
"تبیین جامعه‌شناختی علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد در شهر زنجان"

دکتر ایرج ساعی ارسی¹، فرید عسگری²

چکیده

هدف: هدف کلی این مقاله تبیین جامعه‌شناسی علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد در شهر زنجان بوده است. روش: نوع مطالعه، توصیفی و علی (پس از وقوع) بود و از روش پیمایش (Survey Method) استفاده گردید. برای مطالعه‌ی اکتشافی و واکاری ادبیات پژوهش از روش بررسی اسناد و مدارک (Documentary Method) بهره گرفتیم. داده‌های پژوهش به وسیله‌ی پرسشنامه‌ی محقق ساخته گردآوری گردید. پرسشنامه پس از طراحی مقدماتی، پیش آزمون شده و پس از اعتباریابی و محاسبه‌ی روایی و اصلاح، نهایی شده و گردآوری گردید. پرسشنامه در مراکز بازپروری سازمان بهزیستی شهر زنجان تکمیل گردید. پاسخگویان معتادان حاضر در این مراکز بودند. جامعه‌ی آماری تعداد کل معتادان شهرستان زنجان (N= 3480) نفر در سال 1391 بودند.

یافته‌ها و نتایج: فرضیه‌ی اول نشان داد که بین معاشرت با دوستان ناباب و گرایش به اعتیاد رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. فرضیه‌ی دوم پس از تأیید نشانگر این است که بین لذت‌جویی و گرایش به اعتیاد رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. فرضیه‌ی سوم تأیید کرد که بین فقر اقتصادی خانواده و گرایش به اعتیاد رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. هم چنین در فرضیه‌ی چهارم پژوهش، رابطه‌ی فقر فرهنگی و گرایش به اعتیاد تأیید گردید. فرضیه پنجم نشانگر آن است که بین رفاه مادی در خانواده و گرایش به اعتیاد رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد. فرضیه‌ی ششم بین ساختار خانوادگی نامناسب‌تر و گرایش به اعتیاد رابطه‌ی معنی‌داری را تأیید کرد. فرضیه هفتم رابطه بین بیکاری و گرایش به اعتیاد را تأیید نمود و سرانجام فرضیه هشتم بین درد گریزی و گرایش به اعتیاد رابطه‌ی معنی‌دار را تأیید کرد.

واژگان کلیدی: علل اعتیاد، عوامل اعتیاد، اعتیاد در شهر زنجان.

این پژوهش با کمک‌های مالی معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر انجام گردیده است.
1. استادیار جامعه‌شناسی، گروه علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهر، اهر، ایران

/ مقدمه /

مصرف مواد مخدر پدیده‌ای با سابقه‌ی تاریخی است. یکی از بزرگ‌ترین بلاهایی که در طول سده‌ها و اعصار، ارزش‌های اصیل را در ارکان وجود انسان تهدید کرده و می‌کند، اعتیاد به مواد مخدر است. در عصر ما شدت این پدیده‌ی شوم به مراتب بیشتر از اعصار گذشته است.

در ایران به علت قرار گرفتن بر سر راه ترانزیت مواد مخدر از افغانستان به سایر کشورهای دنیا و سایر علل مربوطه، سهم نا برابری از خسارات مواد مخدر به مردم می‌رسد. سالیانه میلیاردها تومان هزینه‌ی مبارزه با قاچاقچیان، خرده فروشان داخلی و هم چنین مداوای معتادان و حمایت از خانواده‌های درگیر با مواد مخدر می‌شود. بر اساس آمار مقامات مسئول ایران حدود دو میلیون نفر معتاد در کشور وجود دارد و با احتساب متوسط بعد خانواده چهار نفر در ایران، حدود هشت میلیون نفر از این پدیده‌ی شوم آسیب می‌بینند.

در بعد از انقلاب، فضای انقلابی اوایل انقلاب اجازه‌ی رشد اعتیاد را به کسی نمی‌داد. پس از جنگ عراق با ایران، هشت سال دفاع از سرزمین ایران و فرهنگ آن هرگونه زمینه‌ی مساعد برای رشد مصرف مواد مخدر را از مردم گرفت. متأسفانه بعد از جنگ یعنی از سال ۱۳۶۷ به بعد اثرات جنگ تحمیلی در اقتصاد ایران به تدریج در اشکال گوناگون ظاهر گردید. تا سرانجام در دهه‌ی ۱۳۸۰ به اوج خود رسید. هزینه‌های بازسازی خرابی‌های ناشی از جنگ و بازسازی ارتش اجازه‌ی سرمایه‌گذاری در تولید را از کشور گرفت و در نتیجه ایران با بیکاری فزاینده و به ویژه بیکاری تحصیل کردگان مواجه گردید.

