماعی به عنوان یکی از جنبه‌های اصلی سرمایه اجتماعی، به وضعیتی ترکیبی از پیش‌بینی‌پذیری رفتارها، کاهش مخاطرات رفتاری در آینده، حسن ظن و حس مثبت به

اجتماع مربوط است که در بستر روابط اجتماعی شکل گرفته و به نوبه خود موجب تشکّل روابط اجتماعی معطوف به مبارزه با مواد مخدر در هیئت یک اجتماع می‌شود. اعتماد اجتماعی بدین نحو ساز و کار مناسبی برای «تقلیل حدوث کنش» در امر مبارزه محسوب می‌شود که منجر به «دوام مشارکت در طول زمان» می‌شود. استخراج این زیر مولفه بر مستندات زیر استوار است (بقایی سرایی، ۱۳۹۷).

جدول ۱: افکار، اندیشه‌ها، تجربیات و نظریه‌های پشتیبان مفهوم اعتماد اجتماعی (اقتباس از بقایی سرایی، ۱۳۹۷).

موضوع	
صرامی	لزوم شفاف‌سازی و صداقت در عرصه انتقال ضعف‌ها، عدم موفقیت‌ها، آمارها و ایجاد چرخه اطلاعات در عرصه اعتیاد و امر مبارزه، به‌منظور اعتمادسازی و مشارکت آحاد جامعه.
برنامه چهارم توسعه	طبق ماده ۹۷ برنامه چهارم توسعه «دولت مکلف است به ... بسط و گسترش روحیه نشاط، شادابی، امیدواری، اعتماد اجتماعی، تعمیق ارزش‌های دینی و هنجارهای اجتماعی» بپردازد.
تجربه کشور فیلیپین	با توجه به جوان بودن جمعیت فیلیپین، مقامات دولتی در صدد ایجاد اعتماد برای مراجعه جوانان معتاد به مراکز بازپروری و ترک بوده است.
تجربه کشور مکزیک	محیط مدرسه مکانی تأثیرگذار برای برنامه‌های پیشگیری است، چرا که اجرای درازمدت این برنامه‌ها و همچنین برقراری ارتباط بر پایه اعتماد درباره مصرف مواد در مدرسه امکان‌پذیر است. برقراری اعتماد طولانی‌مدت بین دانش‌آموزان و معلمان درباره مصرف مواد نقش اصلی را ایفا می‌کند. پژوهش‌های انجام‌شده نشان می‌دهد که برنامه‌های کوتاه‌مدتی که خطرات مصرف مواد را به عنوان یک گزینه سلامت مجزا ارائه می‌کنند با شکست مواجه می‌شوند. زیرا دانش‌آموزان از منبع برنامه سلب اعتماد کرده و نمی‌توانند با ارائه منفصل اطلاعات ارتباط برقرار کنند.

زیر مولفه دو: مسئولیت‌پذیری اجتماعی

این زیر مولفه اغلب با «تعهد اجتماعی» مترادف قلمداد می‌شود و موجب «تقدم منافع جمعی بر منافع فردی» کنش‌گران در دوره‌های متعددی است که در فرایند اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر حادث می‌شوند. این زیر مولفه با استناد به موارد زیر قابل استخراج است.

جدول ۲: افکار، اندیشه‌ها، تجربیات و نظریه‌های پشتیبان مفهوم مسئولیت‌پذیری اجتماعی
(اقتباس از بقایای سوابی، ۱۳۹۷)

موضوع	
رحمانی فضلی	همه ما در این خصوص مسئول و مکلف به کمک برای نجات آن بخشی از جامعه هستیم که دچار بیماری شده است. برخی تشریفات اجتماعی و آداب و سنن باید بطور دائمی بازتعریف و از غنای فرهنگی برخوردار باشند. به عنوان مثال در کنترل و نظارت‌های محلی و بومی در ایران قدیم بخصوص در شهرهای بزرگ همه همسایگان یک کوچه نسبت به تک افراد احساس مسئولیت می‌کردند و در حل خیلی از مشکلات کمک می‌کردند. این موضوع امروزه رو به فراموشی است. تصور کنید در یک محله یا منطقه چنین احساس مسئولیتی می‌تواند در بسیاری از آسیب‌ها بعنوان کنترل‌کننده و ناظر کمک کند.
نظریه	اجتماع موجودیتی دربرگیرنده احساسات مشترک میان افراد است که از طریق تعلق خاطر و روحیه مشترک اعضا بازتولید می‌شود، با مسئولیت و تعهد اجتماعی آن‌ها به هنجارهای مشترک تقویت می‌شود و به‌عنوان یک پل میان افراد و گروه‌های اجتماعی عمل می‌کند.
نظریه	نخستین پژوهش‌های مبتنی بر رویکرد نفوذ اجتماعی بر ایمن‌سازی روانی و تصحیح انتظارات هنجاری تأکید می‌کرد. ولی پژوهش‌های اخیر بر متغیرهای دیگری مثل درگیر کردن نوجوانان در یک تعهد جمعی برای عدم مصرف مواد تأکید می‌کنند.
	یک مؤلفه عمومی رویکرد نفوذ اجتماعی شیوه‌ای است که به وسیله آن افراد را با یک «تعهد جمعی» در عدم مصرف سیگار، مشروبات الکلی یا مصرف مواد دیگر درگیر می‌کند. مزایای استفاده از این روش، افزایش تعهد جمعی، تعیین نیازهای واقعی و طراحی مداخلات مناسب جهت رفع مشکل، کاهش هزینه‌های اضافی و صرفه‌جویی در منابع، استفاده از اکثریت پتانسیل‌های موجود در جامعه است.
تجربه کشور مالزی	پروژه دیگری که در مالزی دنبال می‌شود هفت گام برای داشتن محیط کار عاری از مواد نام دارد. این برنامه شامل برداشتن گام‌هایی نظیر کسب تعهد و مشارکت مدیران و برنامه‌های مبتنی بر جامعه و کسب تعهد و مشارکت مدیران می‌شود... بنابراین تدوین سیاست و راهبرد باید توأم با کسب تعهد و مشارکت مدیران باشد. برای این کار کمیته‌ای متشکل از اعضای زیر در کارخانجات تشکیل می‌شود: مدیریت ارشد، نماینده کارگران، متخصصین خارج از سازمان و ناظرین و نمایندگان قسمت‌های اداری.
تجربه کشور آمریکا	مطالعات جدیدتر روی عوامل شناخته شده‌ای متمرکز شده‌اند که امکان مصرف مواد را کاهش می‌دهند. این عوامل محافظت‌کننده شامل پیشرفت تحصیلی، تعهد و پیوند قوی با نهادهای اجتماع‌پسند از جمله خانواده، مدرسه و نهادهای مذهبی است.

زیرمؤلفه سه: هنجارها

«هنجارها» قواعد ارزیابی‌کننده و الزام‌آور مصوب بخش عظیمی از جامعه محسوب می‌شوند که از طریق درونی شدن در شخصیت افراد و نهادینه شدن در نظام فرهنگی جامعه موجب هدایت تک تک اعضای متعهد به فرایند اجتماعی شدن امر مبارزه با مواد مخدر

می شود. هنجارها با رسوخ در انتظارات نقشی به تنظیم روابط اعضای شرکت کننده در آن فرایند می پردازند. قطبی شدن هنجاری، تضاد هنجاری، ضعف هنجاری و بی هنجاری منجر به تضعیف عنصر هنجاری سرمایه اجتماعی در امر اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر می شوند. این زیر مولفه سرمایه اجتماعی عنصر کنترلی قوی در مبارزه محسوب می شود که بر مستندات زیر بنیان نهاده شده است.

جدول ۳: افکار، اندیشه ها، تجربیات و نظریه های پشتیبان مفهوم «هنجارها»

موضوع	
رحمانی فضلی	در رویکرد اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر نیز باید هنجارها و اصول ارزشی در آن تعریف و یا بازتعریف شود و هرگونه فعالیت و تلاش برای مقابله به عنوان یک ارزش انسانی متعالی تلقی شود و این ارزش به عنوان معیاری برای رفتارهای نوع دوستانه و انسانی تلقی شود. در این صورت است که وقتی این روند با ارزش های اجتماعی موجود در جامعه پیوند می خورد معنایی پایدار پیدا می کند. بسیج عمومی، هنجارسازی، حساسیت زایی در میان افکار عمومی و فرهنگ سازی از مفاهیمی هستند که انتظار داریم در فرایند مفهوم سازی کاربردی و تئوریک به همکاران ما در ستاد مبارزه با مواد مخدر کمک نمایند. در فرایند اجتماعی شدن مبارزه با مواد مخدر باید نشانه هایی در قالب واژگان و مفاهیم خلق و تولید شود که بیشترین انگیزش، مسئولیت پذیری و هنجار آفرینی را ایجاد کند.
نظریه ها	برای رسیدن به سطحی معین از استانداردهای زندگی نیاز به چهارچوب های نهادی جدیدی که شامل هنجارها، مقررات، ظرفیت ها، سازمان ها و مشوق ها است وجود دارد
نظریه ها	رویکرد نفوذ اجتماعی و تقویت توانایی ها، هر دو، شامل بخش هایی برای افزایش هنجارهای ضد مواد مخدر هستند. آموزش مهارت های اجتماعی شامل آموزش هنجارهای ضد مواد است و به دانش آموزان کمک می کند مهارت های عمومی را در موقعیت هایی که به طور خاص با پیشگیری از مصرف مواد ارتباط دارند مورد استفاده قرار دهند.
نظریه ها	در الگوی ترکیبی «بوتوین» مهم ترین عوامل موثر بر مصرف مواد شامل عوامل مختلف از جمله حیطه تاثیرات رسانه های گروهی در ترویج نگرش ها و هنجارهای تقویت کننده مصرف مواد نظیر شوهای تلویزیونی، فیلم ها، تبلیغات سیگار و مشروبات الکلی است.

بحث و نتیجه گیری

موضوع مواد مخدر یکی از مهم ترین مسائل اجتماعی اغلب کشورهاست. در سال های اخیر ابعاد مساله اعتیاد هم در سطح کشور ما و هم در سطح جهانی به حد نگران کننده ای رسیده است. در این میان آسیب پذیرترین گروه، جوانان هستند که به دلیل بحران هویت،

بحران‌های ناشی از مشکلات اجتماعی، ماجراجویی، لذت‌جویی و تنوع‌طلبی بیش از سایر گروه‌های اجتماعی در معرض استفاده از مواد مخدر قرار می‌گیرند. اعتیاد در کشور ما طی سال‌های اخیر روند رو به افزایش داشته است، وجود ۲/۵ میلیون معتاد رسمی و حدود ۴ میلیون معتاد تفننی که نهایتاً آنان نیز ممکن است که معتاد دائم شوند، لزوم توجه به این پدیده ناخوشایند را بیشتر و رهایی از این مسمومیت را مسلم‌تر می‌کند (سحافی، قربان صباغ و محمدی، ۱۳۹۶). بحران اعتیاد از بحران‌های عمده جهانی است که شکل مخاطره‌آمیز و کاملاً پیچیده‌ای به خود گرفته و سایه شومش بر تمامی جوامع انسانی سایه افکنده است. این معضل اجتماعی منجر به از هم پاشیدگی خانواده‌ها و زیان‌های جدی و خطرناک جسمی از قبیل ابتلا به بیماری‌های عفونی و آگیردار همچون ایدز و هپاتیت و مشکلات متعدد اجتماعی و اقتصادی از قبیل جرم‌های مرتبط با مواد مخدر می‌شود. معضل اعتیاد باعث هدر رفتن سرمایه‌های کلان مادی کشورها می‌شود و شیوه‌های مقابله با آن دل‌مشغولی‌های فراوانی را برای برنامه‌ریزان و مجریان جامعه به وجود آورده است. با توجه به این که امروزه ریشه کن کردن اعتیاد بیشتر به یک آرزو تبدیل شده و انجام عملی آن مستلزم تلاش و تحقیق و تحمل مشکلات بسیاری است، لزوم پیشگیری از آن بیش از پیش احساس می‌شود. این امر مستلزم این است که آگاهی عمیقی از جوانب مختلف این پدیده به دست آید و عوامل اثرگذار بر این پدیده به خوبی شناخته شوند. یکی از این عوامل همان طور که مطرح شد، سرمایه اجتماعی است. آن نوع از سرمایه اجتماعی برای افراد مفید است و باعث جلوگیری از آسیب‌ها و ارتکاب جرم می‌شود که از طریق ارتباط با افراد بهنجار و عادی به وجود آمده باشد. در غیر این صورت فرد با ایجاد رابطه با افراد کجرو و منحرف اگرچه سرمایه اجتماعی لازم را به دست می‌آورد اما این نوع سرمایه اجتماعی نامطلوب بوده و منجر به کجرو شدن فرد خواهد شد (خرسندی و همکاران، ۱۳۹۶؛ حیدر نژاد و همکاران، ۱۳۹۱). شناسایی و تقویت سرمایه اجتماعی در قالب سازمان‌های مردم‌نهاد و عضویت‌های داوطلبانه سبب افزایش سطح همکاری اعضا در گروه‌های اجتماعی و جامعه می‌شود و از این طریق سطح ارتباطات، نظارت و کنترل در

سطح نهادهای عمومی اجتماعی افزایش می‌یابد. به عبارت دیگر سرمایه اجتماعی، ارتباط متقابل افراد با یکدیگر، اعتماد و قابلیت اطمینان است که می‌تواند با ایجاد شناخت مناسب و تسهیل امکانات موجود، کارایی جامعه را بهبود بخشد و موجبات کاهش آسیب‌پذیری افراد جامعه را فراهم آورد. در نتیجه می‌توان از آن در فرایند پیشگیری از اعتیاد استفاده کرد. سرمایه اجتماعی جامعه را سالم‌تر، دارا تر و شاید باتدبیر تر و شکیب‌تر سازد (عظیمی، ۱۳۹۶؛ گرجی گرسامی و همکاران، ۱۳۹۷؛ رحیمی و همکاران، ۱۳۹۰).

به نظر می‌رسد که به طور کلی سیستم درمانی کشور بیشتر فردی است. بر این اساس، روحیه فردگرایی در جامعه رواج یافته است و از میزان مشارکت افراد در عرصه‌های اجتماعی کاسته شده است. همچنین می‌توان گفت که از سرمایه اجتماعی در امر پیشگیری و درمان اعتیاد به گونه کاربردی استفاده نشده است. از این رو، به برنامه ریزی‌ها و همکاری‌های اصولی سازمان‌های مختلف جامعه و توجه بیشتر به ابعاد اجتماعی سلامت و درمان نیاز است. تاکید بر نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در گسترش سرمایه اجتماعی ارائه راهکارهای پیشگیرانه با رویکردهای اجتماعی امری ضروری است. تاکید بر مشارکت اجتماعی، اعتماد اجتماعی و شبکه روابط اجتماعی می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری و درمان اعتیاد داشته باشد. باید به گسترش سازمان‌ها و انجمن‌های داوطلبانه و غیر دولتی نظیر انجمن‌های مردم‌نهاد بدهی بیشتری داده شود. براساس یافته‌های بسیاری از پژوهش‌ها می‌توان دریافت که با افزایش سرمایه اجتماعی می‌توان گرایش به سوء مصرف مواد در معتادان را کاهش و تداوم ترک اعتیاد در آن‌ها را افزایش داد.

بُعد شناختی سرمایه اجتماعی به مواردی مانند ارزش‌ها، عقاید، نگرش‌ها، رفتارها و هنجارهای اجتماعی می‌پردازد. بُعد ساختاری سرمایه اجتماعی دربرگیرنده ساختارها و شبکه‌هایی است که حاوی فرایندهای تصمیم‌گیری جمعی و مسئولیت متقابل است. افرادی که سابقه مصرف مواد مخدر دارند، معمولاً با اطرافیان خود رابطه اندکی داشته و از داشتن یک زبان مشترک برای تبادل اندیشه و بیان احساسات با اطرافیان خود محروم هستند. این افراد قدرت تبادل مفاهیم با دیگران و به دست آوردن تجربه مشترک را از دست داده‌اند،

از این رو دچار انزوای اجتماعی شده و کیفیت زندگی آن‌ها نیز به شدت کاهش می‌یابد. با افزایش بُعد شناختی سرمایه اجتماعی، کیفیت زندگی نیز بهبود پیدا می‌کند. بین بُعد ساختاری سرمایه اجتماعی با کیفیت زندگی معتادان به مواد مخدر رابطه معناداری وجود دارد و یکی از عوامل مهم در سوق دادن افراد به سوی مصرف مواد مخدر، داشتن رابطه گروهی با اشخاص مصرف‌کننده از یک سو و نداشتن پیوند و رابطه گروهی با افراد سالم جامعه از سوی دیگر است (رادان، ۱۳۹۵).

در شرایط کنونی، به منظور تقویت سرمایه اجتماعی در سطح محلات، توجه به محله‌های شهری و مطالعه ظرفیت‌های موجود در آن‌ها ضرورت دارد و می‌تواند پشتوانه‌ای را برای بسط نظری و عملی رویکرد اجتماعی شدن امر مبارزه با مواد مخدر در سطح محلی فراهم کند (اکبری، ۱۳۹۴، به نقل از بقایی سرابی، ۱۳۹۷). رویکردی که بر خلاف رویکرد نیازمحور که از «بالا به پایین» است بر قاعده از «پایین به بالا» تعریف شده و بر ظرفیت‌سازی و بهره‌گیری از توان مردم محلی برای مبارزه با مواد مخدر کمک می‌گیرد. این رویکرد، سرمایه اجتماعی را به عنوان یک دارایی و منبع انرژی می‌داند. می‌توان عرصه عمومی و محله را به عنوان ظرف روابط و پیوندهای اجتماعی در نظر گرفت که کم و کیف این روابط و پیوندها به نوعی کارکردها، آثار و پیامدهای عرصه عمومی و محلی را در حیات و مناسبات اجتماعی نشان می‌دهد (غفاری، ۱۳۹۰، به نقل از بقایی سرابی، ۱۳۹۷).

نکته مهم این است که پیش‌نیاز تحقق کامل و جامع رویکرد اجتماعی شدن، تقویت گفتمان اجتماعی، شکل‌گیری اهتمام اجتماعی از سوی همه لایه‌های جامعه، بهره‌گیری از تمامی فرصت‌ها و ظرفیت‌ها اعم از منابع، مساجد، مدارس، دانشگاه‌ها، اجتماعات محلی و ایجاد کارزار رسانه‌ای موثر، پرهیز از هر گونه نگاه اداری و آماری و ضرورت شکل‌گیری نهضت فراگیر اجتماعی پیشگیری اولیه از اعتیاد و ارزیابی مستمر میزان اثربخشی اقدامات در افزایش دانش، تغییر نگرش و بینش و شکل‌گیری رفتار ضد اعتیاد در جامعه است. دستیابی به این مولفه بسیار مهم و اساسی، واگذاری امور از سوی دستگاه‌های دولتی به سازمان‌های مردم‌نهاد و تشکل‌های مردمی است تا به وسیله مردم شاهد خلأیت،

گفتگو، احساس تعلق، شکل‌گیری شبکه‌های اجتماعی گسترده برای اجتماعی شدن امر مبارزه علیه اعتیاد، مواد مخدر و روان‌گردان‌ها در سطح کشور باشیم و بدین ترتیب با تقویت سرمایه‌های اجتماعی شاهد جامعه‌ای سالم و بانشاط باشیم (صرامی، به نقل از بقایی سرابی، ۱۳۹۷). به طور کلی و با توجه به مطالبی که پیش‌تر مطرح شده می‌توان گفت که برای پیشگیری، مبارزه و درمان پدیده اعتیاد استفاده از شاخصه‌های اجتماعی مانند سرمایه اجتماعی امری ضروری است.

منابع

- اختری، فرزاد؛ خدایی، آمنه؛ یاقوتی زرگر، حسن و فیض‌اللهی، سارا (۱۳۹۵). مروری بر نقش حمایت اجتماعی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۱۰)، ۵۴-۳۳.
- اشرفی حافظ، اصغر؛ کاظمینی، تکتم و شایان، شادی (۱۳۹۳). رابطه حمایت اجتماعی و جهت‌گیری مذهبی با میزان عود در معتادان تحت درمان نگهدارنده با متادون. *نشریه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی*، ۲۴(۸۴)، ۴۴-۳۵.
- اکبری زردخانه، سعید و زندی، سعید (۱۳۹۵). پیش‌بینی پذیری اعتیاد در دانشجویان بر اساس احساسات خودکارآمدی و حمایت اجتماعی آنان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۷(۲)، ۴۴-۳۶.
- باباپور خیرالدین، جلیل؛ عزتی، داود؛ صادقی، بابک؛ حکیمی، معصومه؛ وطن دوست، مهدیه؛ محمدعلیزاده رفیع، ثنا و هاشمی نصرت آباد، تورج (۱۳۹۵). بررسی رابطه مشارکت اجتماعی در بهبود رفتار روانی-اجتماعی و بازتوانی بیماران اعتیاد. *طرح پژوهش دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری*.
- باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملتفت، حسین و نقی پور، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر پدیده اعتیاد در شهر اهواز. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۱(۲)، ۱۳۶-۱۱۹.
- بقایی سرابی، علی (۱۳۹۷). اجتماعی شدن: رویکردی نوین در کاهش تقاضای مواد مخدر و روان‌گردان‌ها. تهران: انتشارات دنیای درون.
- پاتنام، رابرت (۱۳۸۰). *دموکراسی و سنت‌های مدنی*. ترجمه محمد تقی دلفروز. تهران: وزارت کشور. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۳).
- پاکدامن، طاهره (۱۳۸۹). *رابطه سرمایه اجتماعی و نگرش به مصرف مواد در ایرانیان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران.

تاج الدینی، اورانوس و مقصودی، سوره (۱۳۹۶). آسیب‌شناسی و شناخت نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در فرایند صیانت و حمایت اجتماعی از معتادان بهبود یافته. طرح پژوهشی دفتر تحقیقات و آموزش ستاد مبارزه با مواد مخدر.

توکلی قوچانی، حمید؛ نیکنامی، شمس‌الدین؛ امین شکروی، فرخنده و حجت، کاوه (۱۳۹۳). تطبیق عوامل مرتبط با ترک اعتیاد با برخی سازه‌ها در مدل‌ها و تئوری‌های آموزش بهداشت: یک مقاله مروری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی*، ۶(۴)، ۹۸۱-۹۶۹.

چلبی، مسعود (۱۳۷۵). *جامعه‌شناسی نظم*. تهران: نشر نی.

حاتمیان، پیمان؛ کرمی، جهانگیر و مومنی، خدامراد (۱۳۹۶). رابطه مولفه‌های ادراک حمایت اجتماعی (خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم) با گرایش به مصرف مواد روان‌گردان در پرستاران بیمارستان-های شهر کرمانشاه. *فصلنامه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت*، ۵(۴)، ۳۷۳-۳۶۷.

حاجلو، نادر و جعفری، عیسی (۱۳۹۴). نقش استرس ادراک شده، هیجان خواهی و حمایت اجتماعی در اعتیاد. *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی سلامت*، ۴(۴)، ۳۰-۱۹.

حیدر نژاد، علیرضا؛ باقری بنجار، عبدالرضا و اصانلو، علی (۱۳۹۱). مقایسه میزان سرمایه اجتماعی در جوانان معتاد و غیرمعتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۴)، ۹۴-۸۵.

خرسندی، زینب؛ حسینیان، سیمین و خدابخش کولایی، آناهیتا (۱۳۹۶). بررسی رابطه حمایت اجتماعی با سلامت روان زنان معتاد. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۶(۳)، ۱۳-۵.

رادان، فاطمه (۱۳۹۴). بررسی تاثیر سرمایه اجتماعی بر کیفیت زندگی معتادان به مواد مخدر در شهر تهران. *مجله مدیریت فرهنگی*، ۹(۲۹)، ۶۰-۴۹.

رازقی، نادر؛ فیروزجائیان، علی اصغر و قاسم زاده، هادی (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی معتادان گمنام و تداوم ترک اعتیاد (مطالعه موردی: معتادان شرکت کننده در انجمن‌های NA استان مازندران). *مطالعات و تحقیقات اجتماعی در ایران*، ۶(۴)، ۵۹۳-۵۷۱.

رحیمی، فاطمه؛ اسماعیلی، مریم؛ نوری، ابوالقاسم و مهدوی، علیرضا (۱۳۹۰). بررسی سرمایه اجتماعی با تاکید بر نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در پیشگیری از اعتیاد. *پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*، ۴(۴)، ۶۲-۴۵.

روزبهنانی، توران (۱۳۷۸). *نقش خانواده به عنوان عامل و مانع بزهکاری نوجوانان (با تکیه بر نظم در خانواده)*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه الزهرا تهران.

زارع شاه‌آبادی، اکبر؛ اویسی، محمدعلی و بنیاد، لیلی (۱۳۹۷). رابطه بین سرمایه اجتماعی و گرایش دانش‌آموزان به مصرف مواد مخدر. *فصلنامه انتظام اجتماعی*، ۱۰(۱)، ۲۰-۱.

سحاقی، حکیم؛ قربان صباغ، فاطمه و محمدی، علی (۱۳۹۶). مروری بر عوامل مخاطره‌آمیز فردی، بین فردی، محیطی و اجتماعی مرتبط با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر. مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۲(۱۵)، ۲۳-۳۰.

شارع‌پور، محمود (۱۳۸۳). ابعاد و کارکردهای سرمایه اجتماعی و پیامدهای حاصل از فرسایش آن. تهران: انتشارات دانشگاه پیام‌نور.

صدری دمیچی، اسماعیل؛ فیاضی، سینا و محمدی، نسیم (۱۳۹۵). بررسی رابطه خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ادراک شده با آمادگی به اعتیاد در سربازان خدمت وظیفه. مجله طب نظامی، ۴(۱۸)، ۳۱۶-۳۲۴.

صدیق بنایی، هلن (۱۳۸۷). رسانه جمعی و سرمایه اجتماعی. تهران: مرکز آموزش و پرورش. صدیق سروستانی، رحمت‌اله (۱۳۸۵). آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی). تهران: انتشارات آن.

عظیمی، فاطمه (۱۳۹۶). نقش سرمایه اجتماعی در کاهش گرایش به اعتیاد زنان سرپرست خانوار شهر زنجان. دو فصلنامه پژوهش‌های انتظامی-اجتماعی زنان و خانواده، ۵(۲)، ۲۷۴-۲۵۹.

فرجاد، محمدحسین (۱۳۸۲). بررسی مسائل اجتماعی در ایران (فساد اداری، اعتیاد و طلاق). تهران: انتشارات اساطیر.

فوکویاما، فرانسیس (۱۳۸۵). پایان نظم: سرمایه اجتماعی و حفظ آن. ترجمه غلام عباس توسلی. تهران: حکایت قلم نوین. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۷).

فیلد، جان (۱۳۸۸). سرمایه اجتماعی، ترجمه غلامرضا غفاری و حسین رضائی. تهران: انتشارات کویر. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

قبادزاده، سیمین؛ مسعودی، مرضیه؛ محدخانی، شهرام و حسنی، جعفر (۱۳۹۶). عوامل رفتاری، هیجانی و اجتماعی مرتبط با اعتیاد. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۴(۱۳)، ۴۴-۱۳.

کجباف، محمدباقر و رحیمی، فاطمه (۱۳۹۰). مقایسه انگیزه‌های فردی-اجتماعی و سرمایه اجتماعی معنادان در گروه‌های درمانی شهر اصفهان. رویکردهای نوین آموزشی، ۶(۱)، ۱۴۸-۱۲۵.

کلمن، جیمز (۱۳۷۷). بنیادهای نظری اجتماعی، ترجمه منوچهر صبوری، تهران: نشر نی. (تاریخ انتشار نسخه اصلی، ۱۹۹۰).

گرچی گرسامی، علی؛ سیاه چشم، مهربی؛ موسوی بیجاری، جعفر و سیف، قدرت اله (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و مشارکت شهروندان در پیشگیری از اعتیاد. فصلنامه علمی ترویجی

مطالعات پیشگیری از جرم، ۱۲(۴۶)، ۱۰۳-۸۱.

گلستانی، فاطمه (۱۳۸۷). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مراحل تغییر در پیشگیری از عود در معتادان به مواد مخدر مرد شهر کرمان. *اعتیاد پژوهی*، ۲(۸)، ۸۳-۱۰۴.

محمدی، اکرم؛ نقدی، اسدالله؛ علیوردی نیا، اکبر و کیانی، محسن (۱۳۸۹). بررسی جامعه‌شناختی رابطه سرمایه اجتماعی و اعتیاد اینترنتی در بین جوانان شهر همدان. *دوفصلنامه علمی-تخصصی پژوهشی جوانان، فرهنگ و جامعه*، ۵، ۲۷-۱.

مرادی‌فرد، طاهره؛ جوادی‌نیک، آمنه و صفرپور، سینا (۱۳۹۴). بررسی نقش سرمایه اجتماعی بر گرایش نوجوانان و جوانان (۱۵ تا ۲۵ سال) شهر یاسوج به اعتیاد. *فصلنامه علمی-تخصصی دانش انتظامی کهگیلویه و بویر احمد*، ۸(۲۰)، ۶۱-۵۲.

مقصودی، سوره و شمس‌الدینی مطلق، محمدحسن (۱۳۹۵). بررسی تاثیر ابعاد سرمایه اجتماعی و ابعاد آن بر روی امنیت اجتماعی (مورد مطالعه: ساکنان بالای ۱۸ سال شهر کرمان). *مطالعات توسعه اجتماعی - فرهنگی*، ۵(۱)، ۱۴۵-۱۲۱.

موسوی، زهره (۱۳۹۴). راهکارهای ارتقا مشارکت اجتماعی دانشجویان در پیشگیری از مصرف مواد مخدر و روان گردان‌ها. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۷)، ۸۲-۶۳.

نقدی، اسداله؛ رضایی دره ده، مریم و زندی، فاطمه (۱۳۹۴). بررسی عوامل اجتماعی موثر بر ترک اعتیاد موفق در گروه (مطالعه موردی: مردان عضو NA در شهر نورآباد). *فصلنامه توسعه اجتماعی*، ۳(۹)، ۲۸-۷.

نیازی، محسن؛ عباس زاده، محمد و سعادت، موسی (۱۳۹۶). بررسی جامعه‌شناختی سهم مولفه‌های سرمایه اجتماعی در تبیین رفتارهای مخاطره‌آمیز (مورد مطالعه: جوانان ۳۴-۱۵ شهر تبریز). *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۸(۲)، ۱۰۱-۷۵.

یوسفی افراشته، مجید؛ امیری، محسن؛ مروتی، ذکراه؛ بابامیری، محمد و چراغی، اباذر (۱۳۹۴). عوامل حمایت‌کننده پایداری ترک مصرف مواد مخدر: یک مطالعه کیفی. *مجله تحقیقات کیفی در علوم سلامت*، ۴(۳)، ۲۸۹-۲۸۰.

Aslund, C & Nilsson, K. W. (2013). Social capital in relation to alcohol consumption, smoking, and illicit drug use among adolescents: a cross-sectional study in Sweden. *International journal for equity in health*, 12(1), 33-44.

Awgu, E., Magura, S & Coryn, C. (2016). Social capital, substance use disorder and depression among youths. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 42(2), 213-221.

Dearfield, C. T., Horn, K. A & Jiguet-Akhtar, M. C. (2017). Influence of social and neighborhood contexts on smoking cessation among urban minorities. *Journal of ethnicity in substance abuse*, 21, 1-17.

- Evans, C. B., Cotter, K. L., Rose, R. A & Smokowski, P. R. (2016). Substance use in rural adolescents: The impact of social capital, anti-social capital, and social capital deprivation. *Journal of addictive diseases*, 35(4), 244-257.
- Farnia, V., Alikhani, M., Jalali, A., Golshani, S., Salemi, S., Hookari, S & Juibari, T. A. (2018). The role of attachment styles and perceived social support in prediction of methamphetamine abuse. *Journal of Substance Use*, 23(4), 377-383.
- Granfield, R & Cloud, W. (2001). Social context and “natural recovery”: The role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Substance use & misuse*, 36(11), 1543-1570.
- Han, S (2018). A multilevel analysis of social capital and smoking behavior in Seoul, South Korea. *Journal of Substance Use*. 1-7.
- Jorge, K. O., Paiva, P. C. P., Vale, M. P. D., Kawachi, I & Zarzar, P. M. (2018). Alcohol intake among adolescent students and association with social capital and socioeconomic status. *Ciencia & saude coletiva*, 23, 741-750.
- Lardier Jr. D. T., Barrios, V. R., Garcia-Reid, P & Reid, R. J. (2018). Preventing Substance Use Among Hispanic Urban Youth: Valuing the Role of Family, Social Support Networks, School Importance, and Community Engagement. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, doi: 10.1080/1067828X.2018.1466748
- Lundborg, P. (2005). Social capital and substance use among Swedish adolescents—an explorative study. *Social Science & Medicine*, 61(6), 1151-1158.
- Treffers, S. (2016). *The Role of Social Capital in Drug Use and Dependence in Four Canadian Provinces*. Msc Dissertation, University of Windsor.
- Trentacosti, F. (2011). *Social capital, happiness and social net working sites, surfing alone: do countries with higher number of users in online communities have higher happiness levels?* Msc Dissertation in Development Economics, University of Sussex.
- Unlu, A & Sahin, I. (2015). The impact of mediating factors on youth social capital and substance use. *International Journal of Public Policy*, 11(1-3), 110-127.
- Unlu, A. (2009). *The impact of social capital on youth substance use*. Doctoral Dissertation, University of central Florida.
- Unlu, A., Sahin, I & Wan, T. T (2014). Three dimensions of youth social capital and their impacts on substance use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 23(4), 230-241.
- Wen, M (2017). Social capital and adolescent substance use: The role of family, school, and neighborhood contexts. *Journal of Research on Adolescence*, 27(2), 362-378.

اثر بخشی آموزش معنویت با تاکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر تاب آوری و سازگاری اجتماعی در افراد وابسته به مواد

محمد خالدیان^۱، رویا ارجمند کرمانی^۲، پروین امینی^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر تاب آوری و سازگاری اجتماعی در افراد وابسته به مواد انجام شد. این پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه شامل افراد وابسته به مواد مرکز ترک اعتیاد با متادون شهرستان قروه (نیکوسلامت) در سال ۱۳۹۲ بود. ابتدا تعداد ۹۰ نفر از افراد وابسته به مواد مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد بر اساس نمونه-گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس تعداد ۳۰ نفر از این افراد که در مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون و مقیاس سازگاری اجتماعی پایین‌ترین نمرات را گرفتند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت آموزش ۹ جلسه دو ساعته معنویت قرار گرفتند اما گروه کنترل تحت هیچگونه آموزشی قرار نگرفت. جهت جمع آوری اطلاعات از مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون و مقیاس سازگاری اجتماعی استفاده شد. برای تحلیل آماری داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که میانگین نمرات سازگاری اجتماعی در پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معناداری از میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه کنترل کمتر بود و به عبارتی سازگاری افزایش یافته بود. همچنین میانگین نمرات تاب آوری در پس‌آزمون گروه آزمایش به طور معناداری از میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه کنترل بالاتر بود. می‌توان از آموزش معنویت با تاکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام به طور معنی داری در ارتقا میزان تاب آوری و سازگاری اجتماعی افراد وابسته به مواد استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: آموزش معنویت، تاب آوری، سازگاری اجتماعی، افراد وابسته به مواد

۱. نویسنده مسئول: مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. پست الکترونیک:

Mohamad_khaledian22@yahoo.com

۲. مربی گروه روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. کارشناس ارشد حقوق، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، کردستان، ایران

مقدمه

اعتیاد به موادمخدر، یکی از مشکلات بهداشتی و اجتماعی قرن حاضر است. اعتیاد مهم ترین دغدغه فکری و یکی از ناگوارترین آسیب های اجتماعی به شمار می رود. اعتیاد نه تنها منجر به آسیب های شدید و عمیق جسمی و روانی در فرد مبتلا می شود، بلکه آسیب های اجتماعی متعدد نظیر طلاق، بزهکاری و بیکاری را هم در پی دارد. افراد دچار سوء مصرف مواد به طور متوسط ۱۳/۸ سال کمتر از دیگران عمر می کنند (رنجبر سودجانی، سعیدی و میرزائی، ۱۳۹۶). اعتیاد با آسیب های جدی که در سطح فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی، رفتاری، شناختی، هیجانی و زیستی به فرد وارد می آورد نیازمند توجه جدی است (احمدی، حسنی و سعیدپور، ۱۳۹۷). اعتیاد به موادمخدر به عنوان پدیده ای زیستی- اجتماعی و روانی یکی از غم انگیزترین تراژدی های انسان معاصر است که تبعات بسیار ناخوشایند اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی دارد. رابطه اعتیاد با مسائل اجتماعی دوجانبه است. از یک سو اعتیاد، جامعه را به انحطاط می کشاند و از سوی دیگر پدیده ای است که ریشه در مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی دارد. اعتیاد گرایش فرد را به اصول اخلاقی، معنوی و ارزش های اجتماعی کاهش می دهد به طوری که روانشناسان، اعتیاد را به مثابه جنگ شیمیایی خانگی و جنگ بدون مرز می دانند (ارقبایی، سلیمانیان و محمدی پور، ۱۳۹۷).

به نظر می رسد که انسان ها در تمام فرهنگ ها و در زمان هایی تمایل داشته اند که حالات ذهنی خود را تغییر دهند و به این منظور از موادمخدر و روان گردان استفاده می کردند. این امر باعث شده است که اعتیاد به موادمخدر، امروزه یکی از معضلات اساسی زندگی بشری به شمار رود و افزایش مصرف آن طی قرن گذشته، نگرانی روز افزونی را برای همه جوامع در پی داشته باشد (لاندهلم، ۲۰۱۳). اعتیاد و سوء مصرف مواد یکی از بارزترین آسیب های روانی اجتماعی است که به راحتی می تواند بنیان زندگی فردی، خانوادگی و فرهنگی یک کشور را سست و پویایی های انسانی آن را به مخاطره اندازد (شریعتی، ایزدی خواه، مولوی و صالحی، ۱۳۹۲). طبق آمارهای دفتر

پیشگیری از جرم و کنترل مواد سازمان ملل (۲۰۰۵) شمار مصرف کنندگان موجود مواد در بین جمعیت ۶۴-۱۵ ساله‌ای سراسر جهان ۲۰۰ میلیون نفر برآورد شده است (به نقل از سپهری‌نسب و حسین‌ثابت، ۱۳۹۴). آمارها نشان می‌دهد که شیوع و مصرف مواد مخدر رو به افزایش و سن مصرف آن رو به کاهش است. برنامه‌های درمانی گوناگونی برای درمان اعتیاد وجود دارد. هدف اصلی اغلب برنامه‌های درمانی کاهش یا قطع مصرف مواد است (احمدی، نجفی، حسینی‌المدنی و عاشوری، ۱۳۹۱). از جمله این مداخلات می‌توان به برنامه‌های بلندمدت اقامتی، برنامه‌های کوتاه مدت بستری، برنامه‌های سرپایی بدون دارو و برنامه‌های متادون سرپایی اشاره نمود. نظریه آمادگی اعتیاد اظهار می‌دارد که برخی افراد در صورت فراهم بودن شرایط، مستعد اعتیاد هستند در حالی که سایر افراد این آمادگی را ندارند (جندریو^۱ و جندریو، ۱۹۷۰).

یکی از عوامل مهمی که می‌تواند در زندگی افراد نقش ایفا کند تاب‌آوری است. داشتن معنا و هدف در زندگی یکی از عوامل محافظتی شناخته شده در تاب‌آوری افراد است. تاب‌آوری عاملی است که به افراد در رویارویی و سازگاری با موقعیت‌های سخت و تنش‌زای زندگی کمک می‌کند (دهقان، پیری‌کامرانی و کرمی، ۱۳۹۴)، همچنین تاب‌آوری از مشکلات روان‌شناختی در جوانان پیشگیری می‌کند و از آن‌ها در برابر تأثیرات روان‌شناختی حوادث مشکل‌زا محافظت می‌کند (پینکارت^۲، ۲۰۰۹). تاب‌آوری به فرایندی پویا اشاره دارد که انسان‌ها در زمان مواجهه با شرایط ناگوار یا ضربه‌های روحی به صورت رفتار انطباقی مثبت از خود نشان می‌دهند. تاب‌آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی‌هایش برای غلبه بر تنش، داشتن توانایی‌های مقابله‌ای، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگی‌های فردی که حمایت اجتماعی از طرف دیگران را افزایش می‌دهد تعریف شده است. این سازه از جمله عواملی است که از بروز مشکلات روانی در میان جوانان و نوجوانان جلوگیری می‌کند و آن‌ها را از بروز اثرات روانی رویدادهای مشکل‌زا در امان نگاه می‌دارد. تاب‌آوری به عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مصائب، مشکلات، مقاومت در برابر تنش و از بین بردن اثرات روانی آن‌ها تعریف شده است. به بیان دیگر تاب‌آوری،

سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (سادات مرتضوی و یاراللهی، ۱۳۹۴). تاب‌آوری به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار اطلاق می‌شود و فراتر از جان سالم به در بردن از استرس و ناملایمات زندگی است. بنابراین تاب‌آوری توانایی انسان برای سازگاری در برابر مصیبت‌ها، ضربه‌ها، درد و رنج ناشی از گرفتاری‌ها و محرک‌های تنش‌زای با اهمیت در زندگی است. افراد با تاب‌آوری بالا در شرایط استرس‌زا و موقعیت‌های ناگوار سلامت روان‌شناختی خود را حفظ می‌کنند (بخشی‌زاده، افروز، به‌پژوه، غباری‌بناب و شکوهی‌یکتا، ۱۳۹۶). افرادی که قادر به شناسایی نظم، انسجام و هدف در زندگی خود هستند و همچنین توانایی پیگیری و دستیابی به اهداف خود را دارند، در شرایط دشوار زندگی تاب‌آوری بیشتری از خود نشان می‌دهند. انسان‌ها در طول زمان، برای نظم‌بخشیدن به حالات رفتاری و عاطفی و افزایش میزان تاب‌آوری خود در برخورد با مسائل و مشکلات، راهبردهای زیادی را مورد استفاده قرار داده‌اند و آگاهانه روش‌هایی را با هدف تنظیم وضعیت روانی و رفتاری خود به کار گرفته‌اند (بامیستر و کاتلین^۱، ۲۰۰۴).

یکی از نشانه‌های مهم سلامت‌روان که توجه بسیاری از جامعه‌شناسان، روان‌شناسان و بخصوص مربیان را به خود جلب کرده سازگاری اجتماعی است. رشد اجتماعی مهم‌ترین جنبه رشد وجود هر شخص محسوب می‌شود و معیار اندازه‌گیری رشد اجتماعی هر فردی، سازگاری او با دیگران است. رشد اجتماعی نه تنها در سازگاری با اطرافیان که فرد با آن‌ها در ارتباط است مؤثر است، بلکه بعدها در میزان موفقیت شغلی و تحصیلی او نیز تأثیر دارد (مظاهری، باغبان و فاتحی‌زاده، ۱۳۸۵). سازگاری فرایند پیوسته‌ای است که در آن تجارب یادگیری اجتماعی شخص، باعث ایجاد نیازهای روانی او می‌شود. سازگاری همچنین امکان کسب توانایی و مهارت‌هایی را فراهم می‌سازد که از آن طریق می‌توان به ارضای نیازها پرداخت. هرگاه تعادل جسمی و روانی فرد به گونه‌ای دچار اختلال شود که حالت ناخوشایندی به وی دست دهد برای ایجاد توازن نیازمند به کارگیری نیروهای درونی و حمایت‌های خارجی است. در این صورت، اگر در به کارگیری ساز و کارهای

جدید موفق شود و مسأله را به نفع خود حل کند فرایند سازگاری به وقوع پیوسته است. ابعاد سازگاری، شامل سازگاری جسمانی، روانی، اجتماعی و اخلاقی است که در رأس همه، سازگاری اجتماعی قرار دارد. لازمه رسیدن به سازگاری روانی، اخلاقی و جسمانی، سازگار شدن از لحاظ اجتماعی است (والی پور، ۱۳۸۰). هر انسانی می‌کوشد تا خود را با محیط فیزیکی و روانی‌اش سازگار کند، زیرا انطباق با شرایط مختلف، حاکی از سلامت روان است. البته این سازگاری به معنای هم‌رنگی و پیروی ناهشیار نیست بلکه می‌تواند دگرگونی‌هایی را نیز به همراه داشته باشد. گاهی به لحاظ بروز عوامل تنش‌زا، سازگاری انسان دچار اشکال و به بروز رفتارهای ناسازگار منجر می‌شود. بنابراین سازگاری، مجموعه کنش‌ها و رفتارهایی است که فرد در موقعیت‌ها و شرایط جدید به منظور ارائه پاسخ‌های مناسب به محرک‌های موجود از خود بروز می‌دهد. یکی از مهم‌ترین مسائل و مشکلات اجتماعی امروزه در جوامع گوناگون، نابهنجاری‌های رفتاری و روانی و روش‌های مقابله با آن‌ها است. تردیدی نیست که در مسئله بهداشت روانی، سازگاری روز به روز بیشتر اهمیت می‌یابد. در دیدگاه راجرز، شخصیت ناسازگار، همان فردی است که مورد تهدید درونی واقع شده است و برعکس افراد سازگار، شخصیت‌های هستند که در وجودشان هیچ نشانی از احساس تهدید نمی‌توان یافت (امانی، اعتمادی، فاتحی زاده و بهرامی، ۱۳۹۱).

در جامعه‌ی ایرانی و اسلامی ما بسیاری از رفتارها در زندگی فردی و اجتماعی افراد، مستقیم یا غیر مستقیم متأثر از آموزه‌ها و باورهای دینی است. در معنویت، سعی می‌شود از ظرفیت‌های وجودی، گرایش‌ها و انگیزه‌های الهی و فضیلت‌های اخلاقی در بهبود و درمان بیماری‌ها استفاده شود. آنچه در معنویت‌درمانی حائز اهمیت است جنبه‌ی معناگرایانه‌ی آن است که محتوای درمان را شکل می‌دهد و در قالب اصول و عادات هر دین و مذهبی تجلی پیدا می‌کند. این سازه‌ها و فنون درمانی در معنویت‌درمانی می‌تواند جنبه‌ی رفتاری، شناختی، فراشناختی، عاطفی و اخلاقی داشته باشد که در مفاهیم و رفتارهای دینی همچون توکل، صبر، نماز، دعا، نیایش، و مراقبه تعریف می‌شود. تمرین‌های معنوی به شکل‌های گوناگون در ادیان توحیدی، از جمله اسلام تأیید گردیده و به کار گرفته شده است. از نظر

روان‌شناسان، علت آنکه این تمرین‌ها در ادیان گوناگون به کار گرفته شده است و قرون متمادی بشر آن‌ها را به کار بسته، این است که بیانگر نیازهای عمیق انسانی است و در حل مشکلات انسان‌ها در قرون متمادی مفید واقع شده است (سرتیپ‌زاده، علی اکبری دهکردی و طبائیان، ۱۳۹۵). مطالعات معنوی در روان‌شناسی جدی و اساسی است و توجه به آن در بسیاری از کشورها در حال افزایش است. مفهوم معنا مقدمه‌ای برای گفت‌وگو درباره معنویت است. معنا با وجوه درونی انسان پیوند می‌خورد. معنویت، دربرگیرنده ادراکات حاصل از خود و ترکیبی از عوامل شخصیتی و باورهای بنیادین متنوع زندگی از جمله جنبه‌های اجتماعی، جسمانی و روان‌شناختی در ارتباط است (یانگ و ماو، ۲۰۰۷). از نظر ریچاردز و برگین^۲ (۲۰۰۵) معنویت عبارت است از حس فرد از هویت و ارزش خود در رابطه با خداوند و جایگاه او در جهان هستی. این تعریف، پایه و مبنای رویکرد معنویت درمانی است. معنویت درمانی به افراد کمک می‌کند که به رغم بیماری، سوگ یا ناامیدی، بر از دست رفته‌ها تمرکز نکنند، بلکه در جستجوی معنا باشند. در نتیجه، زندگی از نگاه معنویت درمانی تحت هر شرایطی معنادار است (خالدیان، هدایت و جلالیان، ۱۳۹۶). همواره بین انسان و دین نسبت خاصی وجود دارد که اگر فرد مجال بروز به آن بدهد، قطعاً به نحوی مطلوب ظاهر می‌شود. اگر این امر درونی سرکوب شود، در اشکال انحرافی از قبیل خرافات ظهور خواهد کرد و در هر حال خود را به منصب بروز و ظهور می‌رساند. از آنجا که هر امر فطری و درونی برای فعلیت یافتن و به عرصه حضور آمدن، نیازمند زمینه و بستر مناسبی است، دین‌داری نیز شرایطی را می‌طلبد تا بتواند خود را نشان دهد (یاسمی نژاد، گل‌محمدیان و سعیدی پور، ۱۳۸۹). نتایج پژوهش سروریان، تقی‌زاده و سروریان (۱۳۹۶) با موضوع اثربخشی معنادرمانی با رویکردی دینی بر عزت نفس و شادکامی و تاب‌آوری نوجوانان دختر نشان داد که معنادرمانی با رویکرد دینی می‌تواند موجب افزایش عزت نفس، شادکامی و تاب‌آوری انسان شود. نتایج پژوهش عسگری (۱۳۹۵) با موضوع اثربخشی معنویت درمانی با تاکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر کیفیت زندگی و سازگاری در سالمندان نشان داد که

آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی موجب افزایش کیفیت زندگی و سازگاری در گروه آزمایش شده است. نتایج پژوهش کرمی، پیری کامرانی و کریمی (۱۳۹۴) با موضوع اثربخشی آموزش معنویت‌درمانی بر سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر نشان داد که آموزش معنویت‌درمانی در افزایش سازگاری اجتماعی دانشجویان دختر موثر بوده است. نتایج پژوهش جانی، مولایی، جنگی قوجه‌بیگللو و پوراسمعلی (۱۳۹۳) با موضوع اثربخشی شناخت‌درمانی مذهب‌محور بر اضطراب مرگ، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان نشان داد که شناخت‌درمانی مذهب‌محور باعث کاهش نمرات اضطراب مرگ و افزایش نمرات سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل می‌شود. نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که معنویت‌درمانی و معنادرمانی بر افزایش سازگاری اجتماعی و کیفیت زندگی مؤثر است (دیویسون و جانگری^۱، ۲۰۱۳). مک‌نلتی، لیونه و لیوسا^۲ (۲۰۰۴) نشان دادند که دین‌تأثیر قابل توجهی در سازگاری دارد و از آن می‌توان در کارهای بالینی و مشاوره‌ای نیز استفاده کرد. در سطح فردی، بررسی‌های اخیر نشان داده است که نگرش معنوی و امید به آینده، به عنوان پتانسیل‌های حمایتی برای تاب‌آوری به شمار می‌آیند (حمید، بشلیده، عیدی‌بایگی و دهقانی‌زاده، ۱۳۹۱). نتایج پژوهش قدم‌پور، رحیمی‌پور و سلیمی (۱۳۹۴) با موضوع بررسی اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان نشان داد که معنویت‌درمانی به شیوه گروهی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان موثر است. نتایج پژوهش دهقان و همکاران (۱۳۹۴) با موضوع اثربخشی معنویت‌درمانی گروهی بر افزایش تاب‌آوری نشان داد که آموزش معنویت در ارتقاء تاب‌آوری موثر است.

احساس هدفمندی و نگرش معنوی، از جمله عوامل حمایتی در تاب‌آوری هستند (پرکینز و جونز^۳، ۲۰۰۴). طبق نظر گراهام، فور، فلاورز و بورک^۴ (۲۰۰۱) کسانی که اعتقادات معنوی قوی‌تر دارند، در برابر تنش و فشار مصونیت بیشتر و سلامت بالاتری

دارند. نخستین و مهم‌ترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت درمانی، در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی است. افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدن، استرس خود را مدیریت می‌کنند (دهقان و همکاران، ۱۳۹۴). بنابراین، با توجه به اهمیت معنویت درمانی و آموزه‌های دینی با اهداف گوناگون پیشگیری و ارتقاء سطح سلامت روانی، ضرورت آموزش این آموزه‌ها به افراد و به ویژه افراد معتاد آشکار می‌شود. با توجه به آنچه ذکر شد هدف از پژوهش حاضر پاسخگویی به این سوال بود که آیا آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی افراد معتاد موثر است؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد مطالعه شامل ۱۲۰ نفر افراد معتاد مراجعه کننده به مراکز متادون درمانی ترک اعتیاد نیکوسلامت شهرستان قروه در سال ۱۳۹۲ بود. ابتدا تعداد ۹۰ نفر از افراد معتاد مراجعه کننده به کلینیک ترک اعتیاد براساس نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس تعداد ۳۰ نفر از این افراد که در پرسش‌نامه سازگاری اجتماعی بالاترین و در پرسش‌نامه تاب‌آوری پایین‌ترین نمره‌ها را گرفتند انتخاب شدند. افراد بطور تصادفی به دو گروه آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند. گروه آزمایش ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های دین مبین اسلام مبتنی بر کتاب روان‌درمانی و معنویت (وست، ترجمه شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۷) و مداخلات معنوی ریچارد و برگین (۲۰۰۵) را دریافت کردند. گروه کنترل آموزشی را دریافت نکرد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از رضایت افراد انتخاب شده به شرکت در جلسات درمان، وابستگی به موادمخدر، داشتن پرونده در کلینیک ترک اعتیاد نیکوسلامت و حداقل حضور بیش از یک ماه در کلینیک مربوطه. ملاک‌های خروج عبارت بودند از مبتلا بودن به یک اختلال یا بیماری دیگر، تحت درمان بودن به خاطر اختلال یا بیماری و شرکت همزمان در درمان‌های دیگر و غیبت بیش از دو جلسه.

ابزار

۱. پرسشنامه سازگاری اجتماعی: به منظور جمع‌آوری اطلاعات از مقیاس سازگاری اجتماعی ویزمن و پی-کل^۱ (۱۹۷۴)، استفاده شد. این مقیاس دارای ۵۴ سوال کلی است که عملکرد اجتماعی را در هفت حوزه سازگاری در فعالیت‌های اجتماعی و فوق برنامه، روابط خویشاوندی، روابط زناشویی، نقش والدینی، روابط خانوادگی و وضعیت اقتصادی مورد بررسی قرار می‌دهد. این پرسشنامه در سال ۱۳۷۸ به وسیله میرزمانی ترجمه و معرفی شده است. نمره بالا بیانگر سازگاری اجتماعی پایین آزمودنی است. بالا بودن نمره کلی حاکی از آن است که آزمودنی از سازگاری اجتماعی نامطلوبی برخوردار است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش شده است (کوهسالی و همکاران، ۱۳۸۷، به نقل از ترابی، مندبی و گرمی زاده شیرازی، ۱۳۹۴). در پژوهش شمسایی، موسیوند، بیگ‌مرادی و مقیم‌بیگی (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است.

۲. مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۲: این مقیاس شامل ۲۵ گویه ۵ گزینه‌ای (کاملاً نادرست، بندرت درست، گاهی درست، اغلب درست، همیشه درست) است. حداقل نمره برای این مقیاس صفر و حداکثر آن ۱۰۰ است. در پژوهش امینی (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ برای این مقیاس گزارش شده است. سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر با ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. هم‌چنین نتایج تحلیل عاملی، بیانگر یک عامل عمومی بود. مقدار ضریب KMO برابر با ۰/۸۹ و مقدار آزمون کرویت بارتللت برابر با ۱۸۹۳/۸۳ بود. مقدار ارزش ویژه برای این عامل عمومی برابر با ۶/۶۴ بود. این عامل ۲۶/۶ درصد از واریانس کل مقیاس را تعیین می‌کند (سامانی و همکاران، ۱۳۸۶).

خلاصه جلسات معنویت‌درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام مبتنی بر کتاب روان‌درمانی و معنویت (وست، ترجمه شهیدی و شیرافکن، ۱۳۸۷) و مداخلات معنوی ریچارد و برگین (۲۰۰۵) در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات معنویت‌درمانی با تاکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام

محتوای جلسات	
جلسه ۱	آماده‌سازی، تعیین اهداف و قوانین گروه، آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مشاوره و بحث در مورد معنویت و اعتیاد، و اجرای پرسشنامه‌های تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی.
جلسه ۲	بیان مشکل، بحث در مورد اعتیاد و بحث در مورد اثرات اعتیاد بر ایجاد اختلالات روانی
جلسه ۳	دعای کمیل و نیایش، عبادات و مناسک مذهبی
جلسه ۴	آیات قرآنی و تفسیر، ذکر اسماء الهی، توضیحاتی درباره قضا و قدر الهی، ایمان آوردن به اینکه نیرویی برتر از ما قادر است ما را به مسیر سلامت هدایت کند
جلسه ۵	توضیح و تشریح محاسن و فواید شرکت در مراسم مذهبی، بخشایش و توبه، و عفو و کرم الهی، اعتقاد به اینکه خالق هستی بهترین یاور است (مبتنی بر مداخلات ریچارد و برگین، ۲۰۰۵)
جلسه ۶	گوش دادن به صوت قرآن کریم و روخوانی قرآن کریم توسط اعضای گروه
جلسه ۷	قصه قرآنی، توسل به انوار اهل بیت (ع)
جلسه ۸	توضیح و تشریح فواید نماز جماعت و نماز، زندگی‌نامه پیامبر اکرم (ص)
جلسه ۹	خلاصه و جمع‌بندی جلسات و اختتام، صحبت در مورد آموخته‌های خود در گروه، مرور برنامه و جمع‌بندی برنامه آموزشی معنویت‌درمانی و اجرای پرسشنامه‌های تاب‌آوری و سازگاری - اجتماعی.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۴ نفر از افراد زیر دیپلم، ۱۲ نفر دیپلم، ۳ نفر فوق دیپلم و یک نفر لیسانس بودند. در رابطه با وضعیت تاهل ۲۴ نفر متاهل، ۳ نفر مجرد و ۳ نفر متارکه بودند. شاخص‌های توصیفی تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	آزمایش		کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تاب‌آوری	میانگین	۵۵/۶۷	۶۱/۳۳	۵۵/۹۳	۵۵/۸۵
	انحراف معیار	۳/۱۶	۳/۲۲	۲/۹۱	۲/۷۳
سازگاری -	میانگین	۱۵۶/۰۶	۱۵۰/۱۴	۱۵۳/۷۹	۱۵۳/۸۶
اجتماعی	انحراف معیار	۵/۴۷	۵/۱۱	۴/۹۷	۵/۳۰

به منظور بررسی اثربخشی آموزش معنویت با تاکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شده. ابتدا برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد. این آزمون برای هیچ کدام از متغیرها معنی‌دار نبود. همچنین برای بررسی فرض همگنی ماتریس کواریانس‌ها از آزمون ام باکس استفاده شد و نتایج حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($F=0/49, P>0/05, M=1/6$ باکس). برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد که نتایج حکایت از نرمال بودن توزیع‌ها داشت. نتایج همگنی شیب رگرسیون نیز حکایت از برقراری این پیش فرض داشت ($P>0/05, F=0/421$). با توجه به برقراری پیش فرض‌ها تحلیل کواریانس چندمتغیره انجام شد که نتایج حکایت از معناداری داشت ($P<0/001, F=175/9, \alpha=0/66$ لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل کواریانس تک متغیره به شرح زیر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره برای بررسی الگوهای تفاوت

متغیرها	میانگین مجذورات	F	معنی داری	ضریب اتا
تاب‌آوری	۲۲۵/۲۱	۲۶۲/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۹
سازگاری اجتماعی	۲۴۷/۳۳	۸۲/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۷۶

مندرجات جدول ۳ نشان می‌دهد که در هر دو متغیر آموزش معنویت موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر تاب‌آوری و سازگاری اجتماعی در افراد معتاد بود. نتایج نشان داد که استفاده از آموزش معنویت مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر تاب‌آوری در افراد معتاد موثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های حمید و همکاران (۱۳۹۱)، قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۴)، دهقان و همکاران (۱۳۹۴) و سروریان و همکاران (۱۳۹۶) همسو است. در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت که نماز خواندن، دعا، ذکر و پرداختن به فعالیت‌های معنوی از راه مراکز قشری مغز و ارتباط متقابل آن‌ها با مراکز غدد تالاموس و هیپوتالاموس معنا و مفهوم عاطفی پیدا می‌کنند. از سوی دیگر، این مراکز با غده هیپوفیز در ارتباط است که این غده،

فعالیت دیگر غده‌ها را تنظیم می‌کند. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که پرداختن به فعالیت‌های مذهبی، بر روی مکانیسم‌های دفاعی بدن مثل پادتن‌ها تأثیر مثبت دارد و مقاومت بدن را در برابر بیماری‌های مزمن جسمی و بیماری‌های روانی افزایش می‌دهد. توسل به ائمه، زیارت، دعا و نماز، ابتدا توسط مغز دریافت شده و با توجه به، نیت و قصد نیروبخشی و افزایش توانایی این اطلاعات در سیستم عصبی تجزیه و تحلیل شده که طی آن به سیستم ایمنی دستور داده می‌شود تا در مقابل استرس و فشار روانی مقاومت کند. اهمیت عامل فشارآور از طریق ارزیابی‌های شناختی، که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی قرار دارد، تعیین می‌شود (سروریان و همکاران، ۱۳۹۶). در شرایط دشوار، معنویت ممکن است تنها منبع دست یافتن به آرامش یا پذیرش موقعیت باشد. رویکرد معنویت درمانی برای رساندن فرد به آرامش روان، یک مجموعه راهکارهای ذهنی و بینشی مانند ارتقای معرفت، خداباوری، صبر، زهد، توکل، رشد تدریجی بینش الهی، دعا و نیایش، احیای فطرت الهی و تقویت اراده برای ترک گناه را ارائه می‌کند (قدم پور و همکاران، ۱۳۹۴). باورهای معنوی، فرد تاب‌آور را در برابر مشکلات جسمی، روانی و اجتماعی مصونیت بخشیده و کارکرد زندگی مثبت را افزایش می‌دهد. از این دیدگاه، فرد زمانی که با نیروی بزرگتری در ارتباط است و اهداف و ارزش‌های والاتری دارد دارای عملکرد بهتری است. در این صورت، طبیعی است که هر رخدادی هر چند توان فرسا، همچون فشارهای شدید و بیماری‌های مرگ‌آور و سایر بیماری‌ها و اختلالات در این مسیر معنا یابد. هنگامی که انسان با مشکلات و دشواری‌ها مواجه می‌شود و احساس می‌کند که به تنهایی بر حل آن‌ها توانا نیست، از فرد توانمند دیگری کمک می‌گیرد. بر اساس آموزه‌های دینی، چنین انسانی برای جبران ضعف خود، در عین استفاده از عوامل طبیعی و اسباب مادی، باید به نیروی غیبی و قدرت بی‌پایان خدا تکیه کرده و از او استمداد جوید. توکل به خدا عامل تقویت‌کننده روانی و یکی از مؤثرترین مقابله‌های مذهبی است. در تحقیقات روان‌شناختی نیز توکل به خدا یکی از مقابله‌های مذهبی دانسته شده است. افرادی که به خدا توکل ندارند و خود را به نیروی بی‌پایان الهی متصل نمی‌دانند، نیروها و توانمندی‌هایشان محدود

است. بدین جهت، در مواجهه با مشکلات خود را ناتوان می‌بینند و نیرویی را در خود نمی‌بینند تا به آن اعتماد کنند، اما متوکلان امید به پشتیبانی خداوند دارند و اعتماد به نفس بالایی خواهند داشت. توکل به خدا، زمینه‌رهای از رنج و افسردگی و اضطراب را فراهم می‌سازد (باقری، میریان و باقری، ۱۳۹۲). فرض اساسی در معنویت‌درمانی این است که شخص نمی‌تواند برای همیشه از رنج در زندگی اجتناب کند؛ اما می‌تواند راه پرمعنائی برای پاسخ دادن به رنج در زندگی برگزیند. علاوه بر این، کسانی که معنا را در زندگی می‌یابند، می‌توانند توانایی‌های نهفته‌شان را شکوفا کرده و با اثربخشی بیشتری به مبارزه و تلاش در زندگی بپردازند. به‌طور کلی مقابله مذهبی، متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این طریق در کنترل استرس‌های هیجانی به افراد کمک می‌کند. احساس تعلق داشتن به منجی والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی و معنوی همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آن‌ها می‌توانند در مواجهه با حوادث، فشار کمتری را تحمل کنند و تاب‌آوری بالاتری داشته باشند. افراد دارای جهت‌گیری مذهبی، دارای افسردگی، اضطراب، شرمندگی و احساس گناه پایین، سلامت‌روانی بالا، اتکا به خداوند و منابع معنوی هستند که باعث احساس کنترل و تسلط بیشتر بر شرایط و در نتیجه تاب‌آوری می‌شود.

از جمله نتایج دیگر این بود که استفاده از آموزش معنویت‌مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر سازگاری اجتماعی افراد معتاد مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های جانی و همکاران (۱۳۹۳)، کرمی و همکاران (۱۳۹۴)، عسگری (۱۳۹۵)، مک‌نلتی و همکاران (۲۰۰۴) و دیویسون و جانگیری (۲۰۱۳) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که نخستین و مهم‌ترین عامل، مربوط به تأثیر ویژه معنویت‌درمانی در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی است. افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدن، استرس خود را مدیریت می‌کنند. از این دیدگاه، می‌توان گفت باورها، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرایند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهند. از این رو، معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند. همچنین معنویت حس

قوی تری از کنترل را ایجاد می نماید که از این راه، به سازگاری کمک می کند (بواله‌ری، ۱۳۹۱). در تبیین دیگر این یافته می توان گفت که در معنویت درمانی به متعالی شدن افراد کمک می شود و این بعد متعالی آنان را به سوی خداوند رهبری می کند. عقاید دینی و معنوی با فراهم کردن یک نیروی یکپارچه کننده با جنبه های جسمانی و روانی افراد، به آن ها کمک می کند که از نظر معنوی سالم باشند و در محدوده این سلامتی احساس زنده بودن، هدفمندی و رضایت داشته باشند. راه های شناخت و رسیدن به خدا و تأثیر آن در زندگی و تأکید بر ارتباط نزدیکتر با خدا، باعث می شود که وجود خدا در زندگی افراد پررنگ تر احساس شود، در آن ها نوعی احساس امنیت به وجود آید و با تکیه بر نیروی خدا، سازگاری آن ها ارتقا یابد. معنویت با هدف قرار دادن باورهای فرد حس قویتری از کنترل ایجاد می کند و باعث رضایت از زندگی می شود (عسگری، ۱۳۹۵). شرکت در مراسم مذهبی و عبادی، مثل نماز باعث کاهش تنش و رهایی از پریشانی های عاطفی می شود. حالت آرامش روان، آرام سازی و آسودگی ناشی از مسائل مذهبی، نماز و دعا و نیایش، از این جهت است که فرد به گونه ای آگاهانه و خالصانه به آن ها عشق می ورزد. در احوال بزرگان دین نیز آمده است که با نماز، قرآن و سایر اعمال مذهبی به آرامش می رسیدند (قدم پور و همکاران، ۱۳۹۴). داشتن معنا در زندگی، امیدواری به یاری خداوند در شرایط مشکل، بهره مندی از حمایت های اجتماعی و معنوی، احساس تعلق داشتن به منبعی والا از جمله روش هایی است که موجب می شود افراد در هنگام مواجهه با حوادث، مصائب و مشکلات آسیب کمتری دیده و سلامت روان خویش را در حد بهینه حفظ کنند. بشر می تواند به کمک معنویت از ابتلا به بیماری های جسمی و روانی و اجتماعی پیشگیری کند و با کمک گرفتن از دین، نماز و نیایش، به منبع لایزال و نامتناهی قدرت الهی وابسته شده و احساس امید و آرامش داشته باشد. شرکت در مراسم مذهبی، آثار روانی اجتماعی مهمی به همراه دارد که علاوه بر انجام فرایض دینی، نوعی ارتباط سالم و عاطفی بین افراد جامعه ایجاد می شود. همه این موارد می تواند منجر به سازگاری اجتماعی افراد شود. در شرایط دشوار، معنویت ممکن است تنها منبع دست یافتن به آرامش یا پذیرش موقعیت باشد. رویکرد معنویت درمانی برای رساندن فرد به آرامش روان، یک مجموعه راه کارهای

ذهنی و بینشی مانند ارتقای معرفت، خداباوری، صبر، زهد، توکل، رشد تدریجی بینش الهی، دعا و نیایش، احیای فطرت الهی و همچنین راهکارهای گرایش و کنشی و تقویت اراده برای ترک گناه ارائه می‌کند (قدم پور و همکاران، ۱۳۹۴) که می‌توان گفت این موارد زمینه لازم برای سازگاری اجتماعی در افراد را ایجاد می‌کنند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش عدم انجام مرحله‌ی پیگیری بود. امید است با توجه به دستاوردها و نتایج این پژوهش بتوان با آموزش معنویت درمانی با تاکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام، تاب آوری و سازگاری اجتماعی افراد معتاد را افزایش داد تا به سوی یک زندگی سالم و رشد یافته گام بردارند. پیشنهاد می‌شود که جهت آشناسازی افراد جامعه با اعتیاد و عوارض آن کارگاه‌های آموزشی برگزار گردد و در حوزه پیشگیری و درمان هم از آموزه‌های دینی و معنوی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از مسئولان کلینیک ترک اعتیاد نیکو سلامت قروه و تمام افرادی که همکاری داشته‌اند تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- احمدی، فرشاد؛ حسنی، جعفر و سعیدپور، جعفر (۱۳۹۷). نقش تشخیصی انقطاع پاداش تاخیری و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد محرک، افیون و سیگاری. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۲(۴۵)، ۷۱-۹۰.
- احمدی، محسن؛ نجفی، محمود؛ حسینی‌المدنی، سیدعلی و عاشوری، آلاله (۱۳۹۱). مقایسه سبک‌های دفاعی و ویژگی‌های شخصیتی در افراد معتاد و عادی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۶(۲۳)، ۳۹-۵۱.
- ارقبایی، محمد؛ سلیمانان، علی‌اکبر و محمدی‌پور، محمد (۱۳۹۷). نقش جو عاطفی خانواده در گرایش به مصرف مواد: بررسی نقش میانجی عاطفه منفی. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۱۲(۴۵)، ۷۰-۵۳.
- امانی، رزیتا؛ اعتمادی، عذرا؛ فاتحی زاده، مریم و بهرامی، فاطمه (۱۳۹۱). رابطه میان سبک‌های دلبستگی و سازگاری اجتماعی. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۹(۶)، ۲۶-۱۵.

- امینی، فهیمه (۱۳۹۲). رابطه بین تاب آوری و فرسودگی شغلی پرستاران. *مجله توسعه پژوهش در پرستاری و مامایی*، ۱۱(۲)، ۹۴-۱۰۲.
- باقری، حسین؛ میریان، سید احمد و باقری، مائده (۱۳۹۲). بررسی رابطه بین توکل به خدا و سلامت روان بین دانشجویان دانشگاه آزاد واحد نکا. *مجله دین و سلامت*، ۱(۱)، ۴۸-۵۸.
- بخشی زاده، شهرزاد؛ غلامعلی، افروز؛ به پژوه، احمد؛ غباری بناب، باقر و شکوهی یکتا، محسن (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش مهارت‌های تاب آوری مبتنی بر معنویت اسلامی بر میزان رضامندی زوجیت و مولفه‌های تاب آوری معنوی در مادران با کودکان آهسته گام. *مجله توانمندسازی کودکان استثنایی*، ۷(۲۰)، ۶۰-۷۵.
- بوالهروی، جعفر (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد گروه درمانی معنوی بر کاهش میزان افسردگی، اضطراب و استرس در زنان مبتلا به سرطان سینه. *مجله جامعه شناسی زنان*، ۳(۱)، ۸۵-۱۱۵.
- ترابی، فاطمه، مندبی، شیدا و گرمی زاده شیرازی، ندا (۱۳۹۴). مقایسه سازگاری اجتماعی پدران دارای فرزند با و بدون کم توانی ذهنی، تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۵(۶)، ۲۹-۲۲.
- جانن، ستاره؛ مولایی، مهتری؛ جنگی قوجه بیگلو، شهلا و پوراسمعلی، اصغر (۱۳۹۳). اثربخشی شناخت درمانی مذهب محور بر اضطراب مرگ، سازگاری اجتماعی و بهزیستی ذهنی در بیماران مبتلا به سرطان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۰(۵)، ۹۴-۱۰۳.
- حمید، نجمه؛ بشلیده، کیومرث؛ عیدی بایگی، مجید و دهقانی زاده، زهرا (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی روان درمانی شناختی-رفتاری مذهب محور بر افسردگی زنان مطلقه. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱(۱)، ۵۴-۶۴.
- خالدیان، محمد؛ هدایت، امجد و جلالیان، عسگر (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش معنویت با تاکید بر آموزه‌های دین اسلام بر کیفیت زندگی افراد وابسته به مواد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴(۱۶)، ۱۱-۲۴.
- دهقان، فاطمه؛ پیری کامرانی، مرضیه و کرمی، جهانگیر (۱۳۹۴). اثربخشی معنویت درمانی گروهی بر افزایش تاب آوری. *مجله روان‌شناسی و دین*، ۸(۴)، ۸۱-۹۲.
- رنجبر سودجانی، یوسف؛ سعیدی، زهرا و میرزائی، عباس (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی با رویکرد تحلیل ارتباط متقابل بر افزایش امید در دختران نوجوان تحت درمان با متادون. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴(۱۶)، ۱۳۱-۱۴۴.
- سادات مرتضوی، نرگس و یاراللهی، نعمت (۱۳۹۴). فراتحلیل رابطه ی بین تاب آوری و سلامت روان. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۷(۳)، ۱۰۸-۱۰۳.

سپهری‌نسب، زهرا و حسین‌ثابت، فریده (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر امید و سازگاری بین فردی معتادان تحت درمان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوء مصرف مواد*، ۹(۳۵)، ۸۴-۶۹.

سرتیپ‌زاده، افسانه؛ علی اکبری‌دهکردی، مهناز و طبائیان، سیده‌راضیه (۱۳۹۵). بررسی اثربخشی معنویت‌درمانی بر اضطراب مرگ سالمندان مقیم خانه‌سالمندان. *مجله روانشناسی و دین*، ۹(۴)، ۷۰-۵۷.

سامانی، سیامک؛ جوکار، بهرام و صحراگرد، نرگس (۱۳۸۶). تاب‌آوری، سلامت روانی و رضایتمندی از زندگی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳(۳)، ۲۹۵-۲۹۰
سروریان، زهرا؛ تقی‌زاده، محمداحسان و سروریان، حمیدرضا (۱۳۹۶). اثربخشی معنادرمانی با رویکردی دینی بر عزت‌نفس و شادکامی و تاب‌آوری نوجوانان دختر. *مجله روانشناسی و دین*، ۱۰(۳)، ۲۴-۵.

شریعتی، محمدابراهیم؛ ایزدی‌خواه، زهرا؛ مولوی، حسین و صالحی، مهرداد (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی گروه درمانی به شیوه شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر بهبود کیفیت‌زندگی بر خودکارآمدی افراد معتاد. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۱(۴)، ۲۸۸-۲۷۹.

شمسائی، فرشید؛ موسیوند، فاطمه؛ بیگ‌مرادی، علی و مقیم‌بیگی، عباس (۱۳۹۵). تأثیر بکارگیری مهارت حل مسئله بر سازگاری اجتماعی در زنان بعد از هیستریکتومی. *نشریه روان پرستاری*، ۴(۱)، ۶۳-۵۶.

عسگری، پرویز (۱۳۹۵). اثربخشی معنویت‌درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر کیفیت‌زندگی و سازگاری در سالمندان. *مجله روانشناسی پیری*، ۲(۴)، ۲۹۱-۲۸۱.
قدم‌پور، عزت‌الله، رحیمی‌پور، طاهره و سلیمی، حسین (۱۳۹۴). اثربخشی رویکرد گروه‌درمانی معنوی بر افزایش میزان تاب‌آوری دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر اصفهان. *مجله روان‌شناسی و دین*، ۸(۴)، ۸۰-۶۱.

کریمی، جهانگیر؛ پیری‌کامرانی، مرضیه و کریمی، پروانه (۱۳۹۴). تأثیر آموزش معنویت‌درمانی بر سازگاری اجتماعی در دانشجویان. *فصلنامه اخلاق*، ۵(۱۷)، ۲۰۰-۱۸۳.
مظاهری، اکرم؛ باغبان، ایران و فاتحی‌زاده، مریم (۱۳۸۵). تأثیر آموزش گروهی عزت‌نفس بر میزان سازگاری اجتماعی دانشجویان. *دانشور رفتار*، ۱۳(۱۶)، ۵۶-۴۹.
والی‌پور، ایرج. (۱۳۸۰). *روانشناسی سازگاری*. تهران: انتشارات وحید.

وست، ویلیام (۱۳۸۷). *روان‌درمانی و معنویت*، ترجمه شهریار شهیدی و علی شیرافکن (۱۳۸۷). تهران: انتشارات رشد.

یاسمی‌نژاد، پریسا؛ گل محمدیان، محسن و سعیدی‌پور، بهمن (۱۳۸۹). درآمدی بر رابطه دین و معنویت با روان‌شناسی با تکیه بر دیدگاه چند تن از روان‌شناسان مطرح. *دوفصلنامه قیاسات*، ۱۵(۵۶)، ۷۹-۱۱۲.

- Baumeister, R & Kathleen, D. U. (2004). *Handbook of self-regulation research, theory and applications*, New York: The Guilford press.
- Davison, S. N & Jhangri, G. S. (2013). The Relationship between Spirituality, Psychosocial Adjustment to Illness, and Health-Related Quality of Life in Patients with Advanced Chronic Kidney Disease. *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(2), 172-178.
- Gendreau, P & Gendreau, L. P. (1970). Addiction-pron personality: A study of Canadian heroin addicts. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 2, 18-25.
- Graham, S., Furr, S., Flowers, C & Burke, M. T. (2001). Religion and Spirituality in Coping with Stress. *Counseling and Values*, 46(1), 2-13.
- Lundholm, L. (2013). Substance use and violence: influence of alcohol, illicit drugs and anabolic androgenic steroids on violent crime and self-directed violence. Ph.D Unpublished Dissertations, Sweden: Uppsala univercitet.
- McNulty, K., Livneh, H & Lisa, M. W. (2004). Perceived Uncertainty, Spiritual Well-Being, and Psychosocial Adaptation in Individuals with Multiple Sclerosis. *Rehabilitation Psychology*, 49(2), 91-99.
- Perkins, D. F & Jones, K. R. (2004). Risk behaviors and resiliency within physically abused adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 28(5), 547-563.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effect of dispositional resilience on association between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(1), 53-60
- Richards, S. P & Bergin, A. E. (2005). *A spiritual strategy for counseling and psych, therapy*, American psychological Association, (2nded.) U.S.A.
- Yang, K. P & Mao, X.Y. (2007). A study of nurse's spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *Journal of nursing studies*, 144, 999-1010.

رویکرد اجتماع محور در پیشگیری از اعتیاد نوجوانان و جوانان: نقش تسهیلگری مرکز سلامت روان محلی

حجت وطن دوست^۱، محمدعلی آرمند^۲

چکیده

پیشگیری از سوء مصرف مواد نیازمند مشارکت جدی مردم و بخش‌های دولتی و غیردولتی است. اعتیاد زمینه‌ساز بسیاری از مشکلات و مسائل اجتماعی است. با توجه به تبدیل شدن موادمخدر و اعتیاد به ابزار جنگ نرم و تهدید علیه امنیت ملی از یک سو و منابع قابل توجه کشور خصوصاً در حوزه‌های فرهنگی از سوی دیگر، در صورت پذیرفتن رویکرد اجتماعی به پیشگیری از اعتیاد چاره‌ای جز حمایت از مراکز و سازمان‌های مردم‌نهاد نیست. لذا هدف از این پژوهش بررسی رویکردی اجتماعی به پیشگیری از اعتیاد با تاکید بر نقش تسهیلگری مرکز سلامت روان محلی اندیشه مهر شهر محمودآباد از توابع شهرستان شاهین دژ بود. در این تحقیق از روش اسنادی - کتابخانه‌ای استفاده شده است. همچنین به برخی از الگوها و روش‌های مداخله‌ای در حوزه پیشگیری از اعتیاد که توسط مرکز صورت گرفته پرداخته شد. مردم از روش‌های مختلف همانند بالا بردن میزان حساسیت خود نسبت به موادمخدر و مضرات آن، بالا بردن سطح اطلاعات و آگاهی در خصوص انواع مواد و خطرات مصرف و تشکیل گروه‌های خودجوش مبارزه با مواد اعتیاد آور می‌توانند با تأکید بر نقش مثبت اجتماع یا محله خود در زمینه مبارزه با مواد مخدر به پیشگیری از اعتیاد کمک کنند. میزان موفقیت نهادهای پیشگیری از اعتیاد منوط به این است که تا چه اندازه این نهادها زمینه‌ها و بسترهای لازم برای حضور و مشارکت مردم و سازمان‌های غیردولتی را فراهم و آموزش‌های لازم را در خصوص چگونگی مشارکت در اجرای طرح‌ها و برنامه‌های پیشگیری ارائه می‌کنند. به نظر می‌رسد که استفاده از رویکرد اجتماعی در مبارزه با موادمخدر می‌تواند گامی موثر در پیشگیری از اعتیاد باشد.

کلید واژه‌ها: اعتیاد، پیشگیری از اعتیاد، رویکرد اجتماع محور

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد بوکان و مسئول مرکز سلامت روان محلی

اندیشه مهر، شاهین دژ، ایران پست الکترونیک: vatandoost3121@gmail.com

۲. کارشناس ارشد جمعیت‌شناسی دانشگاه یزد، یزد، ایران. کارشناس خدمات اورژانس اجتماعی، شاهین دژ،

مقدمه

اعتیاد عامل ظهور بسیاری از آسیب‌های اجتماعی و نابسامانی‌های خانوادگی و فردی است (کاکویی دینکی و قوامی، ۱۳۹۳؛ احدی و محمدی، ۱۳۹۵). نتایج اغلب پژوهش‌ها در سطح کشورهای مختلف حاکی از آن است که میزان مصرف مواد در جوامع مختلف به ویژه در میان نوجوانان و جوانان در حال افزایش است. سوء مصرف مواد در میان جوانان مشکلاتی نظیر خطر آسیب و مرگ از طریق خشونت بین فردی، تصادفات جاده‌ای، رفتارهای پرخطر جنسی، ابتلا به بیماری‌هایی چون ایدز و مشکلات تحصیلی را افزایش می‌دهد (میسیا، ۲۰۰۹). علیرغم تمامی معضلات اعتیاد، خبرها حاکی از آن است که سن اعتیاد در حال کاهش است (منیرپور، ۱۳۸۹). مسأله مصرف و سوء مصرف مواد در میان نوجوانان و جوانان به دلیل حساسیت این دوره از زندگی و نقش آن در زندگی آینده افراد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. با توجه به هزینه‌های بسیار بالای مبارزه با مواد مخدر، درمان و نگهداری معتادان و همچنین معایب مربوط به روش‌های درمان و سم‌زدایی، به نظر می‌رسد پیشگیری از سوء مصرف مواد بسیار مقرون به صرفه و کارا تر باشد. از این رو یکی از زمینه‌های مهم پژوهش در زمینه سوء مصرف مواد، شناسایی عوامل خطر و محافظت کننده گرایش به مصرف مواد است. گروه‌های سنی کودک و نوجوان هدف اصلی مداخلات پیشگیرانه‌اند. بسیاری از رویکردهای پیشگیری از سوء مصرف مواد در جوانان و نوجوانان، روی موضوعاتی همانند آموزش افراد درباره مواد، آموزش عاطفی، فعالیت‌های جایگزین، ارشاد، نظارت، آموزش مهارت‌های زندگی یا اجتماعی و سایر مسائل مرتبط کار می‌کنند.

نوجوانی اوج دوره شروع مصرف مواد محسوب می‌شود که مسئولیت سنگینی برای افراد در این گروه سنی ایجاد می‌نماید. افراد جوان تشکیل دهنده یک گروه پویا و گسترده‌ای هستند و در نتیجه، نوع پاسخ و واکنش به مصرف مواد در آن‌ها به سن، مرحله زندگی، میزان مصرف مواد و بافت اجتماعی آن‌ها وابسته است (حسینی و نوروزی، ۱۳۹۵؛

سازمان امور اجتماعی و اقتصادی آمریکا، ۲۰۱۵). جوانان در حال تحول، دارای فرصت‌های خوبی هستند، اما در معرض خطر مصرف مواد نیز قرار دارند که در نتیجه افزایش هیجان‌پذیری و گروه همسالان ایجاد می‌شود (استینبرگ، ۲۰۱۴).

اعتیاد در نوجوانان و جوانان از آنجا اهمیت دارد که بیش از نیمی از نیروهای مولد در جامعه را همین قشر تشکیل می‌دهند و شیوع مصرف مواد در بین آنها به منزله کنار گذاردن آنها از نیروی کار محسوب می‌شود. دوره نوجوانی زمان تجربه کردن و انتخاب‌های شخصی است و هویت شخص در این زمان شکل می‌گیرد. به همین دلیل نوجوانان در برابر مصرف مواد و رفتارهای پرخطر بسیار آسیب‌پذیر هستند (زراعت حرفه و خضری‌مقدم، ۱۳۹۶). جامعه‌شناسان، متخصصان و سایر اندیشمندان درباره علل گرایش به اعتیاد نظریه‌هایی ارائه داده‌اند که در یک تقسیم‌بندی اجمالی به سه قسمت تقسیم شده‌اند. گروه اول عقیده دارند که چون این مواد وجود دارند و در دسترس افراد قرار می‌گیرند، افراد به سمت آن روی می‌آورند. گروه دوم آمادگی‌های روانی و ویژگی‌های شخصیتی را دلیل آن می‌دانند و گروه سوم بحران‌ها و نابسامانی‌های اجتماعی را علت اعتیاد می‌دانند (فریدکیان، ۱۳۸۹).

روان‌شناسان به چند دلیل پیشگیری را بهتر از درمان می‌دانند. نخست آنکه، اغلب بررسی‌ها نشان می‌دهند که میزان اثربخشی روش‌های درمانی اعتیاد چندان امیدوارکننده نیست و اغلب با عودهای مکرر همراه است (مک‌لن، مک‌کی، فورمن، کاسیولا و کمپ، ۲۰۰۵). دوم آنکه، برنامه‌های پیشگیری از سوءمصرف مواد در مقایسه با درمان از نظر هزینه کاملاً به صرفه هستند. سوم آنکه، برنامه‌های پیشگیری احتمال آسیب‌های شدید دوره بزرگسالی را به شدت کاهش می‌دهند (بلالوک، ۲۰۱۰). امروزه در زمینه پیشگیری از گرایش به موادمخدر در نوجوانان اغلب کشورها پیشگیری کیفری را کنار گذاشته‌اند و به بحث پیشگیری اجتماعی گام نهاده‌اند که مستلزم همکاری و مشارکت نهادهای جامعه مدنی از قبیل سازمان‌های مردم‌نهاد و برنامه‌های اجتماعی محور است (محمدی، ۱۳۹۶).

با توجه به گسترده‌گی معضل اعتیاد و عواقب وخیمی که به لحاظ اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی بر جامعه دارد و همچنین با علم به اینکه دولت به تنهایی قادر به مقابله با این معضل نیست، حضور و نقش سازمان‌های مردم نهاد در این عرصه بیش از پیش احساس می‌شود. می‌توان گفت که یکی از مهم‌ترین کارهایی که در خصوص پیشگیری از اعتیاد می‌توان انجام داد استفاده از توان سازمان‌های مردم نهاد است. نگاه دلسوزانه سازمان‌های مردم نهاد در کاهش آسیب‌های اجتماعی بسیار موثر است و باید از ظرفیت این تشکل‌های مردمی در جهت پیشگیری از آسیب‌های اجتماعی نظیر اعتیاد و همچنین اجرای طرح‌های حمایتی برای بهبود یافتگان استفاده نمود.

پیشگیری از نظر لغوی به دو مفهوم توجه دارد: جلوی وقوع چیزی را گرفتن و هشدار در مورد وقوع چیزی دادن. از نظر علمی مفهوم پیشگیری یعنی ترکیبی از نظریه و تجربه (شایگان و اصغرزاده، ۱۳۹۴). پیشگیری از اعتیاد در واقع به معنای پیشگیری اولیه از فرایند منجر به اعتیاد، شامل گرایش به مصرف، مصرف آزمایشی، مصرف تفرنی، سوء مصرف و وابستگی است. به عبارت دیگر پیشگیری اولیه از اعتیاد به معنای آن است که از تبدیل افراد جامعه شامل همه اقشار اعم از نوجوانان، جوانان، دختران و زنان، افراد میانسال و پیر یا افرادی که هیچ‌گاه دنبال مصرف مواد مخدر نبوده و نخواهند بود به عنوان مصرف‌کنندگان مواد مخدر از طریق روش‌های اجتماع محور جلوگیری به عمل آید. لذا هدف از این پژوهش، بررسی راهکارهای پیشگیری اعتیاد در بین جوانان و نوجوانان با تاکید بر نقش تسهیلگری مرکز سلامت اندیشه مهر با رویکرد اجتماعی یعنی استفاده از پتانسیل و ظرفیت مردم در مبارزه با مواد مخدر شهر محمودآباد از توابع شهرستان شاهین‌دژ در استان آذربایجان غربی بود. در این تحقیق از روش اسنادی - کتابخانه‌ای استفاده شده است. بدین صورت که از تحقیقات، کتب و اسناد و منابع کتابخانه‌ای، منابع اینترنتی مرتبط با پیشگیری از اعتیاد استفاده شده است. همچنین به برخی از فعالیت‌های مرکز سلامت روان محلی اندیشه مهر اشاره شده است. بیشتر فعالیت‌های انجام شده در این مرکز نیز مربوط به سال ۱۳۹۶ است.

سازمان‌های مردم‌نهاد پیشگیری از اعتیاد

اصطلاح سازمان مردم‌نهاد^۱ به اشکال و انحای مختلف در سراسر جهان استفاده می‌شود و به انواع گوناگون سازمان‌ها اشاره می‌کند. سازمان مردم‌نهاد در کلی‌ترین معنا، به سازمانی اشاره می‌کند که مستقیماً بخشی از ساختار دولت محسوب نمی‌شود، اما نقش بسیار مهمی به عنوان واسطه بین تک‌تک مردم و قوای حاکم و حتی خود جامعه ایفا می‌کند. بسیاری از سازمان‌های مردم‌نهاد غیرانتفاعی نیز هستند. بودجه این سازمان‌ها از طریق کمک‌های مردمی، سازمان‌های دولتی، توسط خود دولت یا ترکیبی از طرق مذکور تامین می‌شود. سازمان‌های مردم‌نهاد پیشگیری از اعتیاد جهت آگاهی بخشی عمومی و ارتقاء سلامت مردم جامعه در بسیاری از کشورهای جهان مشغول به فعالیت و تاثیرگذاری بر جوامع خود هستند (سازمان ملی جوانان، ۱۳۸۲؛ محمدی، ۱۳۹۶). در ایران نیز سازمان‌های مردم‌نهاد دارای پیشینه قوی در کشور هستند. تکایا، هیئت‌های مذهبی و قهوه‌خانه‌ها را نهاد‌های سنتی می‌دانند و خیریه‌ها، انجمن‌های اسلامی، اتحادیه‌ها، اصناف و نظام‌های صنفی و مهندسی و غیره، شکل‌های جدیدتر نهاد‌های مدنی هستند (عبداله، عباسی و نظام دوست آیت، ۱۳۸۹).

دیوید کورتن^۲ سیر تحول و تکامل سازمان‌های مردم‌نهاد را در چهار مرحله می‌داند که عبارتند از: الف) سازمان‌های رفاهی: این سازمان‌ها تلاش دارند که مسائل رفاهی مراجعان خود را حل کنند و توجه چندانی به علل ایجاد مشکلات ندارند. ب) سازمان‌های محلی و منطقه‌ای: شامل سازمان‌هایی است که هدف آن‌ها ایجاد اعتماد به نفس، خودباوری و خوداتکایی در افراد و اعضای محله و منطقه بوده است. ج) سازمان‌های ملی و فراملی: این سازمان‌ها سومین نسل از سازمان‌های مردم‌نهاد هستند که برای غلبه بر مشکلات قبلی کوشش‌های خود را معطوف به جهت دادن خط مشی‌ها و تغییر در محیط‌های دورتر کردند. د) سازمان‌های تسهیل‌گر: کورتن در سال ۱۹۹۰ به نسل چهارمی از سازمان‌های مردم‌نهاد اشاره می‌کند که هدف اصلی آن‌ها سازماندهی حرکت‌های

1. Non-Governmental Organization (NGO)

2. David Croton

مردمی برای توسعه و پیشرفت جوامع است. این نسل از سازمان‌ها با ترویج روحیه خدمات داوطلبانه و مشارکت‌های مردمی بدون آنکه خود به عملیات اجرایی بپردازند به جنبش‌های توسعه مردمی کمک کردند (الوانی، ۱۳۸۷).

سازمان‌های مردم نهاد چون از ارزش‌های مشترکی نظیر فراگیری و عدم تبعیض، مشارکت، دسترسی به سازمان، پاسخگو بودن نسبت به گروه‌های آسیب‌پذیر و ایجاد حس مشارکت در مردم برخوردار هستند، می‌توانند مداخلات مناسبی در جهت پیشگیری از این آسیب‌های اجتماعی در مراکز آموزشی داشته باشند (دماری، حیدرنیا و رهبری‌بناب، ۱۳۹۳). مهم‌ترین راهبردهای پیشگیری از اعتیاد که در جهان از آن‌ها استفاده می‌شود عبارتند از: (۱) آگاه‌سازی افراد در مورد خطرات و مضرات مواد، (۲) افزایش مهارت‌های زندگی مانند مهارت تصمیم‌گیری، حل مسئله، ارتباطات اجتماعی، (۳) تقویت فعالیت‌های جایگزین برای ارضای نیازهای روانی اجتماعی نوجوانان و جوانان، (۴) مشاوره و مداخله حین بحران، در بحران‌های مختلف در طول زندگی، (۵) ارتقاء فرهنگی و مذهبی (۶) تقویت قوانین و مقررات مبارزه با مواد و (۷) درمان معتادان برای جلوگیری از سرایت اعتیاد (دلفان و ورشو، ۱۳۹۴).

چالش‌های پیش روی سازمان‌های مردم نهاد در حوزه پیشگیری از اعتیاد: برخی از چالش‌های پیش روی سازمان‌های مردم نهاد در حوزه پیشگیری از اعتیاد عبارتند از: مشکلات مالی و کمبود منابع حمایتی، عدم همکاری برخی دولتی‌ها و صاحبان قدرت به سبب فقدان روحیه مشارکت و عدم آشنایی با کارهای تیمی و مردمی، هم‌تخریبی سمن‌ها، تعاملات ضعیف برخی از سمن‌ها، تأکید بر رقابت به جای مشارکت، مشکلات مربوط به نگاه‌های مردم و فرهنگ جامعه در حوزه پیشگیری از اعتیاد، نیاز به رشد مشارکت و سرمایه اجتماعی، غیربومی بودن فعالیت برخی از سمن‌ها و عدم سازگاری با نیازهای بومی، تضاد دیدگاه‌ها در حوزه درمان، تضاد منافع بین برخی گروه‌ها و ضعف مهارت و توانمندی سمن‌ها. بدون شک آموزش و آگاه‌سازی سمن‌ها از کارهایی که می‌توانند انجام دهند و همچنین، آگاهی از حقوق و وظایفشان، ممکن است آن‌ها را در افزایش توانمندی‌شان یاری کند. بخشی از این آموزش به فعالیت خود

سمن‌ها و بخشی دیگر به آگاه‌سازی آن‌ها توسط دفتر توسعه مشارکت‌های مردمی ستاد مبارزه با مواد مخدر بستگی دارد. همچنین، برگزاری همایش‌ها و جلسات منظم میان خود سمن‌ها و متخصصان و کارشناسان گوناگون با سمن‌ها، می‌تواند مفید باشد. همکاری بین دانشگاه‌ها و مؤسسات تحقیقاتی با سمن‌ها، برای افزایش توانمندی آن‌ها توصیه می‌شود؛ البته باید تأکید بر دانش، برخاسته از اوضاع و نیازهای کشور باشد (مکی‌علمداری و جلالی‌پور، ۱۳۹۲).

برخی چالش‌های برنامه‌های متمرکز بر محله در پیشگیری از اعتیاد ناشی از سیاست‌های کلان است که بعضی از آن‌ها عبارتند از: دشواری گردهم آمدن مردم در قالب تجمعات محله‌ای چه به دلایل امنیتی و چه به دلایل فیزیکی (مثلاً نبودن سالن اجتماعات محلی)، تعیین دستور کار از سطوح دولتی یا سازمان‌های غیردولتی مستمری بگير از دولت برای سطوح محله‌ای، تعیین محله‌ای، تعیین دستور کار از سازمان‌های بین‌المللی بدون توجه به انتخاب مردم محلی، دشواری‌های اداری حمایت از رفتار مشارکت‌جویانه محلی نظیر کمک‌های مالی یا تشکیلاتی برای ثبت آن‌ها، بی‌توجهی به تفکیک ساختارهای دولتی و غیردولتی محلی (نظیر شوراییاری و سازمان‌های اجتماع محور) از نظر قواعد و اهداف، تسهیل شکل‌گیری ساختارهای محلی خدماتی به جای ایجاد ساختارهای محلی مشارکت‌جویانه (ونه در کنار آن‌ها) (احترامی و وطن‌پرست، ۱۳۹۳)

سازمان‌های اجتماع محور

سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۷۸ در آلماتا با تأکید بر نقش مشارکت مردم بر گسترش سلامتی و در سال ۱۹۸۴ در اتاوی کانادا با تدوین منشور اتاوا و پذیرش آن از طرف وزرای عضو، ارتقای سلامت را به عنوان دیدگاه تازه‌ای در بهداشت جهانی در برابر دیدگاه سیاست‌گذاران و برنامه‌ریزان سلامت در کشورهای جهان قرار داد (گوارسچی و جوچلویچ^۱، ۲۰۰۴). بدین ترتیب ارتقای سلامت با تعریف «توانمندسازی مردم برای کنترل عوامل موثر بر سلامتی‌شان» محور فعالیت‌ها و برنامه سلامت بهداشت

جهانی قرار گرفت. ورود این دیدگاه نوین به حوزه پیشگیری از اعتیاد در کنار تأکید بر نقش مشارکت مردم، توسعه اجتماعی و نقش نشاط و رفاه در سلامتی باعث شد که رویکرد مبتنی بر اجتماعات کوچک (اجتماع محور) و متکی بر دانش روان‌شناسی سلامت، زیربنای کلیه برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد و سرآغاز عصری نوین در ارائه خدمات پیشگیری از اعتیاد قرار گیرد (جهانشاهی، ۱۳۸۳). هدف برنامه‌های اجتماع محور این است که فرایندهای خدماتی، رفاهی و مسئولیت معطوف به آن را به افراد، خانواده‌ها، نهادهای مردمی و جامعه واگذار نماید تا با ایجاد ساختاری مناسب، مشکل اجتماع شناسایی، اولویت‌بندی و بر اساس آن برنامه‌ریزی شود و سپس به اجرا، تداوم، ارزشیابی، اصلاح و ارتقاء برنامه پرداخته شود و در نهایت این کار به توسعه محلی منتهی شود.

در کشور ما ترویج مداخله و برنامه اجتماع محور از نوآوری‌های سازمان بهزیستی در زمینه پیشگیری است که از سال ۱۳۸۱ شروع شد. در این برنامه‌ها سه حوزه اصلی محله‌های شهری و روستایی، مراکز آموزشی و محیط‌های کار به عنوان اجتماعات کوچک طبقه‌بندی و با دیدگاه ارتقای سلامت، کنترل عوامل خطر و تقویت عوامل محافظ، از طریق مشارکت ذینفعان در تمامی مراحل برنامه به اجرا درآمدند (احترامی و وطن‌پرست، ۱۳۹۳). علاوه بر این، سازمان بهزیستی کشور طی سال‌های اخیر به منظور تربیت نیروی انسانی در زمینه پیشگیری، دوره‌های تسهیل‌گری را در دانشگاه جامع علمی-کاربردی طراحی کرده که پذیرش اولیه آن اخذ شده است. از دیگر ابتکارات این سازمان می‌توان به صدور دستورالعمل اعطای معجزه به مراکز خصوصی و موسسات غیردولتی برای پیشگیری از اعتیاد اشاره کرد که امکان قانونی مشارکت بخش غیردولتی را در این امر فراهم کرده است (محمدی، ۱۳۹۶).

توسعه اجتماع محور از یک سو نیازمند نهادسازی، تقویت جامعه مدنی با مشارکت داوطلبانه، آگاهانه و فعال مردم و از سوی دیگر اعتماد متقابل بین حکومت و مردم است (حسن‌زاده، ۱۳۸۷). در سازمان‌های اجتماع محور، همه حق اظهار نظر و مشارکت دارند و وزن آراء همه افراد یکسان است. پس مشارکت یعنی سهیم شدن همه افراد جامعه و

گروه‌ها در فعالیت‌ها و وجوه مختلف زندگی اجتماعی آن جامعه که به صورت کاملاً داوطلبانه است. در مشارکت است که افراد با داشتن فرصت و حقوق مساوی برای بحث و تصمیم‌گیری درباره مسائل و مشکلات، خود را متعلق به یک گروه می‌دانند و در مشارکت است که با دخالت دادن تمام افراد در تصمیم‌گیری‌ها از میزان تعارضات کاسته می‌شود.

مبانی نظری - تجربی

منظور از پیشگیری جلوگیری از وقوع یک اتفاق و مداخله مثبت و اندیشمندانه برای مقابله با شرایط مضر است قبل از آنکه منجر به اختلال و ناتوانی شود (نیک‌بخش، ۱۳۹۳). پیشگیری را بر اساس معیارهای مختلف به شش دسته تقسیم‌بندی می‌کنند؛ الف) پیشگیری بر اساس معیار سن؛ ب) پیشگیری عام و خاص؛ ج) پیشگیری فعال و پیشگیری انفعالی؛ د) پیشگیری بر اساس الگوی پزشکی؛ ه) پیشگیری اجتماعی و وضعی؛ و) پیشگیری دفاعی و پیشگیری آزادی بخش (شایگان و اصغرزاده، ۱۳۹۴). پیشگیری اجتماعی به دو دسته محیط مدار و رشد مدار تقسیم می‌شود. پیشگیری اجتماعی با ایجاد تغییرات و اصلاحات در فرد و جامعه به دنبال جلوگیری از وقوع جرم به صورت پایدار و همیشگی است و تلاش می‌کند که شهروندان را از طریق آموزش، تربیت، تشویق و تنبیه با قواعد اجتماعی هم‌نوا کند. این نوع پیشگیری، فرد مدار و بزه‌کار محور است و علاوه بر خود فرد، به خانواده، مدرسه و محیط دوستان نیز توجه دارد (احمدی و محمدی، ۱۳۹۵).

پیشگیری اجتماعی بر مبنای رویکرد عوامل بزه‌کاری مبتنی است و به دنبال تعیین عوامل بزه‌کاری، سازماندهی برنامه‌هایی به منظور مقابله با آن و تغییر شرایط اجتماعی و اقتصادی نامناسبی است که فرد در آن زندگی می‌کند و منشأ رفتارهای ضد اجتماعی وی می‌شود. این پیشگیری (خواه رشد مدار و خواه محیط مدار) را می‌توان یک پیشگیری شخص محور تلقی کرد زیرا کلیه اقدامات، روی خود فرد یا محیط وی صورت می‌گیرد. در این نوع پیشگیری تلاش می‌شود با انجام برنامه‌های اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی، رفاهی و نظایر آن‌ها، درمان ناهنجاری‌های اجتماعی و بالا بردن ارزش‌های اجتماعی و

اخلاقی یک منطقه به کاهش میزان جرم کمک شود. پیشگیری اجتماعی در واقع، به دو نقطه یک خط شبیه است که در یک طرف آن، فرد و خانواده و در طرف دیگر جامعه یا محیط قرار دارد و خانواده نیز خود از محیط است ولی خانواده بستر تولید و تربیت اولیه فرد است (بیات، شرافتی پور و عبدی، ۱۳۸۷).

برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد را می‌توان بر اساس سطح درگیری جامعه هدف با مصرف مواد به سه نوع همگانی، انتخابی و موردی تقسیم کرد: الف) همگانی: این نوع برنامه‌ها همه مردم یک کشور یا محله یا همه دانش‌آموزان یا همه نوجوانان را بدون هیچ‌گونه غربالگری در بر می‌گیرد و اطلاعات و مهارت‌های لازم را به همه آن‌ها ارائه می‌کند. ب) انتخابی: این نوع برنامه‌ها صرفاً در گروه‌های پر خطر مثلاً دانش‌آموزانی که مشکلات درسی، ناراحتی روانی، محیط متشنج خانوادگی یا شبکه دوستان ناباب دارند، اجرا می‌شود. پیشگیری انتخابی کل یک زیرگروه پرخطر را هدف قرار می‌دهد و به درجه خطر متفاوت هر یک از اعضای آن زیرگروه کاری ندارد. مثلاً یکی از اعضا ممکن است صرف نظر از عضویت در آن زیرگروه از جهت سایر عوامل خطر به هیچ وجه در معرض خطر نباشد و دیگری ممکن است حتی دچار سوء مصرف مواد شده باشد. ج) موردی: این نوع برنامه‌ها بر آن دسته افرادی متمرکز است که اگرچه هنوز ملاک‌های تشخیص اعتیاد در آن‌ها وجود ندارد، ولی اولین نشانه‌های نگران‌کننده مثل افت نمره‌ها، مصرف سیگار و الکل و سایر مواد دروازه‌ای و ارتکاب سایر رفتارهای مشکل‌زای مرتبط با اعتیاد در آن‌ها رخ داده است. این مداخلات بر عوامل خطر فردی متمرکز هستند (رابر تسون، دیوید و رائو، ۲۰۰۶).

اجتماع محوری به معنای دخالت مستمر مردم در تشخیص مشکل، تدوین راه‌حل و در نهایت طراحی و اجرای مناسب‌ترین مداخله یا فعالیت به شکل مشارکتی است. برنامه پیشگیری اجتماع‌محور، محله‌ها، مراکز آموزشی و مراکز کار را تحت پوشش قرار می‌دهد که هدف عمده آن‌ها بالا بردن سطح سلامت و رفاه جامعه است. اهداف جزئی برنامه پیشگیری اجتماع‌محور شامل موارد زیر است: کاستن عوامل خطر ساز، افزایش عوامل

محافظت کننده، کاهش اشاعه سوء مصرف مواد مخدر و روان گردان‌ها، بالا بردن مشارکت مردم در امور رفاه اجتماعی و بهداشت و توانمندسازی افراد برای حل مشکل خود (نوجوان و اصغری، ۱۳۹۳؛ محمدی، ۱۳۹۶). در نظریه‌های جامعه‌شناختی، محیط اجتماعی علت اصلی رفتار مجرمانه است و جامعه‌شناسان لازمه کاهش میزان جرم را تغییر شرایط اجتماعی - اقتصادی می‌دانند که افراد را به سوی ارتکاب رفتارهای مجرمانه سوق می‌دهد. افرادی که در رفتارهای جرمی درگیر می‌شوند، راه‌های رایج و مرسوم و ارزش‌های حاکم را پاسخ‌گوی نیازهای خود نمی‌دانند و از این رو به راه‌های غیرمتعارف کشیده می‌شوند. در واقع مطابق این دیدگاه، آن دسته از برنامه‌های اجتماعی که بتوانند شرایط اجتماعی و فرهنگی را که منجر به رفتار مجرمانه می‌شود عوض کنند، بهترین راه حل هستند (شایگان و اصغرزاده، ۱۳۹۴).

بر اساس نظریه آنومی، افراد به خاطر فشار نقش و گسست بین اهداف و وسایل به مناسک و نوآوری روی می‌آورند و با از بین رفتن هدف و وسیله در جامعه به انزوای و شورش گرایش نشان می‌دهند. بنابراین هم‌نوایی و تطابق بین اهداف و وسایل منجر به انسجام اجتماعی می‌شود؛ انسجامی که درون‌مایه آن از بین رفتن اهداف اجتماعی و موقعیت رقابتی مصرف‌کنندگان مواد مخدر است. بر اساس نظریه پیوند افتراقی، چون گروه همسالان یا دوستان بسیار تأثیرگذار هستند، مراقبت اجتماعی والدین و فرزندان و توجه ویژه آنان به نحوه انتخاب دوستان می‌تواند مسیر انحرافی فرزندان را مسدود و رفتار اعتیادآور را به کنترل درآورد (زکریایی، ۱۳۸۲؛ نیک‌بخش، ۱۳۹۳). مرتون علت و ریشه انحرافات را شرایط ساختی جامعه می‌داند و به نظر وی دو ساخت اساسی در جامعه وجود دارد. یکی اهداف نهادی شده و دیگری وسایل نهادی شده. اهداف نهادی شده عبارت است از تعاریف نهادی شده درباره ارزش‌ها و امور مطلوب و وسایل نهادی شده عبارت است از شیوه‌های استاندارد شده کنش برای نیل به اهداف و یا هنجارهای مقرر که برای وصول به اهداف نهادی شده وضع شده‌اند (مظفر، ذکرایی و ثابتی، ۱۳۸۸). درباره پدیده اعتیاد به مواد مخدر تیپ انزوا طلب مورد توجه است. انزوای طلبی، شیوه انطباق فردی است

که در آن، افراد به دلیل ناموفق بودن در دسترسی به اهداف اجتماعی سعی کرده‌اند خود را از جامعه دور نگه دارند. معتادان نمونه‌ای از این افراد هستند (وایت و هینز، ۱۳۹۲). بر اساس نظر مرتن، آنومی هنگامی به وجود می‌آید که افراد با تضاد میان اهداف و وسایل دستیابی به آن‌ها مواجه می‌شوند (اله‌پناه، ۱۳۸۹). ساترلند^۱ و کرسی^۲ نیز مدعی بودند که افراد و بخصوص نوجوانان و جوانان در درون محله‌هایی خاص یا در برخی موقعیت‌های اجتماعی و در خلال کنش متقابل با دیگران دانستنی‌های لازم را درباره رفتار مجرمانه فرا می‌گیرند. مهم‌ترین نوع این واکنش‌های متقابل در میان گروه‌های شخصی به وقوع می‌پیوندد (وایت و هینز، ۱۳۹۲). در این راستا افرادی که با گروه‌های معتاد، نشست و برخاست می‌کنند به مرور زمان، رفتارهای آن‌ها را آموخته و به آن‌ها خو خواهند گرفت. در نظریه کنترل اجتماعی اعتقاد بر این است که میزان تعهد فرد به جامعه، عامل تعیین‌کننده است (جوانی، ۱۳۹۶). در واقع جوانانی که ارتباط محکمی با والدین و مدرسه دارند کمتر درگیر رفتار مجرمانه می‌شوند (ساسمن^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). لذا نوجوانان و جوانان هر چه بیشتر اعتقادات و جهان‌بینی‌های مرسوم در جامعه خود را قبول کنند و به آن معتقد باشند، کمتر ممکن است کج‌رو و مجرم شوند. از این‌رو، توجه به نقش تعالیم مذهبی در سلامت روان و پیشگیری از شیوع اختلالات روانی و ناهنجاری‌های رفتاری و نقش بی‌بدیل خانواده در تقویت ارزش‌های مذهبی و پرورش باورهای دینی و اعتقادی در نوجوان و جوانان و تقویت این اعتقادات در جامعه نقش مهمی در کاهش و پیشگیری از اعتیاد در جامعه دارد. به نظر می‌رسد که می‌توان رویکردهای برنامه‌های پیشگیری را به طور خلاصه به شرح جدول ۱ ارائه کرد.

1. Sutherland
2. Cressy

3. Sussman

جدول ۱: خلاصه رویکردهای برنامه‌های پیشگیری

رویکرد	تمرکز	روش
اطلاع رسانی	افزایش اطلاعات در مورد مواد، عوارض و عواقب مصرف، گسترش گرایش‌های ضد مواد	آموزش، بحث، نوارهای ویدئویی، پخش نوارهای صوتی، نشان دادن انواع مواد، پوستر، توزیع جزوه برنامه‌های گروهی مدارس
آموزش عاطفی	افزایش عزت نفس، تصمیم‌گیری مسئولانه، رشد ارتباطات بین فردی (هیچ اطلاعاتی در مورد مواد نمی‌شود)	آموزش بحث، فعالیت‌های تجربی، تمرین حل مساله گروهی
جانشین	افزایش عزت نفس و اتکاء به خود، معرفی جانشین‌های متفاوت برای مصرف مواد، کاهش احساس کسالت و حس غریبگی	تشکیل مراکزی برای جوانان، فعالیت‌های تفریحی، شرکت در پروژه‌های خدمات اجتماعی، آموزش شغلی
مهارت‌های مقاومت	افزایش آگاهی از تاثیر اجتماع بر مصرف مواد، ایجاد مهارت‌هایی برای مقاومت در برابر تشویق به استفاده از مواد، افزایش اطلاعات در مورد عواقب منفی	بحث‌های کلاسی، آموزش مهارت-های مقاومت، تکرار رفتارها، تکالیف تمرین رفتاری، استفاده از رهبران هم‌سن یا کمی بزرگتر
آموزش مهارت‌های اجتماعی و شخصی	افزایش تصمیم‌گیری، تغییر رفتار شخص، کاهش اضطراب، ارتباطات، مهارت‌های اجتماعی و جرات‌ورزی، کاربرد مهارت‌های عمومی برای مقاومت برابر تشویق به استفاده از مواد	بحث‌های کلاسی، آموزش، مهارت-های رفتاری شناختی

محمدی (۱۳۹۶) در پژوهشی پیشگیری از اعتیاد را با رویکرد اجتماعی کردن مبارزه با مواد مخدر و بهره‌مندی از ظرفیت سازمان‌های مردمی مورد بررسی قرار داد و بر نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در برنامه‌های پیشگیرانه و اهداف اصلی رویکرد اجتماعی کردن مبارزه با مواد مخدر، با ایجاد حساسیت افزون‌تر در بین مسئولین و سازمان‌های مردمی تاکید کرد. همچنین ضرورت ایجاد یک نهضت عمومی و فراگیر در پیشگیری از اعتیاد را روشن کرد. خوشایبی و مرادی (۱۳۹۶) در پژوهش خود تحت عنوان تدوین الگوی

پیشگیری بر اساس عوامل خطر ساز و محافظت کننده به این نتیجه رسیدند که بین دانش آموزان مصرف کننده مواد و دانش آموزانی که مواد مصرف نمی کنند از لحاظ متغیرهای سبک مقابله ای، عزت نفس، سبک دلبستگی، جو خانوادگی، مصرف مواد مخدر توسط والدین و هوش هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد.

احدی و محمدی (۱۳۹۵) در پژوهشی تحت عنوان عوامل مؤثر بر اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در گذر پیشگیری کنشی با تأکید بر رویکرد اجتماع محور به دنبال پاسخگویی به این سوال بودند که چگونه می توان با معضل سوء مصرف به مواد مخدر مقابله کرد و کدام یک از روش های پیشگیری کنشی یا واکنشی موثرتر است؟ لذا در تحقیق خود ابتدا عوامل بیرونی مؤثر بر اعتیاد و سپس ابعاد مختلف پیشگیری را مورد بررسی قرار دادند. از نظر این محققین با توجه به عدم موفقیت پیشگیری واکنشی (پسین) در مقابله با مواد مخدر یا کاهش معضل اعتیاد، پیشگیری کنشی (پیشین) نسبت به پیشگیری واکنشی مناسب ترین شیوه برای مبارزه و کاهش آسیب های ناشی از این معضل است. دلفان و رشو (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی جایگاه سازمان های مردم نهاد های در آموزش و پرورش با رویکرد پیشگیری پرداختند. متداول ترین برنامه مدل پیشگیری و مداخله سمن ها در محیط آموزشی که آن ها در تحقیق خود به آن پرداختند عبارت بود از: روش اطلاع رسانی، روش نفوذ اجتماعی، روش آموزش عاطفی، روش فعالیت جایگزین، رویکرد یکپارچه نفوذ اجتماعی، آموزش برنامه هدف، الگوی مهارت های حل مسئله، الگوی ترکیبی برنامه ریزی های پیشگیرانه و آموزش مهارت های زندگی. یافته های پژوهش حاجلی، زکریایی و حجتی کرمانی (۱۳۸۹) در زمینه ارزیابی اقدامات انجام شده در زمینه مقابله با مواد مخدر در کشور نشان می دهد که پاسخگویان از میان سه راهبرد آزادسازی مصرف مواد، برخورد مدد کارانه و برخورد پلیسی، بیشترین موافقت را با راهبرد برخورد مدد کارانه همچون درمان معتادان، ایجاد اشتغال برای آن ها و اعزام معتادان به اردوگاه های ترک اعتیاد به جای زندان داشته اند. یزدان پناه و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهشی به بررسی اثربخشی برنامه آموزشی جامعه محور پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر بر کاهش رفتارهای پرخطر پرداختند. نتایج نشان داد که برنامه های آموزشی جامعه محور با ایجاد

بستر مناسب برای جلب مشارکت مردم می تواند الگویی مناسب جهت پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر و کاهش رفتارهای پرخطر مرتبط و در نتیجه کاهش هزینه ها و عوارض ناشی از این معضل شود. یافته های پژوهش نارنجی ها و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که بالاترین ماده مصرفی در کشور به ترتیب تریاک، کراک افغانی، هروئین، شیره، نورجیزک، شیشه یا کریستال، حشیش، ال اس دی، کوکائین و اکستازی بود. مهم ترین دلایل سوء مصرف مواد در معتادان به ترتیب کنجکاو، کسب لذت، مشکلات روانی و تفریح و سرگرمی بود.

اسپادا، گونزالز، اوگیلس، لارت و گیلن^۱ (۲۰۱۵) در مطالعه ای با عنوان فراتحلیل اثربخشی برنامه های مبتنی بر مدرسه در پیشگیری از سوء مصرف مواد به این نتیجه دست یافتند که برنامه های اثربخشی (۴۸ درصد)، بسیار تأثیر گذار بوده اند. همچنین مدل های آموزش بهداشت (۴۸ درصد) و یادگیری اجتماعی (۲۰ درصد) و اجرای مشترک برنامه های آموزش بهداشت حرفه ای (۲۵ درصد) در نگرش نسبت به مواد مخدر دارای تأثیر گذاری زیادی بوده اند. جیسر و توربین^۲ (۲۰۱۴) دریافتند که اعمال قوانین و محدودیت ها و نیز داشتن کنترل روی نوجوانان به عنوان عامل محافظت کننده، بیشترین تأثیر را در کاهش رفتارهای مشکل ساز نوجوانان دارد. توجه کامل به جزئیات عوامل محافظ که در کاهش رفتارهای مشکل ساز نقش دارند، به عنوان یک ضرورت پیشنهاد شده بود. در پژوهشی که توسط کرانزلیک، اسلها، و چرکوویچ^۳ (۲۰۱۳) صورت پذیرفت، سرمایه گذاری در توسعه و تدوین دوره های آموزشی را بدون در نظر گرفتن برخی مباحث غیر موثر خواندند. این محققان ارتباط دادن دوره ها و فعالیت ها را با نظریه ها و پژوهش ضروری دانستند و همچنین بر این اصل تأکید داشتند که دوره ها باید بر مبنای نیازسنجی جامعه، برنامه ریزی و ارزیابی اثربخش تدوین شوند. به زعم این پژوهشگران در دوره ها و برنامه ها باید اصول و عناصر موثر بر پیشگیری از رفتارهای پرخطر لحاظ شود. همچنین برنامه ها می بایست شامل مولفه های دانشی و اطلاعاتی بر مبنای رویکردهای

1. Espada, Gonzalez, Orgiles, Lloret & Guillen

2. Jessor, & Turbin

3. Kanzelec, Slegan & Jerkovic

تربیتی - روانی مانند توسعه مهارت‌ها و سبک زندگی سالم باشد. نیوتون، کونرود، تیسون و فاگیانو^۱ (۲۰۱۲) به برخی از اصول اثربخش برای برنامه‌های پیشگیری که حاصل فراتحلیل پژوهش‌های مختلف است، اشاره نموده‌اند. این اصول عبارتند از: مبتنی بر شواهد بودن و برآمده از نظریه بودن، ارائه اطلاعات روزآمد، آموزش سلامت جامع به عنوان بخشی از برنامه درسی، پذیرش نفوذ اجتماعی یا رویکرد جامع به پیشگیری، مهیا کردن آموزش مهارت‌های مقاومت، آموزش هنجاری منسجم، تهیه محتوا برای نیازهای فوری، حفظ جایگاه مدرس به عنوان نقش محوری، توجه به ارزش‌ها، نگرش‌ها و رفتارهای فردی و گروهی، حساس بودن به ویژگی‌های گروه هدف و استفاده از رویکردهای تعاملی در تدریس. عموماً مداخلات آموزشی برای پیشگیری از سوء مصرف مواد متمرکز بر مهارت‌های تصمیم‌گیری، مهارت‌های حل مساله، مهارت‌های ارتباطی و دیگر برنامه‌های آموزشی موثر است که دانش فرد را ارتقا می‌دهند. پیکو و فیتزپاتریک^۲ (۲۰۰۴) در پژوهشی که روی دانش‌آموزان دوره راهنمایی و متوسطه انجام دادند به این نتیجه رسیدند که مذهبی بودن و داشتن هویت مذهبی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظت کننده در سوء مصرف مواد عمل کند. دیگر نتایج این بررسی حاکی از آن بود که مشارکت در فعالیت‌های مدرسه، مشارکت در فعالیت‌های ورزشی و تعلق داشتن به گروه‌های مذهبی از دیگر عوامل محافظت کننده در گرایش به سوء مصرف مواد است. براون^۳ و همکاران (۲۰۰۲) گزارش کردند هنگامی که نوجوانان در معرض خطر مصرف مواد در مورد انتخاب روش درمانی مورد سوال گرفتند، ۸۰ درصد از نوجوانان درمان‌های گروهی را بر درمان‌های فردی موثرتر دانستند. گروه درمانی موجب می‌شود که تغییرات شناختی، رفتاری و عاطفی تسهیل یابد. مداخله‌های گروهی به میزان مداخله‌های فردی و خانوادگی دارای اثربخشی است. از سویی دیگر مداخله‌های گروهی هزینه کمتری نسبت به مداخله‌های فردی دارد.

رویکرد اجتماع محوری

1. Newton, Conrod, Teesson & Faggiano

2. Piko & Fitzpatrick
3. Brown

رویکرد اجتماعی و پایدار به توسعه، بیش از همه بر نقش بخش داوطلبانه و مردمی، توسعه محلی و سازمان‌های اجتماع محور تأکید دارد. توسعه مبتنی بر سازمان‌های اجتماع محور فرآیندی است که در آن گروه‌های اجتماعات محلی پیش قدم شده، سازماندهی و اقدام می‌کنند تا به علائق و اهداف مشترک از جمله دستیابی به رفاه اجتماعی، حل مسئله و خروج از وضعیت فقر دست یابند. این رویکرد سه ویژگی اصلی دارد: الف) مشارکت اجتماع محلی، ب) تقاضا محوری، و ج) ظرفیت سازمانی (حسن‌زاده، ۱۳۸۷). در زمینه برخورد با اعتیاد، نظرات و روش‌های فراوانی مطرح شده است. اما همیشه برخورد قبل از اعتیاد به منزله پیشگیری راحت‌تر، سهل‌تر و کم‌هزینه‌تر از برخورد همزمان با آن یا درمان بوده است. اجتماع محوری به معنای دخالت مستمر مردم در اجرای مناسب‌ترین مداخله یا فعالیت به شکل مشارکتی است. لذا سازمان‌های اجتماع محور از مردم در محله‌های مختلف شهر و روستا تشکیل می‌شود. مردم در یک مسجد، یک مرکز بهداشتی یا یک مکان عمومی جمع شده و مشکلات محله خود را با همکاری یکدیگر و معتمدین محل حل می‌کنند. مردم به دلیل اعتمادی که به این اجتماعات دارند به راحتی همکاری می‌کنند. این مراکز نیز علاوه بر حل مسائل محلات، افراد نیازمند کمک در جامعه را شناسایی و مشکلات آن‌ها را حل می‌کنند.

یکی از عوامل محافظ شناخته شده در پیشگیری از اعتیاد تجربه شکل‌گیری ارتباط ایمنی بخش در خانواده، جامعه و معنویت است. بر این مبنا ایجاد ارتباط ایمنی بخش مثبت می‌تواند به عنوان عوامل محیطی اثرگذار باشد. افزایش افراد دلسوز و مهربان در خانواده، دوستان و سایر بزرگسالانی که می‌توانند به عنوان الگو برای نوجوانان و جوانان باشند و در تصمیم‌گیری‌های زندگی و حل مسئله و مشکلات به آن‌ها کمک کنند از بهترین منابع محسوب می‌شود. در واقع اجتماع محلی، گروهی از مردم هستند که عقایدی را به اشتراک می‌گذارند و مسائل مشترک، علائق، امیدها و شیوه‌های رفتاری مشترک و مشابه دارند. تصمیم‌گیری برای اجتماع محلی، می‌تواند جغرافیایی یا اجتماعی باشد. یک اجتماع محلی رهبرانی جهت هدایت و تسهیل امور دارد. یک اجتماع محلی همچنین راه‌هایی برای ارتباط عقاید، فعالیت‌ها و نقش‌ها، شیوه‌هایی برای تصمیم‌گیری در مورد اولویت‌ها، تقسیم

کار و مشارکت در عملکردها دارد که همه این‌ها برای اعضا مهم است (خستو، ۱۳۸۱).
 رویکرد اجتماع محور، رویکردی بر اساس مدل محیط اجتماعی و مداخله کامل و مؤثر دینفغان در یک اجتماعی کوچک است که در آن اعضاء برای ارتقاء شرایط خود، به عمل اجتماعی مطابق برنامه‌ریزی محلی اقدام می‌کنند. ساماندهی افراد نمایانگر دسته‌بندی‌ها یا تشکل‌هائی است که موافق کار با یکدیگر به خاطر کسب یک هدف مشترک هستند (خزائلی پارسا، ۱۳۸۲). برنامه‌ریزی پیشگیری از اعتیاد باید متناسب با ماهیت خاص مشکل مواد در محله باشد. برای پیشگیری از مشکل اعتیاد و حل مسئله در محله، ابتدا باید ماهیت آن از جمله الگوی بومی مصرف مواد (شامل انواع مواد، شیوه‌های مصرف، سن شروع و...) را شناخت. همچنین عوامل محافظ و خطر (شامل فردی و محیطی) را به کمک روش‌های جمع‌آوری اطلاعات کمی و کیفی به ویژه از ساکنان و اعضای محله شناسایی کرد. سپس با کمک همین افراد راه‌های پیشگیری شناسایی و اولویت‌بندی شوند.

در برنامه‌های محله محور، قدرت اصلی در فرآیند اجتماع محور است، به این معنی که توانمندسازی طی اجرای برنامه از طریق مشارکت آگاهانه و مسئولانه در اجرای هر بخش از برنامه تقویت می‌شود (همیاری نیوکاسل^۱، ۲۰۰۹). در برنامه‌های متمرکز بر محله می‌توان چهار مدل اصلی را تشخیص داد؛ الف) مدل اهداف منطقی: در این الگو، اهداف مشخصی انتخاب می‌شود و افراد و اجتماع جهت دستیابی به آن اهداف هماهنگ می‌شوند و همکاری می‌کنند. ب) مدل فرآیندی: در این الگو فرآیند مشارکت و اجرای اجزاء برنامه‌های اجتماع محور مورد توجه قرار می‌گیرد و تأکید بر مسیر درست فرآیند و جایگیری صحیح اجزاء در جریان فرآیند است. ج) مدل ارتباط انسانی: تأکید این مدل بر افزایش روابط انسانی است که طی آن مفاهیمی نظیر سرمایه اجتماعی، احساس حمایت بیشتر و نظایر آن مطرح می‌شود. د) مدل سیستم باز: در این مدل اجتماع کوچک به عنوان یک سیستم با سایر سیستم‌ها - صاحبان قدرت و منابع شرکا- ارتباط دارد و امکان دسترسی به منابع دیگری را پیدا می‌کند (احترامی و وطن‌پرست، ۱۳۹۳).

در رویکرد اجتماع محور به نقش عوامل محیطی و اجتماعی در ارتقاء کیفیت زندگی و رفاه اجتماعی مردم توجه می شود. در این رویکرد همه فرایندهای مداخله پیشگیرانه (از تعیین مشکل تا اولویت بندی، طراحی مداخله، اجرای مداخله، ارزشیابی و اصلاح آن برای اجرای بعدی) را اعضای جماعت در کنار تسهیلگر و با کمک منابع دولتی و غیردولتی موجود در اجتماع کوچک (خیرین، خودیاری، انجمن های محلی و ...) انجام می دهند. کار در اجتماع (عمل محله ای یا کنش جماعتی) فرایند یاری رساندن به مردم است برای اینکه بتوانند با بر عهده گرفتن فعالیت های جمعی وضعیت اجتماع خود را بهبود بخشند. اجتماع محور بودن به معنی پایان رسیدن عصر کارشناسی و تصمیم گیری های صرفاً دولتی و رد نگرش از بالا به پایین به مسائل و مشکلات مردم است. اجتماع محور بودن در واقع بازگشت به این تفکر سنتی است که راه پیشرفت فرد از میان جمع می گذرد و در واقع دست یاری است که دولت و کارشناسان به سوی مردم دراز کرده اند. هدف نهایی از این برنامه ایجاد توانمندی در مردم است که برای ارتقاء سلامت و بهبود وضعیت زندگی خود احساس مسئولیت کرده و مشارکتی تصمیم بگیرند (محمدی، ۱۳۹۶).

راهکارها

بهترین شیوه آگاه کردن افراد، تشکیل جلسات گروهی و بحث و تبادل نظر درباره موضوع مورد نظر است. گروه های مختلفی که باید تحت پوشش فعالیت های آگاه سازی در خصوص پیشگیری از اعتیاد قرار گیرند شامل نوجوانان و جوانان، والدین و افراد کلیدی محله و منطقه هستند. از این جهت گفته می شود که مردم به کارهای تسهیل گرانه و محلی نسبت به انتقال معلومات صرف و خشک بیشتر علاقه دارند چرا که در برنامه های محله ای معمولاً به علائق مردم و نیازهای آنها توجه می شود. مدرس و تسهیل گر بومی و از جنس خود مردم است. افراد محله احساس راحتی بیشتری می کنند، احساس می کنند تسهیل گر مشکلات شان را بهتر درک کرده و با آنها همدل است و به خاطر همین است که مردم از آموزش های محله ای معمولاً بیشتر استقبال می کنند. در برنامه های محله ای و اجتماع محور، اعتماد به مردم، مشارکت دادن و توانمندسازی آنها

به کمک یک فرد تسهیل گر آموزش دیده مهم تر از نظرات یک متخصص بیرونی است.

مرکز سلامت روان محلی اندیشه مهر

ساختار مدرسه در برنامه‌های وسیع پیشگیری سهم بسزایی دارد. همراهی مدرسه در برنامه‌های جامع اجتماعی موجب می‌شود تا پیام‌ها، ارزش‌ها و نگرش‌های واحدی به نوجوانان منتقل شود. به همین جهت مرکز سلامت روان محلی اندیشه مهر دوره‌های مختلف پیشگیری از اعتیاد را در سطح شهرستان شاهین دژ برای دانش آموزان، معلمان و کارکنان مدارس و آموزش و پرورش به مرحله اجرا گذاشته است. کودکان بیش از همه از والدین خود تأثیر می‌پذیرند. آگاه‌سازی والدین یکی از بخش‌های مؤثر بسیار مهم در هر برنامه پیشگیری از اعتیاد است. والدین باید از خطر اعتیاد آگاه شوند و درباره پیشگیری از آن احساس مسئولیت کنند. این آگاه‌سازی باید به طور مکرر از راه‌های مختلف، مانند خواندن کتاب، جزوه، روزنامه، شرکت در جلسات مشاوره، سمینار و پیوستن به انجمن‌ها و تشکل‌های والدین انجام شود. در این راستا نیز مرکز سلامت روان محلی اندیشه مهر با همکاری نهادهای ذیربط کارگاه‌های پیشگیری از اعتیاد را برگزار نموده است. والدین باید از نوع مواد اعتیادآور شایع در منطقه محل زندگی، شکل و اسامی رایج آن‌ها، نحوه مصرف و علائم مصرف آن‌ها مطلع باشند. همچنین باید نحوه پاسخ‌دهی به سؤالات فرزندان خود را در مورد این مواد بدانند. طی برنامه‌های برگزار شده توسط این مرکز، والدین از موقعیت‌هایی که ممکن است نوجوانان مواد مصرف کنند و از نحوه تهیه و محل مصرف مواد مخدر آگاه شدند. همچنین در مورد صفات شخصیتی که کودکان را مستعد سوءمصرف مواد می‌نماید و چگونگی برخورد با این صفات، اطلاعات لازم در کارگاه‌های برگزار شده به افراد داده شد. در جدول ۱ برخی فعالیت‌های مرکز سلامت روان محلی اندیشه مهر در سال ۱۳۹۶ در خصوص پیشگیری از اعتیاد ارائه شده است.

جدول ۲: برخی فعالیت‌های مرکز سلامت روان محلی اندیشه مهر در سال ۱۳۹۶ در خصوص پیشگیری از اعتیاد

ردیف	برنامه‌ها	محل اجرا
۱-	تشکیل ۳ تیم اجتماع محور در محلات آسیب‌خیز با شرکت داوطلبانه افراد محلات مورد نظر و تیم اجتماع محور بانوان جهت پیشگیری از اعتیاد	شهرستان شاهین دژ
۲-	کارگاه پیشگیری از اعتیاد (پیشگیری از اعتیاد ویژه مهد کودک الغدیر)	شهر محمودآباد (مهد کودک الغدیر)
۳-	مهارت‌های زندگی و اعتیاد ویژه کارگران شهرداری و مقررری بگيران اداره کار رفاه و تعاون شاهین دژ	شهر شاهین دژ (اداره تعاون و رفاه اجتماعی)
۴-	کارگاه پیشگیری از اعتیاد ویژه کارکنان جهاد کشاورزی بخش کشاورز	شهر کشاورز
۵-	کارگاه پیشگیری از اعتیاد ویژه دانش‌آموزان دبیرستان شبانه روزی محمودآباد	شهر محمودآباد (مدرسه شبانه روزی آیت‌الله خامنه‌ای)
۶-	کارگاه پیشگیری از اعتیاد ویژه دانش‌آموزان دختر و پسر	مدارس دخترانه و پسرانه سطح شهر شاهین دژ و محمودآباد
۷-	کارگاه پیشگیری از اعتیاد ویژه کارمندان فنی و حرفه‌ای شاهین دژ	شهر شاهین دژ (اداره فنی حرفه‌ای ای شاهین دژ)
۸-	کارگاه پیشگیری از اعتیاد ویژه کارکنان اداره جهاد کشاورزی شاهین دژ	شهر شاهین دژ (اداره جهاد کشاورزی)
۹-	کارگاه پیشگیری از اعتیاد ویژه کارکنان و اهالی روستای صورین و مرکز خدمات کشاورزی	روستای صورین از بخش کشاورز شاهین دژ
۱۰-	کارگاه پیشگیری از اعتیاد و نمایشگاه عکس ویژه اهالی شهر محمودآباد	شهر محمودآباد (مسجد جامع محمودآباد)
۱۱-	کارگاه مهارت‌های زندگی ویژه زنان محلات طرح اجتماع محور پیشگیری از اعتیاد	مساجد و حسینیه‌های شهر محمودآباد و شاهین دژ

محیط خانوادگی سالم و بدون تنش عامل مهمی در پیشگیری از ابتلای فرزندان به اعتیاد است. در آموزش افزایش مهارت والدین، تأکید بر سه نکته از اهمیت بیشتری برخوردار است: الف) برقراری ارتباط صمیمانه با کودکان: طی این برنامه، روش‌های صحیح گوش دادن و نحوه ایجاد ارتباط صحیح آموزش داده می‌شوند. کودکان و

نوجوانان با والدینی که می‌دانند چگونه به آنان گوش دهند، بیشتر صحبت می‌کنند. به عنوان مثال، به والدین آموزش داده می‌شود که چگونه هنگام صحبت فرزندشان کاملاً به او توجه کنند، با او ارتباط چشمی برقرار کنند و به احساسات و عواطفش پاسخ دهند. چگونه با کلام یا بدون کلام، افکار و اعمال صحیح وی را تشویق کرده یا در صورت عصبانیت، چگونه با فرزند خود رفتار کنند. (ب) کمک به افزایش اعتماد به نفس در فرزندان: افرادی که مبتلا به سوء مصرف مواد مخدر می‌شوند، اغلب اعتماد به نفس کمی دارند. در مقابل، نوجوانانی که درباره خود احساس مثبتی دارند، بیشتر می‌توانند در مقابل اصرار دوستانشان به مصرف مواد مقاومت کنند. هدف از این برنامه، آموزش روش‌هایی است که با استفاده از آن، والدین بتوانند اعتماد و اتکا به نفس فرزند خود را تقویت کنند. تشویق به عنوان بهترین روش تربیتی، اجتناب از تحقیر، دادن مسئولیت‌های مناسب بر اساس سن و توانایی و افزایش مهارت‌ها و توانایی‌های کودک و نوجوان، می‌تواند والدین را به اهداف خود برساند. (ج) ایجاد سیستم ارزشی قوی: طی این برنامه، به والدین آموزش داده می‌شود که چگونه به راحتی و آزادانه در مورد ارزش‌های مختلفی مانند اتکا به خود و احساس مسئولیت فردی با فرزندان خود بحث و صحبت کنند و چگونه از جذب شدن این ارزش‌ها توسط فرزندانشان اطمینان حاصل نمایند.

اهمیت مشارکت معلمان در پیشگیری از مصرف مواد مخدر، کاملاً روشن است. اما این مشارکت به اطلاعات و تبحر کافی نیاز دارد. معلمان نیز مانند دیگر افراد جامعه دارای نگرش‌های مثبت یا خنثی در مورد مواد مخدر هستند. از آنجا که معلمان و دبیران از الگوهای مهم زندگی برای کودکان و نوجوانان هستند لذا مرکز سلامت روان محلی اندیشه مهر با همکاری نهادهای مرتبط اقدام به برگزاری کارگاه و نمایشگاه در خصوص پیشگیری از اعتیاد و آشناسازی معلمان و دانش‌آموزان با عوارض و پیامدهای سوء مصرف مواد در سطح مدارس شهرستان شاهین‌دژ نموده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مشارکت یا همیاری مردم در پیشگیری از وقوع اعتیاد به عنوان پیشگیری اجتماعی بهترین نوع از پیشگیری است. این تحقیق با هدف بررسی رویکرد اجتماع محور به پیشگیری از اعتیاد جوانان و نوجوانان با تأکید بر نقش تسهیل‌گری مرکز سلامت روان محلی اندیشه مهر شهر محمودآباد از توابع شهرستان شاهین‌دژ استان آذربایجان غربی صورت گرفت.

در سال‌های اخیر مقابله قهری و نظامی با پدیده اعتیاد و مواد مخدر بیش از رویکرد درمان و پیشگیری در کشور مورد توجه بوده است. به طوری که قانون مبارزه با مواد مخدر به عنوان اصلی‌ترین اهرم و ضمانت اجرایی برنامه‌ها معطوف به مقابله قهری و نظامی بوده است. پدیده اعتیاد و سوءمصرف مواد مخدر، به عنوان یک مسأله‌ای اجتماعی که ناشی از عوامل و شرایط درونی و بیرونی بوده، منشأ آسیب‌پذیری‌ها و تهدیدات بسیار جدی بر حیات فردی، خانوادگی و اجتماعی اعضای جامعه، به ویژه جوانان است. بنابراین برای مبارزه با این پدیده شوم، هر تلاشی که با در نظر گرفتن تنها یک عامل انجام شود، آن تلاش محکوم به شکست است. از طرفی نمی‌توان فقط با به کار گرفتن یک روش بر تمام این عوامل تأثیر گذاشت، بلکه باید در یک جامعه، در یک زمان، چندین راهبرد مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین اقدامات انتظامی در کنار فعالیت‌های درمان و برنامه‌های آموزشی پیشگیرانه و حضور مردم و نهادهای مردم‌نهاد در خصوص پیشگیری و درمان مواد مخدر در کنار دولت نتیجه مثبتی به بار خواهد آورد. می‌توان انتظار داشت که حضور سازمان‌های مردم‌نهاد تأثیر قابل ملاحظه‌ای در پیشگیری و کاهش مشکلات اجتماعی به خصوص برای خانواده‌های دارای فرد معتاد دارد.

بدون مشارکت مردم و حضور فعال آن‌ها در امر پیشگیری از اعتیاد و مسئولیت‌پذیری آن‌ها در این خصوص نمی‌توان معضل اعتیاد را حل نمود. باید کنترل اجتماعی غیررسمی توسط مردم گسترش یابد تا دست‌اندرکاران تولید، توزیع، قاچاق و مصرف مواد مخدر در هیچ‌جا احساس امنیت نکنند و آنگاه با تلاش مسئولان بخصوص پلیس می‌توان امیدوار بود که توزیع و مصرف مواد بخصوص در بین نوجوانان و جوان کاهش یابد. مشارکت مردم مستلزم آگاه‌سازی و آماده کردن زمینه‌ها است که یکی از این زمینه‌های مهم حضور

و فعالیت مستمر و مداوم سمن‌ها یا سازمان‌های مردم‌نهاد در خصوص پیشگیری از اعتیاد است. برگزاری کلاس‌های آگاه‌سازی در مدارس و دانشگاه‌ها بهترین شیوه آگاه‌سازی در خصوص اعتیاد است که این امر موجب مشارکت مردم بخصوص جوانان در امر پیشگیری می‌شود. از آنجا که دانش‌آموزان و دانشجویان بیشتر از سایر اقشار در معرض خطر اعتیاد قرار دارند، آگاه‌سازی آن‌ها هم موجب پیشگیری از گرایش خودشان به اعتیاد و هم فعالیت در زمینه‌های پیشگیرانه در جامعه می‌شود.

توسعه و پیشرفت کشور مستلزم فراهم کردن زمینه مشارکت خلاق، واقعی و سازمان یافته مردم است و مردم به عنوان سرمایه اصلی توسعه برای مشارکت در دستیابی کشور به این مهم باید از نظر روحی و جسمی در سلامت باشند. سازمان‌های مردم‌نهاد و فعال در امر اجرای برنامه‌های مبارزه با مواد مخدر به‌طور قابل توجهی گسترش یافته‌اند و نقش آفرینی مهمی در ارتباط با این موضوع دارند. با توجه به گستردگی معضل اعتیاد و عواقب وخیمی که به لحاظ اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی بر جامعه داشته و دارد و علم به اینکه دولت به تنهایی قادر به مقابله با این معضل نیست، حضور و نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در این عرصه بیش از پیش احساس می‌شود و وظیفه نظام است که در این راه به تقویت هر چه بیشتر این سازمان‌ها اهتمام ورزد تا انشاءالله در این مبارزه نیز با حضور هر چه بیشتر مردم و همراه با دولت در مقابله با اهریمن اعتیاد، پیروزی دیگری در تاریخ این کشور ثبت شود. تسهیل قانونی مداخله مردم در تصمیم‌گیری‌های محلی و ملی برای پیشگیری از اعتیاد، جهت‌گیری توانمندسازانه در طراحی تمام برنامه‌های حکومتی، تقویت گسترده راهبرد حمایت‌یابی رسانه‌ای برای ایجاد جبهه واحد، برنامه‌ریزی در جهت پرورش افراد متخصص، پژوهشگر و تحلیل‌گر و توجه به توصیه‌های سلامت عمومی در برنامه‌ریزی از جمله پیشنهادات ارائه شده در جهت بهره‌گیری مناسب از مشارکت در پیشگیری از سوء مصرف مواد به شمار می‌رود. مردم به عنوان سرمایه اصلی توسعه برای مشارکت در دستیابی کشور به این مهم باید از نظر روانی و جسمی در سلامت باشند. از این رو، اعتیاد به مواد مخدر با توجه به اینکه سلامت، بخشی از سرمایه انسانی کشور را از بین می‌برد، به عنوان مانع توسعه به شمار می‌رود و ضروری

است برای رفع آن برنامه مشخصی در چارچوب مفاد برنامه‌های توسعه کشور تدوین شود.

به نظر می‌رسد محله‌های شهری و روستایی در پیشگیری اولیه از اعتیاد نقش بسزایی دارند. امروزه پدیده خودمداری به جای فردگرایی شکل گرفته و منافع شخصی به جای منافع جمعی در سطح جامعه بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. گفتمان اجتماعی طی دو دهه اخیر در مردم علیه مواد مخدر و روان‌گردان‌ها رونق گرفته و در عین حال نیز دغدغه مردم و مطالبات اجتماعی از حاکمیت و ضرورت برنامه‌ریزی و مدیریت استراتژیک در این عرصه شدت یافته است. بر این اساس شناسایی شیوه‌های ایفای نقش و مسئولیت‌پذیری اجتماعی در سطح مدارس، دانشگاه‌ها، محله‌ها به منظور افزایش آگاهی جامعه در جهاد مقدس مبارزه با مواد مخدر و روان‌گردان‌ها امری ضروری است (صرامی، ۱۳۹۱).

در نهایت می‌توان گفت که مردم از راه‌های مختلفی همچون حضور پررنگ در نهاد خانواده، تربیت و کنترل فرزندان، اطلاع‌رسانی به نیروهای دولتی و تشکیل گروه‌های خودجوش مبارزه با مواد مخدر می‌توانند به پیشگیری اجتماعی از مواد مخدر کمک کنند. مشارکت مردم در امر پیشگیری متناسب با مقدرات هر جامعه متفاوت خواهد بود، تأثیر امکاناتی چون اعلام شماره تلفن‌های مشخص همانند خط ملی اعتیاد، اختصاص پایگاه‌های اطلاع‌رسانی، اهمیت دادن مسئولین به گزارش‌های مردمی و واکنش سریع و به موقع به گزارشات برای مشارکت بیشتر مردم در امر پیشگیری مورد توجه است. در زیر نیز برخی پیشنهادات در خصوص پیشگیری از اعتیاد ارائه شده است، امید است که مورد استفاده دست‌اندرکاران امر قرار گیرد.

در عرصه مبارزه با مواد مخدر لازم است دولت که وظایف سیاست‌گذاری، برنامه‌ریزی، هدایت، هماهنگی و نظارت را به عهده دارد، از مشارکت فکری، عملی و مالی مردم در قالب تشکلهای سازمان یافته استفاده کند. در این راستا به منظور جلب مشارکت گسترده مردم پیشنهاد می‌شود:

- فرایند زمان‌بندی صدور پروانه سازمان‌های مردم‌نهاد خصوصاً در حوزه‌های پیشگیری از مواد مخدر از سوی وزارت کشور و سایر دستگاه‌های اجرایی کاهش

یابد.

- تصویب آئین نامه جدید نحوه اعطای کمک‌های مالی و نظارت و ارزیابی بر عملکرد سازمان‌های مردم نهاد از سوی ستاد مبارزه با مواد مخدر.
- انتشار مجلات و ماهنامه‌های علمی از سوی سازمان‌های مردم نهاد فعال در پیشگیری از مواد اعتیادآور.
- تشکیل شبکه سازمان‌های مردم نهاد و فعال در امر مبارزه با مواد مخدر.
- در سطح محلات، دولت تلاش کند تا سرمایه اجتماعی را تقویت کند چرا که تقویت هنجارهای مثبت زمینه اعتماد کردن است و نمود عینی سرمایه‌های اجتماعی همین NGO ها و تیم‌های محله‌ها هستند.
- فعال نمودن ریش سفیدان و معتمدین و اعضای کلیدی محله‌ها، می‌تواند در پیشگیری از اعتیاد بسیار موثر باشد.
- حساس سازی و حمایت یابی برای فعال سازی فضای عمومی در پیشگیری از اعتیاد نیز توصیه می‌شود.

۱۰۰

منابع

- احترامی، مهرداد و وطن پرست، ابوالفضل (۱۳۹۳). چالش‌ها و راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در محله. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱ (۱)، ۲۲-۹.
- احدی، رضا و محمدی، شهرام (۱۳۹۵). عوامل مؤثر بر اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر در گذر پیشگیری کنشی با تأکید بر رویکرد اجتماع محور. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۳ (۱۳)، ۱۴۹-۱۰۳.
- الوانی، سیدمهدی (۱۳۸۷). بررسی نقش سازمان‌های غیردولتی بر توسعه. نشریه مدیریت بهره‌وری، ۱ (۴)، ۶۴-۳۷.
- اله‌پناه، شبنم (۱۳۸۹). زاویه جامعه‌شناسی اعتیاد به مواد مخدر. مجله اصلاح و تربیت، ۱۲ (۱۰۵)، ۱۶-۱۰.
- بیات، بهرام؛ شرافتی‌پور، جعفر و عبدی، نرگس (۱۳۸۷). پیشگیری از جرم با تکیه بر رویکرد اجتماع محور. انتشارات معاونت اجتماعی نیروی انتظامی.

- جوانی، وجیهه (۱۳۹۶). الگوی پارادایمی نقش ارزش های دینی خانواده در پیشگیری از گرایش به استفاده از مواد نیروزا. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴ (۱۴)، ۳۱-۱۱.
- جهانشاهی، سعید (۱۳۸۳). پنج تجربه از اجرای برنامه پیشگیری از «اعتیاد اجتماع محور». *مجله علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۴ (۱۵)، ۱۶۸-۱۳۹.
- حاجلی، علی؛ زکریایی، محمدعلی و حجتی کرمانی، سوده (۱۳۸۹). نگرش مردم به سوء مصرف مواد مخدر در کشور. *فصلنامه بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۱ (۲)، ۱۱۱-۸۱.
- حسن زاده، داود (۱۳۸۷). رویکرد اجتماع محور به کیفیت زندگی اجتماعات محلی. *فصلنامه مدیریت شهری*، ۶ (۲۰)، ۲۰-۷.
- حسینی، سیدجواد و نوروزی، حسن (۱۳۹۵). سوء مصرف مواد در جوانان: پیشگیری، مداخلات اولیه، کاهش آسیب و درمان مصرف مواد در جوانان. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳ (۹)، ۶۰-۳۷.
- خزائلی پارسا، فاطمه (۱۳۸۲). *مجموعه مقالات پیشگیری اجتماع محور از اعتیاد*، سازمان بهزیستی کشور.
- خستو، گل آرا (۱۳۸۱). *پیشگیری از سوء مصرف مواد و وابستگی با رویکرد اجتماع محور*. *فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی*، ۲ (۶)، ۲۶۳-۲۳۵.
- خوشابی، کتایون و مرادی، شهرام (۱۳۸۶). *تدوین الگوی پیشگیری بر اساس عوامل خطر ساز و محافظت کننده در دانش آموزان دبیرستانی شهر تهران*. تهران: موسسه داریوش، مرکز تحقیقات سوء مصرف مواد و وابستگی به مواد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- دلفان، معصومه و رشنو، خیرالنسا (۱۳۹۴). جایگاه سازمان های مردم نهاد های در آموزش و پرورش با رویکرد پیشگیری. *فصلنامه علمی تخصصی دانش انتظامی لرستان*، ۳ (۲)، ۱۳۱-۱۱۲.
- دماری، بهزاد؛ حیدرنیا، محمدعلی و رهبری بناب، مریم (۱۳۹۳). نقش و عملکرد سازمان های مردم نهاد در حفظ و ارتقای سلامت جامعه. *فصلنامه پایش*، ۱۳ (۵)، ۵۵۰-۵۴۱.
- زراعت حرفه، فهیمه و خضری مقدم، نوشیروان (۱۳۹۶). نقش جو عاطفی خانواده و رضایت از زندگی در پیش بینی گرایش به اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴ (۱۴)، ۶۸-۵۵.
- زکریایی، محمدعلی (۱۳۸۲). *جامعه شناسی مواد مخدر*. انتشارات وادسورت، تهران.
- سازمان ملی جوانان (۱۳۸۲). *گزارش ملی جوانان (بررسی وضعیت تشکل های غیر دولتی جوانان)*. تهران، اهل قلم.

شایگان، فریبا و اصغرزاده، سمیه (۱۳۹۴). جایگاه مشارکت مردم در پیشگیری اجتماعی از جرائم مواد مخدر. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۲ (۵)، ۸۶-۶۹.

صرامی، حمید (۱۳۹۱). سایت ستاد مبارزه با مواد مخدر. <http://www.dchq.ir>
عبداله، فاطمه؛ عباسی، فهیمه و نظام دوست آیت، ندا (۱۳۸۹). نقش سازمان‌های مردم‌نهاد در پیشگیری از اعتیاد. مجموعه مقالات منتخب ۳۰ کنگره استانی، تهران، نشر نادیس.
فریدکیان، سیما (۱۳۸۹). بررسی اختلال در کارکردهای خانواده و تأثیر آن بر اعتیاد فرزندان. فصلنامه انتظام اجتماعی، ۲ (۱)، ۱۷۹-۲۰۲.

کاکویی دینکی، عیسی و قوامی، نسرین السادات (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های جنسیتی و پیامدهای گرایش زنان به سوء مصرف مواد مخدر. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱ (۴)، ۳۲-۹.
محمدی، علی (۱۳۹۶). پیشگیری از اعتیاد با رویکرد اجتماعی کردن مبارزه با مواد مخدر و بهره‌مندی از ظرفیت سازمان‌های مردمی. مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۲ (۱۱)، ۱۰۰-۸۵

مظفر، حسین؛ ذکریایی، منیژه و ثابتی، مریم (۱۳۸۸). آنومی فرهنگی و اعتیاد به مواد مخدر در بین جوانان ۲۸-۱۳ ساله شهر تهران. پژوهشنامه علوم اجتماعی، ۳ (۴)، ۵۴-۳۳.
مکی‌علمداری، سارا؛ جلالی‌پور، حمیدرضا (۱۳۹۲). تحلیل عملکرد سازمان‌های مردم‌نهاد در حوزه مبارزه با اعتیاد و مواد مخدر با نگاه عاملیت - ساختار. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، ۱۴ (۵۲)، ۲۵۱-۲۲۷.

منیرپور، نادر (۱۳۸۹). پیشگیری از اعتیاد در محله‌ها با تأکید بر سازمان‌ها اجتماع محور و مردم‌نهاد، مجموعه مقالات منتخب ۳۰ کنگره استانی، تهران، نشر نادیس.
نارنجی‌ها، هومان؛ رفیعی، حسن؛ باغستانی، احمدرضا؛ نوری، رویا؛ شیرین بیان، پیمان؛ فرهادی، محمدحسن و سلیمان‌نیا، لیلا (۱۳۸۷). ارزیابی سریع وضعیت سوء مصرف و وابستگی به مواد در ایران سال ۱۳۸۶، معاونت پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.
نوجوان، کمال و اصغری، محمود (۱۳۹۳). تعیین روش مؤثر پیشگیری بر اساس راهبردهای کاربردی پیشگیری از اعتیاد. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱ (۳)، ۱۴۶-۱۲۱.
نیک‌بخش، بهرام (۱۳۹۳). روش‌های پیشگیری از اعتیاد با تأکید بر مقوله ورزش از منظر جامعه‌شناختی. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱ (۲)، ۹۶-۷۳.

وایت، راب و هینز، فیونا (۱۳۹۲). *جرم و جرم شناسی*. ترجمه علی سلیمی، انتشارات حوزه و دانشگاه.

یزدان پناه، بهروز؛ صغری، میترا؛ یوسفی، مهران؛ عنقا، پروین؛ حبیبیان، محمد؛ زندی، کرامت‌اله و آران پور، همداد (۱۳۸۹). اثر برنامه آموزشی جامعه محور پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر بر کاهش رفتارهای پرخطر. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد* (ویژه نامه همایش رفتارهای پرخطر)، ۱۸ (۳)، ۱۹۸-۱۹۱.

Blalock, J. A. (2010). Effects of an intensive depression-focused intervention for smoking cessation in pregnancy. *Journal of Consulting Psychology*, 78 (1), 44-54.

O'Leary, T.A., Brown, S.A., Colby, S.M., Cronce, J.M., D'Amico, E.J., Fader, J.S., Geisner, I.M., Larimer, M.E., Maggs, J.L., McCrady, B., Palmer, R.S., Schulenberg, J., & Monti, P.M. (2002). Treating adolescents together or individually? Issues in adolescent substance abuse interventions. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 890-899.

Espada, J. P., Gonzalvez, M. T., Orgiles, M., Lloret, D. and Guillén-Riquelme, A. (2015). Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema* 27(1), 5-12

Guareschi, P., Jovchelovitch, S. (2004). "Participation, health and the Development of Community Resources in Southern Brazil". *Journal of health psychology*, 9(2), 311-322.

Jessor, R.; & Turbin, M. S. (2014). Parsing protection and risk for problem behavior versus pro-social behavior among US and Chinese adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 43(7), 1037-1051.

Kranzelic, V. Slehan, M., F. & erkovic, D. (2013). Prevention Science as a Base for Substance Abuse Prevention Planning-Lessons Learned for Improving the Prevention. *Kriminologija & Socijalna Integracija*, 21(2), 61-75.

Maithya, R. W. (2009). Drug abuse in secondary schools in Kenya: Developing a programme for prevention and intervention. Doctor of Education in socio-Education, University of South Africa

McClellan, A. T, McKay, J. R., Forman, R., Cacca-iola, J., & Kemp, J. (2005). *Reconsidering the evaluation treatment from retrospective follow up to concurrent recovery monitoring*. *Addiction*, 100, 447- 458.

Newton, N. C., Conrod, P., Teesson, M., & Faggiano, F. (2012). School-based alcohol and other drug prevention. In Verster, J. C., Brady, K., Galanter, M. & Conrod, P. (Eds.), *Drug Abuse and Addiction in Mental Illness: Causes, Consequences, and Treatment*, (pp. 545-560). New York, NY US: Springer Science + Business Media.

- Piko, B. F., Fitzpatrick, K. M. (2004). Substance use, religiosity, and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors*, 29, 1095-107
- Robertson, E. B., David, S. L., and Rao, S. A. (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*, 2nd ed. NIH Pub. No. 04-4212(A). Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse, 2003. Available at: www.drugabuse.gov/pdf/prevention/RedBook.pdf
- Steinberg, L. (2014). *Age of opportunity: Lessons from the new science of adolescence*. Boston, MA: Houghton Mifflin Harcourt.
- Sussman, S., Gunning, M., Lisha, N. E., Rohrbach, L. A., Kniazev, V., & Masagutov, R. (2009). Concurrent predictors of drug use consequences among US and Russian adolescents. *Salud drogas*, 9(2), 129-148.
- The Newcastle Partnership. (2009). A community empowerment framework for Newcastle. www.cvsnewcastle.org.uk.
- United Nations Department of Economic and Social Affairs (UNESDA). (2015). *Definition of youth*. <http://www.un.org/esa/socdev/documents/youth/fact-sheets/youth-definition.pdf>

رویکردها و مدل‌های اعتیاد

کیوان شکری^۱، رضا رنجبران^۲، انیسه روخوش^۳

چکیده

رویکردها و مدل‌های اعتیاد عوامل متعددی را در گرایش به اعتیاد مؤثر می‌دانند. روش این پژوهش کتابخانه‌ای و اسنادی بود. مدل‌ها و رویکردهای اعتیاد با مرور یافته‌های علمی و رویکرد تحلیلی و نظری مورد بررسی قرار گرفت. هر یک از مدل‌ها برای درک اعتیاد یا رفتارهای اعتیادی خاص به شیوه گرایش به اعتیاد و عوامل متفاوت در تداوم اعتیاد تأکید دارند. مدل اجتماعی/محیطی، اعتیاد را اکثراً بازتاب عوامل محیطی همچون فقر، پایگاه پایین اقتصادی اجتماعی، فشار اجتماعی، همشینی با افراد کج‌رو و... می‌داند. مدل روانی، اعتیاد را حاصل شکست در اراده فرد وابسته به مواد می‌داند و مدل ژنتیکی و وراثتی به دنبال پاسخی از منظر بیولوژیکی است. به این علت که هر کدام از این مدل‌ها نظرات تک‌بعدی و ناقصی را ارائه داده‌اند برخی از صاحب‌نظران به سمت ادغام این تبیین‌ها حرکت کردند و مدل زیستی-روانی-اجتماعی را مطرح کرده‌اند. البته در سال‌های اخیر بعد معنوی نیز به این مدل اضافه شده است. طبق این مدل، اعتیاد حاصل ترکیب عوامل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است. اعتیاد به عنوان یک آسیب اجتماعی در کنار مشکلاتی چون بیکاری، فقر، طلاق و... تحت تأثیر دلایل روان‌شناختی فردی که خود در بستر خانواده، ارتباط با همسالان و جامعه شکل می‌گیرد، به دلیل تبعات فراوان آن در نظام سیاسی اقتصادی کشور نیازمند توجه و اراده جدی برای کاهش آسیب‌های آن است. بنابراین بهتر است برنامه ریزی برای پیشگیری و درمان اعتیاد با در نظر گرفتن ابعاد زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی باشد. مهم‌ترین ویژگی این مدل، نگاه جامع و کل‌نگر به انسان است.

کلیدواژه‌ها: اعتیاد، رویکردها، زیستی، روانی، اجتماعی

۱. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. پست الکترونیکی

shokri.keivan@gmail.com

۲. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

۳. کارشناس مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

مقدمه

اعتیاد یک مشکل جهانی است که تقریباً بیشتر کشورهای جهان با آن روبرو هستند. کشور ما هم به سبب شرایط جغرافیایی، تغییرات اقتصادی و اجتماعی، عوامل فردی و محیطی با این معضل روبرو است و به سبب نداشتن مداخله‌های پیشگیرانه مناسب، در معرض گسترش و تشدید این بیماری است. زیان‌های ناشی از اعتیاد و هزینه‌های مربوط به مراقبت‌های بهداشتی و نداشتن بهره‌وری نیروی انسانی متعاقب این بیماری، میلیاردها دلار است. بنابراین کوشش‌های پیشگیرانه از آن، کاملاً روشن و یک ضرورت انکارناپذیر است. بنا به گزارش برلی^۱، مسئله سوء مصرف مواد در حال حاضر بعد از سه بحران اصلی جهان یعنی نابودی محیط زیست، تهدید اتمی و بحران فقر، بحران چهارم جهان را تشکیل داده است (به نقل از شکری، ۱۳۹۵). بر اساس اعلام مسئولان وزارت بهداشت و سازمان بهزیستی سالانه حدود ۸ درصد به مصرف کنندگان مواد مخدر در کشور افزوده می‌شود. طبق گزارش معاونت سلامت بهداشت، آمار مبتلایان به سوء مصرف مواد در ایران ۳ میلیون و ۷۰۰ هزار نفر اعلام شده است (به نقل از کریم یار جهرمی، افتخارزاده، و حمیدی پور، ۱۳۹۲). بنابراین شدت اعتیاد که به نوع ماده مصرفی، مقدار مصرف، دفعات مصرف و شیوه مصرف بستگی دارد آمار نسبتاً بالایی را نشان می‌دهد. بدون شک این پدیده شوم پیامدهای ناخوشایند بسیاری در پی دارد که می‌توان به چالش از هم پاشیدگی خانواده‌ها و طلاق، فرزندان بی سرپرست و آینده آنان، هدر رفتن منابع مالی و اقتصادی کشور، پر شدن زندان‌ها و افزایش سایر انحرافات اشاره نمود. بر این اساس پرداختن به موضوع مورد بحث اجتناب‌ناپذیر است. شاخه‌های مختلف علوم در این زمینه به تحقیق پرداخته‌اند. مثلاً علم پزشکی به تأثیرات دارویی مواد مخدر بر اعضا و جوارح بدن پرداخته است. علم روان‌شناسی بیشتر بر جنبه‌های روانی فرد معتاد پرداخته و علل و نتایج روانی مصرف مواد مخدر را مورد مطالعه قرار داده است. جامعه‌شناسی و مددکاری اجتماعی عوامل اجتماعی و محیط اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند. اطلاع از نظریات رایج درباره پدیده اعتیاد یک ضرورت انکارناپذیر است. هر یک از این مدل‌ها از همان ابتدا برای

درک اعتیاد یا رفتارهای اعتیادی خاص به چگونگی بروز اعتیاد تأکید می‌کنند. همچنین بر اساس سبب‌شناسی مطرح شده در هر یک از این مدل‌ها پیشنهادهایی نیز برای پیشگیری، مداخله و درمان نیز ارائه می‌دهند. در واقع اعتیاد نیز مانند سایر مسائل و پدیده‌های اجتماعی از علت‌های گوناگونی نشأت می‌گیرد و نمی‌توان آن را در یک نگاه تک‌عاملی بررسی کرد چرا که مسائل اجتماعی اولاً چندبعدی بوده و ثانیاً، انسان موجودی چندبعدی است. به همین دلیل برای تبیین علل اعتیاد نمی‌توان یک مدل را مطرح کرد چرا که هر کدام از این مدل‌ها بخشی از مسئله مورد بررسی را تبیین می‌کنند و هیچ‌کدام از آن‌ها به تنهایی از جامعیت برخوردار نیستند. به همین دلیل این مدل‌ها مکمل یکدیگر هستند. برای آشنایی با رویکردهای گوناگون اعتیاد در این مقاله رویکردها در طبقات مشخصی ارائه و معرفی می‌شوند.

مدل‌های اجتماعی اعتیاد

مدل محیطی و اجتماعی اعتیاد بر نقش محیط فرد در اختلال سوء مصرف مواد مخدر تأکید دارد. مدل روند زندگی، اعتیاد را یک روند همیشگی می‌داند که فرد درگیر را به لذت و امنیت می‌رساند. مرکز این مدل نقش بافت اجتماعی و تجارب فردی مؤثر در مصرف همیشگی مواد است. مدل مشابهی بر نقش نیروهای محل اجتماعی از قبیل بیکاری و فقر تأکید دارد که فرد را در معرض خطر سوء مصرف مواد قرار می‌دهند. مدل فرهنگی - اجتماعی نیز عوامل فرهنگی و اجتماعی را عامل پیشگیری و شیوع رفتارهای خاص می‌داند. تأکید این مدل بر مکانیسم‌های اجتماعی تسهیل‌گر توسعه اعتیاد است. این مکانیسم‌ها می‌توانند اعتقادات قومی، سنت‌های خانوادگی، هنجارهای اجتماعی و موقعیت‌های اقتصادی و اجتماعی باشند. این رویکرد عوامل و بافت اجتماعی را در شروع مصرف مواد و اعتیاد مؤثر می‌داند. دیدگاه جامعه‌شناختی مصرف مواد را محصول روابط اجتماعی می‌داند که باعث ایجاد ناامیدی، ناکامی، محرومیت و از خودبیگانگی می‌شود. معمولاً نوجوانان در جریان سال‌های ابتدایی در مدرسه معمولاً نگرش مثبتی به مواد ندارند و نگرش آنان اجتماع‌پسندانانه است ولی در دوره متوسطه نگرش آنان در جهت

پذیرش این رفتارها تغییر می‌کند و این پذیرش آنان را در معرض خطر قرار می‌دهد (هاوکینز، کاتالانو و میلرف، ۱۹۹۲). هر چه فرد در سنین پایین‌تر درگیر رفتارهای مشکل‌ساز شود احتمال بروز این رفتارها در آینده بیشتر است. پژوهش نشان داده است نوجوانانی که قبل از ۱۵ سالگی شروع به مصرف مواد کرده‌اند بیشتر از کسانی که بعد از ۱۹ سالگی چنین تجربه‌ای دارند در معرض خطر سوء مصرف مواد در بزرگسالی قرار می‌گیرند (هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲). از دیگر عوامل مؤثر که این رویکرد به آن می‌پردازد عدم آشنایی جوانان با مهارت‌های زندگی و ناآشنایی با شیوه‌های شاد زیستن و جامعه‌پذیر بودن است (بوتین و گریفین، ۲۰۰۴). مصرف مواد توسط همسالان نیز یکی از قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های مصرف مواد است که این رویکرد به آن پرداخته است. معمولاً افرادی که سابقه سوء مصرف مواد دارند بسیاری از رفتارهای آنان از طریق معاشرت یعنی داشتن روابط اجتماعی با انواع خاصی از مردم مانند معتادان آموخته می‌شود. در واقع، فرایند یادگیری اعتیاد به وسیله دوستان فرد معتاد آموخته می‌شود. ادوین ساترلند معتقد است که در جریان رشد، فرد رفتار درست، کج رفتاری و انگیزه عمل به رفتار را یاد می‌گیرد. ساترلند بیشترین سهم را به گروه‌های نخستین و خانواده می‌دهد که دارای روابط چهره به چهره و صمیمانه هستند (صدیق سروستانی، ۱۳۹۰). این موضوع در پژوهش‌های پژوهشگرانی همچون فیضی، ویسی رایگانی، عبدی، شاکری و مردوفی (۱۳۹۴)؛ فولادی (۱۳۹۵)؛ توکر^۳ و همکاران (۲۰۱۱)؛ ویستل، باچند، پیل و برون^۴ (۲۰۱۳)؛ سیمونز - مورتون و فرهت^۵ (۲۰۱۰) نیز تایید شده است. هر چقدر امکان دسترسی به مواد بیشتر باشد، خطر مصرف مواد نیز افزایش می‌یابد. دسترس‌پذیری ادراک شده نیز با افزایش خطر مصرف مرتبط است. به عنوان مثال در مدارس سی که کودکان احساس کنند دسترسی آسانی به مواد دارند میزان مصرف بالاست (پازانی، برجلی، احدی و موجمباری، ۱۳۹۵). محیط خانواده و روابط حاکم بر خانواده و فشارهای اجتماعی همچون عدم موفقیت در دستیابی به اهداف با ارزش از نظر اجتماع، وقوع حوادث بزرگ و تأثیرگذار از نظر اجتماع

1. Hawkins, Catalano and Milford
2. Botvin & Griffin
3. Tucker

4. Whitesell, Bachand, Peel & Brown.
5. Simons -Morton & Farhat

مثلاً از دست دادن نزدیکان، طلاق پدر و مادر، اخراج از شغل یا اخراج از مدرسه و تجربه وقوع حوادث منفی مانند سوءاستفاده جنسی از کودکان، قربانی شدن یک واقعه جنایی، تنبیه‌های لفظی یا جسمانی تمایل به مصرف مواد را در افراد ایجاد می‌کند (شکری، ۱۳۹۵). همچنین مشکلات اجتماعی که علت آن الگوهای کنترل نشده مهاجرت و ایجاد منطقه‌هایی است که اهالی آن از فرهنگ کلی جامعه جدا افتاده‌اند در گرایش به اعتیاد تاثیر دارد. زیرا معیارهای شکل گرفته در این مناطق با سایر مناطق در تضاد است و افراد به طور مکرر در معرض یادگیری الگوهای موافق قانون شکنی هستند. این امر در گرایش افراد به رفتارهای اعتیادی مؤثر است (ستوده، ۱۳۹۳). یکی دیگر از عوامل اجتماعی و محیطی مهم در گرایش افراد به اعتیاد، کنترل اجتماعی است. خانواده از چهار طریق می‌تواند بر رفتار فرزندان نظارت داشته باشد: ۱) نظارت درونی، ۲) نظارت غیرمستقیم، ۳) نظارت مستقیم و ۴) ارضای نیازها (محسنی تبریزی، ۱۳۸۳). رویکرد اجتماعی انحراف را یک پدیده اجتماعی می‌داند و بر این باور است که کج رفتاری اجتماعی ناشی از عوامل روان‌شناختی یا زیست‌شناختی نیست و منحرفان ذاتاً منحرف نیستند، بلکه این جامعه است که هویت انحرافی را در افراد پدید می‌آورد (زاهدی اصل، ۱۳۹۳). نگاه جامعه‌شناسان به اعتیاد بر این محور قرار دارد که بسیاری از عوامل شیوع اعتیاد و بازگشت به آن در درون فرد قرار ندارد. مصرف موادمخدر کار کردهایی دارد که افراد را به سوی خود جلب می‌کند. این مواد وسیله ارتباط، سرگرمی، تفریح و پیوستگی فرد به گروه است. از سوی دیگر افراد مستعد، فاقد امکانات لازم برای کسب شغلی، ارتباطات اجتماعی و راه‌هایی برای گذراندن اوقات فراغت هستند و زندگی افراد قابل تفکیک از تجارب نیست. درمان‌گر نمی‌تواند فقط به شکل اعتیاد فرد توجه کند، بلکه لازم است فرد را در شبکه روابط اجتماعی نگاه کند. اعتیاد حاصل مشکلاتی است که فرد با آن‌ها روبرو است و مشکلات او را نمی‌توان از زندگی اجتماعی جدا ساخت (سخاوت، ۱۳۸۲). بنابراین عوامل اجتماعی و محیطی نقش بسیار متنوعی را در زمینه‌ی استفاده از مواد ایفا می‌کنند و نظریه‌های جامعه‌شناختی این حوزه به تبیین نیروهای ساختاری و فرهنگی مؤثر بر سوءمصرف موادمخدر پرداخته‌اند. جامعه‌شناسان کارکردگرا معتقدند که سوءمصرف

مواد مخدر، واکنشی به تضعیف هنجارهای اجتماعی است. از نظر کارکرد گریبان هر چه جامعه پیچیده‌تر شود و تحولات اجتماعی با سرعت بیشتری روی دهند، هنجارها و ارزش‌های اجتماعی مبهم‌تر شده و به وضعیت آنومیک (بی‌هنجاری) خواهند انجامید. آنومی در مقیاس جامعه می‌تواند به فشارهای اجتماعی و ناهمسازی‌های هنجاری ختم شود و موجبات سوء مصرف مواد مخدر را فراهم کند. ناهمسازی هنجاری زمانی مشاهده می‌شود که مسئولان بهداشت و سلامت در مورد خطرات مصرف موادی مانند الکل و سیگار هشدار می‌دهند؛ اما کارخانه‌های تولیدکننده مشروبات الکلی و سیگار سالیانه میلیون‌ها دلار خرج تبلیغات و گول زدن مردم می‌کنند. آنومی یا بی‌هنجاری ممکن است در سطح فردی هم رخ دهد مثلاً زمانی که فرد احساس غربت و تنهایی کند و در مورد رفتار مناسب و نامناسب در جامعه دچار سردرگمی شود. بنابراین طبق رویکرد کارکردی - ساختی، سوء مصرف مواد مخدر واکنشی است به نبود پیوند بین فرد و جامعه و تضعیف شدن وفاق جمعی در مورد هنجارهای مقبول اجتماعی (صدیق سروستانی، ۱۳۹۰).

رویکرد تضاد: رویکرد تضاد بر اهمیت تفاوت قدرت سیاسی، اقتصادی و اجتماعی گروه‌های ذی‌نفع اجتماعی و چگونگی تأثیر آن بر رفتارها و ارزش‌های سوء مصرف مواد مخدر تأکید دارد. از این منظر سوء مصرف مواد مخدر واکنشی به نابرابری موجود در نظام سرمایه‌داری است. افراد یک جامعه بیگانه از کار، دوستان و خانواده و همچنین از جامعه و نهادهای آن به سوء مصرف مواد مخدر به عنوان ابزاری برای فرار از ستم و سرخوردگی ناشی از نابرابری روی می‌آورند. در چنین جامعه‌ای قدرتمندترین اعضای جامعه هنجارهایی را تعریف می‌کنند که مصرف مواد را غیرقانونی اعلام و برای تولید، عرضه و مصرف آن جرمه‌هایی نیز تعیین می‌کنند (صدیق سروستانی، ۱۳۹۰).

رویکرد کنش متقابل نمادین: کنش متقابل نمادین بر اهمیت تعریف و برجسب‌زنی و معانی منتسب به مصرف مواد تأکید دارد. اگر تجربه نخستین مصرف مواد خوب تلقی و تعریف شود، مصرف مواد تکرار خواهد شد و فرد ممکن است به تدریج بر چسب معتاد بخورد. اگر این تعریف طوری درونی شود که فرد نیز خود را معتاد تلقی کند، رفتار فرد استمرار و حتی افزایش خواهد یافت. مصرف مواد از طریق کنش متقابل نمادین در

گروه‌های کوچک (همسالان و دوستان) یاد گرفته می‌شود. افراد تازه کار در نخستین مرتبه مصرف مواد تحریک شدن برای مصرف و فنون آن را یاد می‌گیرند. زمانی که مصرف برخی مواد، رفتارها و تجارب توسط گروه همسالان و دوستان، مقبول و لذت‌بخش شمرده شود، احتمال ادامه مصرف وجود دارد. شرایط بد اجتماعی، فقر و فرصت‌های شغلی، شکست‌های مالی، داروهای تجویز شده مثل خواب‌آورها و مسکن‌ها و در دسترس بودن مواد از جمله دلایل سوء مصرف مواد است. عواملی همچون اثر همسالان (سیمون - مورتون، ۲۰۰۷)، والدین مصرف‌کننده الکل و مواد (دراپیل و موشر، ۲۰۰۷) و نظارت والدین (مارتینز، استور، الکساندر و چیلاکوت، ۲۰۰۸) از جمله عوامل خطر اجتماعی و محیطی مرتبط با مصرف مواد مخدر معرفی شده‌اند. از جمله عوامل اجتماعی و فردی مرتبط با اعتیاد عبارتند از: در دسترس بودن مواد، هنجارهای فرهنگی، فقر و محرومیت اقتصادی، تعارض و پیوند ضعیف خانوادگی، رفتارهای مشکل‌شایع و اولیه، کارکرد تحصیلی ضعیف، فقدان تعهد به مدرسه، عدم پذیرش همسالان و وابستگی منفی به آن‌ها، نگرش مطلوب و ضد اجتماعی به مواد، تجربه زود هنگام سوء مصرف، تجربه پایین والدین در ساختار بندی و سازماندهی خانوادگی، سبک کنار آمدن با تغییرات رشدی ناشی از عبور از نوجوانی و جوانی به بزرگسالی، فقدان نظارت والدین، جو منفی خانواده، نوع روابط با همسالان، چگونگی محیط مدرسه و اوضاع و شرایط محله زندگی.

نقدی، رضایی دره‌ده و زندی (۱۳۹۴) در پژوهشی به بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر ترک اعتیاد موفق در گروه مردان عضو NA در شهر نورآباد پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که متغیرهای طرد اجتماعی مضاعف، عدم موفقیت در ترک فردی، حمایت اجتماعی گروه از فرد و هویت یابی در گروه با متغیر وابسته تحقیق یعنی ترک اعتیاد موفق با عضویت در NA رابطه‌ی مثبت و معناداری دارند. همچنین بر اساس نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای مستقل تحقیق حدود ۵۳ درصد از تغییرات ترک اعتیاد موفق با عضویت در NA را تبیین می‌کنند. باقری، نبوی، ملتفت و نقی‌پور (۱۳۸۹) در پژوهشی به

بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده اعتیاد در شهر اهواز پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که بین پایگاه اجتماعی - اقتصادی و شدت اعتیاد رابطه معکوس و معنی‌داری وجود دارد. همچنین بین متغیرهای بی‌هنجاری، احساس انزوایی و معاشرت با افراد معتاد با شدت اعتیاد رابطه‌ی مستقیم و معنی‌داری وجود داشت. رشادت (۱۳۸۸) در پژوهشی به بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد پرداخت. نتایج پژوهش نشان داد که تعهد اجتماعی، انزوای اجتماعی و کنترل اجتماعی در گروه معتادین به طرز معنی‌داری کمتر از گروه کنترل است. خادیمان و قناعتیان (۱۳۸۷) در پژوهشی به بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که از هم گسستگی خانواده زن و شوهری خانواده پدر و مادری، نابسامانی خانواده زن و شوهری، پایگاه اقتصادی - اجتماعی، در دسترس بودن مواد مخدر و اعتیاد اعضای خانواده از عوامل مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد مخدر بوده است. اسمال، فاست، کروسبی، وود و کر^۱ (۲۰۰۹) در پژوهشی به بررسی نقش اجتماع و خصوص گروه دوستان و همسالان در شروع به تزریق مواد مخدر پرداختند. در این تحقیق داده‌ها از طریق مصاحبه با جوانان خیابانی تزریق کننده مواد مخدر گردآوری شده بود. نتایج این تحقیق نشان داد که در بیشتر مواقع تشویق دیگر استفاده کنندگان مواد به تزریق، این کار را تسهیل می‌کند. روایت جوانان در این تحقیق نشان داد که در اولین تزریق مواد، تأثیر اجتماعی متقابل همسالان بسیار برجسته است. کرمود، سونو، سونگپوت و دوین^۲ (۲۰۱۳) در پژوهشی با استفاده از روش کیفی با استفاده از سه بحث گروهی متمرکز و ده مصاحبه عمیق به بررسی اعتیاد و مصرف مواد مخدر در دو ایالت در شمال شرقی هند پرداختند. نتایج این تحقیق نشان داد که گوشه‌نشینی و فشارهای هیجانی از جمله دلایل استفاده از الکل و مواد مخدر بودند.

نتایج مطالعه مروری قبادزاده، مسعودی، محمد خانی و حسنی (۱۳۹۶) نشان داد که در سطح فردی، عواملی مثل راهبردهای مقابله‌ای، عوامل مربوط به تحصیل و مدرسه،

1. Small, Fast, Krusi, Wood & Kerr

2. Kermode, Sono, Songput & Devine

مکانیسم‌های دفاعی فرد معتاد، خانواده و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی؛ در سطح هیجانی عواملی مثل هوش هیجانی، هیجان‌طلبی و سبک تنظیم هیجان و در سطح اجتماعی عواملی مثل وضعیت آنومیک، سرمایه اجتماعی، شبکه روابط، حمایت اجتماعی، شکاف بین نسلی و معنویت نقش عمده در گرایش، شروع و ادامه مصرف مواد ایفا می‌کنند.

دلایل اعتیاد از منظر روان‌شناسی

نظریه‌های روان‌شناسی ریشه‌های علمی هرگونه کج‌رفتاری و ناهنجاری نظیر اعتیاد به مواد مخدر و سایر آسیب‌ها را در آسیب‌های روانی و عاطفی فرد جست‌وجو می‌کنند. در بعد روان‌شناختی خطر مصرف مواد و رفتارهای بزهکارانه اغلب در افرادی دیده می‌شود که دارای رفتارهای نظیر هیجان‌خواهی، اجتناب کم از آسیب و کنترل ضعیف تکانه هستند (کودجو و کلاین، ۲۰۰۲، به نقل از پازانی و همکاران، ۱۳۹۵). کامپینگ و آلن (۲۰۰۲؛ به نقل از پازانی و همکاران، ۱۳۹۵). در پژوهشی رابطه‌ی جهت‌گیری اجتماعی و مهارت‌های حل مسئله اجتماعی رفتارهای مشکل‌ساز را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌ها نشان داد که جهت‌گیری اجتماعی مثبت نقش مهمی در میزان رفتارهای بزهکارانه و درگیری در مصرف مواد ایفا می‌کند.

اختلالات روانی با اختلال مصرف مواد مرتبط هستند. به عبارتی برخی اختلالات قبل و برخی اختلالات بعد از مصرف مواد مخدر به وجود می‌آیند. سوء مصرف مواد در میان افراد دارای بیماری روانی یک مشکل شایع است. از طرف دیگر بسیاری از مصرف‌کنندگان مزمن مواد مخدر به‌طور هم‌زمان از یک بیماری روانی جدی رنج می‌برند. در مورد رابطه این دو اختلال، فرضیه‌های گوناگونی (از جمله تقدم، وقوع هم‌زمان، رابطه علی یا دوگانه) مطرح شده است. پژوهش‌های انجام شده بیشتر این نتیجه‌گیری را تأیید می‌کنند که این دو، اختلال‌های جداگانه‌ای هستند که هر کدام می‌تواند خطر ابتلا به دیگری را افزایش دهد و این، به این معنی نیست که یکی علت دیگری است (سلیمی، ۱۳۹۳). غدیری صورمان آبادی، عبدالمحمدی و یوسف زاده (۱۳۹۶) عوامل روان‌شناختی

گرایش به اعتیاد را به شرح زیر معرفی کرده‌اند: سبک دلبستگی، خودکارآمدی، دین‌داری، ناگویی هیجانی، سبک فرزندپروری، تکانشگری، راهبردهای مقابله‌ای، تاب‌آوری، نشاط ذهنی، کمال‌گرایی، عزت نفس، باورهای فراشناخت و استرس ادراک شده.

انستیتوی ملی سوءمصرف مواد (۲۰۰۷) به سه رابطه احتمالی بین بیماری روانی و سوءمصرف مواد اشاره می‌کند که عبارتند از: (۱) بیماری‌های روانی می‌تواند به سوءمصرف مواد مخدر منجر شود، (۲) سوءمصرف مواد مخدر می‌تواند باعث ایجاد یا تشدید بیماری‌های روانی شود و (۳) ممکن است یک منشاء مشترک برای هر دو اختلال وجود داشته باشد (به نقل از سلیمی، ۱۳۹۳).

زیربنای مکانیزی که بین اختلالات آسیب‌شناسانه روانی و اختلالات مصرف مواد ارتباط برقرار می‌کند، چندان روشن نیست. شاید این دلیل را بتوان مطرح کرد که افرادی که قبل از مصرف مواد بیماری روانی دارند، برای کاهش درد و بهبود احساس کفایت خود و بهبود نشانه‌های بیمارگونه دست به خود درمانی می‌زنند و از الگویی تبعیت می‌کنند که آن‌ها را به سمت اختلال مصرف مواد می‌برد. افرادی که دچار بیماری روانی هستند، ممکن است تمایل زیادی به خود درمانی نداشته باشند اما فهم کمی نیز نسبت به مصرف مواد داشته باشند. این نوع افراد نسبت به سایر همسالان خود بینش پایین‌تری دارند و فرایند درمان اعتیاد آن‌ها به مراتب سخت‌تر است.

یکی از تبیین‌های روان‌شناختی که بر نارسایی‌های شخصیتی تأکید دارد، تبیین فروید است. فروید ساختار شخصیت را شامل سه لایه نهاد، من و من برتر می‌داند. نهاد سرچشمه نیروی نفسانی است که هیچ‌گونه قید و بندی نمی‌شناسد. من هسته اصلی شخصیت و مبین آموزش و واقعیات زندگی است. این بخش پیونددهنده نهاد و من برتر و به اصطلاح دروازه‌بان شخصیت است. من برتر شامل ارزش‌های اخلاقی و وجدانی فرد است که به تدریج با آموزش و پرورش و تأثیر عوامل محیطی ایجاد می‌شود. فروید معتقد است که عرصه زندگی انسان صحنه کشاکش دو نیروی نهاد و من برتر است. زمانی رفتار انحراف‌آمیز پیش می‌آید که نهاد در مبارزه با من برتر پیروز شود. می‌توان نتیجه گرفت

که هرگاه رشد روانی فرد به موازات رشد جسمی او انجام نگیرد و شخصیت فرد تکامل نیابد، فرد در معرض و هجوم بیماری‌ها و اختلالات روانی قرار می‌گیرد و به فردی بی‌اراده، تلقین‌پذیر و بی‌عاطفه تبدیل می‌شود. در این هنگام در معرض خطر کج‌روی و انحراف واقع می‌شود که اعتیاد به مواد مخدر یکی از این انحرافات است. این گونه افراد به دلیل عدم تکوین شخصیت نمی‌توانند ارزش‌های اخلاقی را بپذیرند و به آسانی نمی‌توانند خود را با محیط سازش دهند و دچار مشکلات احساسی و عاطفی می‌شوند. در نتیجه، زمینه مناسبی برای اعتیاد به مواد مخدر در چنین افرادی به وجود می‌آید (داوری، ۱۳۸۱).

تقریباً در کلیه تحقیقات مربوط به اعتیاد از ویژگی‌های شخصیتی به‌عنوان عاملی که شخص را به سوی اعتیاد می‌کشاند، نام برده شده است. از ویژگی‌های شخصیتی برجسته معتادان می‌توان به ویژگی‌های همچون روان پریش‌خویی، افسردگی، احساس تنش، ناامنی، احساس بی‌کفایتی و اشکال در برقراری روابط گرم و طولانی اجتماعی اشاره کرد. عدم رشد شخصیتی در شکل‌گیری اعتیاد عامل مهمی محسوب می‌شود. در بررسی‌های که با هدف مقایسه شخصیتی معتادان و افراد سالم صورت گرفته است، نتایج اغلب بیانگر تفاوت معنی‌دار در ابعاد برون‌گرایی، روان‌آزرده‌خویی و روان‌پریشی بین گروه معتاد و افراد سالم است (مامی، احدی، نادری، عنایتی و مظاهری، ۱۳۹۱).

شواهد علمی حاکی از آن است که بین دلبستگی با آسیب‌شناسی روانی در دوره کودکی، نوجوانی و بزرگسالی رابطه وجود دارد. مثلاً رابطه معناداری بین سبک‌های دلبستگی با اختلالات خلقی، اضطرابی، شخصیت و سوء مصرف مواد وجود دارد. مشخصه اختلال‌های دلبستگی آسیب‌زیستی، روانی و اجتماعی است که بر اثر محرومیت از مادر، فقدان مراقب یا جایگزین او و فقدان تعامل با او به وجود می‌آید. ریشه سندرم‌های رشد ناکافی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال شخصیت اجتنابی، اختلالات افسردگی، بزهکاری، مشکلات تحصیلی، مشکلات سوء مصرف مواد، در تجارب منفی دلبستگی دیده می‌شود. این تجارب منفی، سبب صدمات هیجانی در کودک می‌شود. کودکان دارای سبک دلبستگی ناایمن شخصیتی بی‌عاطفه خواهند داشت که مشخصه‌اش کناره‌گیری هیجانی، فقدان احساس و ضعف در برقراری روابط محبت‌آمیز و عاطفی

است. افرادی که شخصیت اضطرابی دارند یا دچار آسیب هستند برای فرار از واقعیت‌ها و فراموش کردن مشکلات به سمت مصرف مواد گرایش نشان می‌دهند. مصرف مواد پاسخی برای آسیب آن‌ها به شمار می‌روند نه علت آن. اعتماد به نفس پایین، بی‌مهارتی، منفعل بودن، سبک دفاعی و واکنشی منفی و تاریخچه‌ای از روابط وابسته بین اشخاص، فرد را به سمت اعتیاد می‌کشاند.

دیدگاه روان‌کاوی

نظریات اولیه روان تحلیل‌گری بر اعتیاد به عنوان یک سازش لذت بخش و واپس‌گرا تاکید کرده‌اند. نظریات بعدی، سوء مصرف مواد را واکنشی به رنج روانی و نقائص خود تنظیمی مرتبط با آن قلمداد می‌کنند. این نقائص عبارتند از تخریب در مراقبت از خود، آسیب‌پذیری در زمینه عزت نفس، روابط موضوعی مشکل دار و نقائص عاطفی (برم و خانتریان، ۱۹۹۷، به نقل از محمدی و دهگانپور، ۱۳۸۲). نوشته‌های اولیه روان‌پویشی درباره اعتیاد منعکس کننده شیوه مسلط فهم و درک روان در آن زمان یعنی مدل ساختاری ذهن بود. بدین ترتیب در این زمان بر رفتار واپس‌گرا که معلول تعارضات ناهشیار نسبت به لذات لیبیدوئی پرخاشگری بود، تاکید می‌شد. فروید اعتیاد را به عنوان جایگزینی برای یک خود دوست‌داری واپس‌گرا می‌دانست که ابتدا لذت بخش و بعد غیر لذت‌بخش است. یعنی چرخه معیوبی که در اکثر سوء مصرف کنندگان مواد مشاهده می‌شود. در این چرخه میل به لذت ارضاء می‌شود اما با احساس گناه و از دست دادن عزت نفس همراه است. این احساسات، اضطراب قابل توجهی را ایجاد می‌کند که خود به تکرار عمل برای رهایی از اضطراب منجر می‌شود. از این دیدگاه اعتیاد نمونه‌ای از اجبار تکرار قلمداد می‌شود (محمدی و دهگانپور، ۱۳۸۲). یکی از چارچوب‌های اصلی برای فهم سوء مصرف مواد بر نقائص خود تنظیمی استوار است که در بردارنده نقائصی در مراقبت از خود، عزت نفس، روابط موضوعی و عواطف تاکید می‌کند. زینبرگ (۱۹۷۵) بر عدم تعادل "من" در فرد معتاد و ناتوانی او در نگهداری استقلال "من" تاکید می‌کند. وی با اشاره به اهمیت محیط، بیان می‌کند که معتادان

منابع تغذیه محرکی محیط را از دست داده‌اند. روابط آن‌ها با خانواده و سایرین تخریب شده و دریافت‌های آن‌ها از جهان خارج بیشتر منفی است. "من" به دلیل ناتوانی در نگهداری استقلال خود از نهاد و محیط بازگشت می‌کند. (محمدی و دهگانپور، ۱۳۸۲). فرمول بندی‌های جدید از آسیب‌پذیری نسبت به سوء مصرف مواد بر نقائص و کمبودهای تحولی و ساختاری سوء مصرف کنندگان مواد تاکید زیادی دارند که باعث می‌شود در تنظیم رفتار خود دچار مشکل شوند. بسیاری از افراد سوء مصرف کننده مواد نسبت به خطراتی که سلامتی آن‌ها را تهدید می‌کند بی‌توجه هستند. ناتوانی در مراقبت از خود با مجموعه‌ای از کارکردهای من از قبیل واقعیت‌سنجی، قضاوت و ترکیب مرتبط است. بی‌توجهی معتاد نسبت به خود نتیجه انگیزه‌های ناهشیار تخریب نیست، بلکه نتیجه شکست در پذیرش و درونی کردن این کارکردها از والدین مراقب در مراحل اولیه و بعدی تحول است. بسیاری از مشکلات مرتبط با مراقبت از خود در تاریخچه سوء مصرف کنندگان مواد قبل از مصرف یا حتی مدت‌ها پس از پرهیز یافت می‌شود. جنبه دیگر مرتبط با این موضوع، ناتوانی فرد در آرام کردن خود بویژه در زمان استرس است. این آسیب‌پذیری نیز از مشکل کودک در درونی‌سازی کارکردهای مراقبتی مادر ناشی می‌شود (محمدی و دهگانپور، ۱۳۸۲). اگرچه در تئوری‌های اولیه روان‌پویشی بر جنبه‌های واپس‌گرایی اعتیاد تکیه می‌شد اما می‌توان در مراحل بعدی فرمول بندی‌هایی را مشاهده کرد که اعتیاد را یک رفتار پیش‌رونده می‌دانند. تلاش برای تسلط، رفع یا تعدیل افسردگی، دفاع علیه کشاننده‌ها و عواطف و حل تعارضات درون روانی موضوعات معاصر فرضیات روان‌پویشی درباره سبب‌شناسی، دوره و درمان سوء مصرف مواد هستند. برخی از نظریات روان تحلیل‌گری در باره اعتیاد عبارتند از نظریه فینیکل، نظریه روان‌شناسی خود، نظریه کوهات و نظریه روابط موضوع.

دیدگاه یادگیری

رفتار مصرف مواد را چه به صورت گاهگاهی و چه به صورت مداوم، می‌توان به عنوان

رفتاری که به وسیله پیامدهایش تداوم می‌یابد، نگر نیست. هر رخدادی که یک الگوی رفتاری پیشیند را نیرومند می‌کند، می‌تواند به عنوان تقویت کننده رفتار قلمداد شود. بدین مفهوم، مواد رفتار مصرف مواد را تقویت می‌کند. مواد همچنین می‌تواند از طریق پایان دادن حالاتی از قبیل درد، اضطراب یا افسردگی رفتارهای پیشیند را تقویت کنند. در برخی از موقعیت‌های اجتماعی رفتار مصرف کننده مواد چنانچه به موقعیت اجتماعی خاصی یا پذیرش از سوی دوستان منجر شود، تقویت می‌شود. این نوع تقویت کننده کاملاً جدا از اثرات دارویی است. تا زمانی که اثرات تقویت کننده اولیه یا تقویت ایجاد شده به وسیله تخفیف علائم بازگیری شروع شود، تقویت کننده اجتماعی می‌تواند تداوم بخش مصرف مواد باشد. هر بار مصرف مواد، تقویت مثبت را برمی‌انگیزد. این تقویت می‌تواند از سر خوشی ایجاد شده، کاهش عواطف دارای اختلال و تخفیف علائم بازگیری یا تلفیقی از این موارد ناشی شود. در مورد مواد با اثر کوتاه مدت مانند هروئین، کوکائین، نیکوتین و الکل این تقویت چند بار در روز تکرار می‌شود. نهایتاً لوزام مصرف مواد مانند سرنگ، بسته سیگار و ... و همچنین رفتارهای مرتبط با مصرف مواد می‌توانند به عنوان تقویت کننده ثانویه عمل کنند. استرس نیز می‌تواند به عنوان نشانه‌ای برای مصرف مواد، به ویژه در دوره پس از بازگیری عمل کند. علاوه بر تقویت آشکار رفتارهای مصرف مواد، احتمالاً ساز و کارهای دیگر یادگیری در وابستگی و عود نقش دارند. پدیده بازگیری از اوپیوئید و الکل می‌تواند به محرک محیطی یا درونی شرطی شود. این چنین شرطی شدن در حیوانات آزمایشگاهی، پرهیزکنندگان و داوطلبان برنامه متادون نشان داده شده است. تا مدت زمان زیادی پس از بازگیری (از اوپیوئید، نیکوتین و الکل) مصرف کننده‌ای که با محرک محیطی مواجه شود (که قبلاً با مصرف مواد یا بازگیری مرتبط بوده است) ممکن است بازگیری شرطی شده، میل شرطی شده یا هر دو را تجربه کند. احساسات افزایش یافته در میل به مصرف مواد ضرورتاً با علائم بازگیری همراه نیست. شدیدترین میل به مصرف از طریق موقعیت‌های مرتبط با دسترسی به مواد، دیدن فرد در حال مصرف، تعارف مواد از سوی فردی دیگر برانگیخته می‌شود. برخی بر این باورند که نشانه‌هایی که خاطرات سرخوشی ناشی از

مواد را ایجاد می‌کنند در تحریک میل از اهمیت بیشتری برخوردارند (محمدی و دهگانپور، ۱۳۸۲).

دیدگاه شناختی

طبق دیدگاه شناختی که متأثر از نظریه یادگیری اجتماعی شناختی بندورا است شیوه تفسیر افراد از موقعیت‌های خاص، احساسات، انگیزش‌ها و اعمال آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مثلاً یک موقعیت اجتماعی ممکن است عقیده منحصر به فردی مثل «مواد من را اجتماعی تر می‌کند» را فعال نماید و به میل برای مصرف منجر شود (رحیمی، ۱۳۹۵). از نظر بک^۱ زنجیره‌ای از عقاید زیربنایی و عقاید اعتیادی منجر به رفتار اعتیادی می‌شود. اشخاص در معرض خطر اعتیاد دارای عقاید هسته‌ای هستند که حول تنها بودن و بی‌یاور بودن یا مورد پذیرش واقع نشدن آن‌ها قرار دارد. مثلاً این عقیده که «کسی مرا دوست ندارد» منجر به عواطفی از قبیل غمگینی یا خشم می‌شود و در این هنگام عقاید اعتیادی مثل این عقیده که «داروها راهی برای فرار هستند» موجب مصرف مواد می‌شود. بر اساس رویکردهای شناختی، هر فرد مجموعه‌ای از طرحواره‌ها موسوم به راهبردهای شناختی دارد که در شناخت محیط، از آن‌ها استفاده می‌کند. این طرحواره‌ها، الگوهای تفکر یا مجموعه باورهای اصلی فرد هستند که چگونگی تفسیر او را از خود و دنیا شکل می‌دهند. در جریان شناخت درمانی درمان‌جو تشویق می‌شود تا رابطه‌ی بین افکار خودکار منفی و احساس خود را به عنوان فرضیه‌هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شوند، تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار منفی است به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار استفاده کند. در این شیوه هدف نه فقط تسریع بلکه تداوم در بهبودی و در صورت امکان جلوگیری از بازگشت مشکل است (نظری و اسدی، ۱۳۹۱). دیدگاه شناختی بر این باور است که سوءمصرف کنندگان مواد از نظر شناختی در برابر مصرف مواد آسیب‌پذیرترند. به عبارتی تحت شرایطی در این افراد باورهای خاصی به وجود می‌آید که احتمال سوءمصرف مواد را در آن‌ها افزایش می‌دهد. این باورها کاملاً فردی و غیرمتعارف

(نظیر بدون سر حال شدن و نشئگی نمی‌توانم با دیگران بجوشم) در موقعیت‌های خاص به وجود می‌آیند و احتمال مصرف مواد را افزایش می‌دهند (کارول^۱ و همکاران، ۲۰۰۸).

خود پنداره یکی از عوامل مرتبط با گرایش به اعتیاد است. در هر فردی، خود پنداره و توانایی‌های او در کنترل خود، در ترکیب با احساسات او در مورد احترام به خود، نظام خود را تشکیل می‌دهد. ویلیام جیمیز^۲ معتقد است که احترام به خود را می‌توان به عنوان رابطه میان خود واقعی و خود ایده‌آل شخص در نظر گرفت. به میزانی که خود واقعی در دست‌یابی به معیارهای خود ایده‌آل شکست می‌خورد فرد احترام به خود ضعیفی را تجربه خواهد کرد. روان‌شناسان تحولی به بررسی نکاتی می‌پردازند که چگونگی پی‌بردن شخص به خود واقعی‌اش را توضیح می‌دهد. گروهی از روان‌شناسان اجتماعی معتقدند که افراد بر اساس اینکه دیگران در مورد آن‌ها چه نظری دارند یا با آن‌ها چگونه رفتار می‌کنند در مورد خود اظهار نظر می‌کنند (احدی و بنی‌جمالی، ۱۳۸۷، به نقل از پازانی و همکاران، ۱۳۹۵). بسیاری از افراد دوره نوجوانی را به عنوان دوره تعیین‌کننده در تحول خود پنداره در نظر می‌گیرند. در خلال این دوره، اغلب افراد هویتی از خود پیدا می‌کنند که تا بزرگسالی پایدار باقی می‌ماند. ناهماهنگی کودکان به صورت تفاوت در میزان دست‌یابی توانایی‌های مرتبط با هم یا تاخیر در رشد در مقایسه با همسالان، می‌تواند منبع عمده‌ای برای مشکلات خود پنداره باشد. مطالعات موجود در این زمینه حاکی از آن است که خود پنداره در گرایش افراد به سوء مصرف مواد تاثیر دارد (فروع‌الدین و صدرالسادات، ۱۳۸۱؛ کاظمی زهرانی، کمالی و قربانی، علیدوست و پوراندی، ۱۳۹۳؛ اختر، ۲۰۱۳؛ نصیری، بخشی‌پور رودسری و نصیری، ۲۰۱۴، آلوارز-آگوییره، آلونسو-کاستیو و (۲۰۱۴)

هیجان خواهی نیز به عنوان یک عامل دیگر در گرایش به اعتیاد به شمار می‌آید. هیجان خواهی به عنوان جستجوی هیجان‌ها و تجربه‌های متنوع، تازه، پیچیده و پر شور و میل به خطر کردن بدنی، اجتماعی و مالی به خاطر خود این تجربه‌ها تعریف می‌شود.

1. Carroll
2. William James

3. Alvarez-Aguirre, Alonso-Castillo

هیجان خواهی شامل فعالیت‌های خطرناک، شیوه غیرمنتظره زندگی و عدم پذیرش یکنواختی است. اگر پیامد یک رفتار پرخطر تاثیر مثبت در فرد هیجان خواه باشد فرد تمایل خواهد داشت که آن را تکرار کند. افراد هیجان خواه افرادی هستند که دارای خصوصیتی همچون برون‌گرایی، خودمختاری، جسارت و ناهماهنگی هستند (شولتز و شولتز، ۱۹۹۰؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۶). مطالعات موجود در این زمینه حاکی از آن است که هیجان خواهی از جمله عوامل اثرگذار در گرایش افراد به سمت اعتیاد است (مساح و همکاران، ۲۰۱۷؛ فولادی، ۱۳۹۵).

جرات ورزی یا مهارت ابراز وجود نیز در گرایش به اعتیاد نقش دارد. جرات ورزی یکی از جنبه‌های ارتباط میان فردی است. در تعاریف اولیه از جرات‌ورزی تقریباً تمام مهارت‌های تعاملی مطرح شده است. لازاروس^۱ ابراز وجود را دارای چهار مولفه می‌داند: رد تقاضاها، جلب محبت دیگران و مطرح کردن درخواست‌های خود، ابراز احساسات مثبت و منفی، شروع، ادامه و خاتمه دادن گفتگوها (هارجی، ساندرز و دیکسون ترجمه بیگی و فیروز بخت، ۱۳۹۰). افرادی که قادر به ابراز وجود نیستند، درک درستی از رفتار دیگران ندارند مثلاً درخواست‌های نامعقول دیگران را درخواست معقولی می‌دانند. سایرین آن‌ها را اشخاصی سهل‌الوصول می‌دانند و گاهی کمک‌های آن‌ها به سوءاستفاده دیگران منجر می‌شود. مطالعات موجود حاکی از آن است که ابراز وجود از جمله عواملی است که در آمادگی به اعتیاد نقش دارد (به نقل از پازانی و همکاران، ۱۳۹۵).

میرزاخانی و خدادای سنگده (۱۳۹۵) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که عوامل روان‌شناختی از جمله ویژگی‌های شخصیتی شامل، هیجان خواهی، روان‌آزردگی، کمال طلبی، راهبردهای مقابله‌ای آسیب‌زا از جمله، سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی و هیجانی، تعارض‌های روان‌شناختی شامل تعارض در اهداف، تعارض نقش جنسیتی و تعارض خود، تجربه آسیب‌زا شامل، از دست دادن والدین، غفلت والدین، تجربه خشونت‌ها و شکست عاطفی، انگیزه‌های فردی شامل کسب منافع روانی و کسب منافع جسمانی می‌توانند عوامل مستعدکننده اعتیاد باشند. افرادی که از سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند، مستعد

گرایش به مصرف مواد هستند. یافته‌های پژوهش راکتیک، کوواسیوک و دجوریک^۱ (۲۰۰۹) نیز نشان داده است که سبک‌های مقابله‌ی رشدنا یافته و سازش نایافته با اعتیاد ارتباط معنی‌داری دارند. مطالعه گویترس و ون پامبرگ^۲ (۲۰۰۶) نیز نشان داد که تجربه خشونت و سوء رفتارهایی در زندگی زنان به صورت آسیب‌های روانی، می‌تواند زمینه‌ساز مصرف مواد و شکل‌گیری اعتیاد شود. قریشی‌زاده و ترابی (۱۳۸۸) پژوهشی با عنوان بررسی بیماری‌های روانی توام با اعتیاد در ۲۰۰ مورد از مراجعه‌کنندگان به مرکز معتادان خودمعرف بهزیستی تبریز انجام دادند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که بیشترین مراجعه‌کنندگان از گروه سنی ۲۵-۳۴ سال بودند. بیشترین ماده مصرفی معتادان تریاک بود. ۹۰ درصد از معتادان علاوه بر مشکل وابستگی به مواد، یک یا چند اختلال روانپزشکی همراه با اعتیاد داشتند که شایع‌ترین آن‌ها به ترتیب افسردگی خفیف، اختلال اضطرابی و اختلال شخصیت ضداجتماعی بود.

پرویزی فرد، بیرشک، عاطف وحید و شاکر (۱۳۸۰) در پژوهشی به بررسی همبودی اختلال‌های خلقی و اضطرابی در سوءمصرف‌کنندگان مواد افیونی جویای درمان و مقایسه آن با افراد بهنجار پرداختند. نتایج نشان داد که که ۷۳/۲ درصد از معتادان مورد بررسی به ترتیب واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال‌های خلقی و اضطرابی (غیر از اختلال مصرف مواد) بودند. در میان اختلال‌های خلقی و اضطرابی، افسردگی اساسی و اختلال اضطراب منتشر شایع‌ترین اختلال‌ها بودند. عدم رشد عاطفی، پایین بودن آستانه تحمل در برابر مشکلات و عدم توانایی عقلانی و عملی برای رفع مشکلات نیز زمینه‌ساز گرایش به اعتیاد مؤثر است. نتایج مطالعه مروری قبادزاده، مسعودی، محمدخانی و حسنی (۱۳۹۶) نشان داد که عوامل شناختی مرتبط با اعتیاد عبارتند از: ادراک خود، استرس ادراک شده، باورهای غیرمنطقی، نگرش به مواد، خودکارآمدی و پایگاه هویت.

مدل‌های زیستی اعتیاد

در سال‌های اخیر برخی صاحب‌نظران تلاش‌های گسترده‌ای را برای دستیابی به تفاوت‌های

زیستی زمینه‌ساز اعتیاد مبادرت ورزیده‌اند. بنیادهای زیستی زمینه‌ساز اعتیاد توجه بسیاری از پژوهشگران را جلب نموده است. حساسیت متفاوت نسبت به نشانه‌های پاداش و تنبیه در افراد مختلف این فرض را مطرح ساخته است که افراد دارای وابستگی دارویی یا نظام بازداری رفتاری ضعیفی دارند و یا عملکرد نظام فعال ساز رفتاری در آن‌ها به شکلی است که حساسیت نظام بازداری رفتاری را مختل می‌سازد. در مطالعه‌ای به منظور بررسی تفاوت الگوی فعالیت نظام‌های مغزی/ رفتاری در افراد معتاد و غیر معتاد ۳۰ نفر آزمودنی معتاد مرد و ۳۰ نفر آزمودنی غیر معتاد مرد از طریق مقیاس شخصیتی گری ویلسون مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج نمایانگر فعالیت بیشتر نظام فعال‌ساز رفتاری و فعالیت کمتر بازداری رفتاری در گروه افراد معتاد بود. از لحاظ فعالیت نظام جنگ / گریز تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد (آزادفلاح، ۱۳۷۹).

بررسی الگوی موج‌نمای الکتریکی مغز در معتادان یکی از راهبردهایی است که در چند دهه اخیر مورد نظر بوده است. ناهنجاری الگوی فعالیت الکتریکی مغز در این افراد به دو صورت مشاهده شده است. یکی از ناهنجاری‌ها وجود امواج آهسته مغزی است. می‌توان گفت که امواج مغزی افراد معتاد شبیه امواج مغزی کودکان و بیانگر رشدنیافتگی مغزی است. دومین ناهنجاری وجود خیزک‌هایی در امواج مغزی معتادان است. وجود این خیزک‌ها با رفتار پرخاشگرانه و زودانگیخته ارتباط دارد، به نحوی که در اغلب افرادی که مرتکب اعمال پرخاشگرانه می‌شوند این خیزک‌ها مشهود بوده و این افراد درباره اعمال خود اظهار گناه یا نگرانی نمی‌کنند (روزنهان و سلیگمن، ۱۹۸۹، به نقل از آزادفلاح، ۱۳۷۹). توجه به این یافته‌ها نخستین احتمال را مطرح می‌سازد که قشر مغز در افراد معتاد از رشد یافتگی مطلوبی برخوردار نیست. بنابراین انتظار می‌رود که با تحول یافتگی قشر مغز رفتارهای اعتیادی آنان کاهش یابد. از سوی دیگر این نکته نیز تایید شده است که مصرف موادی چون هرویین، کوکائین، آمفتامین، الکل و نیکوتین موجب آزادسازی دوپامین در مسیرهای عصبی یاد شده می‌شود. بنابراین می‌توان فرض کرد که آزادسازی دوپامین در مسیرهای عصبی نظام فعال‌ساز ارتباط نزدیکی با حالت‌های هیجانی ناشی از مصرف این مواد دارد. نتایج مطالعه مروری قبادزاده، مسعودی، محمدخانی و حسینی

(۱۳۹۶) نشان داد که عوامل فیزیولوژیکی اعتیاد عبارتند از: مناطق مغزی درگیر در ولع مصرف، سیستم فعالسازی-بازداری رفتار و کارکردهای اجرایی-عصب شناختی. نتایج تحقیق حسینی کتکی، نجفی و محمدی فر (۱۳۹۵) با عنوان مقایسه ناگویی خلقی، سرشت و منش و پرخاشگری در معتادان و افراد عادی نشان داد که بین مؤلفه‌های ناگویی خلقی (دشواری تشخیص احساس‌ها، دشواری توصیف احساس‌ها و تفکر برون‌مدار) و پرخاشگری (پرخاشگری بدنی، پرخاشگری کلامی، خشم و خصومت) میان معتادان و افراد عادی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. بدین صورت که نمرات مؤلفه‌های ناگویی خلقی و پرخاشگری در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی بود. همچنین، نمرات مؤلفه‌های آسیب و نوجویی در متغیر سرشت و منش در افراد معتاد بیشتر از افراد عادی بود. نمرات مؤلفه‌های خودرهبی، مشارکت و پشتکار در افراد معتاد کمتر از افراد عادی به دست آمد. تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در مؤلفه‌های پاداش-وابستگی و خودتعالی مشاهده نشد. این مطالعه در راستای پژوهش‌های معطوف به بررسی ابعاد شخصیتی زیربنایی دخیل در اعتیاد، می‌تواند در جهت شناخت دقیق‌تر عوامل دخیل در این پدیده و ارائه راهکارهای مناسب جهت پیشگیری و درمان کمک‌کننده باشد.

موثق‌ترین اطلاعات در رابطه با نقش ژنتیک در اعتیاد، در حیطه سوء مصرف و وابستگی به الکل است. مطالعات خانواده نشان‌دهنده نسبت خطر فزاینده برای افراد به عنوان افزایش تعداد بستگان الکی و به عنوان تعداد و شدت مشکلات خانوادگی ناشی از الکل است. مطالعات روی دوقلوها و نیز سنجش عمیق فرزندان افراد الکی ظاهراً از اهمیت عوامل ژنتیکی به عنوان عوامل سهم در الکیسم حمایت می‌کنند. اکثر صاحب‌نظران تأثیر ژنتیک را بر استعداد ابتلاء به سوء مصرف مواد تصدیق می‌کنند (بهاری، ۱۳۹۲).

سزارلمبروز از پیشگامان نظریه بازپیدایی ژنتیکی است. به ادعای او فرد مبتلا به بازپیدایی ژنتیکی کسی است که به ویژگی‌های ارثی نیاکان خود در مراحل اولیه تکامل انسانی بازگشته است و در نتیجه نمی‌تواند برای پیروی از قواعد جامعه کنونی به خوبی جامعه‌پذیر شود. در نتیجه گرایش به آسیب‌های اجتماعی از جمله سوء مصرف مواد در او

بیشتر است.

شلدن^۱ معتقد بود که هر تیپ بدنی روحیه و مزاج خاصی دارد. به گفته او فربه تنان^۲، افرادی آرام، راحت طلب، مهربان و برون گرا هستند. کشیده تنان اشخاصی درون گرا و خویشتن دار و سسترتان^۳ پر خاشخو و فعال هستند. شلدن مدعی است که می توان بر اساس احتمالات آماری پیش بینی کرد که میزان جرم سسترتان چهار برابر کشیده تنان باشد و بزهاکاران، معتادان و الکلی ها نیز ویژگی های جسمانی شان به سبب تنان شبیه است (ستوده، ۱۳۹۳).

بر اساس نظریه وابستگی جسمانی اعتیاد، وابستگی جسمانی معتاد را در چرخه معیوب دریافت دارو و نشانه های ترک مواد گرفتار می کند. عقیده بر این است که مصرف کنندگان مواد که مصرف آن ها تا حد ایجاد وابستگی جسمانی رسیده است به خاطر اجتناب از نشانه های ترک مواد مجبور به مصرف می شوند. برنامه های اولیه در مورد اعتیاد به مواد، بر اساس نظریه وابستگی جسمانی اعتیاد بوده است. این برنامه ها سعی داشتند که چرخه معیوب دریافت مواد را از طریق ترک تدریجی مواد در بیمارستان از بین ببرند. ترک تدریجی در مقایسه با ترک ناگهانی نشانه های ترک خفیف تری ایجاد می کند، اما متأسفانه وقتی این افراد پس از سم زدایی از بیمارستان مرخص می شوند دوباره به عادت اولیه خود باز می گردند. سم زدایی حالتی است که در آن دیگر مواد در بدن باقی نمی ماند و شخص نشانه های ترک مواد را تجربه نمی کند (به نقل از رحیمی، ۱۳۹۵).

ناتوانی نظریه های وابستگی جسمانی در تبیین جنبه های عمده اعتیاد، سبب پیدایش نظریه مشوق مثبت اعتیاد شد. در این نظریه دلیل اصلی گرایش معتادان به مصرف مواد، فرار یا اجتناب از پیامدهای ناخوشایند علائم ترک مواد یا علائم شرطی شده ترک مواد نیست، بلکه بیشتر برای حصول آثار خوشایند مواد و ایجاد لذت است. نکته حائز اهمیت این است که لذت حاصل از مصرف مواد، به خودی خود اساس اعتیاد نیست، بلکه لذت مورد انتظار از مصرف مواد (ارزش مشوق مثبت مواد) است که سبب گرایش به مواد

می‌شود. در آغاز ارزش مشوق مثبت مواد کاملاً با آثار آن ارتباط دارد، اما در اعتیاد مزمن، ارزش مشوق مثبت مواد اغلب به دور از لذت حاصل از مواد است (به نقل از رحیمی، ۱۳۹۵).

مدل زیستی، روانی، اجتماعی اعتیاد

به دلیل نارضایتی از تبیین‌های ناقصی که مدل‌های قبلی ارائه داده‌اند، برخی از صاحب‌نظران به سمت ادغام این تبیین حرکت کرده‌اند. آن‌ها با نامیدن مدلشان به‌عنوان مدل زیستی-روانی-اجتماعی سعی در تبیین اعتیاد داشته‌اند. در این مدل، اعتیاد برآیند تلاقی عوامل زیستی، روانی و اجتماعی است. دانوان^۱ در دفاع از این مدل می‌گوید که به نظر می‌رسد اعتیاد محصول تعامل یادگیری اجتماعی در موقعیتی است که شامل وقایع فیزیولوژیکی - آن‌گونه که تعبیر و تفسیر و برجسب زده می‌شوند - و معنای داده شده از سوی فرد باشد. ویژگی مشترک میان اعتیادها و بی‌کفایتی هرگونه عامل منفرد در تبیین اعتیاد، نیاز به یک مدل پیچیده‌تر و چند مولفه‌ای را در معتادان برجسته می‌سازد. بنابراین، به علل، سیستم‌ها و سطوح متعدد تحلیل‌ها برای درک فرایند اعتیاد نیاز است. مدل زیستی، روانی، اجتماعی به دفاع از این علیت چندگانه اکتساب، ابقاء و قطع رفتارهای اعتیادی می‌پردازد. مدافعان این مدل اغلب از وجوه مشترکی در فرایند عود به‌عنوان بحثی که حامی نیاز به مدل زیستی، روانی و اجتماعی است، استفاده می‌کنند. این مدل آشکارا از پیچیدگی و ماهیت تعاملی فرایند اعتیاد و بهبودی حمایت می‌کند. به‌رحال به عناصر ادغام‌کننده اضافی نیاز است تا این مجموعه سه قسمتی از عوامل، برای تبیین نحوه معتاد شدن افراد و نحوه جریان بهبودی از اعتیاد واقعاً کارآمد نشان دهند (بهاری، ۱۳۹۲).

مدل زیستی-روانی-اجتماعی سعی می‌کند تا دلایل اعتیاد را توضیح دهد. دلایل بروز اعتیاد بسیار پیچیده هستند و سه عامل ذکر شده در مدل زیستی-روانی-اجتماعی نقش قابل توجهی در القای رفتار اعتیاد آور در یک فرد ایفا می‌کند. عامل زیستی در این مدل بیان می‌کند که برخی از مردم در مقایسه با دیگران، در اعتیاد از شانس بالاتری

برخوردار هستند. تحقیقات نشان می‌دهد که افراد با سابقه خانوادگی اعتیاد، در مقایسه با کسانی که چنین سابقه خانوادگی ندارد، بیشتر مستعد ابتلاء به اعتیاد هستند. از این رو، احتمال دارد عوامل زیستی یک فرد، نقش مهمی در توسعه رفتار اعتیاد آور وی ایفا کند. عامل روانی در مدل زیستی-روانی-اجتماعی نیز نقش عمده‌ای در اعتیاد ایفا می‌کند. برای بسیاری از مردم، به عنوان مثال، سیگار کشیدن منجر به احساسی مانند رفتار پاداش می‌شود که با انجام آن کارها حس شادی یا آرامش به آن‌ها دست می‌دهد. مفهوم رفتار پاداش در واقع، مفهومی روانی است، که فرد تنها احساس می‌کند پاداش دریافت کرده است. با این حال، وسوسه شدن از دریافت احساسات خوب برای یک فرد، منجر به اعتیاد به همان چیز می‌شود. عامل اجتماعی در مدل زیستی-روانی-اجتماعی، متشکل از محیط فرهنگی و اجتماعی اطراف یک فرد است. روابط وی با مردمی که در اطراف او هستند و گروه همسالان نقش بزرگی در اعتیاد ایفا می‌کند (نویس، ۱۳۹۶). حبیبی کلیبر، فرید و غریبی (۱۳۹۳) پژوهشی با عنوان واکاوی پدیدارشناسانه علل گرایش به اعتیاد و عامل‌های زمینه‌ساز ترک آن از دید معتادان بهبود یافته انجام دادند. آنان مصاحبه‌های بدون ساختار با ده معتاد بهبود یافته ۲۴ تا ۴۹ ساله انجام دادند که در طی آن معتادان، تجربه‌های خود را در خصوص این پدیده بیان کردند. سه مضمون از یافته پژوهش آنان استخراج شد که دیدگاه معتادان بهبود یافته را از علل گرایش به اعتیاد و عامل ترک موفقیت‌آمیز به تصویر کشیدند. این مضمون‌ها عبارت بودند از: علل فردی اعتیاد، علل اجتماعی گرایش به اعتیاد و انزجار از وضع موجود زندگی. آنان عدم وجود ثبات شخصیتی، حس برتری جوئی، گرایش به لذت‌طلبی، نبود مهارت‌های اساسی زندگی، کنجکاو، احساس خوشی کاذب به دنبال مصرف، شرایط محیطی نامناسب و برخورد نامناسب اعضای خانواده را مهم‌ترین عوامل گرایش افراد به اعتیاد و تداوم آن معرفی کرده بودند (حبیبی کلیبر، فرید و غریبی، ۱۳۹۳).

سحاقی، قربان صباغ و محمدی (۱۳۹۶) پژوهشی را با عنوان مروری بر عوامل مخاطره‌آمیز فردی، بین فردی، محیطی و اجتماعی مرتبط با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر انجام دادند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که عوامل فردی، بین فردی، اجتماعی و محیطی در گرایش به اعتیاد نقش داشته است. کریم یار جهرمی، افتخارزاده و حمیدی پور

(۱۳۹۲) پژوهشی را با عنوان بررسی میزان تاثیر علل مختلف عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد انجام دادند. از دیدگاه افراد معتاد مورد بررسی در بین عوامل فردی، عوامل روانی و در بین عوامل محیطی، عوامل اجتماعی بیشترین تاثیر را داشتند. در مجموع عوامل روانی بیشترین تاثیر و عوامل خانوادگی کمترین تاثیر را در بین حیطه‌های مختلف داشتند. نتایج تحقیق پازانی، بر جعلی، احدی و کراسکیان موجباری (۱۳۹۵) نشان داد که هم وابستگی به عنوان یک رفتار اکتسابی شامل غفلت از خود و کاهش هویت فردی، تحت تاثیر عوامل روان‌شناختی و نیز عوامل اجتماعی شکل می‌گیرد و رابطه این عوامل روانی اجتماعی را با آمادگی برای مصرف مواد مخدر واسطه‌گری می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

در مقاله حاضر پدیده اعتیاد با مدل‌های رایج مورد کنکاش قرار گرفت. بعد از مرور این مدل‌ها مشخص شد که اعتیاد از عوامل تعیین‌کننده متعددی تشکیل شده است که معرف حیطه‌های بسیار مختلفی از عملکرد آدمی است و از عناصر عمیقاً درونی و زیستی گرفته تا روانی و اجتماعی تاثیر می‌پذیرد. رویکردها و دیدگاه‌هایی که شرح آن‌ها گذشت اکثراً نظرات تک‌بعدی و اغلب ناقصی را برای درک مسئله اعتیاد بیان می‌کنند. مدل محیطی اجتماعی بر نقش محیط فرد و شرایط اجتماعی همچون فقر، بیکاری، فشار اجتماعی، جدایی والدین، وضعیت اقتصادی اجتماعی خانواده، میزان تحصیلات والدین، معاشرت با دوستان معتاد، در دسترس بودن مواد و زندگی در مناطق حاشیه‌نشین تأکید دارد. پژوهش‌هایی که در زمینه بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد صورت گرفته بیشتر بر اثرگذاری این عامل‌ها تأکید کرده‌اند. خادامیان و قناعتیان (۱۳۸۷) در پژوهش خود از هم‌گسستگی خانواده زن و شوهری، از هم‌گسستگی خانوادگی پدر و مادری، نابسامانی خانواده زن و شوهری، پایگاه اقتصادی اجتماعی، در دسترس بودن مواد مخدر، اعتیاد اعضای خانواده را از مهم‌ترین عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان معرفی کرده‌اند. در پژوهش‌های دیگر عواملی همچون اثرهمسالان، والدین مصرف‌کننده الکل و مواد، نظارت و سبک والدین مهم‌ترین عوامل فردی و اجتماعی عنوان شدند. بدون شک

نهادهای اجتماعی یکدیگر را تحت تأثیر قرار می‌دهند. به‌طور مثال نهاد خانواده در بسیاری از روابط متأثر از نهاد اقتصادی است. فقر مادی همراه با فشار روانی در خانواده باعث سختگیری‌های بی‌مورد توسط پدر یا مادر بر فرزندان می‌شود. خانواده از هم گسیخته به هر دلیل طلاق، غیبت‌های طولانی، فوت والدین و ... باعث اختلال در کارکرد صحیح خانواده و جلوگیری از رشد شخصیتی فرزندان آن خانواده می‌شود. در زمینه نقش محیط جغرافیایی و محل سکونت در گرایش افراد به اعتیاد می‌توان به این نتیجه رسید که در شهرهای مرزی امکان انتقال مواد مخدر به راحتی صورت می‌گیرد و در محل سکونت این مسئله اهمیت دارد که غالب افراد معتاد در مناطق حاشیه‌ای و مناطق قدیمی که دارای کوچه‌های پرپیچ و خم و خانه‌های مخروبه می‌باشد زندگی می‌کنند. واقعیت این است که محیط‌های آلوده می‌توانند زمینه مساعد شکوفایی استعدادها را موجود در افراد برای ارتکاب به جرم و اعتیاد را ایجاد نمایند. در این گونه مناطق که اغلب مناطق فقیرنشین هستند، امکانات رفاهی و مراکزی مانند سینما، پارک و امکانات رفاهی کمتر وجود دارند و جوانان برای گذران اوقات فراغت خود به طرف اعتیاد کشانده می‌شوند. اغلب روستاییان و مهاجران خارجی در محله‌های قدیمی، شلوغ و مخروبه‌ها که از مراکز شهرها به دور هستند اسکان می‌یابند و به دلیل آنکه این افراد، اغلب شغلی ندارند و در بین مردم شناخته شده نیستند، خیلی راحت و بهتر می‌توانند به توزیع مواد مخدر و در نهایت، مصرف آن روی آورند. در مورد نقش دوستان و همسالان می‌توان به این نتیجه رسید که عضویت در گروه همسالان برای نخستین بار کودکان را در فرایندی قرار می‌دهد که بیشترین میزان جامعه‌پذیری به صورتی ناخودآگاه و بدون هرگونه طرح سنجیده‌ای در آن انجام می‌پذیرد. گروه همسالان برخلاف خانواده و مدرسه، کاملاً حول محور منافع و علائق اعضا قرار دارد. اعضای این گروه می‌توانند به جستجوی روابط و موضوع‌هایی بپردازند که در خانواده و مدرسه با تحریم مواجه است. تقریباً در ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف مواد به دنبال ارتباط با دوستان ناباب رخ می‌دهد. دوره نوجوانی دوره‌ای آکنده از تعارض و نوسان است. یکی از ویژگی‌های دوره نوجوانی هویت‌یابی، سست شدن روابط نوجوان با خانواده خود، افزایش گرایش او به همسالان و دوستان و الگویابی است. یک دوست

منحرف به راحتی قادر است که رفیق خود را اغفال کند. لذا یکی از مهم‌ترین علل اجتماعی اعتیاد نوجوانان، داشتن دوست ناباب است (جهانتاب، ۱۳۹۳). ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان و جوانان به اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان سعی می‌کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. نظریه همنشینی افتراقی مؤید این دلیل است. در این نظریه، کجروی و انحراف اجتماعی ناشی از آن است که فرد رفتار نابهنجاری را در خلال فرایند جامعه‌پذیری و یادگیری فراگرفته و آن را از طریق همانندسازی یا درونی کردن ارزش‌ها، در درون خود جایگزین کرده است و به صورت رفتار بروز می‌دهد. در این تحلیل، خانواده، دوستان و گروه همسالان بیشترین نقش را برعهده دارند.

مدل ژنتیکی و فیزیولوژیکی به دنبال پاسخی به بعد بیولوژیکی است و با مطالعه روی دوقلوها و نیز سنجش عمیق فرزندان افراد الکلی از اهمیت عوامل ژنتیکی به عنوان عوامل سهیم در الکلیسم حمایت می‌کند. عواملی که بر یکی از متغیرهای جسمی - زیستی تأکید دارند مواردی مانند نقص جسمی، عیوب ظاهری اندام، ساختمان جمجمه، کروموزوم اضافی، وضعیت خاص ژن‌ها، جنس، سن، نوع خون، وضع مزاج، ضعف، قدرت، سوابق بیماری، وضع ترشح غدد و حتی نژاد را علت کج روی می‌داند (روح بخش، ۱۳۹۵)

برخی آسیب شناسان اجتماعی بر این باورند که عوامل زیست‌شناختی مانند نقص جسمانی و وضعیت خاص ژنتیکی را باید علت کج رفتاری دانست. به طور مثال، سزار لمبروزو معتقد است که اغلب جنایتکاران و کژ رفتاران اجتماعی در ساختمان و اعمال بدن خود دارای نواقص هستند و میان نقص بدنی از یک سو و جنایت از سوی دیگر رابطه نزدیکی وجود دارد (ستوده، ۱۳۹۱). مدل روانی، شروع اختلال مصرف مواد را با بعضی از اختلالات در فرد مانند نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال خلق و اضطراب مرتبط دانسته‌اند. تقریباً در کلیه تحقیقات مربوط به اعتیاد از ویژگی‌های شخصیتی به عنوان عاملی که شخص را به سوی اعتیاد می‌کشاند، نام برده شده است. نتایج تحقیق مدرسی فرد و ماردرپور (۱۳۹۵) با عنوان رابطه ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی پرهیز از مواد در جوانان آلوده به اعتیاد نتایج نشان داد که خودکارآمدی

پرهیز از مواد با بعد روان رنجورخویی شخصیت رابطه منفی و با بعد انعطاف پذیری، رابطه مثبت دارد. راهبرد مقابله‌ای مسأله مدار با بعد انعطاف پذیری شخصیت رابطه مثبت و راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار با بعد روان رنجورخویی رابطه منفی دارد. همچنین خودکارآمدی پرهیز از مواد با راهبرد مقابله‌ای مسأله مدار رابطه مثبت دارد. بنابراین ابعاد شخصیتی مختلف و سطوح متفاوت خودکارآمدی و انتخاب سبک و الگوی مقابله‌ای از عوامل مؤثر در گرایش و یا عدم گرایش افراد به مصرف مواد و اعتیاد می‌باشند.

گروهی از افراد که بعضاً ضعیف‌النفس هستند، قدرت مقابله با مشکلات و ناکامی‌ها را ندارند و اعتیاد را راه نجات خود تلقی می‌کنند. برای رهایی از ناراحتی‌ها، فشارهای روانی، بی‌اعتمادی به خویشان و رفع هیجانات درونی در جستجوی پناهگاهی امن، به مواد مخدر و یا مصرف داروهای روان گردان پناه می‌برند. این افراد فکر می‌کنند که با مصرف مواد از گرفتاری‌های زندگی رهایی می‌یابند زیرا حالت تخدیری دارو و مواد مخدر سبب می‌شود که تا مدتی فرد معتاد نسبت به مسائل، مشکلات و واقعیت‌های زندگی بی‌تفاوت باشد. همین فرار از زیر بار مشکلات فردی، عامل عمده برای کشش افراد به طرف مواد مخدر است. یک دسته از افرادی که بیشتر در معرض اعتیاد به مواد مخدر قرار می‌گیرند افراد افسرده هستند. افراد افسرده ضعف روانی دارند و به نوعی احساس خلأ شخصیتی می‌کنند. آن‌ها به تصور خودشان، توان لذت بردن از دنیا را ندارند، همواره احساس ناتوانی و خستگی می‌کنند و خود را تهی از هرگونه توان و احساس مطلوب می‌دانند. چنین افرادی ممکن است با مصرف مواد در جستجوی جادویی برآیند که به دردهایشان پایان بخشد و خلأهایی را که در خودشان احساس می‌کنند رفع و نقص شخصیتشان را برطرف کنند. یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری اعتیاد تفاوت در ویژگی‌های شخصیتی از جمله هیجان‌خواهی افراد است. افراد معتاد در هیجان‌خواهی و زیرمولفه‌های آن شامل تجربه‌طلبی، ماجراجویی، ملال‌پذیری، تنوع‌طلبی سطح بالاتری از افراد عادی دارند و تعارض‌های روان‌شناختی و کسب منافع روانی انگیزه قوی جهت گرایش افراد به مصرف مواد است. هر کدام از این مدل‌های ذکر شده به تنهایی تبیین‌های ناقصی ارائه داده‌اند. به همین دلیل برخی از صاحب‌نظران به سمت ادغام این تبیین‌ها حرکت کرده‌اند و مدل

جدیدی تحت عنوان مدل زیستی-روانی-اجتماعی مطرح کرده‌اند؛ و اغلب از وجوه مشترکی در فرایند اعتیاد به عنوان بحثی که حامی نیاز به مدل زیستی، روانی و اجتماعی است استفاده می‌کنند. اگر چه در سال‌های اخیر بعد معنوی نیز به این مدل اضافه شده است. برای جستجوی مراقبت‌های درمانی مؤثرتر و انسانی‌تر، مطالعه جامعه شناختی رابطه پزشکی و بیمار می‌تواند زمینه‌های اجتماعی که در فرایند درمان بیماران مورد غفلت واقع شده‌اند را برجسته تر کند. لذا آموزش مهارت‌های ارتباطی در کنار فن و دانش پزشکی، ایجاد پیوندهای مناسب در زمینه پژوهش و آموزش و جایگزین کردن الگوهای ارتباطی بیمارمدار می‌تواند راهکارهای مناسبی برای گذار از مدل سنتی پزشکی زیستی به مدل چندبعدی زیستی روانی اجتماعی در پیشگیری و درمان باشد (شفعتی و زاهدی، ۱۳۹۱). مدل سنتی سلامت بیشتر توانسته است مفهوم سلامت و بیماری جسمی را تفسیر نماید اما امروزه با تبیین ابعاد متفاوت سلامت انسانی این مدل دیگر کارآمد نخواهد بود. از سوی دیگر عدم وجود یک مدل کامل برای تبیین ساختار سلامت یک کشور می‌تواند عملی شدن این مفهوم در حوزه اجتماعی را به یک چالش بزرگ تبدیل نماید. با توجه به معرفی نشدن مدلی برای تبیین جایگاه سلامت معنوی در کشور از بین مدل‌های مختلف ارائه شده در دنیا مدل زیستی-روانی-اجتماعی-معنوی مرکز توسعه انسان و کودک جرج تاوان^۱ می‌تواند به عنوان یک مدل جامع مطرح شود. این مدل به جای بیماری و ناراحتی بیشتر بر سلامت و احساس خوب بودن تاکید دارد، به جای رفتارهای غیر بهداشتی و پرخطر بیشتر بر مفاهیمی چون کیفیت زندگی، سیستم‌های حمایتی و شیوه زندگی تاکید دارد. فرض این مدل بر این است که ذات انسان به گونه‌ای است که روز به روز به سمت بهتر شدن و انجام رفتارهای بهداشتی تر پیش می‌رود نه بدتر شدن. طبق این مدل انگیزه برای خوب بودن بیشتر امیدواری و لذت بردن از زندگی است نه ترس و هراس از مرگ و بیماری. نقش مراقبین بهداشتی در مدل سنتی بیشتر توصیه کننده و درمان کننده است در حالی که در این مدل نقش مراقبین بیشتر تسهیل کننده

سلامتی و تسهیل کننده ارتباط فرد با ذات درونی خود است. تغییر از نظر مدل سنتی تغییر رفتارهای غیر بهداشتی و درمان چنین عمل و عکس العمل‌هایی است در حالی که تغییر در این مدل بیشتر آگاهی یافتن از شرایط زندگی و بهبود زندگی است. مهم‌ترین ویژگی چنین مدلی این است که نگاهی جامع و کل‌نگر به انسان را ارائه می‌نماید. از سوی دیگر مسئولیت اجتماعی و فردی را نیز در قالب تعریف نقش‌ها تبیین می‌نماید (حجت، عزیزی، چرخ انداز و حجت، ۱۳۹۵).

در مجموع به نظر می‌رسد در یک جمع بندی کلی بر اساس رویکردهای نظری و یافته‌های پژوهشی می‌توان گفت که پیشگیری و درمان اعتیاد نیازمند داشتن نگاهی جامع در قالب مدل زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی است و برنامه‌ریزی‌ها باید با در نظر گرفتن این ابعاد باشد.

منابع

آزادفلاح، پرویز (۱۳۷۹). بنیادهای زیستی - روانی زمینه ساز اعتیاد. *مجله روانشناسی*، ۴(۳) پیاپی ۱۵، ۲۴۶-۲۳۴.

باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملتفت، حسین و نقی‌پور، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده‌ی اعتیاد در شهر اهواز، *فصلنامه جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۱(۳۸)، ۲. بهاری، فرشاد (۱۳۹۲). *اعتیاد مشاوره و درمان (راهنمای تغییر رفتار اعتیادی در معتادان)*. تهران: نشر داتره.

پازانی، فریبا؛ برجلی، احمد؛ احدی، حسن و کراسکیان موجمباری، ادیس (۱۳۹۵). مدل ساختاری روابط عوامل روانی اجتماعی در آمادگی اعتیاد نوجوانان با نقش واسطه‌ای هم‌وابستگی. *فصلنامه اعتیاد پژوهشی سوء مصرف مواد*، (۱۰)، ۴۰، ۲۱۷-۲۳۳.

پازانی، فریبا؛ برجلی، احمد؛ احدی، حسن و موجمباری آدیس کراسکیان (۱۳۹۵). آمادگی به اعتیاد نوجوانان: عوامل روانی - اجتماعی و هم‌وابستگی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۱۱)، ۱۵۴-۱۲۷.

پرویزی فرد (۱۳۸۷). *بررسی همبودی اختلال‌های خلقی و اضطرابی در سوء مصرف کنندگان مواد افیونی جویای درمان و مقایسه آن با افراد بهنجار*، پایان نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه تهران

پرویزی فرد، علی اکبر؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم و شاکری جلال (۱۳۸۰).
 بررسی همبودی اختلال‌های خلقی و اضطرابی در معتادان جویای درمان و افراد بهنجار. مجله
 روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۷(۱ و ۲) ۴۵-۵۵
 حبیبی کلیر، رامین؛ فرید، ابوالفضل؛ و غریبی، حسن (۱۳۹۳). واکاوی پدیدارشناسانه علل گرایش
 به اعتیاد و عامل‌های زمینه‌ساز ترک آن از دید معتادان بهبودیافته، فصلنامه سلامت اجتماعی و
 اعتیاد، ۱(۲)، ۴۱-۵۴.

حجت، محسن؛ عزیزی، جلیل؛ چرخ انداز، مریم و حجت، سودابه (۱۳۹۵). تبیین و تشریح مدل
 زیست‌روانی-اجتماعی-معنوی سلامت، متعلق به مرکز تحقیقات سلامت
 معنوی/فکری/جسمی آمریکا. کنگره سراسری تحول نظام سلامت در حوزه معنویت،
 رویکردها و راهبردها. جهرم، دانشگاه علوم پزشکی
 حسینی کتکی، سیده زهره؛ نجفی، محمود؛ محمدی فر، محمد علی (۱۳۹۵). مقایسه ناگویی خلقی،
 سرشت و منش و پرخاشگری در معتادان و افراد عادی. تحقیقات علوم رفتاری، ۱۴(۴)، ۴۶۳-
 ۴۵۵

جهانتاب، محمد (۱۳۹۳). دوستان ناباب و اعتیاد نوجوانان. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱
 (۴)، ۷۸-۶۳

خادمیان، طلحه؛ قناعتیان، زهرا (۱۳۸۸). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد زنان معتاد به مواد
 مخدر مراکز بازپروری و کاهش آسیب زنان شهر تهران (مرکز تولد دوباره، خانه خورشید).
 پژوهش نامه علوم اجتماعی، ۲(۴)، ۵۹-۸۵

داوری، محمد (۱۳۸۱). پیشگیری و کنترل اعتیاد بانگرش اسلامی، قم: نقش کلک.
 رحیمی، معجد (۱۳۹۵). بررسی کیفی عوامل مؤثر در شروع اعتیاد از دیدگاه مراجعه‌کنندگان به
 مراکز کنگره ۶۰ و NA، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره توانبخشی، دانشکده
 روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

رشادت، کوروش (۱۳۸۸). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر اعتیاد به مواد مخدر در معتادان مراجعه -
 کننده به جمعیت خیریه تولد دوباره شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مددکاری
 اجتماعی، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

روح بخش، الهام (۱۳۹۵). تاثیر بیماری‌های جسمی و روانی در گرایش به سوء مصرف مواد مخدر.
 ماهنامه اجتماعی فرهنگی ایران پاک خانواده، بهمن ماه، ۵-۱

زاهدی اصل، محمد (۱۳۹۳) آسیب‌های اجتماعی از منظر مددکاری اجتماعی، تهران: انتشارات دانشگاه علامه طباطبائی

ستوده، هدایت ا...، ستوده (۱۳۹۳). آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات). تهران: انتشارات آوای نور.

سحاقی، حکیم، قربان صباغ، فاطمه و محمدی، علی (۱۳۹۶). مروری بر عوامل مخاطره آمیز فردی، بین فردی، محیطی و اجتماعی مرتبط با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر. پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، ۲(۱۵)، ۳۰-۲۳

سخاوت، جواد (۱۳۸۲). اتیولوژی جامعه‌شناسی اعتیاد. فصلنامه اعتیاد پژوهشی، ۲(۲)، ۴۷-۵۵
سلیمی، مسعود (۱۳۸۲). سوء مصرف مواد و بیماری‌های روانی. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۱(۲)، ۲۹-۴۰

شفعتی، معصومه؛ زاهدی، محمد جواد (۱۳۹۱). بررسی الگوی‌های زیستی، روانی و اجتماعی رابطه پزشک و بیمار: گذر از الگوی زیست پزشکی. مجله علمی - پژوهشی اخلاق زیستی، ۲(۵)، ۱۵۱-۱۸۶

۱۳۵

شکری، کیوان؛ سنگین استاد آبی، محمد صالح؛ علی آبادی، جمال (۱۳۹۵). پیشگیری از عود رفتار اعتیادی در معتادان. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۳(۹)، ۱۶۱-۱۹۴

شولتز، دوان و شولتز، سیدنی آلن (۱۹۹۸). نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۵). تهران: انتشارات ویرا

صدیق سروستانی، رحمت الله (۱۳۹۰). آسیب‌شناسی اجتماعی. تهران: انتشارات سمت
صدیق سروستانی، رحمت اله (۱۳۹۰). آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی). تهران: انتشارات سمت

غدیری، فرهاد؛ عبدالمحمدی، کریم و یوسف زاده، باقر (۱۳۹۶). مروری بر عوامل روانشناختی مرتبط با گرایش به سوء مصرف مواد مخدر در ایران. رویش روان‌شناسی، ۶(۳)، ۲۳۹-۲۵۴
فروغ‌الدین، عدل اکبر و صدرالسادات، سید جلال‌الدین (۱۳۸۱). بررسی رابطه بین خودپنداره و گرایش به اعتیاد در جوانان. فصلنامه طب و ترکیه، ۴۶، ۷۴-۶۶

فولادی، اصغر (۱۳۹۵). بررسی علل اعتیاد در استان آذربایجان شرقی - شهر تبریز. فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد، ۳(۱۰)، ۷۴-۵۵

- فیضی، حسین؛ ویسی رایگانی، علی‌اکبر؛ عبدی، علیرضا؛ شاکری، جلال و مردوفی، مهدی (۱۳۹۴).
 علل گرایش به مواد از دیدگاه مراجعه‌کنندگان به مرکز ترک اعتیاد استان کرمانشاه. *فصلنامه پژوهش توان‌بخشی در پرستاری*، ۲(۲)، ۴۷-۵۶
- قبادزاده، سیمین؛ مسعودی، مرضیه؛ محمدخانی، شهرام و حسنی، جعفر (۱۳۹۶). عوامل رفتاری، هیجانی و اجتماعی مرتبط با اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۴(۱۳)، ۴۴-۱۳
- قبادزاده، سیمین؛ مسعودی، مرضیه؛ محمدخانی، شهرام و حسنی، جعفر (۱۳۹۵). مروری بر عوامل فیزیولوژی و شناختی مرتبط با اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۹)، ۱۲۹-۱۱۱
- قریشی‌زاده، محمدعلی و ترابی، کتابون (۱۳۸۸). بررسی بیماری‌های روانی توام با اعتیاد در ۲۰۰ مورد از مراجعه‌کنندگان به مرکز معتادان خودمعرف بهزیستی تبریز. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۶(۵۵)، ۴۹-۵۳
- کاظمی زهرانی، حمید؛ کمالی، ایوب و قربانی، مریم (۱۳۹۳). الگوی پیش‌بینی‌کنندگی وابستگی به نیکوتین بر اساس شاخص‌های سلامت روانی و تصور از خود. *ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۸(۹)، ۵۳-۵۴۶
- کریم یارجه‌رمی، مهدی؛ افتخارزاده، محمدهادی و حمیدی پور، زهرا (۱۳۹۲). بررسی میزان تأثیر علل مختلف عود اعتیاد از دیدگاه مبتلایان به سوء مصرف مواد. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۳(۱)، ۱۲۴-۱۳
- مامی، شهرام؛ احدی، حسن؛ نادری، فرح؛ عنایتی، میرصلاح الدین و مظاهری، محمدمهدی (۱۳۹۱). پیش‌بینی مدل گرایش به اعتیاد دانش‌آموزان متوسطه شهر ایلام بر اساس عوامل شخصیتی (NEO) و متغیر میانجی سلامت روان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱(۶)، ۲۴۸-۲۵۶
- محسنی تبریزی، علیرضا (۱۳۸۳). *وندالیسم*. تهران: انتشارات آن
- محمدی، مسعود و دهگانپور، محمد (۱۳۸۲). آسیب‌شناسی روانی سوء مصرف مواد. تهران: دبیرخانه ستاد مبارزه با مواد مخدر
- مدرسی فرد، فاطمه و ماردپور، علیرضا (۱۳۹۵). رابطه ویژگی‌های شخصیتی و راهبردهای مقابله‌ای و خودکارآمدی پرهیز از مواد در جوانان آلوده به اعتیاد. *فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی*. ۱۰(۳۹)، ۲۳۰-۲۱۳

میرزاخانی، فهیمه و خدادادی سنگده، جواد (۱۳۹۵). عوامل روانشناختی مستعدکننده اعتیاد در زنان: یک تحقیق کیفی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۲(۱۴۵)، ۳۳۲-۳۴۴

نقدی، اسداله؛ رضایی درهده، مریم؛ زندی، فاطمه (۱۳۹۴). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر ترک اعتیاد موفق در گروه (مطالعه موردی: مردان عضو NA در شهر نورآباد) *فصلنامه توسعه اجتماعی*، ۹(۳)، ۲۸-۷.

نوید، فریبا (۱۳۹۶). کاربردهای بالینی مدل بیوسایکوسوشیال یا زیستی، روانی، اجتماعی. بازیابی از سایت <http://rasekhoon.net/article/show/1293195>

هارجی، اون ساندرز، کریستین دیکسون دیوید (۱۳۹۲). *مهارتهای اجتماعی در ارتباطات میان فردی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت و خشایار بیگی. تهران: نشر رشد

Akhter, A. (2013). Relationship between Substance Use and Self-Esteem.

International Journal of Scientific & Engineering Research, 4(2), 1-7

Alvarez-Aguirre, A., Alonso-Castillo, M. M & Zanetti, A.C.G. (2014).

Predictive factors of alcohol and tobacco use in adolescents. *Revista latino-americana de enfermagem*, 22(6), 1056-1062.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life Skills Training Empirical Findings and Future Directions. *Journal of Primary Prevention*, 25, 211-232

Carroll, K. M., Ball, S.A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T.A., Nuro, K.F., & Rounsaville, B. J. (2008). Computer assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for addiction: a randomized trial of CBT 4 CBT. *American Journal of Psychiatry*, 165(7), 881-888

Drapela, L.A., & Mosher, C. (2007). The conditional effect parental drug use on parent attachment and adolescent drug use: Social control and social development perspective model. *Journal of child & Adolescent Substance Abuse*, 16(3), 63-87.

Hawkins, J. D., Catalano, R.F & Miller, J. U. (1992). Risk and protective factor for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

Kermode, M., Sono, C. Z., Songput, C. H., Devine, A. (2013). Falling through the cracks: a qualitative study of HIV risks among women who use drugs and alcohol in Northeast India. *BMC International Health and Human Rights*. 13, 9. Doi: 10.1186/1472-698X-13-9

Marrtins, S. S., Srorr, C. L., Alexander, P. K., & Chilcoat, H. D. (2008). Adolescent ecstasy and other drug use in the national survey of parents and youth: The role of sensationseeking, parental monitoring and peer drug use. *Addictive Behaviors*, 33, 919-933

- Massah, O., Azkhosh, M., Azami, Y., Goodiny, A. A., Doostian, Y & Mousavi, S.H. (2017). Students Tendency toward Illicit Drug Use: The Role of Perceived Social Support and Family Function in Iran. *Iran Journal of Psychiatry and Behavior Sciences*, 11(2), e8314. Doi: 10.17795/ijpbs.8314.
- Nasiry, F., Bakhshipour rodsari, A & Nasiry, S. (2014). Tendency to substance abuse on the basis of self-esteem and components of emotional intelligence. *Research on addiction quarterly journal of drug abuse*, 8(31), 103-111
- Raketic, D., Kovacevic, M., Djuric, T. (2009). Women addiction (alcohol and opiates) and defense mechanism style. *European Psychiatry*, 24(1), S451
- Simons- Morton, B. (2007). Social influences on adolescent substance use. *American Journal of Health Behavior*, 31(6), 672-84.
- Simons-Morton, B.G & Farhat, T. (2010). Recent findings on peer group influences on adolescent smoking. *The journal of primaryprevention*, 31(4), 191-208
- Small, W., Fast, D., Krusi, A., Wood, E., Kerr, T. (2009). Social influences upon injection initiation amongstreet-involved youth in Vancouver, Canada: a qualitative study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 4, 8. Doi: 10.1186/1747-597X-4-8.
- Tucker, J. S., Green, H. D., Zhou, A. J., Miles, J. N., Shih, R. A & D'Amico, E. J. (2011). Substance use among middle school students: Associations with self-rated and peer-nominated popularity. *Journal of adolescence*, 34(3), 513-519
- Whitesell, M., Bachand, A., Peel, J & Brown, M. (2013). Familial, social and individual factors contributing to risk for adolescent substance use. *Journal of addiction*, 1-10, ID 579310, Doi: 10.1155/2013/579310.

مقایسه سلامت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و عادی

سمیرا شاکری^۱، سولماز دبیری^۲

چکیده

سلامت اجتماعی یکی از ابعاد سلامت محسوب می‌شود و نقش مهمی در کاهش آسیب‌های اجتماعی دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه سلامت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و عادی بود. این پژوهش یک مطالعه علی-مقایسه‌ای بود. نمونه این پژوهش شامل ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر عادی، ۵۰ نفر افراد وابسته به مواد) بود که بر اساس ملاک‌های ورود به پژوهش و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کیز (۲۰۰۴) بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره تحلیل شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که بین مولفه‌های سلامت اجتماعی در افراد وابسته به مواد و عادی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین صورت که افراد وابسته به مواد از سطوح پایین‌تر سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی) برخوردار بودند. در مجموع نتایج حاکی از آن بود که افراد وابسته به مواد دارای مشکلاتی در سلامت اجتماعی هستند و ارتقای سلامت اجتماعی با همکاری بخش‌های مختلف جامعه همواره باید مورد توجه مسئولین، متخصصان و کل افراد جامعه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: سلامت اجتماعی، افراد وابسته به مواد، افراد عادی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

۲. نویسنده مسئول: گروه روان‌شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران. پست الکترونیک:

sh_dabiri1016@yahoo.com

مقدمه

اعتیاد را شاید بتوان گریز گاهی دانست که انسان ناکام از کمبودها، تزلزل‌ها و اختلالات روانی به آن پناه می‌برد. بر اساس نظر سازمان بهداشت جهانی^۱، سوء مصرف مواد به مصرف مواد شیمیایی خطرناک اشاره دارد و به مرور زمان می‌تواند باعث ایجاد وابستگی در افراد شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶؛ لی و کالتابیانو^۲، ۲۰۱۷).

ویژگی‌های اعتیاد را می‌توان این گونه بیان کرد: (۱) زمانی که فرد به موادی اعتیاد پیدا کند بدن نیاز شدیدی به ماده دارد و در صورتی که به موقع به بدن نرسد، حالات ناخوشایندی ایجاد می‌شود که برای فرد معتاد ناتوان کننده و غیر قابل تحمل است، (۲) بعد از مدتی افراد برای این که حالات لذت و آرامش اولیه مصرف را تجربه کنند، نیاز دارند که میزان مصرف را افزایش دهند، (۳) ایجاد وابستگی جسمانی و روانی به مواد مورد مصرف، (۴) احساس لذت و سرخوشی بعد از مصرف مواد (کاپلان و سادوک^۳، ۱۳۹۲). بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که اعتیاد به حالتی اطلاق می‌شود که در آن افراد از نظر جسمانی و روانی به یک ماده وابسته می‌شوند و نیاز اجباری دارند که مواد را مصرف کنند و نمی‌توانند جلوی میل به مصرف مواد را بگیرند (جوانمرد، ۱۳۸۰).

آنچه امروزه شاهد آن هستیم این است که اعتیاد به سرعت در حال گسترش است؛ به طوری که دامنه اعتیاد از محله‌های کوچک و محیط‌های خصوصی وارد مراکز عمومی شده و سن مصرف مواد هم در حال کاهش است. اعتیاد نه تنها دارای عواقب جبران ناپذیری برای فرد و خانواده است، بلکه هزینه‌های سنگینی را نیز بر جامعه تحمیل می‌کند (باقری، نبوی، ملتفت و نقی پور، ۱۳۸۹). این پدیده خانمان سوز یک اختلال عود کننده‌ی مزمن است و تخریب‌های پیوسته‌ای که ایجاد می‌کند، تمام گستره‌ی زندگی فرد شامل روابط زناشویی، شغل و تحصیل را تحت تأثیر قرار می‌دهد. اعتیاد پیامدهای نامطلوب اجتماعی و همچنین از بین رفتن سرمایه‌های انسانی جوان و مغزهای متفکر را به دنبال دارد. عواقب ناشی از این معضل اجتماعی بسیار غم‌انگیز است، به طوری که مصرف مواد یکی

از موانع جدی در توسعه جوامع است (اختری، خدایی، زرگر یاقوتی و فضل‌اللهی، ۱۳۹۵).

اعتیاد یک بیماری است که در آن عوامل زیست‌شناسی، روان‌شناسی و عوامل اجتماعی نقش اصلی را دارند، اما عوامل اجتماعی، عواملی تعیین‌کننده هستند و نقش اساسی در بروز، شیوع و ماندگاری اعتیاد دارند (لاردیر، باریوس، گارسیا-رید و ریف، ۲۰۱۸). عوامل اجتماعی جهانی به عنوان «محیط اجتماعی» نامیده شده است. محیط اجتماعی شامل نیروهای متناظر، هنجارها و روابط اجتماعی است که بر عملکرد افراد اثر می‌گذارند. مفاهیم محیط اجتماعی مانند سلسله مراتب اجتماعی (توزیع درآمد، کنترل محیط کار)، سیاست‌های عمومی (مسکن، آموزش و پرورش)، هنجارهای فرهنگی و روابط اجتماعی (شبکه‌های اجتماعی، تبعیض) بر بهداشت و سلامت تأثیر می‌گذارند. این عوامل اجتماعی به عنوان "تعیین‌کننده‌های اجتماعی" شناخته می‌شوند تا نقش خود را در شکل دادن به عوامل خطر ساز و حمایتی در سطح کلان و سطح فردی و نتایج سلامت نشان دهند (عطادخت، حاجلو، کریمی و نریمانی، ۲۰۱۵).

تعیین‌کننده‌های اجتماعی، عوامل محیطی یا اجتماعی هستند که بر پیامدهای سلامت تأثیر می‌گذارند. مفهوم سلامت اجتماعی به عنوان یکی از ابعاد سلامت در دهه‌های اخیر توسط سازمان جهانی بهداشت مطرح شد و به این معناست که برای دسترسی به سلامت کامل، تنها سلامت جسمی و روانی کافی نیست بلکه سلامت اجتماعی نیز ضروری است. تعریف واحد برای سلامت اجتماعی وجود ندارد. شاید بعد اجتماعی سلامت پیچیده‌ترین و بحث‌انگیزترین بعد سلامت باشد. تعاریف سلامت اجتماعی در سه رویکرد خلاصه می‌شود: سلامت اجتماعی به مثابه جنبه‌ای از سلامت فرد در کنار سلامت جسمی و روانی؛ سلامت اجتماعی به مثابه تعیین‌کننده‌های اجتماعی سلامت و سلامت اجتماعی به مثابه جامعه سالم (زمان خانی، عباسی زاده، امیدنیا، ابدی و حیدرنیا، ۱۳۹۵). سلامت اجتماعی، توانمندی انجام نقش‌های اجتماعی به صورت موثر و کارآمد، ارزیابی افراد از عملکردشان

در جامعه و کیفیت روابطشان با افراد و گروه‌های دیگر است (طاهری، قاسمی، نگران ده، جنانی و میربازغی، ۲۰۱۸). از نظر کیز^۱ سلامت اجتماعی عبارت است از دیدگاه افراد در مورد کیفیت روابطشان با دیگران. از منظر این دیدگاه، سلامت اجتماعی یعنی اینکه جامعه یک مجموعه نظام‌دار و دارای معناست که نیرویی بالقوه برای رشد و بالندگی افراد ایجاد می‌کند و افراد نسبت به جامعه احساس تعلق داشته و خود را در آینده آن سهم می‌دانند. در این تعریف سلامت اجتماعی عاملی پنج بعدی است که عبارتند از: سهم بودن اجتماعی، پذیرش اجتماعی، یکپارچگی اجتماعی، شکوفایی اجتماعی و پیوستگی اجتماعی (به نقل از فیروزبخت، ریاحی و تیرگر، ۱۳۹۶). در زمینه ارتباط سلامت اجتماعی و اعتیاد مطالعات اندکی انجام شده است. پژوهشگرانی همچون کرمی (۱۳۹۱) و کوثری (۱۳۸۰) به این نتیجه رسیدند که بین پذیرش اجتماعی و اعتیاد رابطه وجود دارد و عموماً سطح پذیرش اجتماعی در افراد معتاد پایین بود. علاوه بر این لش، پترسون، اوکانر و لهمان^۲ (۲۰۰۱) و اوسپ، وان-لاندینگهام، پرو و ریکتاریک^۳ (۱۹۸۴) طی پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که دریافت تایید اجتماعی در دوره درمان سوء مصرف مواد بر بهبودی افراد موثر است. از آنجایی که سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی دارای ابعاد مشترکی هستند از پیشینه این مطالعات نیز می‌توان استفاده کرد. به عنوان مثال پژوهشگرانی همچون حیدرنژاد، باقری بنجار و اصائلو (۱۳۹۱)؛ گرجی گرسامی، سیاه چشم، موسوی بیجاری و سیف (۱۳۹۷)؛ زارع شاه آبادی، اویسی و بنیاد (۱۳۹۷)، نیازی، عباسی زاده و سعادت (۱۳۹۶)، آسلوند و نیلسون^۴ (۲۰۱۳)، ترفرز^۵ (۲۰۱۶)، آنلو و ساهین^۶ (۲۰۱۵)، ایوانس، کاتر، روز و اسمو کوسکی^۷ (۲۰۱۶)، آوگو، ماگورا و کورین^۸ (۲۰۱۶)؛ ون^۹ (۲۰۱۷)؛ لاردیر و همکاران (۲۰۱۸)؛ هان^{۱۰} (۲۰۱۸) در پژوهش‌های خود به این نتیجه

1. Keyes
2. Lash, Petersen, O'Connor & Lehmann
3. Ossip, Van-Landingham, Prue & Rychtarik
4. Aslund & Nilsson
5. Treffers
6. Unlu & Sahin
7. Evans, Cotter, Rose & Smokowski
8. Awgu, Magura & Coryn
9. Wen
10. Han

رسیدند که ابعاد مشترک بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی مانند انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی با اعتیاد و سوء مصرف مواد رابطه دارند. افراد برخوردار از سلامت اجتماعی در کنار آمدن و حل و فصل مشکلاتی که ناشی از ایفای نقش های اجتماعی آنان است با موفقیت بیشتری عمل می کنند. بنابراین، می توان گفت که سلامت اجتماعی دارای عناصر و مفاهیم متعددی است که در صورت هماهنگی و ادغام با یکدیگر، عملکرد درست و معقولانه افراد را تضمین می کنند.

به طور کلی می توان گفت که یکی از مسائل اجتماعی مهم که امروزه در سطح جهانی گسترده شده و تقریباً گریبان گیر تمام جوامع شده است، مصرف الکل و مواد است. هر روز شاهد افزایش تعداد افرادی هستیم که در دام این بلای خانمان سوز افتاده اند. این معضل تا حدی مخرب و جانکاه است که با وجود تمامی اقدامات آگاهانه، پیشگیرانه، درمانی و باز توانی، باز هم قربانی می گیرد و توانسته امنیت سیاسی، اقتصادی و اجتماعی جوامع را به چالش بکشد (علیوردی نیا و یونسی، ۱۳۹۳). با در نظر گرفتن تأثیرات مخرب این اختلال در زندگی فردی و خانوادگی افراد، لزوم شناسایی عوامل اجتماعی مؤثر بیش از پیش آشکار می شود. با توجه به مطالب مطرح شده و با در نظر گرفتن این که اعتیاد و سوء مصرف مواد عواقب و اثرات منفی زیادی را برای جوامع در پی دارد و مقابله با آن نیازمند شناخت دقیق این پدیده است، سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا بین سلامت اجتماعی در افراد معتاد و عادی تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد خود معرف جهت ترک اعتیاد شهرستان شاهرود بودند که در زمستان سال ۱۳۹۶ به کلینیک های شهرستان شاهرود مراجعه کرده بودند. تعداد ۵۰ نفر معتاد و ۵۰ نفر عادی به روش نمونه گیری در دسترس با توجه به ملاک های ورود به پژوهش انتخاب شدند. افراد عادی از همراهان افراد معتاد انتخاب شدند. دو گروه از نظر سن و تحصیلات همتا شدند. ملاک های ورود عبارت بود از دامنه سنی ۴۰ - ۲۰

سال، تحصیلات حداقل سیکل و وابستگی به یکی از مواد مخدر. ملاک‌های خروج عبارت بود از ابتلا به اختلال روانی خاص بر اساس گزارش شخصی و پرونده.

ابزار

پرسش‌نامه سلامت اجتماعی کیز: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط کیز طراحی شد و دارای ۲۰ سوال است، طیف پاسخگویی آن از نوع لیکرت بوده و در دامنه ۱ تا ۵ از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم درجه‌بندی می‌شود. این پرسش‌نامه پنج بعد دارد که عبارتند از: شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی و مشارکت اجتماعی. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات سوالات مربوط به آن بعد با هم جمع می‌شوند. برای به دست آوردن امتیاز کلی پرسش‌نامه، مجموع امتیازات همه سوالات با هم جمع می‌شوند. امتیازات بالاتر نشان دهنده سلامت اجتماعی بالاتر است و برعکس. باباپور خیرالدین و طوسی (۱۳۸۸) برای بررسی پایایی این ابزار از همسانی درونی استفاده نمودند و گزارش کردند که آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب عبارت بود از ۰/۷۴ برای مشارکت اجتماعی، ۰/۷۴ برای پذیرش اجتماعی، ۰/۷۱ برای همبستگی اجتماعی، ۰/۷۰ برای شکوفایی اجتماعی و ۰/۷۷ برای انسجام اجتماعی که نشان می‌دهد این ابزار از پایایی مطلوبی برخوردار است. اهری (۱۳۹۲) ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسش‌نامه ۰/۸۰ گزارش کرده است.

یافته‌ها

در جدول ۱ آماره‌های توصیفی مولفه‌های سلامت اجتماعی به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۱: آماره‌های توصیفی مولفه‌های سلامت اجتماعی به تفکیک گروه‌ها

متغیر	معتاد		عادی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شکوفایی اجتماعی	۱۱/۷۰	۲/۶۸	۱۳/۴۸	۳/۱۳
همبستگی اجتماعی	۸/۷۰	۲/۱۸	۹/۹۸	۲/۴۰
انسجام اجتماعی	۸/۹۸	۲/۱۷	۱۰/۳۲	۳/۳۲
پذیرش اجتماعی	۱۲/۸۲	۲/۷۷	۱۵/۲۸	۲/۴۲
مشارکت اجتماعی	۱۱/۳۰	۳/۷۷	۱۳/۶۶	۳/۴۹

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین تمام مولفه‌های سلامت اجتماعی در دو گروه متفاوت است. به عبارتی میانگین تمام مولفه‌های سلامت اجتماعی در گروه عادی بیشتر از گروه معتاد است.

به منظور مقایسه سلامت اجتماعی در دو گروه از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیری از آزمون ام. باکس جهت بررسی یکسانی ماتریس واریانس متغیرها در بین گروه‌ها استفاده شد ($P > 0/05$, $F = 74/0$, M باکس). همچنین از آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیرها در بین گروه‌ها استفاده شد که نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های مولفه‌های سلامت اجتماعی در بین گروه‌ها

متغیر	آماره ی F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
شکوفایی اجتماعی	۱/۶۳	۱	۹۸	۰/۲۰
همبستگی اجتماعی	۰/۷۳	۱	۹۸	۰/۳۹
انسجام اجتماعی	۰/۷۶	۱	۹۸	۰/۷۷
پذیرش اجتماعی	۰/۵۷	۱	۹۸	۰/۵۷
مشارکت اجتماعی	۰/۷۱	۱	۹۸	۰/۷۱

با توجه به اطلاعات جدول ۲، سطح معناداری آماره F در مولفه‌های سلامت اجتماعی بزرگتر از ۰/۰۵ است در نتیجه فرض همسانی واریانس خطای متغیرها در بین گروه‌ها

برقرار است. با توجه به نتایج آزمون ام باکس و لون استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری مجاز است. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری جهت مقایسه سلامت اجتماعی در بین افراد معتاد و عادی نشان داد که بین دو گروه تفاوت وجود دارد ($F= ۱۵/۱۳$ ، $P > ۰/۰۰۱$ ، $F= ۰/۵۵$ = لامبدای ویلکز). برای بررسی الگوهای تفاوت از تحلیل واریانس تک متغیری به شرح جدول ۳ استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری برای بررسی الگوهای تفاوت در مولفه‌های سلامت اجتماعی

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	آماره‌ی F	سطح معنی داری
گروه	شکوفایی اجتماعی	۷۹/۲۱	۱	۷۹/۲۱	۹/۲۹	۰/۰۰۳
	همبستگی اجتماعی	۴۰/۹۰	۱	۴۰/۹۰	۷/۷۵	۰/۰۰۶
	انسجام اجتماعی	۴۴/۸۹	۱	۴۴/۸۹	۴/۱۱	۰/۰۴۵
	پذیرش اجتماعی	۱۵۱/۲۹	۱	۱۵۱/۲۹	۲۲/۳۴	۰/۰۰۱
	مشارکت اجتماعی	۱۳۹/۲۴	۱	۱۳۹/۲۴	۱۰/۵۳	۰/۰۰۲

با توجه به مقادیر به دست آمده‌ی آماره F و سطح معنی داری نمایش داده شده در جدول ۳ واضح است که میانگین نمرات مولفه‌های سلامت اجتماعی در دو گروه تفاوت معناداری دارد. بدین صورت که میانگین نمرات مولفه‌های سلامت اجتماعی در افراد عادی بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه سلامت اجتماعی در افراد معتاد و عادی بود. نتایج نشان داد که بین تمام مؤلفه‌های سلامت اجتماعی (شکوفایی اجتماعی، همبستگی اجتماعی، انسجام اجتماعی، پذیرش اجتماعی، مشارکت اجتماعی) در افراد معتاد و عادی تفاوت وجود دارد. بدین صورت که میانگین نمرات این مولفه‌ها در بین افراد معتاد کمتر بود. با توجه به اینکه در این خصوص پژوهش‌های کمی انجام شده است امکان مقایسه دقیق با سایر یافته‌ها وجود ندارد، اما این یافته تا حدی با یافته‌های پژوهش باباپورخیرالدین (۱۳۹۵)، کرمی (۱۳۹۱) و کوثری (۱۳۸۰) همسو است. این پژوهشگران به این نتیجه

رسیدند که بین پذیرش اجتماعی و اعتیاد رابطه وجود دارد و عموماً سطح پذیرش اجتماعی در افراد معتاد پایین است. نتایج پژوهش حاضر همچنین با پژوهش لث و همکاران (۲۰۰۱) و اوسیپ و همکاران (۱۹۸۴) نیز همسو است. این پژوهشگران طی پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که دریافت تایید اجتماعی در دوره درمان سوء مصرف مواد بر بهبودی افراد موثر است. علاوه بر این یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهشگرانی همچون حیدر نژاد و همکاران (۱۳۹۱)، گرجی گرسامی و همکاران (۱۳۹۷)، زارع شاه آبادی و همکاران (۱۳۹۷)، نیازی و همکاران (۱۳۹۶)، آنلو و ساهین (۲۰۱۵)، ایوانس و همکاران (۲۰۱۶) و آوگو و همکاران (۲۰۱۶) تا حدی مطابقت دارد. این پژوهشگران در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که ابعاد مشترک بین سرمایه اجتماعی و سلامت اجتماعی مانند انسجام اجتماعی و مشارکت اجتماعی با اعتیاد و سوء مصرف مواد رابطه دارند. علائم روانپزشکی و ناتوانی اجتماعی از جمله عواملی است که باعث پایین آمدن سطح بهزیستی روانی و سلامت اجتماعی فرد می‌شوند. افراد دارای بهزیستی پایین به خدمات درمانی و مراقبتی بیشتری نیاز دارند. بر طبق دیدگاه لیسون^۱، سلامت اجتماعی نشانگر ارزیابی فرد از وقایعی است که در اطرافش در حال وقوع است و انواع ارتباطات او را در بر می‌گیرد. این ارزیابی‌ها می‌تواند مثبت و همراه با رضایت و یا منفی و همراه با نارضایتی باشد (لیسون، ۱۹۹۳). کیز معتقد است که سلامت اجتماعی در واقع عاملی است که به طور جمعی بیانگر این است که فرد تا چه حد عملکرد مناسبی دارد (کیز و شاپیرو^۲، ۲۰۰۴). از نظر کیز، سلامت اجتماعی ارزیابی اعمال فرد در جامعه است و بهزیستی، اساسی اجتماعی دارد (چالانگان^۳، ۲۰۰۸). از نظر کیز بین مسئول بودن و مسئولیت پذیری با سلامت اجتماعی رابطه وجود دارد و عملکرد خوب فقط به معنی سلامت جسمی و روانی نیست و عوامل اجتماعی رانیز در بر می‌گیرد (سام آرام، ۱۳۸۸). حجتی، شریف نیا، فغانی، حجتی و سلماسی (۱۳۹۱) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین پذیرش اجتماعی با کیفیت زندگی ارتباط معناداری وجود دارد. به طوریکه با کاهش پذیرش اجتماعی، کیفیت

زندگی کاهش پیدا می‌کرد. با توجه به اینکه بازگشت‌های مجدد و متوالی به مواد و ناتوانی از ترک در اکثریت قریب به اتفاق معتادان مشاهده می‌شود، اعضای تیم درمانی می‌توانند با شناسایی خصوصیات رایج و صفات شخصیتی، سیستم‌های حمایتی، ارتقای پذیرش اجتماعی و کیفیت زندگی معتادین، امر پیشگیری، درمان و توانبخشی را تسهیل نمایند. طرفداران نظریه شبکه بر این باورند که وجود شبکه‌های اجتماعی به عنوان حایلی در مقابل عامل فشارزای درونی نقش مثبتی برای افراد ایفا می‌کند. شبکه‌های اجتماعی با فراهم آوردن حمایت‌های عاطفی، دوستی‌ها و فرصت‌هایی برای اعمال اجتماعی معنادار در قالب سرمایه اجتماعی، اثر بسیار مهم و موثری بر عزت نفس افراد معتاد، افزایش توان مقابله آن‌ها با مشکلات زندگی و افسردگی‌ها دارد و در نهایت به احساس سلامت روانی آن‌ها منجر می‌شود. به نظر می‌رسد که شبکه‌های اجتماعی، نوعی سرمایه اجتماعی را برای معتادان فراهم می‌آورد به این معنا که افراد معتاد در این شبکه‌ها از حمایت، اعتماد و روابط عاطفی با سایر افراد برخوردار می‌شوند (کارولین، ۲۰۰۰). افراد در جامعه عضو گروه‌های مختلف هستند که باعث می‌شود تا اطلاعاتی بین آن‌ها منتقل شود. این امر منجر می‌شود به اینکه افراد این حس را داشته باشند که تنها نیستند و به صورت جمعی برای پیشرفت خود تلاش می‌کنند و با کمک یکدیگر به موفقیت دست پیدا می‌کنند. افراد جامعه‌ای که احساس شهروندی نکنند و انگیزه‌های اجتماعی در آن‌ها کم‌رنگ باشد، در امور اجتماعی شرکت فعالی نخواهند داشت. باید در چنین جامعه‌ای احساس تبعیض بین فردی را کم کرد تا تعامل بین معتادان با مسئولین و دیگر اقشار جامعه بیشتر شود و آن‌ها احساس تعلق بیشتری نمایند. در نتیجه آن‌ها هویت مناسبی برای خود کسب می‌کنند و از لاک خرده فرهنگ‌های اعتیادی خود بیرون می‌آیند. کاهش مشارکت منجر به احساس بی‌قدرتی، بی‌معنایی و از خود بیگانگی می‌شود. احساس بی‌قدرتی یکی از تجلیات و اشکال بروز بیگانگی اجتماعی است که می‌تواند گرایش فرد به اعتیاد را سبب شود (باباپورخیرالدین، ۱۳۹۵).

مشارکت نداشتن در فعالیت‌های اجتماعی و عدم اعتماد، مانع جذب فرد در

چارچوب‌های اجتماعی می‌شود. در این صورت فرد احساس می‌کند که هیچ فصل مشترکی بین ارزش‌های فردی و اجتماعی‌اش وجود ندارد و نسبت به ارزش‌ها و هنجارهای اجتماعی بی‌تفاوت و بی‌اعتماد می‌شود (کاهش همبستگی اجتماعی). بنابراین احساس می‌کند که سرنوشت اجتماع به نیروها یا ساختارهای خارجی مربوط است نه به اجزای تشکیل دهنده اجتماع و برای اجتماع توان بالقوه‌ای در مسیر تکاملی خود قایل نیست. با این طرز تفکر شخص احساس می‌کند که جامعه آنقدر پیچیده است که نمی‌توان آن را فهمید و آینده را پیش‌بینی کرد (کاهش پیوستگی اجتماعی). بنابراین نگرش مثبت خود را نسبت به اجتماع و حتی افراد آن جامعه از دست می‌دهد (کاهش پذیرش اجتماعی). وقتی که نگرش‌های فوق در فرد ایجاد شد فرد کارایی خود را از دست می‌دهد و احساس می‌کند که نقش مهمی در پیشرفت و آینده جامعه ندارد (کاهش سهم‌داشت اجتماعی). در نهایت سلامت اجتماعی فرد کاهش می‌یابد و نتیجه آن تعارض شخصیت، اختلال در رفتارهای اجتماعی، گسترش فساد و ناهنجاری‌های اجتماعی و بزهکاری می‌شود. بنابراین سلامت اجتماعی عامل مهمی در پذیرش هنجارهای اجتماعی است که فرد را قادر به تعادل مثبت و اجتناب از پاسخ‌های نامطلوب می‌کند. افرادی که از سلامت اجتماعی برخوردارند می‌توانند با چالش‌های زندگی اجتماعی مواجه شوند، با آن‌ها مقابله نمایند و عملکرد بهتری در جامعه داشته باشند (باباپورخیرالدین، ۱۳۹۵).

به طور کلی نتایج پژوهش حاکی از این بود که سطوح سلامت اجتماعی در افراد معتاد پایین‌تر از افراد عادی بود. بنابراین در نظر گرفتن این عامل در برنامه‌های پیشگیری و درمان ضروری به نظر می‌رسد. پژوهش حاضر محدود به نمونه مردان بود لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این موضوع در دو جنس بررسی شود. پیشگیری از اعتیاد مستلزم برنامه‌ریزی‌های لازم و اطلاع‌رسانی کافی برای کل افراد جامعه در راستای ارتقای سلامت اجتماعی و با همکاری بخش‌های مختلف جامعه است.

منابع

- اختری، فرزاد؛ خدایی، آمنه؛ یاقوتی زرگر، حسن و فیض الهی، سارا (۱۳۹۵). مروری بر نقش حمایت اجتماعی در پیش‌بینی بازگشت به اعتیاد. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۳(۱۰)، ۳۳-۵۴.
- اهری، مهدی (۱۳۹۲). *بررسی میزان سلامت اجتماعی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد و پیام نور*. امر. پایان‌نامه کارشناسی گروه علوم اجتماعی، چاپ نشده، دانشگاه پیام نور.
- باباپور خیرالدین، جلیل و طوسی، فهیمه (۱۳۸۸). بررسی نقش عوامل تعیین‌کننده در سلامت اجتماعی دانشجویان دانشگاه تبریز. *فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۴(۱۶)، ۸-۲۶.
- باباپور خیرالدین، جلیل (۱۳۹۵). بررسی رابطه مشارکت اجتماعی در بهبود رفتار روانی اجتماعی و بازتوانی بیماران اعتیاد. *طرح تحقیقاتی ستاد مبارزه با مواد مخدر ریاست جمهوری*.
- باقری، معصومه؛ نبوی، عبدالحسین؛ ملتفت، حسین و نقی پور، فاطمه (۱۳۸۹). بررسی عوامل اجتماعی مؤثر بر پدیده اعتیاد در شهراواز. *جامعه‌شناسی کاربردی*، ۲۱(۲)، ۱۱۹-۱۳۶.
- جوانمرد، پرویز (۱۳۸۰). *بررسی اعتیاد و بازپروری معتادان*. تهران: معاونت پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- حجتی، حمید؛ شریف‌نیا، حمید؛ فغانی، مریم؛ حجتی، هانیه و سلماسی، الگار (۱۳۹۱). بررسی ارتباط بین پذیرش اجتماعی و ارتباط آن با کیفیت زندگی معتادان مراجعه‌کننده به مراکز ترک اعتیاد استان گلستان در سال ۱۳۸۸. *مجله علوم بهداشتی جندی شاپور*، ۴(۳)، ۶۴-۵۷.
- حیدرزاد، علیرضا؛ باقری بنجار، عبدالرضا و اصانلو، علی (۱۳۹۱). مقایسه میزان سرمایه اجتماعی در جوانان معتاد و غیرمعتاد. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۶(۲۴)، ۸۵-۹۴.
- زارع شاه آبادی، اکبر؛ اویسی، محمدعلی و بنیاد، لیلی (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و گرایش دانش‌آموزان به مصرف مواد مخدر. *فصلنامه انتظام اجتماعی*، ۱۰(۱)، ۱-۲۰.
- زمان‌خانی، فریبا؛ عباسی زاده، کامبیز؛ امیدنیا، سهیلا؛ ابدی، علیرضا و حیدرنیا، محمدعلی (۱۳۹۵). تحلیل وضعیت سلامت اجتماعی در استان‌های کشور جمهوری اسلامی ایران. *مجله سلامت اجتماعی*، ۳(۳)، ۱۸۹-۱۸۱.
- سام آرام، عبدالله (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه‌محور. *انتظام اجتماعی*، ۱(۱)، ۹-۲۹.
- علیوردی نیا، اکبر و یونسی، عرفان (۱۳۹۳). تاثیر میزان خودکنترلی بر ارتکاب جرم در میان دانشجویان. *راهبرد فرهنگی*، ۱(۲۶)، ۹۴-۱۱۷.

فیروزبخت، مژگان؛ ریاحی، محمداسماعیل و تیرگر، آرام (۱۳۹۶). بررسی عوامل مؤثر بر سلامت اجتماعی زنان: یک مطالعه مروری در مجلات فارسی. *مجله سلامت اجتماعی*، ۴(۳)، ۲۰۰-۱۹۰.

کریمی، جهانگیر (۱۳۹۱). رابطه بین باورهای فراشناختی و پذیرش اجتماعی با آمادگی برای اعتیاد در دانشجویان. *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۴(۲)، ۱۴-۱. کوثری، مسعود (۱۳۸۲). آنومی اجتماعی و اعتیاد به مواد مخدر. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۲(۵)، ۳۰-۱۲.

کاپلان، هارولد و سادوک، بنجامین (۱۳۹۲). *خلاصه روانپزشکی بالینی*. ترجمه رفیعی، حسن و رضاعی، فرزین، تهران: انتشارات ارجمند. (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳).

گرچی گرسام، علی؛ سیاه چشم، مهری؛ موسوی بیجاری، جعفر و سیف، قدرت اله (۱۳۹۷). بررسی رابطه بین سرمایه اجتماعی و مشارکت شهروندان در پیشگیری از اعتیاد. *فصلنامه علمی ترویجی مطالعات پیشگیری از جرم*، ۱۲(۴۶)، ۸۱-۱۰۳.

نیازی، محسن؛ عباس زاده، محمد و سعادت، موسی (۱۳۹۶). بررسی جامعه شناختی سهم مولفه‌های سرمایه اجتماعی در تبیین رفتارهای مخاطره‌آمیز (مورد مطالعه: جوانان ۳۴-۱۵ سال شهر تبریز). *بررسی مسائل اجتماعی ایران*، ۸(۲)، ۷۵-۱۰۱.

نظری، علی محمد و اسدی، مسعود (۱۳۹۱). بررسی تاثیر شناخت درمانی بر کاهش افسردگی دانش‌آموزان. *فصلنامه دانش و تندرستی*، ۶(۱)، ۴۸-۴۴.

Aslund, C & Nilsson, K. W. (2013). Social capital in relation to alcohol consumption, smoking, and illicit drug use among adolescents: a cross-sectional study in Sweden. *International journal for equity in health*, 12(1), 33-44.

Atadokht, A., Hajloo, N., Karimi, M & Narimani, M. (2015). The role of family expressed emotion and perceived social support in predicting addiction relapse. *International Journal of high risk behaviors addiction*, 4(1), 1-5.

Awgu, E., Magura, S & Coryn, C. (2016). Social capital, substance use disorder and depression among youths. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 42(2), 213-221.

Caroline, B. B. (2000). *Migration theory: Talking across discipline*. New York: Roulledge.

Challaghan, L. (2008). Social Well-being in Extra Care Housing: An Overview of the Literature. United states: personal social service research unit.

- Evans, C. B., Cotter, K. L., Rose, R. A & Smokowski, P. R. (2016). Substance use in rural adolescents: The impact of social capital, anti-social capital, and social capital deprivation. *Journal of addictive diseases*, 35(4), 244-257.
- Han, S (2018). A multilevel analysis of social capital and smoking behavior in Seoul, South Korea. *Journal of Substance Use*, 1-7.
- Keyes, C. L. M., & Shapiro, A. D. (2004). *Social Well-Being in the United States: A Descriptive Epidemiology*. In O. G. Brim, C. D. Ryff, & R. C. Kessler (Eds.), The John D. and Catherine T. MacArthur foundation series on mental health and development. Studies on successful midlife development. How healthy are we? A national study of well-being at midlife (pp. 350-372). Chicago, IL, US: University of Chicago Press.
- Laeson, J. (1993). The measurement of social well-being. *Social Indicators Research*, 28, 285-296.
- Lardier Jr, D. T., Barrios, V. R., Garcia-Reid, P & Reid, R. J. (2018). Preventing Substance Use Among Hispanic Urban Youth: Valuing the Role of Family, Social Support Networks, School Importance, and Community Engagement. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 1-13.
- Lash, S. J., Petersen, G. E., O'Connor Jr, and E. A & Lehmann, L. P. (2001). Social reinforcement of substance abuse aftercare group therapy attendance. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 20(1), 3-8.
- Li, W., & Caltabiano, N. (2017). Prevalence of substance abuse and socio-economic differences in substance abuse in an Australian community-dwelling elderly sample. *Health psychology open*, 4(1), 1-7.
- Ossip, D. J., Van-Landingham, W. P., Prue, D. M & Rychtarik, R. G. (1984). Increasing attendance at alcohol aftercare using calendar prompts and home based contracting. *Addictive Behaviors*, 9(1), 85-89.
- Taheri, M., Ghasemi, E., Negarandeh, R., Janani, L., & Mirbazegeh, F. (2018). Social Wellbeing among Iranian Caregivers. *Social Indicators Research*, 1-11.
- Treffers, S. (2016). *The Role of Social Capital in Drug Use and Dependence in Four Canadian Provinces*. Msc Dissertation, University of Windsor.
- Unlu, A & Sahin, I. (2015). The impact of mediating factors on youth social capital and substance use. *International Journal of Public Policy*, 11(1-3), 110-127.
- Wen, M (2017). Social capital and adolescent substance use: The role of family, school, and neighborhood contexts. *Journal of Research on Adolescence*, 27(2), 362-378.
- World Health Organization (WHO) .(2016). *Substance abuse*. Available at:http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/ (accessed 1 July 2016).

هیجان و اعتیاد: یک مطالعه مروری

حامد کاشانکی^۱، رضا رستمی^۲، فاطمه دهقانی آرانی^۳

چکیده

اعتیاد همواره تحت تاثیر عوامل متعددی بوده است که یکی از این عوامل مشکلات هیجانی است. بر اساس پژوهش‌های اخیر، اعتیاد به عنوان بعد تاریک هیجان شناخته می‌شود. هدف اصلی از مطالعه حاضر، بررسی رابطه هیجان و اعتیاد بود. این هدف کلی به سه هدف بررسی نقش فرآیندهای تنظیم هیجانی و تاثیر آنها در انواع اعتیاد، بررسی نقش ابراز، پردازش و سرکوب هیجان در اعتیاد و بررسی ارتباط انواع هیجان با مواد در افراد وابسته به مواد تقسیم شده است. به منظور دستیابی به این اهداف، از مقالات معتبری استفاده شد که به بررسی ارتباط بین هیجان و اعتیاد پرداخته بودند. مطالعه مروری حاضر علاوه بر پرداختن به نقش تنظیم و ابراز هیجان، نمود انواع هیجان در اعتیاد را نیز با استفاده از مروری بر مقالات متعدد بررسی کرد. همچنین به اثربخشی درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان نیز اشاره شده است. در نهایت، این مطالعه یک روش درمانی موثر را برای کاهش آسیب ناشی از اعتیاد از طریق طرح یک مدل روند هیجان در رابطه با شروع اختلال اعتیاد ارائه کرد. مدل مداخلات پیشگیرانه و درمانی سیستماتیک در اختلال مصرف مواد با توجه به نقش هیجان ارائه شده است. مطابق با این مدل، تنظیم هیجان با در نظر گرفتن ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی نقش مهمی در پیشگیری از اعتیاد دارد. بنابراین با آموزش تنظیم هیجان از کودکی و نوجوانی می‌توان از روی آوردن آنها به سوء مصرف مواد جلوگیری کرد.

کلیدواژه‌ها: هیجان، اعتیاد، تنظیم هیجان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت دانشگاه تهران، تهران، ایران

۲. استاد روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. نویسنده مسئول: استادیار روان‌شناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران. پست الکترونیک:

f.deghani.a@ut.ac.ir

مقدمه

هیجان‌ات دائم تولید و سبب پیوند دادن افراد به یکدیگر می‌شوند. هیجان‌ات، ما را در تعاملات اجتماعی هدایت و به ما برای مراقبت از یکدیگر کمک می‌کنند. به همسرمان عشق می‌ورزیم؛ به خاطر از دست دادن دوستمان، غمگین و یا از همکارمان عصبانی می‌شویم. هیجان‌ات، روابط، خواسته‌ها و نیازهای ما را شکل می‌دهند و زمانی که رابطه به مشکل می‌خورد، برای حل آن فعال می‌شوند. با این وجود، هیجان‌ات ممکن است درست تنظیم نشوند و این نقطه آغاز مشکلات است به طوری که امروزه این نکته که مشکلات تنظیم هیجان^۱ کلید اصلی اختلالات روانی و روان تنی است مورد پذیرش اکثر متخصصان سلامت روان است (گروچی، تیونیک و فردریکسون و جاب^۲، ۲۰۱۵). از کارکردهای گسترده و متنوع هیجان‌ات می‌توان به آگاه کردن افراد از فرآیندهای پویای بین فردی و درون فردی، تسهیل تصمیم‌گیری سازنده و بهبود پاسخ‌های رفتاری اشاره کرد. تنظیم هیجان مهارتی آموختنی است و در عصر حاضر راهگشای مسیر انتخاب‌های صحیح، عدم تکرار اشتباهات، بهبودی و سلامت روانی و جسمانی است. نقش هیجان در درمان‌های روان‌شناختی نیز اهمیتی اساسی دارد. منظور از تنظیم هیجان فرآیند هشیار و ناهشیار است که در آن به زمان و طول مدت تکانه، نوع تکانه، و چگونگی ابراز و تجربه آن توجه می‌شود (بروکمن، سیاروشی، پارکر و کاشدان^۳، ۲۰۱۷).

هیجان‌ات همانطور که می‌توانند مفید باشند و سبب تسهیل فرآیندهای روانی و ارتباطی شوند، می‌توانند آسیب‌رسان نیز باشند. منظور از آسیب، عدم تناسب هیجان با بافت، شدت و دوام نامتناسب است. شور^۴ (۱۹۹۴) به عنوان سردمدار مبانی عصب‌شناختی دلبستگی^۵ بیان می‌کند که درمان، یک فرآیند هیجانی و نه عقلانی است. زمانی که هیجان‌ات مراجع در جلسه درمان خاموش است، تنها دفاع‌ها تقویت می‌شود. البته تقویت دفاع‌ها برای مراجعان با ظرفیت پایین هیجان می‌تواند در کوتاه‌مدت موثر باشد. افراد دارای ظرفیت

1. emotion regulation
2. Grecucci, Theuninck, Frederickson, & Job

3. Brockman, Ciarrochi, Parker, & Kashdan
4. Schore
5. neurobiology of attachment

پایین تحمل هیجان منفی، دچار بی‌نظمی در رفتار می‌شوند (کیوٹ، ریکاردی، تیمپانو، میشل و اسمیت^۱، ۲۰۱۰) و با پرداختن به مصرف الکل و رفتارهای مخرب قصد تسکین هیجان منفی خویش را دارند. با این وجود این رفتارها در کوتاه‌مدت موثر واقع می‌شود (لازاروس^۲، ۱۹۹۱). شواهد حاکی از ارتباط بین تنظیم هیجانی و اختلالات مختلف است. نقص در نظم‌بخشی هیجانی عاملی محوری در چندین مدل آسیب‌شناسی روانی برای اختلالاتی مانند اختلال اضطراب فراگیر، اختلال شخصیت مرزی، اختلال افسردگی عمده، اختلال دوقطبی، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن و اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد و الکل به شمار می‌آید (کرینگ و اسلون^۳، ۲۰۱۰)

با وجود اثر کوتاه‌مدت سرکوب هیجان به وسیله مصرف مواد، این روش کنترل، با آسیب‌های جسمانی و روانی متعددی همراه است. احساس لذت یا آرامش بعد از انجام یک رفتار آسیب‌زا تحت عنوان اختلالات کنترل تکانه شناخته می‌شود که با مشکلات خودمهارگری^۴ همراه هستند. افراد با نقص در تنظیم هیجان بیش از دیگران در رفتارهایی که آن‌ها را دچار اضطراب و افسردگی کند، درگیر می‌شوند و از راهبردهای خطرناک مانند سوء مصرف مواد جهت کنترل هیجان منفی، استفاده می‌کنند (اورباخ، آبالا و رینگو^۵، ۲۰۰۷). در نتیجه اعتیاد به عنوان نقص در خودمهارگری و یک اختلال مرتبط با هیجان است.

اعتیاد الگوی مشکل‌ساز مصرف مواد است که منجر به اختلال و آشفتگی می‌شود. اعتیاد به عنوان یک اختلال عودکننده، شامل علائم بالینی به شرح زیر می‌شود: تمایل مضاعف و شدید برای مصرف مواد، خودمهارگری مختل و عدم تنظیم هیجانی و واکنش پذیری نسبت به استرس. از مهم‌ترین کارکردهای شناختی که در اثر سوء مصرف مواد دچار اختلال می‌شود، می‌توان به کارکردهای اجرایی اشاره کرد. کارکردهای اجرایی مربوط به فرایند کنترل شناختی چندبعدی هستند که شامل توانایی ارزیابی، سازماندهی و دستیابی به اهداف است. رشد تنظیم هیجانی به طور قوی توسط چندین هسته از

1. Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell, & Schmidt
2. Lazarus

3. Kring & Sloan
4. self-control
5. Auerbach, Abela & Ringo

کارکردهای اجرایی مثل کنترل توجه، بازداری رفتارهای نامناسب، تصمیم‌گیری و دیگر فرآیندهای شناختی سطح بالا حمایت شده است (تاتنهام، هری و کیسی^۱، ۲۰۱۱). تنظیم هیجان مهارتی آموختنی است و در عصر حاضر راهگشای مسیر انتخاب‌های صحیح، عدم تکرار اشتباهات، بهبودی و سلامت روانی و جسمانی است. قسمت قشر قدامی سینگولیت^۲ نقش اساسی در هر دو مدل تنظیم هیجانی دارد. افزایش تحریک پذیری هیجانی، مواجهه قبلی با مواد و عدم ظرفیت تنظیم هیجانی هر سه پیش‌بینی‌کننده قوی سوء‌مصرف مواد هستند (تانگ، پوسنر، رزبارت و وولکو^۳، ۲۰۱۵).

با توجه به اهمیت نقش تنظیم هیجانی در اعتیاد، ابتدا به مدل‌های تنظیم هیجانی به همراه پژوهش‌های انجام شده پرداخته می‌شود. سپس به پژوهش‌هایی اشاره می‌شود که نقش تنظیم هیجانی در اعتیاد را بررسی کرده‌اند. در همین راستا پژوهش‌های مرتبط با نحوه ابراز هیجانی و به صورت عینی انواع هیجان‌ات در افراد دچار اعتیاد و اراسی و بعد از آن پژوهش‌های مرتبط با اثربخشی درمان‌های مبتنی بر تنظیم هیجان بر اعتیاد، مورد اشاره قرار می‌گیرند. در نهایت با توجه به شواهد ذکر شده در این پژوهش، در قسمت بحث و نتیجه‌گیری با بهره‌گیری از مقالات و تحلیل نتایج و انسجام‌بخشی به آن‌ها، مدل نظری و عملیاتی هیجان و اعتیاد برای متخصصان سلامت روان و درمان‌گران ارائه می‌شود.

مدل‌های تنظیم هیجان: مدل گروس و لینهان

گروس^۴ (۱۹۹۸) فرآیندهای تنظیم هیجانی را فرآیندهای اثرگذار بر زمان، تجربه و نوع بروز هیجان می‌داند. در مدل تنظیم هیجان گروس، پنج راهبرد وجود دارد که افراد از طریق آن‌ها هیجان‌ات خویش را تنظیم می‌کنند. این پنج راهبرد، پنج صفت مشترک فرآیند تنظیم هیجان هستند که عبارتند از انتخاب موقعیت، اصلاح موقعیت، گسترش توجه، ارزیابی مجدد شناختی و تعدیل پاسخ (گروس، ۲۰۰۲). به طور کلی از نظر گروس دو راهبرد کلی در تنظیم هیجان به کار گرفته می‌شوند. این دو راهبرد دربرگیرنده راهبردهای

1. Tottenham, Herii, Voss, Glover, & Casey
2. Anterior Cingulate Cortex

3. Tang, Posner, Rothbart, & Volkow
4. Gross

قبل از وقوع موقعیت مولد هیجان و راهبردهای بعد از موقعیت مولد هیجان هستند. گروس (۱۹۹۸) راهبردهایی که قبل از وقوع هیجان به کار گرفته می‌شوند را موثرتر می‌داند. راهبردهای پیشین، قبل از بروز حادثه فعال و هنگام حادثه سبب تعدیل ابراز و تجربه هیجان می‌شوند. در مدل تنظیم هیجان گروس، مهم‌ترین راهبرد، انتخاب موقعیت است. منظور از انتخاب موقعیت، موقعیت‌هایی است که موجب هیجانات مثبت و منفی می‌شود. افراد با به‌کارگیری راهبرد انتخاب موقعیت می‌توانند نشخوار فکری را متوقف و از مهارت‌های افزایش توجه استفاده کنند (اسمارت، پیتر و بیر، ۲۰۱۶). براساس دیدگاه گروس، اعتیاد به مواد مخدر یک راهبرد پس از حادثه برای تنظیم هیجان محسوب می‌شود که پیامدهای مخربی دارد. نتایج پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش تنظیم هیجانی مبتنی بر مدل گروس بر میزان سازگاری اجتماعی و عاطفی مردان نشان داد که هیجان‌ها نقش موثری بر میزان سازگاری فرد در زمینه‌های مختلف فردی، خانوادگی و اجتماعی دارند و برنامه مبتنی بر اصلاح و تعدیل هیجان، راهبردهای انطباقی را تقویت می‌کند و سازگاری شخصی را در زمینه‌های مختلف بهبود می‌بخشد (کریمی فر، دین‌پرور، روح‌الامینی و بشارت، ۱۳۹۶).

۱۵۷

مدل روانی - اجتماعی لینهان (۱۹۹۳) بیان می‌کند که مشکلات اختلالات شخصیت مرتبط با سوء مصرف مواد حاصل تعامل عوامل زیستی مرتبط با بد تنظیمی هیجانی و محیط اجتماعی نامطلوب است. بر طبق این مدل، اختلال شخصیت مرزی بر اثر کمبود روابط نزدیک با مراقبان در کودکی یا پاسخگو نبودن آن‌ها به وجود می‌آید که به دنبال آن توانایی فرد در تنظیم موثر هیجان‌ها تخریب می‌شود. براساس این دیدگاه، مشکلات تنظیم هیجان یک ساختار چند وجهی است و به شکل فقدان آگاهی یا پذیرش هیجانی و شکست در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان نشان داده می‌شود (به نقل از کو، کوری، متکاف و فیتزپاتریک و گودویل، ۲۰۱۵). لینهان این نظریه را بر این اساس بنیان گذاشت که افراد دارای اختلال شخصیت مرزی قادر به شناختن تجارب هیجانی خویش نیستند و تحمل ناکامی و طرد از جانب افراد مورد علاقه خویش را ندارند.

ناتوانی افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی در ادغام تجارب هیجانی عشق و خشم و نمود آن در روابط بین فردی باعث می‌شود که آن‌ها با عدم تعادل هیجانی مواجه شوند و تجربه هیجان‌های نامتعادل در آن‌ها منجر به خصومت و پرخاشگری، تکانشگری و سوء مصرف مواد شود. محتوای جلسات لینهان برای کاهش بدکارکردی تنظیم هیجانی به شرح زیر است (نیکسو، بوهرز^۱ و لینهان، ۲۰۱۴).

- ۱- جلسه اول: چرا باید این مراحل را بیاموزیم (شروع توجه به درون و خودآگاهی)
- ۲- جلسه دوم: آموزش مهارت‌های شناخت خود
- ۳- جلسه سوم: آموزش مهارت‌های شناخت خود
- ۴- جلسه چهارم: نام‌گذاری هیجان‌ها، شناخت اسطوره‌ها (موقعیت‌ها و افراد منجر به هیجان در فرد)
- ۵- جلسه پنجم: توجه به ذهن خردمند، ذهن هیجانی و پاسخ‌های هر دو مدل ذهن به موقعیت‌های هیجانی (تقویت هنر خودمشاهده‌گری یا ذهن آگاهی)
- ۶- جلسه ششم: استفاده از مهارت‌های حل مساله در مهار هیجان
- ۷- جلسه هفتم: آموزش مهارت کاهش آسیب (کاهش سوء مصرف مواد، بهبود خواب، بهبود تغذیه و انجام تمرین ورزشی)
- ۸- آموزش مهارت‌های دوری از ذهن غرق‌شده در هیجان
- ۹- تسلط بر دنیای ذهنی و پیشروی به سوی اهداف
- ۱۰- آگاهی هیجانی و عمل کردن مناسب هنگام مواجه شدن با تجارب هیجانی مثبت و منفی (آگاهی به خشم، عشق، گناه، غم)
- ۱۱- کاربرد مهارت‌های حل مساله هنگام بروز هیجان‌ات
- ۱۲- مرور جلسات و تمرین

در پژوهشی آشکار شد که اجرای تکنیک‌های تنظیم هیجانی لینهان برای درمان اختلالات تنظیم هیجانی همراه با سوء مصرف مواد در زنان موثر واقع می‌شود و با کاهش علائم مصرف همراه است (تقی‌زاده، قربانی و صفاری‌نیا، ۱۳۹۴). به طور کلی تمامی

مدل‌های تنظیم هیجان با تمرکز بر آگاهی هیجانی، شناخت هیجان در بدن، کنترل ابراز ناسالم هیجان‌ات و استفاده از راهبردهای مهار هیجان سعی بر این دارند تا علاوه بر به حداقل رساندن آسیب‌های ناشی از غرق شدن در هیجان‌ات و رفتارهای مخرب، به افراد راهبردهای موثری را آموزش دهند که سبب شود از هیجان‌ات خویش به شیوه سالمی استفاده کنند.

نقش تنظیم هیجانی در اعتیاد

یکی از نشانه‌های اثربخشی پیوند ایمن در جلوگیری از اعتیاد، ایجاد توانایی تنظیم هیجانی در افراد است. به عبارتی دیگر کسی که ظرفیت تنظیم هیجانی دارد، قادر است احساسات خود را بشناسد، تجربه کند و به صورت سالم ابراز کند (گروس، ۲۰۱۵). در پژوهشی مشخص شد که در دسترس بودن مادر و الگوی روابط با تنظیم هیجانی ارتباط مثبتی دارد. در این پژوهش که به نقش سبک‌های دلبستگی و انواع اعتیاد در زنان و مردان پرداخته بود، مشخص شد که رفتارهای اعتیادی (قمار و بازی) و اعتیاد به مواد (دارو و الکل) باهم رابطه مثبت معناداری دارند. مشکلات تنظیم هیجانی با انواع اعتیاد رابطه مثبتی دارد. دلبستگی به پدر و مادر با اعتیاد به اینترنت و اعتیاد به بازی رابطه منفی دارد. دلبستگی ضعیف با پدر و مادر اعتیاد به اینترنت، قمار و اعتیاد به بازی را پیش‌بینی می‌کند. تفاوت‌های جنسیتی نشان داد که وابستگی به مادر و دوستان در زنان بیشتر است در حالیکه وابستگی به قمار و بازی ویدئویی در مردان بیشتر است (استیوز، جارقی، مارکوس، گونزالس و گریف، ۲۰۱۷). براین اساس می‌توان گفت که الگوی مصرف مواد، همان الگوی روابط با والدین است که به صورت نامطلوب ادامه پیدا کرده است. در واقع وابستگی به مواد ریشه در وابستگی ناسالم به والدین دارد و مواد قرار است همان کاری را که والدین برای بیمار انجام نداده بودند (تنظیم هیجانی) به طور موقت انجام دهد. به عبارتی دیگر، استفاده از بازی‌های کامپیوتری نوعی تنظیم هیجانی کوتاه‌مدت در مردان و اعتیاد به اینترنت و وابستگی‌های ناسالم به والدین و دوستان در زنان، نوعی دفاع در برابر

تجارب منفی گذشته در روابط با والدین یا مراقبان است. در واقع تنظیم هیجانی از توانایی درونی سازی مادر ایمن و تکیه کردن به او در شرایط بحرانی نشأت می‌گیرد.

فرضیه خوددرمانی خانتزیان^۱ نشان می‌دهد که مصرف مواد به دنبال ایجاد یک احساس ناخوشایند رخ می‌دهد. در نتیجه مصرف هیچ ماده‌ای اتفاقی نیست. براساس فرضیه خانتزیان، افراد پرخاشگر و پر از نفرت و کینه، از حشیش برای کاهش این هیجانات استفاده می‌کنند در حالیکه افراد افسرده خود از کوکائین برای کاهش خلق منفی استفاده می‌کنند. افراد الکلی با مصرف الکل بر ترس خود از نزدیکی هیجانی و رابطه صمیمی غلبه می‌کنند (خانتزیان، ۲۰۱۲). براساس این فرضیه، مصرف مواد یک راه حل درمانی آسیب‌زا است. اعتیاد از دیدگاه عصب‌شناختی، بر هم خوردن تعادل انتقال دهنده‌های عصبی بر اثر عدم تنظیم هیجانی است. ما بعد از هر خلق بالا خلق پایینی خواهیم داشت و این نشان دهنده وضعیت طبیعی از بدن ما است. بنابراین هیچ خوشی بدون عوارض نخواهد بود و خلق بالا با خلقی پایین همراه خواهد شد و این قانون طبیعت است (کووب^۲، ۲۰۱۵). براساس این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت آدم‌هایی که همواره سعی بر حفظ خلق بالا یا حفظ تجارب مثبت در دلبستگی اولیه دارند و از طرفی ظرفیت مواجهه با تجارب منفی یا خلق منفی را ندارند، برای مقابله با این هیجانات به مصرف مواد روی می‌آورند. عده‌ای می‌خواهند روند هیجانات مثبت خود را همواره حفظ کنند و عده‌ای از هیجانات منفی فرار می‌کنند و همین مکانیسم مقابله، تبدیل به شیوه سازگاری مخرب بدنشان با زندگی می‌شود.

تقی زاده، قربانی و صفاری نیا (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجانی رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم هیجان زنان با اختلالات شخصیت مرزی و اختلال سوء مصرف مواد به این نتیجه دست یافتند که رفتار درمانی دیالکتیک نمرات را در راهبردهای منفی تنظیم هیجانی در زنان مبتلا به همبودی اختلالات شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد کاهش داد. بازبینی نمودارهای اثربخشی و اندازه اثر بیانگر کاهش معنادار راهبردهای تنظیم هیجانی منفی (شامل ملامت خویشستن،

نشخوارفکری، ملامت دیگران و فاجعه انگاری) در شرکت کنندگان بود. تکنیک‌های تنظیم هیجانی در کاهش استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی منفی (شامل ملامت خویشتن، نشخوارگری، ملامت دیگران و فاجعه انگاری) موثر است و می‌تواند برای درمان زنان با همبودی اختلال شخصیت مرزی و سوء مصرف مواد استفاده شود. احمدی، سهرابی و برجلی (۱۳۹۷) پژوهشی با عنوان تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر ارزیابی مجدد و فرونشانی هیجانی سربازان با اختلال مصرف مواد افیونی انجام دادند. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه سربازان با اختلال مصرف مواد افیونی تشکیل می‌دادند که در درمانگاه هوانیروز کرمان تحت درمان نگه‌دارنده متادون بودند. نتایج تحقیق نشان داد که آموزش تنظیم هیجان، افزایش ارزیابی مجدد و کاهش فرونشانی هیجانی را در پی داشته است. با توجه به یافته‌ها می‌توان گفت که آموزش تنظیم هیجان با افزایش راهبرد سازگارانه (ارزیابی مجدد) و کاهش راهبرد ناسازگارانه تنظیم تجارب هیجانی (فرونشانی)، می‌تواند زمینه را برای بهبود اختلال مصرف مواد افیونی فراهم سازد.

نجفی، محمدی فر و عبدالهی (۱۳۹۴) در یک پژوهش مروری به نقش مؤلفه‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و هیجان‌خواهی در اعتیاد پرداختند. این محققان اشاره کرده‌اند که سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آنهاست در شروع مصرف مواد نقش دارد. دشواری در مدیریت هیجان‌ها، مشکل در تحمل پریشانی و تمایلات هیجان‌خواهانه، از مشکلات افراد سوء مصرف کننده مواد است و این مسئله منجر به شکست در مدیریت حالات عاطفی و هیجانی این افراد می‌شود. همچنین، اهمیت قابل ملاحظه تنظیم هیجانی در آسیب شناسی روانی این افراد برجسته است. رهبران، محمدی، عباسی و سلیمانی (۲۰۱۷) در پژوهشی تحت عنوان مشکلات تنظیم هیجان و استعداد ابتلا به اعتیاد در جمعیت ایرانی به این نتیجه دست یافتند که دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان پیش‌بینی کننده استعداد به اعتیاد بود. استعداد منفعلانه به اعتیاد به وسیله آگاهی هیجانی و دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجان پیش‌بینی شدند. بر این اساس آموزش راهبردهای تنظیم هیجان در پیشگیری وابستگی به

مواد ضروری است. مدنی فرد، نمایی و جعفر نیا (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان مقایسه تنظیم شناختی هیجان و شیوه های حل مساله در افراد وابسته به مواد اپیوئیدی و افراد بهنجار به این نتیجه دست یافتند که افراد معتاد از قابلیت تنظیم شناختی هیجان کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند و در مقایسه با افراد عادی کمتر از شیوه های سازنده در حل مساله استفاده می کنند. اسماعیلی نسب، اندامی خشک، آزرمی و ثمر رخی (۱۳۹۳) در پژوهشی تحت عنوان نقش پیش بینی کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیاد پذیری دانشجویان به این نتیجه دست یافتند که دشواری در تنظیم هیجان و مولفه های آن ۳۷/۵ درصد از اعتیاد پذیری را پیش بینی کردند و در میان مولفه ها، شفافیت نقش قوی تری داشت. می توان بیان کرد که در حوزه پیشگیری از وابستگی به مواد، آموزش دانشجویان در زمینه بهبود تنظیم هیجان می تواند کمک کننده باشد.

نتایج یک پژوهش نشان داد که در افراد دارای اعتیاد به ترتیب اختلالات شخصیت ضداجتماعی، مرزی و خودشیفته بیشتر است و آن ها تنها در محدودیت دسترسی به راهکار تنظیم و آگاهی هیجانی تفاوت دارند (دی پیرو، بنزی و ماددو، ۲۰۱۵). این نکته نشان می دهد که افراد دارای اعتیاد با توجه به اضطراب بالا، نیازمند یادگیری استفاده از دفاع های پخته و سازنده مانند عقلانی سازی و سپس استقلال عاطفی و انسجام هستند. اثربخشی گروه های NA در واقع انعکاسی از همین موضوع است که سیستم تنظیم هیجانی این افراد یا همان سیستم دلبستگی آن ها در گذشته، در این گروه ها فعال و جایگزین روش وابستگی ناسالم به مواد می شود. دو بعد آگاهی هیجانی و تحمل آشفتگی از ابعاد تاثیر گذار تنظیم هیجانی بر مصرف مواد هستند. به عبارتی افراد دچار اعتیاد ظرفیت ابهام و در هم آمیختگی هیجانی را ندارند و برای فرار از تعارض و ابهام به مصرف مواد روی می آورند. از این منظر، مصرف مواد مانع ماندن فرد در تعارض و ابهام خواهد شد و از ظرفیت سازی روانی و بدنی برای تحمل هیجانانگیز در هم آمیخته، جلوگیری خواهد کرد. تنظیم هیجانی در واقع به فرآیند هشیار و ناهشیاری اشاره دارد که به وسیله آن هیجانانگیز منفی و مثبت در فرد تنظیم می شود در حالیکه دفاع فرآیندی است که به صورت هشیارانه به کار برده می شود و

فرد به وسیله آن، هیجانان در هم آمیخته و آشفتگی را کاهش می دهد. بر اساس پژوهش های اخیر تنظیم هیجانی ناسالم با خشکی^۱ و آشوب^۲ در به کارگیری مکانیسم های دفاعی ارتباط دارد (سیگال^۳، ۲۰۱۵). بر اساس پژوهش های اخیر، فرآیندهای نظم بخشی هیجانی شامل بهشیاری، خودمهارگری و خودشناسی انسجامی هستند (کاشانکی، قربانی و حاتمی، ۱۳۹۵). همچنین صفت اضطراب همراه با آسیب سوپرایگو^۴ در اختلال وسواسی جبری و صفت اضطراب همراه با شکنندگی^۵ در اختلال شخصیت وابسته، موجد بیشترین میزان تغییرات در مقابل هیجانان می شود (کشاورز، رستمی، قربانی و رحیمی نژاد، ۱۳۹۷). با توجه به اینکه در پژوهش کشاورز و همکاران (۱۳۹۷) از ارزیابی پویایی شخصیت استفاده شده بود، می توان گفت که زیربنای شخصیتی اعتیاد نیز بیشتر به همان سیستم دلبستگی آسیب دیده و تنظیم هیجانی وابسته گونه در اختلال شخصیت وابسته شبیه است.

تجربه و ابراز هیجانان در اختلال مصرف مواد

یکی از مهم ترین مشکلات افراد دارای اعتیاد به الکل و مواد در نقص کارکردهای هیجانی است. تشخیص هیجان از مهم ترین این کارکردها است. تعاملات مناسب اجتماعی به تشخیص هیجانان افراد مربوط می شود. افرادی که به خوبی می توانند هیجانان دیگران را تشخیص دهند رفتار جامعه پسند و مناسبی خواهند داشت. پژوهش های اکمن^۶ نشان داد که شش هیجان بنیادی (خشم، انزجار، ترس، شادی، غم و تعجب) را از بیان چهره ای افراد در سرتاسر دنیا می توان به خوبی تشخیص داد و این شش هیجان در اکثر پژوهش های روان شناسی، مورد تائید پژوهشگران است (اکمن، ۲۰۱۶). مشکلات تشخیص هیجان با شدت و طول مصرف مواد مختلف از جمله الکل، اپیوئیدها، اکستازی، کوکائین، متامفتامین و حشیش ارتباط دارد (کورنیچ^۷ و همکاران، ۲۰۱۳). بر اساس یک فراتحلیل، پژوهش های متمرکز بر سنجش حالات چهره معمولاً به دو شیوه این سنجش را انجام داده اند. در شیوه اول فرد با مشاهده سلسله تصاویر، حالات هیجانی مختلف را تشخیص

1. rigidity

2. Chaos

3. Siegel

4. superego pathology

5. fragility

6. Paul Ekman

7. Kornreich

می‌دهد. در شیوه دوم یکی از ۶ هیجان انتخاب و میزان ابراز چهره‌ای هیجان و تغییرات آن گزارش می‌شود. در این فراتحلیل، داده‌های ۷۴۱ نفر مصرف‌کننده مواد و ۶۳۸ فرد غیرمعتاد و سالم که از سال ۲۰۰۱ به بعد جمع‌آوری شده بود، بررسی شدند و نتایج نشان داد که بازشناسی هیجان‌ات افراد مصرف‌کننده الکل و مواد مختل است و این پردازش‌های چهره، تفاوت معناداری با افراد سالم دارد (کاستلانو^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). با توجه به اینکه بازشناسی هیجان‌ات چهره با پردازش‌های شناختی اجتماعی، مهارت‌های روان‌شناختی، توسعه روابط اجتماعی و کارکردهای روان‌شناختی ارتباط دارد، ارزیابی این ویژگی در افراد دارای اعتیاد می‌تواند تمرکز درمان‌ها و مداخلات را به سمت پردازش‌های هیجانی این افراد سوق دهد تا آن‌ها قادر شوند به مرور کارکردهای روان‌شناختی خود را به دست بیاورند و روابط بهبودیافته‌ای شکل دهند. متخصصان باید به بازشناسی هیجان‌ات چهره افراد دچار اعتیاد توجه ویژه‌ای داشته باشند. مصرف مواد می‌تواند سبب شود توانایی افراد در تشخیص هیجان‌ات چهره دیگران مختل شود، پس بازآموزی مهارت‌های بازشناسی هیجان‌ات در طول مسیر درمانی افراد دچار اعتیاد می‌تواند موثر واقع شود.

پژوهشی دیگر با هدف بررسی تشخیص و تمایز هیجان‌ات در افراد وابسته به حشیش در دوران ترک انجام شد. در این پژوهش، ۳۰ مرد وابسته به حشیش انتخاب شدند. آن‌ها حداکثر یک ماه بود که در دوران ترک بودند و مصرفی نداشتند. گروه کنترل نیز دربرگیرنده ۳۰ مرد سالم بود. از هر دو گروه آزمون تشخیص هیجان‌ات چهره و آزمون تمایز هیجان‌ات چهره گرفته شد. در این پژوهش مشخص شد که افراد وابسته به حشیش تشخیص و تمایز هیجان‌ات در طول ترک مشکل دارند. همچنین هنگام تشخیص هیجان‌ات منفی در مقایسه با گروه کنترل، بسیار بدتر عمل می‌کنند در حالیکه هنگام تشخیص هیجان‌ات مثبت مشکلی نداشتند (بایرچی^۲ و همکاران، ۲۰۱۵). این پژوهش نشان داد که مشکلات تشخیص و تمایز هیجان‌ات در افراد وابسته به حشیش همچنان در دوران ترک، به خودی خود باقی می‌ماند و ترک سبب تغییر این اختلال هیجانی در آن‌ها نمی‌شود. می‌توان براساس این پژوهش به مشکلات هیجانی افراد وابسته به مواد مخدر در قبل از

1. Castellano

2. Bayrakçı

مصرف اشاره داشت. در واقع افراد وابسته به مواد، قبل از اعتیاد، دارای اختلالات هیجانی از جمله تشخیص و تمایز هیجانات هستند. می توان با مشاهده و غربالگری تست های تشخیص و تمایز هیجان در سنین پایینتر که فرد هنوز به مواد مخدر روی نیاورده است از احتمال مصرف مواد او در آینده مطلع شد و اقدامات لازم مانند مراقبت های کنترلی و آموزش های مبتنی بر بازشناسی هیجانات از همان سنین برای افراد مستعد مصرف (دارای مشکلات بازشناسی هیجانات) را به کار گرفت. در پژوهشی دیگر، بعد از سنجش شدت و دوام مواد و سنجش بازشناسی هیجانات چهره، روابط نوع ماده و شدت ماده مصرفی با بازشناسی هیجان خاص مانند خشم، غم، تعجب، شادی، ترس و انزجار تأیید شد (فرناندز-سرانو، لوزانو، پرز-گارسیا و ورداژو-گارسیا، ۲۰۱۰). نتایج این پژوهش نشان داد که مدت و مقدار مصرف حشیش با عدم بازشناسی خشم و ترس، مدت و مقدار مصرف کوکائین با عدم بازشناسی خشم، انزجار، ترس و غم و مدت و مقدار مصرف هرئین با عدم بازشناسی خشم و ترس رابطه داشت. همچنین مقدار مصرف متادون با عدم بازشناسی ترس و تعجب، مدت مصرف متادون با عدم بازشناسی خشم، مدت مصرف اکستازی با عدم بازشناسی خشم و مقدار مصرف الکل با عدم بازشناسی خشم، انزجار و ترس رابطه دارد. عدم درک هیجانات دیگران به نوعی نشان دهنده عدم تشخیص هیجانات خویشتن است. یعنی افرادی که قادر نیستند هیجانات دیگران را تشخیص دهند در درک و نامگذاری هیجانات خودشان نیز مشکل دارند. یکی بودن جایگاه عصب شناختی بازشناسی هیجانات مختلف با شدت و زمان مصرف مواد نشان می دهد در صورتی که این توانایی به افراد دارای اعتیاد آموخته شود و آنها بتوانند هیجانات خویش را نامگذاری کنند و آنها را نیز در دیگران به درستی تشخیص دهند، می توانند مسیر عادی مصرف اعتیاد خود را تعدیل کنند و درمان شوند. اهمیت بازشناسی هیجان خشم نشان می دهد که افراد دارای اعتیاد، معمولاً سرکوبگر خشم هستند و توانایی تشخیص آن را در خود و دیگران ندارند. به عبارتی دیگر، این افراد برای تنظیم هیجان خشم به مواد روی می آورند. افزایش ظرفیت

تجربه خشم در افراد دچار اعتیاد سبب می‌شود که آن‌ها قادر به تجربه این هیجان شوند و بتوانند مسیر مغزی مصرف مواد را با شناخت و درک این هیجان تغییر دهند. افراد دارای اعتیاد معمولاً در تشخیص و نامگذاری هیجانات مثبت مشکلی ندارند ولی آنچه مهم تلقی می‌شود عدم ظرفیت برای مواجه شدن با ترس‌ها و خشم‌ها است که سبب می‌شود این افراد در بازشناسی هیجانات با مشکل مواجه شوند.

هیجان ابراز شده^۱ نیز با عود انواع مشکلات روان‌شناختی از قبیل اسکیزوفرنی، افسردگی و مشکلات خوردن پس از درمان ارتباط دارد (آمارشا و ونکاتاسوبرامانیان^۲، ۲۰۱۲). لازم به ذکر است هیجان ابراز شده با ابراز هیجانی که یکی از مولفه‌های سلامت روان است، متفاوت است. یک پژوهش که با هدف بررسی اثر هیجان ابراز شده بر درمان افراد دارای اعتیاد به هروئین، که اقدام به درمان نگهدارنده با متادون کرده بودند، نشان داد که جدا از مصرف هروئین و آمفتامین، افسردگی و جو انتقادی خانوادگی بیماران، نقشی اساسی در درمان داشت. به عبارتی معتادانی که در خانواده‌های دارای درگیری هیجانی با هیجان ابراز شده بالا، خصومت، جو انتقادی و دارای نگرش‌های مخرب رشد می‌کنند به احتمال بیشتری نسبت به خانواده‌های سالم عود یا بازگشت اعتیاد را نشان می‌دهند (لی، وانگ، تانگ، لیو و بل^۳، ۲۰۱۵). این پژوهش نشان داد که ابراز مهارگسیخته هیجان یا هیجان کاذب در خانواده‌ها با اعتیاد مرتبط است. ابراز هیجانی مهارگسیخته در مقابل ابراز سالم هیجان یا هیجان قرار می‌گیرد. خیلی از اوقات هیجانات جنبه دفاعی پیدا می‌کنند و به صورت ناسالم ابراز می‌شوند. نقش مهم خودمهارگری تحت‌عنوان بازداری تکانه‌ها و به تعویق انداختن هیجانات در اینجا پررنگ می‌شود. به عبارتی دیگر، افراد دارای خودمهارگری هیجانی می‌توانند هیجانات کاذب خود را به تعویق بیندازند و کنترل بهتری روی این هیجانات داشته باشند؛ در نتیجه نیاز به مواد برای سرکوب و رهایی از درد هیجان در آن‌ها کمتر خواهد شد.

اثربخشی تنظیم هیجانی بر اعتیاد

از علائم اعتیاد می توان به تمایل مضاعف و شدید برای مصرف مواد یا ولع مصرف، خودمهارگری مختل (تکانشگری و رفتارهای اجباری)، عدم تنظیم هیجانی (خلق منفی) و واکنش شدید به استرس اشاره کرد. این علائم با کاهش کارکرد قسمت قدامی کرتکس پیش پیشانی و نواحی مجاور آن همراه است. اعتیاد به طور کلی با کاهش کارکرد شبکه خودکنترلی مغز مرتبط است. فعالیت این دو ناحیه، تنظیم هیجانی را ارتقا می دهد. به همین دلیل، بهشیاری با افزایش خودمهارگری سبب فعالیت بیشتر این ناحیه و کنترل رفتارهای اعتیاد آور می شود (تانگ^۱ و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج پژوهشی نشان داد که بهشیاری با اثربخشی بر تنظیم هیجانی و افزایش کارکرد لوب پیشانی عامل موثری در کاهش اعتیاد به تنباکو، الکل، کوکائین و بسیاری از رفتارهای مشابه اعتیاد است که در آن‌ها خودمهارگری نقش اساسی دارد (تانگ، تانگ، و پوزنر^۲، ۲۰۱۶). یکی از تبیین‌های اثربخشی بهشیاری، رساندن میزان کورتیزول به حد چالش است به طوریکه فرد با بیش برانگیختگی یا کم انگیزتگی به وقایع واکنش نشان ندهد.

۱۶۷

استفاده از تمرین‌های بهشیاری در کاهش ولع و رفتارهای منجر به سوء مصرف سیگار اثر مثبت دارد (بروئر، الوافی و دیویس^۳، ۲۰۱۳). همچنین درمان مبتنی بر بهشیاری بر کاهش عود سوء مصرف مواد و الکل اثربخش است. تمرین‌های بهشیاری با فراهم کردن فرصت نظارت بر رفتار خود و توانایی غلبه بر ناراحتی ناشی از میل شدید به مواد، سبب ماندگاری و اثربخشی درمان می شود. به کارگیری بهشیاری در کنار درمان‌های مبتنی بر ترک اعتیاد، سبب ماندگاری و اثربخشی درمان به دلیل تاثیر آن بر کیفیت تنظیم هیجانی می شود.

ارتباطها و پیوند عاطفی بین والد و فرزند، تاثیر بسیاری در طی کردن موفق مرحله نوجوانی دارد و با کاهش خطرات رفتاری برای نوجوانان همراه است. والدین تنش زیادی در دوران نوجوانی فرزندانشان تحمل می کنند و این تنش تا حدودی واقع بینانه به نظر

1. Tang, Posner, Rothbart, & Volkow
2. Tang, Tang, & Posner

3. Brewer, Elwafi, & Davis

می‌رسد. براساس پژوهش‌ها، نوجوانی تا حد زیادی با رفتارهای پرخطر مانند مصرف انواع مواد، روابط جنسی کنترل‌نشده ناشی از مصرف مواد و مشکلات کنترل تکانه ناشی از مصرف همراه است (گرتزن، شول، انجل، تک و ون‌زاندرت^۱، ۲۰۱۴). بنابراین بافت خانوادگی مناسب و آنچه والدگری به‌شمار^۲ نامیده می‌شود تا حد زیادی می‌تواند عوارض بلوغ را کنترل کند و سبب کنترل بدرفتاری نوجوانان شود. در یکی از پژوهش‌ها که با هدف بررسی اثر فرزندپروری به‌وشیار بر رفتارهای پرخطر نوجوانی مانند مصرف مواد انجام شد، ۱۵۷ نوجوان در بازه سنی ۱۴-۱۲ به همراه مراقبان‌شان شرکت کردند. در نهایت مشخص شد که فرزندپروری به‌وشیار با رفتارهای پرخطر کمتر نوجوان مانند مصرف مواد و رابطه جنسی کنترل نشده همراه است. براساس این نتایج، فرزندپروری به‌وشیار با هیجانات مثبت و ابراز سالم هیجان رابطه مثبت دارد و مصرف مواد در نوجوانان تا حد زیادی توسط فرزندپروری به‌وشیار و هیجان مثبت مشترک (رابطه بین والد و فرزند) پیش‌بینی می‌شود (تورپین و چاپلین^۳، ۲۰۱۵).

اعظمی، سهرابی، برجعلی و چوپان (۱۳۹۳) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش تکانشگری در افراد وابسته به مواد مخدر به این نتیجه دست یافتند که آموزش تنظیم هیجان می‌تواند در کاهش علائم تکانشگری در افراد وابسته به مواد موثر باشد. با توجه به اینکه افراد وابسته به مواد بیشتر در معرض هیجانات منفی قرار دارند بنابراین، در چنین موقعیت‌هایی احتمالاً بدون برنامه و به صورت تکانشی عمل می‌کنند. بنابراین، آموزش تنظیم هیجان به این افراد می‌تواند میزان کنترل آن‌ها را در چنین موقعیت‌هایی بالا ببرد. برجعلی، اعظمی و چوپان (۱۳۹۵) در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر کاهش هیجان خواهی در افراد وابسته به مواد مخدر به این نتیجه دست یافتند که آموزش تنظیم هیجان به جز مولفه هیجان‌جویی و ماجراجویی، موجب کاهش مولفه‌های تجربه‌جویی، بازداری زدایی و حساسیت به یکنواختی و همچنین متغیر هیجان‌خواهی کل می‌شود. با توجه به اینکه صفت

1. Geurtzen, Scholte, Engels, Tak & van Zundert

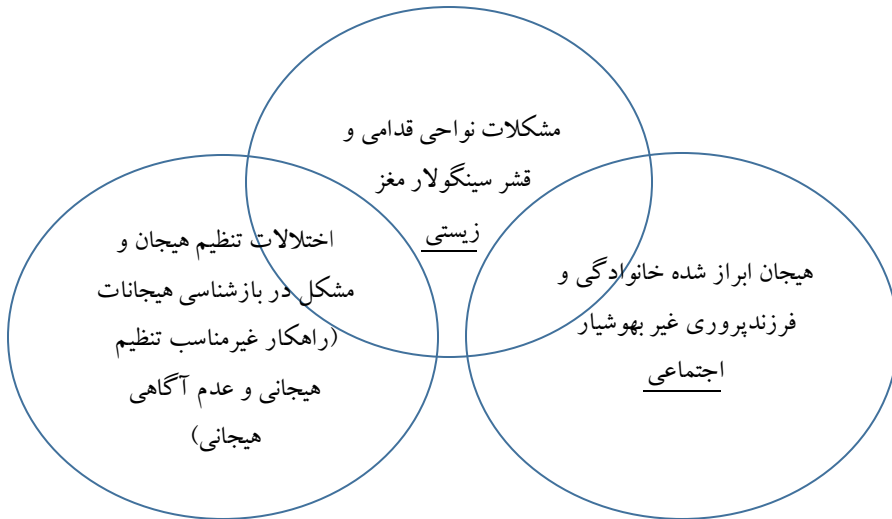
2. mindful parenting
3. Turpyn, & Chaplin

هیجان خواهی یکی از عوامل خطر برای گرایش و عود مجدد به سوی مصرف مواد است، لذا بر اساس یافته های پژوهش استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان برای کنترل این صفت در افراد وابسته به مواد می تواند موثر واقع شود.

با توجه به آنچه در مورد تنظیم هیجانی ذکر شد، می توان گفت این ویژگی از سال های ابتدایی زندگی شکل می گیرد و تحت تاثیر روابط والد فرزند رشد می کند؛ در نتیجه وجود این ویژگی در والدین بسیار حائز اهمیت است. به نظر می رسد که بین بهشیار بودن والدین و توانایی تمرکز و مهارگری کودکان رابطه مستقیمی وجود دارد. به هر میزان که والدین از تجربیات زمان حال خود، آگاهی بیشتر و شفاف تری داشته باشند می توانند تکانه ها و رفتارهای خود را نیز بهتر کنترل کنند. این عمل در فرآیند رشد و تربیت کودکان، کودکان را به سمت خودمهارگری و توانایی تمرکز بر روی احساسات و تکانه های خود سوق می دهد. بنابراین کودکان این والدین گرایش کمتری به مصرف مواد برای تنظیم هیجانات خویش خواهند داشت.

بحث و نتیجه گیری

در مطالعه حاضر پژوهش های مرتبط با هیجان و اعتیاد مرور شد. با توجه به نتایج این پژوهش ها بر اساس مدل زیستی، روانی، اجتماعی که شکل دهنده به روز بدنه روانشناسی سلامت است (سارافینو و اسمیت^۱، ۲۰۱۴)، می توان عوامل شکل دهنده اعتیاد را از نگاه هیجان مدار در سطح زیستی به اختلال در کارکرد لوب پیشانی (نواحی قدامی و قشر سینگولار)، در سطح روانی به اختلال در تنظیم و بازشناسی هیجانی (آگاهی هیجانی، خودمهارگری و عدم انتخاب راهکار تنظیم هیجانی مناسب) و در سطح اجتماعی به (هیجان ابراز شده خانوادگی و فرزندپروری غیربهشیار) خلاصه کرد.

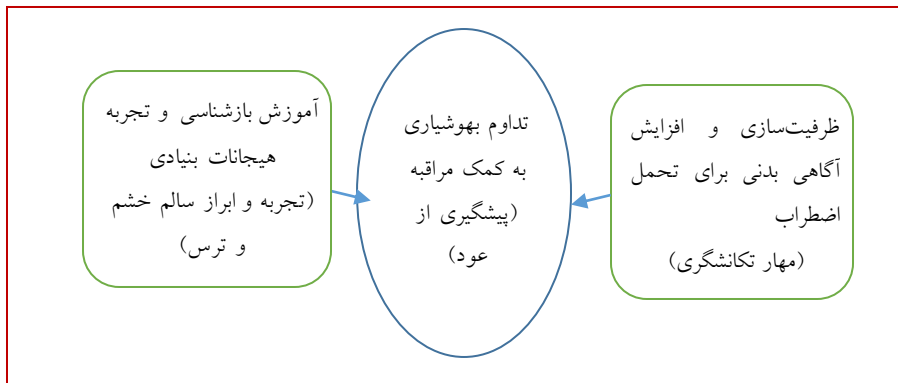


شکل ۱: تبیین زیستی، روانی اجتماعی اعتیاد

به طور کلی پژوهش‌های بررسی‌شده نشان دادند که افراد دارای اعتیاد همانند دیگر افراد، ظرفیت آگاهی و تنظیم هیجانی را دارند ولی قادر به به کارگیری مکانیسم‌های سازنده و سالم برای کنترل هیجانات خویش نیستند و اعتماد کمی به خودشان برای کمک گرفتن از خویش برای فرونشانی هیجان دارند. به عبارتی دیگر، این افراد برای تنظیم هیجانی به مواد تکیه می‌کنند در حالیکه خودشان قادرند این کار را انجام دهند. ادامه وابستگی کودکانه در زمان حال نشان دهنده یک چرخه پویایی آسیب‌زننده در این افراد است که مواد نقش سوخت‌رسان به ادامه این وابستگی ارضا نشده کودکانه را دارد. این نکته نشان می‌دهد که اختلالات مصرف مواد بیش از آنکه با اختلالات مرزی یا ضد اجتماعی همراه باشد با اختلالات دلبستگی همراه است. یعنی این افراد به جای تکیه بر مهارت‌های خود برای خودمهارگری یا ابراز هیجان نیازمند مواد هستند تا بتوانند خودشان را کنترل و ابراز کنند. غافل از اینکه این وابستگی در کنار لذت، درد هم دارد و با تحمل و نیاز به دوز بیشتر همراه است. به همین دلیل به مرور لذت جای خود را به فرار از درد می‌دهد و افراد دچار اعتیاد تنها برای رهایی از درد مصرف خواهند کرد.

حال اگر بخواهیم فرآیند مداخلات اعتیاد را براساس الگوهای مبتنی بر هیجان ترسیم

کنیم، باید به بافت شکل دهنده اعتیاد و فضای خانوادگی مانند فرزند پروری به‌شمار و آموزش‌های متمرکز بر حفظ سلامت هیجانی خانواده فرد معتاد توجه کنیم. همچنین به مداخلات درمانی متمرکز بر آموزش و نامگذاری هیجانات، تمرینات متمرکز بر بازشناسی هیجانات چهره خصوصاً خشم و ترس و ظرفیت‌سازی برای تحمل اضطراب در جلوگیری از تکانشگری نیز باید توجه شود. جایگزین کردن راهکارهای سالم تنظیم هیجانی افزایش دهنده بهوشیاری مانند تمرین‌های مراقبه به جای مصرف مواد نیز حائز اهمیت است. بینش هیجانی به منشا خشم و ترس سرکوب شده می‌تواند برای فرد معتاد مفید واقع شود. آنچه در ترک مواد اهمیت دارد عدم بازگشت یا عود است. بر همین اساس با توجه به آنچه ذکر شد در مدل سیستماتیک درمانی برای ماندگار شدن اثرات جلسات آموزشی و درمانی، ظرفیت‌سازی تحمل اضطراب و بازشناسی هیجانات از تمرین‌های مراقبه بهره گرفته می‌شود. تمرین‌های مراقبه انسجام بخش ذهن و بدن هستند و سبب تداوم و گسترش آگاهی‌های هیجانی بیمار به محیط‌های شرطی شده سابق می‌شود. همچنین تداوم بهوشیاری سبب افزایش خودمهارگری می‌شود و کنترل و آگاهی را برای بیمار به دنبال دارد. در شکل زیر مدل مداخلات درمانی سیستماتیک اختلال مصرف مواد با توجه به نقش هیجان ارائه شده است.



شکل ۲: مدل مداخلات درمانی سیستماتیک اختلال مصرف مواد با توجه به نقش هیجان

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که بررسی عوامل هیجانی مرتبط با گرایش افراد به

اعتیاد اهمیت ویژه‌ای دارد و در حوزه پیشگیری از وابستگی به مواد، آموزش به افراد در زمینه بهبود تنظیم هیجان‌ها می‌تواند کمک‌کننده باشد. توجه همزمان به ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی در پیشگیری از سوء مصرف مواد می‌تواند بسیار موثر باشد.

منابع

اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آزرمی، هاله و مرخی، امیر (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیادپذیری دانشجویان.

فصلنامه علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۸ (۲۹)، ۴۹-۶۳

احمدی، غلامرضا؛ سهرابی، فرامرز و برجعلی، احمد (۱۳۹۷). تعیین اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر ارزیابی مجدد و فرونشانی هیجانی سربازان با اختلال مصرف

مواد افیونی. فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۹ (۳۴)، ۱۹۱-۲۰۹

اعظمی، یوسف؛ سهرابی، فرامرز؛ برجعلی؛ احمد و چوپان، حامد (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گراس بر کاهش تکانشگری در افراد وابسته به مواد مخدر. فصلنامه

علمی-پژوهشی اعتیادپژوهی، ۸ (۳۰)، ۱۴۱-۱۲۷

برجعلی، احمد؛ اعظمی، یوسف و چوپان، حامد (۱۳۹۵). در پژوهشی با عنوان اثربخشی آموزش راهبردهای تنظیم هیجان بر کاهش هیجان‌خواهی در افراد وابسته به مواد مخدر. روانشناسی

بالینی، ۸ (۲)، ۳۳-۴۲

تقی زاده، محمد احسان؛ قربانی، طاهره و صفاری‌نیا، مجید (۱۳۹۴). اثربخشی تکنیک‌های تنظیم هیجانی رفتاردرمانی دیالکتیک بر راهبردهای تنظیم هیجان زنان با اختلالات شخصیت مرزی و اختلال سوء مصرف مواد: طرح خط پایه چندگانه. فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی،

۹ (۳)، ۶۶-۷۳

کاشانکی، حامد؛ قربانی، نیما و حاتمی، جواد (۱۳۹۵). بررسی ارتباط فرونشانی احساسات و علائم جسمانی و روانی با توجه به نقش خودشناسی انسجامی، بهوشیاری و شفقت خود، جامعه

پسندی و خودمهارگری. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۷ (۳)، ۷۰-۵۵.

کریمی‌فر، مسعود؛ دین‌پرور، احسان؛ روح‌الامینی، مرضیه‌السادات و بشارت، محمدعلی (۱۳۹۶). آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل گروس، بر میزان سازگاری عاطفی و اجتماعی مردان

جوان. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۱۹ (۱)، ۳۷-۲۵.

کشاورز مقدم، سارا؛ رستمی، رضا؛ قربانی، نیما و رحیمی نژاد، عباس (۱۳۹۷). اثر القاء هیجان بر تغییر پذیری ضربان قلب؛ ارزیابی نقش تعدیل کننده شخصیت. *روانشناسی و سلامت*، ۱(۲)، ۴۶-۶۳.

مدنی فرد، مهدی؛ نمایی، محمد مهدی و جعفرنیا، وحید (۱۳۹۵). مقایسه تنظیم شناختی هیجان و شیوه های حل مساله در افراد وابسته به مواد ایوئیدی و افراد بهنجار. *مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت*، ۳(۳)، ۶۹-۸۰.

نجفی، محمود؛ محمدی فر، محمدعلی و عبدالهی معصومه (۱۳۹۴). نقص عملکرد هیجانی و گرایش به سوء مصرف مواد: نقش مؤلفه های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و هیجان خواهی. *فصلنامه سلامت اجتماعی و اعتیاد*، ۲(۵)، ۵۳-۶۸.

Amaresha, A. C., & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: an overview. *Indian journal of psychological medicine*, 34(1), 12-20.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.

Auerbach, R. P., Abela, J. R. Z., Ringo و Ho, M. (2007). Responding to symptom of depression and anxiety: Emotion regulation, neurotism and engagement in risky behaviors. *Behavior research and therapy*, 45, 2182-2191.

Bayrakçı, A., Sert, E., Zorlu, N., Erol, A., Sariçiçek, A., & Mete, L. (2015). Facial emotion recognition deficits in abstinent cannabis dependent patients. *Comprehensive psychiatry*, 58, 160-164.

Brewer, J. A., Elwafi, H. M., & Davis, J. H. (2013). Craving to quit: Psychological models and neurobiological mechanisms of mindfulness training as treatment for addictions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 366-379.

Brockman, R., Ciarrochi, J., Parker, P., & Kashdan, T. (2017). Emotion regulation strategies in daily life: mindfulness, cognitive reappraisal and emotion suppression. *Cognitive behaviour therapy*, 46(2), 91-113.

Castellano, F., Bartoli, F., Crocarno, C., Gamba, G., Tremolada, M., Santambrogio, J., ... & Carrà, G. (2015). Facial emotion recognition in alcohol and substance use disorders: a meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 59, 147-154.

Di Pierro, R., Benzi, I. M. A., & Madeddu, F. (2015). Difficulties in Emotion Regulation Among Inpatient with Substance Use Disorder: The Mediating Effect of Mature Defenses Mechanism. *Clinical neuropsychiatry*, 12 (4), 83-89.

- Ekman, P. (2016). What scientists who study emotion agree about. *Perspectives on Psychological Science*, 11(1), 31-34.
- Estevez, A., Jáuregui, P., Sánchez-Marcos, I., López-González, H., & Griffiths, M. D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of behavioral addictions*, 6(4), 534-54
- Fernández-Serrano, M. J., Lozano, Ó., Pérez-García, M., & Verdejo-García, A. (2010). Impact of severity of drug use on discrete emotions recognition in polysubstance abusers. *Drug & Alcohol Dependence*, 109(1), 57-64
- Geurtzen, N., Scholte, R. H., Engels, R. C., Tak, Y. R., & van Zundert, R. M. (2015). Association between mindful parenting and adolescents' internalizing problems: non-judgmental acceptance of parenting as core element. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1117-1128.
- Grecucci, A., Theuninck, A., Frederickson, J., & Job, R. (2015). Mechanisms of social emotion regulation: From neuroscience to psychotherapy. *Emotion regulation: Processes, cognitive effects and social consequences*, 57-84. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.00985
- Gross, J. J. (1998). the emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-91
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., and Schmidt, N. B. (2010). Anxiety Symptomatology: The Association with Distress Tolerance and Anxiety Sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567-574.
- Khantzian, E. J. (2012). Reflections on treating addictive disorders: A psychodynamic perspective. *The American journal on addictions*, 21(3), 274-279.
- Kornreich, C., Brevers, D., Canivet, D., Ermer, E., Naranjo, C., Constant, E., Verbanck, P., Campanella, S., Noël, X. (2013). Impaired processing of emotion in music, faces and voices supports a generalized emotional decoding deficit in alcoholism. *Addiction*, 108(1), 80-88.
- Kring, A. M. & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology*. New York: the Guilford press.
- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalf, R., & Fitzpatrick, S., Goodwill, A. (2015). Examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 147-155
- Lazarus R. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46, 352-367.

- Lee, C. H., Wang, T. J., Tang, H. P., Liu, Y. H., & Bell, J. (2015). Familial expressed emotion among heroin addicts in methadone maintenance treatment: Does it matter? *Addictive behaviors*, 45, 39-44.
- Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 491-507). New York, NY, US: Guilford Press.
- Sarafino, E. P., & Smith, T. W. (2014). *Health psychology: Biopsychosocial interactions*. John Wiley & Sons.
- Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: the neurobiology of emotional development*. Hillsdale (NJ): Erlbaum
- Siegel, D. J. (2015). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Publications.
- Smart LM, Peters JR, Baer RA. (2016). Development and Validation of a Measure of Self-Critical Rumination. *Assessment*, 23(3), 321-332.
- Tang, Y. Y., Posner, M. I., Rothbart, M. K., & Volkow, N. D. (2015). Circuitry of self-control and its role in reducing addiction. *Trends in Cognitive Sciences*, 19(8), 439-444.
- Tang, Y. Y., Tang, R., & Posner, M. I. (2016). Mindfulness meditation improves emotion regulation and reduces drug abuse. *Drug & Alcohol Dependence*, 163, S13-S18. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2015.11.041.
- Tottenham, N., Herii, A., Voss, H. U., Glover, G. H., & Casey, B. J. (2011). Biological substrates of emotional reactivity and regulation in adolescence during an emotional go-nogo task. *Biological psychiatry*, 63(10), 927-934.
- Turpyn, C. C., & Chaplin, T. M. (2016). Mindful parenting and parents' emotion expression: effects on adolescent risk behaviors. *Mindfulness*, 7(1), 246-254.
- Rahbarian, M., Mohammadi, A., Abasi, I., & Soleimani, M. (2017). Emotion Regulation Problems and Addiction Potential in Iranian Students. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 5(4), 235-242.

اثر بخشی نمایش فیلم‌های مستند با محتوای سوء مصرف مواد بر نگرش نوجوانان نسبت به اعتیاد

علی نیک‌بخت^۱، بهاره میراحمدی^۲

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر فیلم‌های مستند (با محتوای سوء مصرف مواد مخدر و روان‌گردان) بر نگرش نوجوانان نسبت به اعتیاد بود. جامعه آماری شامل همه نوجوانان شهر بندرعباس بودند که از میان آن‌ها ۲۰ نفر از طریق نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابتدا با استفاده از پرسش‌نامه نگرش سنج اعتیاد از کلیه شرکت‌کنندگان پیش‌آزمون گرفته شد، سپس شش کلیپ مستند در خصوص مواد مخدر و روان‌گردان در شش جلسه همراه با پرسش و پاسخ برای شرکت‌کنندگان پخش شد. در پایان شش جلسه، شرکت‌کنندگان مجدداً به پرسش‌نامه نگرش سنج اعتیاد پاسخ دادند. نتایج آزمون t وابسته نشان داد که بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت‌کنندگان، تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، پس از نمایش فیلم‌های مستند، نگرش شرکت‌کنندگان تغییر پیدا کرد و نگرش آن‌ها تا حد بسیار زیادی نسبت به اعتیاد منفی شد. در مجموع به نظر می‌رسد که نمایش فیلم‌های مستند بر نگرش نوجوانان نسبت به مواد تأثیر دارد و صدا و سیما می‌تواند با نمایش فیلم‌های مستند مناسب، نگرش نوجوانان را به اعتیاد منفی و همچنین نگرش منفی آن‌ها را نسبت به اعتیاد تقویت نماید.

کلیدواژه‌ها: فیلم مستند، نوجوانان، سوء مصرف مواد

۱. نویسنده مسئول: استادیار گروه مشاوره و روان‌شناسی دانشگاه هرمزگان، هرمزگان، ایران. پست الکترونیک:

Nikbakht472@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز بهداشت و درمان شرکت گاز استان هرمزگان، هرمزگان، ایران

مقدمه

در حال حاضر مسأله موادمخدر شکل مخاطره‌آمیز و کاملاً پیچیده‌ای به خود گرفته و در عین حال گسترش جهانی یافته است. اعتیاد به موادمخدر علاوه بر زیان‌های جدی و خطرناک جسمی از قبیل ابتلا به بیماری‌های عفونی و اگیردار، عوارض و مشکلات عدیده اجتماعی و اقتصادی از قبیل افزایش جرم‌های مرتبط با موادمخدر همچون جنایت و سرقت، فقر و تکدی‌گری و هدر رفتن سرمایه‌های کلان مادی کشورها را به دنبال داشته است (نیک‌بخت، ۱۳۸۴). سوء مصرف موادمخدر و اعتیاد یکی از مشکلات عمده کشورهای در حال توسعه است. از آنجایی که این کشورها دارای جمعیت جوان هستند، بالطبع بیشتر در معرض خطر واقع می‌شوند. جوانان به عنوان عمده‌ترین و مستعدترین گروه، در معرض خطر بیشتری قرار دارند. دامنه تأثیرات اعتیاد از آن رو حائز اهمیت است که عواقب وخیم آن نه تنها فرد معتاد، بلکه معمولاً خانواده، دوستان و همکاران را نیز در معرض خطر قرار خواهد داد (چیریلو، ۱۳۷۸). درمان سوء مصرف مواد، پرهزینه، دشوار و طاقت‌فرسا است. بنابراین پیشگیری از سوء مصرف مواد می‌تواند در جلوگیری از تحمیل هزینه‌های سنگین به اجتماع جلوگیری کند. یکی از شیوه‌های مهم پیشگیری از اعتیاد آگاه کردن اقشار مختلف مردم از خطرات و مضرات سوء مصرف مواد است (طارمیان، ۱۳۸۰).

بنا به نظر بوتوین و کانتر^۱ (۲۰۰۰) درمان اعتیاد و شکستن چرخه معیوب آن گران و دشوار است و سیستم درمانی جامعی با رویکردهای مختلف دارودرمانی، روان‌درمانی، بازپروری و بازتوانی را می‌طلبد. در چنین شرایطی پیشگیری به طور منطقی جایگزین درمان می‌شود. هدف از پیشگیری به تأخیر انداختن یا جلوگیری از شروع استفاده از موادمخدر در جامعه است. به این ترتیب پیشگیری مانع از ابتلای افراد جامعه به سوء مصرف مواد، ایدز و بیماری‌های دیگر می‌شود. پیشگیری همچنین از کاهش بازدهی در محیط کار، وقوع جرم و جنایت و در معرض خطر قرار گرفتن نسل بعدی جلوگیری می‌کند. یکی از روش‌های پیشگیرانه در برابر مصرف موادمخدر، آگاه‌سازی افراد در مورد خطرهای و مضرات موادمخدر، اصلاح و تغییر نگرش افراد از نگرش مثبت به نگرش منفی به اعتیاد،

معتاد و موادمخدر است.

طی سال‌های اخیر رویکرد شناختی در حوزه آسیب‌شناسی روانی و به ویژه اعتیاد و سوء مصرف مواد تبیین‌های قابل توجه و دارای پشتوانه پژوهشی را ارائه داده است (هسلبروک، هسلبروک و اپشتاین^۱، ۱۹۹۸، سایتی^۲، ۱۹۹۹). اشاره به عنصر شناختی در حوزه اعتیاد و سوء مصرف مواد، تأکید بر فرایندهای ذهنی پنهان است که توسط اصطلاحات گوناگون نظیر گرایشات، انتظارات، باورها، نگرش‌ها و طرحواره‌ها توصیف می‌شود. نکته حائز اهمیت این است که سازه‌های شناختی و اجتماعی نظیر نگرش‌ها با رفتار رابطه دارند. به عبارت دیگر، در صورتی که فرد نسبت به موضوع خاصی دارای نگرش پایدار، برجسته، نیرومند و مبتنی بر استدلال باشد با احتمال خیلی زیاد مرتکب رفتاری می‌شود که با نگرش مذکور رابطه بالایی داشته باشد (تیلور، پیلاو سیرز^۳، ۲۰۰۰، بارون و برن^۴، ۲۰۰۰؛ برم و کازینس^۵، ۱۹۹۹). بنابراین ارزیابی مثبت و منفی مصرف موادمخدر، عنصر محوری در شناخت علت گرایش جوانان و نوجوانان به مواد است. این نوع ارزیابی‌ها به طور خواسته یا ناخواسته تحت تأثیر نگرش افراد نسبت به موادمخدر و پیامدهای آن است (بیت مارون، آستین، فیشاف، پالمگرن و جاکوب-کوادل^۶، ۱۹۹۴).

یکی از مهم‌ترین راهبردها در پیشگیری از اعتیاد تغییر نگرش‌های مثبت و تثبیت نگرش‌های منفی نسبت به مصرف موادمخدر است. نگرش یعنی باورهای فرد در مورد نتیجه و عاقبت هر کار و ارزشی که فرد برای این نتیجه قائل است. نگرش‌ها دلایل منطقی بروز رفتارهای هر فرد خاص هستند. عوامل بسیاری بر نگرش افراد تأثیر می‌گذارند. یکی از این عوامل دانش و اطلاعات فرد در حوزه‌های مختلف است. لذا طبق مطالعات صورت گرفته مشخص شده است افرادی که نسبت به موادمخدر نگرش‌ها و باورهای مثبت دارند، احتمال مصرف و اعتیادشان بیشتر از کسانی است که نگرش‌های منفی یا خنثی دارند. بر

1. Hesselbrock & Epstin
2. Sayette
3. Taylor, Peplau & Cears
4. Baron & Byrne

5. Brehm & Kassins
6. Beythe-Maroon, Austin, Fischhoff,
Palmgren & Jacobs-Quadtel

همین اساس، تغییر نگرش‌ها از خنثی به منفی آسان‌تر از تغییر نگرش‌ها از مثبت به منفی است. به همین دلیل افرادی که سیگاری نیستند بیشتر از سیگاری‌ها به مضرات سیگار توجه دارند (عبداله پورچناری و گلزاری، ۱۳۸۷).

رسانه‌های جمعی تأثیر بسیار قوی بر تمام جنبه‌های زندگی اجتماعی دارند. استفاده مناسب و خلاقانه از آن‌ها می‌تواند موجب شود که مردم استفاده‌کنندگان فعال باشند تا منفعل. تلویزیون به عنوان یک رسانه جمعی به طور همزمان سه نقش اطلاع‌رسانی، سرگرمی و آموزش را ایفا می‌کند و به طور محسوس و نامحسوس بر اذهان عمومی مؤثر است. این رسانه جمعی ابزار اصلی است که کودکان، نوجوانان و جوانان از طریق آن رفتارهای مناسب را فرا می‌گیرند. خانواده‌ها و جوانان از بسیاری از پیامدهای معضلات اجتماعی توسط این رسانه جمعی آگاه می‌شوند (میرساردو، ۱۳۸۷). ارزیابی‌ها نشان داده‌اند که رویکرد توزیع و پخش اطلاعات، دانش مردم را نسبت به عواقب منفی مصرف مواد مخدر افزایش می‌دهد و امکان دارد که نگرش و طرز فکر عمومی را در امر مبارزه با مواد مخدر تغییر دهد؛ اما نمونه‌هایی نیز وجود دارند که در تضاد با آن هستند. مطالعات جدید نشان داده است برنامه‌های رسانه‌ای که صرفاً و تنها با توزیع و پخش اطلاعات انجام می‌گیرند اگرچه در کوتاه مدت موفق بوده‌اند، اما تأثیری در رفتارهای بعدی و دراز مدت افراد ندارند. به همین دلیل، همه در این موضوع توافق نظر دارند که توزیع و پخش اطلاعات لازم است اما شرط کافی برای یک برنامه پیشگیری اولیه موفق نیست (فریدمن و گلاسمن، ۲۰۰۰). در نظرسنجی از مردم تهران درباره سریال مسافر که توسط قره شیخلو (۱۳۸۰) انجام گرفت، ۵۷ درصد از پاسخ‌گویان معتقد بودند که پخش این گونه سریال‌ها در آگاهی دادن به جامعه و ترغیب معتادان به ترک اعتیاد مؤثر است. در قالب رویکرد نشر اطلاعات، ضبط ویدیویی افراد مبتلا و پخش اعترافات آنان بین افراد در معرض خطر ابتلا، نتایج مطلوبی را در ایجاد انگیزش برای اجتناب از مواد مخدر دارد (امانز، گلاسگو و مارکوس، ۱۹۹۵). در تحقیقی که توسط حاجیان مطلق و همکاران (۱۳۸۳) در خصوص بررسی آگاهی و نگرش دانش‌آموزان دبیرستانی در خصوص ایدز انجام شد، نتایج نشان

داد که در ۸۴/۳ درصد موارد اطلاعات دانش‌آموزان در رابطه با ایدز از طریق تلویزیون و تنها در ۱۵/۵ درصد موارد از طریق متون درسی کسب شده بود. در پژوهش دیگری که توسط بهجتی و آیت‌اللهی (۱۳۸۴) در خصوص میزان آگاهی دانش‌آموزان سال آخر دبیرستان‌های شهر یزد از بیماری ایدز انجام شد، نتایج نشان داد که بیشترین منبع اطلاعاتی مورد استفاده دانش‌آموزان تلویزیون بوده است. همچنین، زاده‌باقری و همکاران (۱۳۸۴) در پژوهشی با عنوان علل گرایش و روش‌های پیشگیری از استعمال مواد مخدر در کهگیلویه و بویر احمد، به این نتیجه رسیدند که از دیدگاه سوء مصرف کنندگان مواد، مهم‌ترین روش موثر آموزشی، آموزش عمومی مردم از طریق رسانه‌ها (۳۳/۶ درصد) و بهترین نوع آموزش، رادیو و تلویزیون (۴۵/۴ درصد) بوده است. پژوهشی در خصوص تأثیر نمایش فیلم و مطالعه کتاب بر نگرش دانشجویان شهر زاهدان نسبت به ایدز انجام شد. نتایج نشان داد که نمایش فیلم تأثیرات مثبت بیشتری بر نگرش دانشجویان دارد (کرمان سراوی، امانی، نادری‌فر و شفیعی، ۲۰۱۳). از آنجایی که اکثر مبتلایان به سوء مصرف مواد مدعی‌اند که از عوارض و مخاطرات مواد آگاهی نداشته‌اند، لازم است دستگاه‌های مختلف کشور جهت حفظ منافع ملی کشور اقدام به آگاهی‌دادن به اقشار مختلف جامعه نمایند. در این میان با توجه به نفوذ تلویزیون در همه خانواده‌ها و با توجه به این که یکی از رسالت‌های صدا و سیما پیشگیری از معضلات اجتماعی و حفظ منافع ملی است؛ برنامه‌های جذاب تلویزیونی می‌توانند نقش مؤثری در پیشگیری از این گونه معضلات و آگاه نمودن مردم داشته باشند. از همین رو صدا و سیما کم و بیش با ساخت برنامه‌های مختلف تلویزیونی سعی دارد این معضل بزرگ را به جامعه، والدین و جوانان و نوجوانان و حتی کودکان بشناساند. با توجه به تمهیدات یاد شده سوال اصلی پژوهش حاضر این بود که آیا نمایش فیلم مستند با محتوای سوء مصرف و وابستگی به مواد بر نگرش منفی جوانان نسبت به اعتیاد تأثیر دارد؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

این تحقیق از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و بدون گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه نوجوانان بین ۱۴ تا ۲۲ سال شهر بندرعباس بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۰ نفر از آن‌ها انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری به این ترتیب بود که پژوهش‌گران در مرکز شهر بندرعباس (نزدیک به محل انجام پژوهش) از نوجوانانی که در بوستان و مراکز فرهنگی حضور داشتند، خواستند تا در صورت تمایل، فیلم و کلیپ‌هایی در خصوص مواد مخدر و اعتیاد تماشا نمایند. پس از حضور در محل مورد نظر، از شرکت‌کنندگان مصاحبه اولیه‌ای به عمل می‌آمد و در صورت جلب موافقت آنان، و با توجه به ملاک‌های ورود (سن بین ۱۴ تا ۲۲ سال، عدم اعتیاد به مواد مخدر، تحصیلات حداقل پنجم ابتدایی) در پژوهش شرکت می‌کردند. پس از انتخاب نمونه، ابتدا از شرکت‌کنندگان با استفاده از نگرش سنج اعتیاد، پیش‌آزمون گرفته شد و نمرات آن‌ها ثبت گردید. سپس در طی شش جلسه، شش کلیپ مستند در خصوص عواقب و مضرات مواد روان‌گردان که توسط صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران تهیه شده و قبلاً در قالب برنامه‌های مختلف از قبیل شوک پخش شده بود، برای شرکت‌کنندگان پخش شد. در هر جلسه پس از پخش کلیپ مستند، محقق به پرسش‌های شرکت‌کنندگان در پژوهش در خصوص اعتیاد و اثرات مواد روان‌گردان پاسخ می‌داد. پس از پایان جلسه ششم، پس‌آزمون اجرا شد و از شرکت‌کنندگان خواسته شد، مجدداً به سؤالات پرسش‌نامه پاسخ دهند.

ابزار

پرسش‌نامه نگرش سنج اعتیاد: این ابزار خود گزارش‌دهی توسط نظری (۱۳۸۰) ساخته شده و دارای ۳۲ سؤال است. پاسخدهی به آن در قالب طیف لیکرت است. در مورد ماده‌های مساعد یا نگرش مثبت به اعتیاد به هر یک از پاسخ‌های "کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم، کاملاً مخالفم" به ترتیب نمره‌های ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ داده می‌شود و در مورد ماده‌های

نامساعد یا نگرش منفی به اعتیاد، نمره گذاری به ترتیب معکوس انجام می‌شود. بنابراین دامنه نمرات فرد در این پرسش‌نامه بین ۳۲ تا ۱۶۰ در نوسان خواهد بود. کسب نمره بالاتر نشانگر نگرش مساعد و مطلوب نسبت به اعتیاد و مصرف مواد مخدر است. خصوصیات روانسنجی این پرسش‌نامه مطلوب گزارش شده است (نظری، ۱۳۸۰).

یافته‌ها

شرکت کنندگان در پژوهش حاضر ۲۰ نفر بودند که دامنه سنی آن‌ها بین ۱۶ تا ۲۱ سال با میانگین ۱۹ و انحراف استاندارد ۱/۰۶ بود. میانگین و انحراف استاندارد نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نگرش سنج اعتیاد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

میانگین	انحراف استاندارد	
۱۳۸/۷۰	۱۴/۷۷	پیش‌آزمون
۴۲/۵۵	۴/۷۰	پس‌آزمون

۱۸۳

براساس جدول ۱ میانگین نمرات پیش‌آزمون از نمرات پس‌آزمون بیشتر است و می‌تواند نشان دهنده تأثیر مداخله باشد. همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، میانگین نمرات شرکت کنندگان در پژوهش در مرحله پیش‌آزمون حدود ۱۳۸ و در مرحله پس‌آزمون ۴۲ است. قبل از انجام آزمون t، فرض نرمال بودن بررسی و نتایج نشان داد که توزیع نرمال است.

جدول ۲: نتایج آزمون t وابسته

تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	خطای استاندارد میانگین	T	df	معنی داری
۹۶/۱۵	۱۵/۴۱	۳/۴۴	۲۷/۸۹	۱۹	۰/۰۰۰۱

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، اختلاف میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی دار است.

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که بین نگرش جوانان نسبت به مواد و اعتیاد، در مرحله پیش‌آزمون و مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، نمایش فیلم‌های مستند با محتوای سوء مصرف مواد، توانسته است نگرش جوانان شرکت‌کننده در پژوهش را تغییر دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر فیلم‌های مستند با محتوای اعتیاد و مواد روان‌گردان بر نگرش به مواد در نوجوانان شهر بندرعباس بود. براساس نتایج به دست آمده، نمایش این گونه فیلم‌ها تأثیر مثبتی بر نگرش منفی جوانان نسبت به اعتیاد و مواد روان‌گردان دارد. نتایج نشان داد که پس از تماشای فیلم‌ها و کلیپ‌های مستند، نگرش شرکت‌کنندگان نسبت به اعتیاد و مواد روان‌گردان تغییر زیادی پیدا کرد و نگرش آن‌ها نسبت به مواد روان‌گردان تا حد زیادی منفی شد. در همین راستا، نتایج پژوهش حاضر با نتایج دیگر تحقیقات در خصوص تأثیر فیلم و برنامه‌های تلویزیون بر بیماری ایدز و اعتیاد همخوانی دارد. به عبارتی نتایج پژوهش حاضر با نتایج تحقیق کرمان سراوی و همکاران (۲۰۱۳) مبنی بر این که مشاهده فیلم نسبت به مطالعه کتاب تأثیرات بیشتری بر نگرش دانشجویان نسبت به ایدز دارد همخوانی دارد. همچنین با نتایج تحقیق بهجتی و آیت‌اللهی (۱۳۸۴) مبنی بر این که بیشترین منبع اطلاعاتی دانش‌آموزان در خصوص ایدز تلویزیون بوده است، همسو است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های زاده‌باقری و همکاران (۱۳۸۴) و قره‌شیخ‌لو (۱۳۸۰) نیز همخوان است. زاده‌باقری و همکاران (۱۳۸۴) گزارش کرده‌اند که از دید سوء مصرف کنندگان مواد، بهترین روش آموزش پیشگیری از مصرف مواد، تلویزیون است. قره‌شیخ‌لو (۱۳۸۰) در نظرسنجی از مردم شهر تهران گزارش کرده است که ۵۷ درصد از پاسخ‌گویان معتقد بودند پخش فیلم‌هایی با محتوای اعتیاد، بر نگرش منفی جوانان نسبت به مواد تأثیر دارد.

در خصوص اینکه چگونه و طی چه فرایندی مشاهده فیلم‌های مستند بر نگرش منفی افراد از مواد روان‌گردان تأثیر می‌گذارد، برخی تحقیقات بر نقش عبرت‌آموزی و مقایسه

با افراد پایین تر از خود تأکید دارند. افرادی که در زندگی شکست‌هایی را تجربه کرده‌اند، چنانچه موضوع مقایسه قرار گیرند، می‌توانند رفتارهای پیشگیرانه را در دیگران تقویت کنند و نوعی عبرت برای دیگران باشند (لاک و وود^۱، ۲۰۰۰). برخی از روان‌شناسان بر ترکیب همزمان دو منبع مقایسه اجتماعی و نتایج اجتماعی آن تأکید کرده‌اند؛ به گونه‌ای که افرادی که موضوع مقایسه اجتماعی ما قرار می‌گیرند همزمان می‌توانند نتایج و بازخوردهایی را برای اصلاح رفتار ما بدهند (یونسی و محمدی، ۱۳۸۵). روان‌شناسانی مانند بندورا بر نقش یادگیری مشاهده‌ای اجتنابی در اکتساب الگوهای رفتاری تأکید دارند. در این حالت، کسانی که در سطح پایین تر از ما قرار دارند می‌توانند در فرایند یادگیری مشاهده‌ای جهت رفتار اجتنابی (دوری از مصرف مواد روان‌گردان) ما را تحت تأثیر قرار دهند (یونسی و محمدی، ۱۳۸۵). پژوهش‌ها نشان داده است که دانشجویان دارای نگرش مثبت به اعتیاد و مصرف مواد، عملکرد ضعیف‌تری دارند (رضایی، جهانگیرپور، موسوی و موسوی ۱۳۹۳). در تبیین اینکه چگونه مصرف مواد با پیامد تحصیلی ضعیف تر ارتباط دارد، دو مکانیسم اصلی توسط کینگ، میهان، تریم و چاسین^۲ (۲۰۰۶) شرح داده شده است. اول آنکه مصرف مواد ممکن است به ظرفیت شناختی (توجه و حافظه کاری) فرد آسیب برساند و به نوبه خود، پیشرفت آموزشی را تقلیل داده و عملکرد تحصیلی را مختل نماید. دوم اینکه مصرف دارو و الکل می‌تواند به همراهی با گروه‌های همسال دارای رفتار ضداجتماعی منجر شود و بدین ترتیب از اشتغال فرد به فعالیت‌های درسی بکاهد و سایر مشکلات رفتاری و اجتماعی را افزایش دهد. بنابراین به نظر می‌رسد اصلاح نگرش‌های غلطی نظیر این که "مواد وسیله خوبی برای فراموشی مشکلات است و موجب افزایش حافظه و توجه می‌شود"، و یا "استفاده از مواد مخدر آرامش‌بخش است" طی اجرای یک یا چند برنامه در هر سال تحصیلی می‌تواند در پیشگیری از ایجاد نگرش مثبت مؤثر باشد.

براساس یافته‌های این تحقیق و تحقیقات مشابه، می‌توان نتیجه گرفت که برنامه‌هایی که تلویزیون در خصوص عوارض و عواقب سوء مصرف مواد روان‌گردان و اعتیاد پخش

می‌کند، می‌تواند تأثیرات زیادی بر ایجاد نگرش منفی بینندگان داشته باشد. برنامه‌های مستند که مستقیماً به زندگی معنادان پرداخته و عواقب مصرف روان‌گردان را از زبان خود آنان بیان می‌کند تأثیر زیادی در ایجاد نگرش منفی نسبت به مصرف مواد دارد. بنابراین می‌توان برای گروه‌های در معرض خطر مانند دانش‌آموزان و جوانان این گونه برنامه‌های مستند را جهت پیشگیری همراه با پرسش و پاسخ نمایش داد.

این پژوهش، مانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر، دارای چند محدودیت بود. یکی از محدودیت‌ها نمونه نسبتاً کم پژوهش بود که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد. محدودیت دوم عدم امکان استفاده از شیوه نمونه‌گیری تصادفی بود و نمونه از منطقه مرکزی شهر انتخاب شده بود. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، از حجم نمونه بیشتری استفاده شود. همچنین می‌توان این گونه تغییر نگرش را در مدارس و محیط‌های دیگر نیز اجرا کرد.

منابع

- بهجتی، مصطفی و آیت‌اللهی، جمشید (۱۳۸۴). میزان آگاهی دانش‌آموزان سال آخر دبیرستان‌های شهر یزد از بیماری ایدز. *مجله بیماری‌های کودکان ایران*، ۱۵ (۴)، ۳۲۶-۳۲۱
- چیریلو، استفانو (۱۳۷۸). *اعتیاد به مواد مخدر در آینه روابط خانوادگی*، ترجمه سعید پیر مرادی، تهران: نشر همام.
- حاجیان مطلق، ناصر؛ فرشی، سوسن؛ عبدالهی، عشرت؛ ارونتاج، علی؛ کردستانی، آزاده، احمدی یزدی، سیروس؛ خرمی بنارکی، آناهیتا؛ اسدی، علی، کیان پیشه، معصومه؛ بیات، رزاق و نورمانی، محمدرضا (۱۳۸۳). *بررسی آگاهی و نگرش دانش‌آموزان دبیرستانی از بیماری ایدز در ساوجبلاغ*. *مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران*، ۱۱ (۴۱)، ۴۰۱-۳۹۳.
- رضایی، سجاده؛ جهانگیر پور، مهسا؛ موسوی، سید ولی الله و موسوی، سید حشمت الله (۱۳۹۳). *نقش میانجی ویژگی شخصیتی وظیفه‌شناسی در رابطه بین گرایش به اعتیاد و عملکرد تحصیلی*. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*، ۸ (۳۰)، ۶۸-۵۳.
- زاده باقری، قادر؛ افشون، اسفندیار؛ توفیقیان، عبدالرحمان؛ عباسی، علی؛ کامکار، علی؛ ترابی، مهین و ملک‌زاده، جانمحمد (۱۳۸۴). *علل گرایش و روش‌های پیشگیری از استعمال مواد مخدر در استان کهگیلویه و بویراحمد*. *فصلنامه ارمغان دانش*، ۱۰ (۴۰)، ۸۱-۷۱

طارمیان، فرهاد (۱۳۸۰). بررسی مقدماتی اثربخشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی به منظور پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر در دانش‌آموزان سال اول راهنمایی. دفتر پیشگیری از سوء مصرف مواد مخدر آموزش و پرورش.

عبدالله پورچناری، مرتضی و گلزاری، محمود (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی بر تغییر نگرش دانش‌آموزان پسر مقطع دبیرستان شهر سیرجان نسبت به سوء مصرف مواد مخدر. فصلنامه اعتیاد پژوهی، ۲ (۸)، ۳۳-۵۴

قره شیخلو، فاطمه (۱۳۸۰). نظرخواهی از مردم ساکن تهران در باره مجموعه تلویزیونی مسافر، مرکز تحقیقات مطالعات و سنجش برنامه‌ای صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران، ۷ (۴)، ۲۴-۱۴.

میرساردو، طاهره (۱۳۸۷). تصویر معنادان در سریال‌های تلویزیونی ایرانی در سال ۱۳۸۵. پژوهش‌نامه علوم اجتماعی، ۲ (۴)، ۳۸-۵۶.

نظری، محمدعلی (۱۳۸۰). بررسی نقش تبلیغات در تغییر نگرش دانش‌آموزان منطقه ۱۶ تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی

نیک‌بخت، علی (۱۳۸۴). اختلالات شخصیت و هوش هیجانی در سوء مصرف کنندگان مواد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، چاپ نشده، دانشگاه شیراز

یونسی، سید جلال و محمدی، محمدرضا (۱۳۸۵). استفاده از رویکرد نشر اطلاعات در برنامه‌های پیشگیری از اعتیاد در میان جوانان. روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۳ (۱۶)، ۱۰-۱.

Baron, R. A., & Byrne, D. (2000). *Social Psychology*. Massachusetts: Allyn & Bacon. Bennett, L. A., & Wolin, S. J. (1990). Family culture and alcoholism transmission. In R. L. Collins, K. E. Leonard, & J. S. Searles (Eds.), *Alcohol and the family: research and clinical perspectives*. New York: Guilford press.

Beythe-Maroon, R., Austin, L., Fischhoff, B., Palmgren, C., & Jacobs-Quadtel, M. (1994). Percieved consequences of risky behaviors, adults and adolescents. *Developmental Psychology*, 29, (3), 549-563

Botvin, G. J. Kantor, L. W. (2000). Preventing alcohol and tobacco use through life skill training. *Journal of alcohol research & health*, 24(4), 10-21.

Brehm, S., & Kassins, S (1999). *Social Psychology*. Houghton Mifflin Company

Emmons, K; Glasgow, R. E; Marcus, B (1995). *Motivation for change across behavioral risk factors*. Symposium presented at the sixteenth Annual scientific sessions of the society of behavioral medicine, Sandi ego

- Friedman, A & Glassman, B. A. (2000). Family risk factors for drug abuse: A longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of substance abuse treatment*, 18(3), 267-275.
- Hesselbrock, M. N; Hesselbrock, V. M., & Epstein, E. E. (1998). *Theories of etiology of alcohol and other drug use disorders*. In B.S. McCrady & E.E. Kermansaravi, F., Emani, M., Naderifar & Shafiee, SH (2013). The effect of education with film display and educational booklets on knowledge and attitude of girl students towards AIDS. *Journal of Research & Health*, 3(1), 278-285.
- King, K.M., Meehan, B. T., Trim, R.S., Chassin, L. (2006). Substance use and academic outcomes: Synthesizing findings and future directions. *Addiction*, 101(12), 1688-1689.
- Lockwood. P. (2000). Could it happen to you? Predicting the impact of downward comparisons on the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(3), 343-358
- Sayette, M.A. (1999). *Cognitive theory and research*. In K. Leonard & H. Blane (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (2nd ed., pp. 247–291). New York: Guilford
- Taylor, S. E., Peplau, L. A., & Sears, O. D. (2000). *Social psychology* (10th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall Inc.

The Effectiveness of Showing Documentary Films with the Content of Substance Abuse on Adolescent Attitudes toward Addiction

Ali Nikbakht ^{1*}, Bahareh Mir Ahmadi ²

Abstract

The present research aimed to investigate the impact of documentary films (with the content of abusing substance and psychotropic drugs) on the youth attitudes toward addiction. The statistical population included all adolescents in Bandar Abbas, of whom 20 were selected by convenient sampling method. First, all participants were taken pretests by using the Opium Attitude Questionnaire (OAQ), then six documentary clips regarding narcotics and psychotropic drugs were shown for participants in six sessions along with questions and answers. At the end of six sessions, participants again responded to the OAQ. The results of t-test showed that there is a significant difference between the mean of posttest pretest and posttest scores of participants. In other words, after showing documentary clips, the participants' attitudes were changed and their attitudes toward addiction became largely negative. Overall, it seems that showing documentary films affects the attitude of adolescents toward substance abuse and the broadcasting organization can make the adolescent attitudes negative toward addiction, and also can reinforce their negative attitudes toward addiction.

Keywords: Documentary film, Youth, Substance abuse

1. Corresponding Author: Assistant Professor of Counseling and Psychology, Hormozgan University, Hormozgan, Iran. Email: Nikbakht472@gmail.com
2. MA of Clinical Psychology, Health and Treatment Center of Hormozgan Province Gas Company, Hormozgan, Iran

Emotion and Addiction: A Review Study

Hamed Kashanaki ¹, Reza Rostami ², Fatemeh Dehghani-Arani ^{3*}

Abstract

Addiction has always been influenced by several factors, one of which is the emotional problems. According to recent studies, addiction is known as the dark side of emotions. The main purpose of the present research was to examine the relationship between emotion and addiction. This overall goal is divided into three objectives: investigating the role of emotion regulation processes and their impacts on the types of addiction, assessing the role of expressing, processing, and suppressing emotions in addiction, and evaluating the association of types of emotions with the substance used in substance-dependent individuals. To accomplish these goals, validated articles were used in which the relationship of emotion and addiction has been assessed. In addition to dealing with the role of emotion regulation and expression, the present review study also examined the representation of various types of emotion in addiction by reviewing numerous articles. The effectiveness of emotion-based therapies has also been assessed. Finally, this research proposed an effective treatment modality to reduce the harm caused by addiction by presenting a model of the emotional trend of the onset of an addiction disorder. A model of preventive and therapeutic interventions in substance use disorder has been presented considering the role of emotion. Based on this model, emotion regulation, taking into account the biological, psychological and social dimensions, plays an important role in the prevention of addiction. Therefore, by teaching emotion regulation since childhood and adolescence, it can be prevented from turning them into substance abuse.

Keywords: Emotion, Addiction, Emotion regulation

1. Ph.D. Student of Health Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran
2. Professor of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran
3. Corresponding Author: Assistant Professor of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran. Email: f.dehghani.a@ut.ac.ir

The Comparison of Social Health in Substance-dependent and Normal Individuals

Samira Shakeri ¹, Solmaz Dabiri ^{2*}

Abstract

Social health is considered as one of the dimensions of health and plays an important role in reducing social harms. The present study aimed to compare social health in substance-dependent and normal individuals. The research was a causal-comparative study. The sample consisted of 100 (50 normal, 50 substance-dependent) individuals who were selected based on the inclusion criteria of the research and by using convenient sampling method. The research tool was Keyes Social Health Questionnaire (2004). Data were analyzed using multivariate analysis of variance. The results of multivariate analysis of variance showed that there is a significant difference between the components of social health in substance-dependent and normal individuals, so that substance-dependent individuals had lower levels of social health (social prosperity, social solidarity, social cohesion, social acceptance and social participation). Overall, the results indicate that substance-dependent individuals have problems with social health and promotion of social health in cooperation with different sectors of society should always be considered by authorities, specialists and the entire community.

Keywords: Social health, Substance-dependent individuals, Normal individuals

1. M.A. of Psychology, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran

2. Corresponding Author: Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran. Email: sh_dabiri1016@yahoo.com

Addictive Approaches and Models

Keyvan Shokri ^{1*}, Reza Ranjbaran ², Aniseh Rookhosh ³

Abstract

Addictive approaches and models introduce various factors as effective factors in tendency to addiction. The methodology of this research was library and documentary. Addictive approaches and models were assessed by reviewing scientific findings and analytical and theoretical approaches. Each model emphasizes the perception of addiction or specific addictive behaviors through tendency to addiction and different factors in its continuation. The socio-environmental model mostly knows addiction as the reflection of environmental factors such as poverty, low socioeconomic status, social pressures, association with crooked people, etc. The psychological model considers addiction as the result of failure in the will of the substance-dependent individual, and the genetic and hereditary model looks for the response from a biological point of view. Since each of these models has presented one-dimensional and imperfect views, some experts have moved towards integrating these explanations and have proposed a bio-psycho-social model. Of course, in recent years, spirituality dimension has also been added to this model. Based on this model, addiction is the result of the intersection of biological, psychological, social and spiritual factors. Addiction as a social harm shapes along with problems such as unemployment, poverty, divorce, etc under the influence of psychological reasons of a person established in the context of family, association with peers, and society, requires serious attention and volition to reduce its harms due to its superabundant consequences in the country's economic-politic system. Therefore, it is better to plan for the prevention and treatment of addiction considering biological, psychological, social, and spiritual dimensions. The most important feature of this model is its comprehensive and holistic look at human.

Keywords: Addiction, Approaches, Biological, Psychological, Social

1. Corresponding Author: MA of Social Work, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran. Email: shokri.keivan@gmail.com

2. Ph.D. Student of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran

3. Expert in Social Work, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

The Community-based Approach in Preventing Adolescent and Youth Addiction: The Facilitating Role of Local Mental Health Center

Hojjat Vatandoost^{1*}, Mohammad Ali Armand²

Abstract

The prevention of substance abuse requires serious participation of people and governmental and non-governmental sectors. Addiction is the cause of many social problems and issues. With regard to the transformation of drugs and addiction into the tools of soft war and threats to national security on one hand, and the country's significant resources especially in cultural areas on the other hand, if the community approach is adopted to prevent addiction opposed, there will be no choice but to support NGOs. Therefore, this research aimed to investigate a community approach to addiction prevention with emphasis on the facilitating role of Andisheh Mehr local mental health center in the city of Mahmoud Abad, near to the city of Shahin Dej. The documentary-library method has been used in this research. Also, the present research addresses some interventional patterns and procedures in the area of addiction prevention carried out by the center. People can help prevent addiction by emphasizing the positive role of their community or neighborhood in the fight against drugs through different ways such as enhancing their sensitivity to drugs and their harms, increasing the level of knowledge and awareness about the various types of substances and risks of consumption, and establishing spontaneous groups of combating addictive substances. The success rate of addiction prevention institutions depends on the extent to which these institutions provide necessary backgrounds and bases for the participation and attendance of people and NGOs and present essential trainings on how to participate in the implementation of prevention plans and programs. It seems that the use of a community approach in combating drugs can be an effective step in preventing addiction.

Keywords: Addiction, Addiction prevention, Community-based approach.

1. Corresponding Author: MA Student of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Bukan Branch. Head of Andisheh Mehr Local Mental Health Center, Shahin Dej, Iran. Email: Vatandost3121@gmail.com

2. MA of Demography, Yazd University, Yazd, Iran. Expert in Emergency Social Services, Shahin Dej, Iran.

The Effectiveness of Training Spirituality with Emphasis on Islamic Teachings on Resilience and Social Adjustment in Substance-dependent Individuals

Mohammad Khaledian ^{1*}, Roya Arjmand Kermani ², Parvin Amini ³

Abstract

The current research was performed aiming to train spirituality based on Islamic teachings on resilience and social adjustment in substance-dependent individuals. This study was an experimental research conducted in the form of pretest-posttest with control group. The population under study consisted of substance-dependent individuals in the Methadone Addiction Treatment Center of the city of Ghorve (Nikoosalamat) in 2013. At first, the sample size included 90 substance-dependent individuals referred to the addiction treatment clinic who were selected based on simple random sampling. Then, the number of 30 individuals who had received the lowest scores in the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) and the Social Adjustment Scale (SAS) were selected and randomly divided into two experimental and control groups. The experimental group received 9 two-hour spirituality sessions, but the control group received no training. The CD-RISC and the SAS were applied to collect data, and covariance analysis was used to analyze the data. The findings showed that the mean of social adjustment scores in the posttest of the experimental group was significantly lower than that of posttest scores in the control group and, in other words, adjustment was increased. Also, the mean of resiliency scores in the posttest of the experimental group was significantly higher than the mean of posttest scores in the control group. It can be concluded that the training of spirituality with emphasis on the teachings of the Islamic religion can be used to significantly increase the level of resilience and social adjustment in substance-dependent individuals.

Keywords: Spirituality training, Resilience, Social adjustment, Substance-dependent.

1. Corresponding Author: Instructor in Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran. Mohamad_khaledian22@yahoo.com

2. Instructor in Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

3. M.A. of Law, Kurdistan University of Medical Sciences, Kurdistan, Iran.

Addiction Prevention from the Viewpoint of Social Approach: the Role of Social Capital

Reza Abdolrasouli ¹

Abstract

Many people do not know why and how other people depend on substances. They may mistakenly think that those who use substance lack ethics and will, and they can easily cut off substance use by their choice. Substance-dependence is a complex disease whose process of withdrawal usually requires more than intention and will, and like any other disease, it needs care and treatment. Similar to any other illness, the patient needs to have a strong support network during treatment, in order to achieve improvement and success in the treatment. Social capital is one of the supporting factors in this regard. Social capital is a network of relationships and connections based on interpersonal and intergroup social trust and the interactions of individuals with groups, organizations, and social institutions that provide the required energy to facilitate actions for individual and collective ends. The presence of supporting factors such as social capital to prevent and combat addiction and recovery from it is necessary. In fact, it can be said that the success of the socialization of combat narcotics depends on social capital. Research evidence also highlights the role and importance of social capital in preventing addiction and combatting narcotics. Therefore, the comprehensive and true recognition of the phenomenon of addiction and planning in order to increase social capital and supporting factors can lead to more and more planning and success in the socialization of combatting narcotics.

Keywords: Social capital, Drugs, Prevention

1. Scientific Secretary of the Social Sciences Department of the Organization for Researching and Composing University Textbooks in the Humanities (SAMT), Tehran, Iran. Email: rabdolrasouli@gmail.com

Contents

Title	Page
Addiction Prevention from the Viewpoint of Social Approach: the Role of Social Capital Reza Abdolrasouli	13-56
The Effectiveness of Training Spirituality with Emphasis on Islamic Teachings on Resilience and Social Adjustment in Substance-dependent Individuals Mohammad Khaledian, Roya Arjmand Kermani, Parvin Amini	57-74
The Community-based Approach in Preventing Adolescent and Youth Addiction: The Facilitating Role of Local Mental Health Center Hojjat Vatandoost, Mohammad Ali Armand	75-104
Addictive Approaches and Models Keyvan Shokri, Reza Ranjbaran , Aniseh Rookhosh	105-138
The Comparison of Social Health in Substance-dependent and Normal Individuals Samira Shakeri, Solmaz Dabiri	139-152
Emotion and Addiction: A Review Study Hamed Kashanaki, Reza Rostami, Fatemeh Dehghani-Arani	153-176
The Effectiveness of Showing Documentary Films with the Content of Substance Abuse on Adolescent Attitudes toward Addiction Ali Nikbakht, Bahareh Mir Ahmadi	177-188
Abstract	4-10

Editorial Board

Narimani, M., Ph.D.	Professor of Psychology, Mohaghegh Ardabili University
Danesh, E., Ph.D.	Professor of Clinical Psychology, Shahid Beheshti University
Babapour Kheyroddin, J., Ph.D.	Professor of Psychology, Tabriz University
Maleki, A., Ph.D.	Associate Professor of Sociology, Payame Noor University
Mohamad Nasl, Gh., Ph.D.	Associate Professor of Criminology and Criminal Law, Amin Police University
Saffarinia M., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Payame Noor University
Bayat, B., Ph.D.	Associate Professor of Sociology, Supreme National Defense University
Ali rezanezhad, S., Ph.D.	Associate Professor of Sociology, Islamic Azad University, Garmsar Branch
Nikoogftar, M., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Payame Noor University
Najafi, M., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Semnan University

Reviewers of This Issue

Mohammadzadeh, A., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Payame Noor University
Jafarii, E., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Payame Noor University
Eesamorad Roodboneh, A., Ph.D.	Associate Professor of Psychology, Allameh Tabataba'i University
Kiani, M., Ph.D.	Assistant Professor of Sociology, Payame Noor University
Nosratabadi, M., Ph.D.	Assistant Professor of Social Welfare and Health, Isfahan University of Medical Sciences
Nikoogftar, M., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Payame Noor University
Maredpoor, AR., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Islamic Azad University, Yasuj Branch
Sheykholeslami, A., Ph.D.	Assistant Professor of Psychology, Mohaghegh Ardabili University

In the name of God

Social Health and Addiction
Vol. 5, No. 18, Summer 2018

Licence Holder: Drug Control Headquarters of the Presidency

Managing Director: Jazini, A.R., Ph.D.

Chief Editor: Shokrkon, H., Ph.D.

Executive Director: Hamzehzadeh Tofighi, E., M.A.

Publisher: Drug Control Headquarters, Research & Education Office

Address: No. 20, Building of Presidential Drug Control Headquarters,
after Hoveyzeh Cultural-Entertainment Complex, after Poonak
Sq., Ashrafi Esfahani Blv., Tehran

Postal Box: 1469915834

Tel/Fax: +98-21-47361730 Fax: +98-21-44411761

Email: info@sh-addiction.ir

This quarterly is the result of joint cooperation of the Secretariat of Drug Control Headquarters and the Iranian Social Psychology Association.