در این جا نباید نقش نیروهای بیگانه در ترویج اشکال جدید و شیمیایی مواد مخدر را فراموش کرد. امروزه در جامعه شناسی انحرافات (آسیب‌شناسی اجتماعی) از آن به مثابه‌ی "جنگ شیمیایی" نام می‌برند.

در ایران، به تدریج سن اعتیاد کاهش یافته است. آمارهای رسمی از کاهش ۷ ساله‌ی میانگین آغاز اعتیاد در ۱۵ سال اخیر خبر می‌دهند که براین اساس میانگین سن آغاز اعتیاد به ۲۱ سال رسیده است.

آمار قربانیان مواد مخدر در میان گروه‌های اجتماعی خاص مانند سربازان حاضر در پادگان‌ها، دانشجویان دختر و پسر به ویژه ساکن خوابگاه‌ها و پانسیون‌ها، زنان خانه‌دار و کارکنان شب‌کار، و زندان‌ها در سال‌های اخیر به شدت افزایش یافته است.

هم اکنون ایران به بزرگ‌ترین مصرف کننده‌ی مواد مخدر در جهان تبدیل شده است. و به دلیل موقعیت جغرافیایی و سایر علل داخلی با جدی‌ترین شکل اعتیاد در جهان رو به رو است.

آن چه که درباره‌ی اعتیاد به لحاظ آماری بیش از هر چیز مورد توجه است، میزان افزایش معتادان و کاهش سن مبتلایان به این بیماری است. هم چنین صنعتی شدن مواد مخدر موجب نگرانی خانواده‌ها و جامعه گردیده است.

در ایران بیشتر دوستان ناباب، فقر، بیکاری، نداشتن اطلاعات درست درباره‌ی عوارض مواد مخدر عامل اعتیاد و گرایش به سوء مصرف مواد است.

این پژوهش بر آن است تا عوامل و علل اقتصادی، اجتماعی، فرهنگی، خانوادگی، و روانی را در استان زنجان بر ملا سازد. این مطالعه می‌تواند ابزار مفیدی برای برنامه‌ریزی در جهت کاهش اعتیاد و آسیب‌های ناشی از آن در کشور و استان زنجان باشد.

واکاوی ادبیات پژوهش

الف- در جهان

۱. جوزف اکالیفاتو، ۲۰۰۰ در مقاله‌ی خود تحت عنوان "بررسی مقایسه‌ای کارکرد خانواده‌های اصلی افراد معتاد و غیر معتاد" نشان داد که اغلب نوجوانانی که از خطر سوء مصرف مواد در امان بودند، افرادی به دور از هر نوع فشار خانوادگی بوده‌اند. به نظر وی سوء مصرف مواد مخدر در تنهایی اتفاق نمی‌افتد و اغلب عوامل خانوادگی و اجتماعی در آن دخیلند.

۲. مارک اولفسون در دانشگاه کلمبیا بر اساس مصاحبه بر روی پنج هزار جوان ۱۹ تا ۲۵ ساله دریافت که اختلالات شخصیتی شامل رفتارهای وسواسی، رفتارهای ضد اجتماعی و اختلال پارانوئا از عوامل مهم اعتیاد در این افراد بوده است.

۳. هواردبکر در سال ۱۹۵۳ دریافت که گروه فرعی است که فرد را با مواد آشنا می‌کند و با توصیف‌های مکرر اعضاء به ماهیت و تأثیر مواد پی می‌برد و استفاده از آن را یاد می‌گیرد (مکساک، ۱۹۷۳: ۵۶۲ به نقل از سخاوت، ۱۳۸۵: ۱۰۸).

۴. پژوهش اوبراین (obrien) نشان داد که کنجکاوی، تجربه و لذت‌جویی علل اصلی گرایش به مواد مخدر است.

۵. چائوونستلر بر اساس ۴۱۰۰۰ پرسشنامه در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های آمریکا دریافتند که نابسامانی شخصیتی و گروه‌های همسالان و کنجکاوی علل اصلی اعتیاد هستند.

۶. کلی (kelly) در پژوهش بر روی خانواده به طور گسترده دریافت که اگر بزرگ خانواده معتاد باشد این مشکل به سرعت توسط دیگران پذیرفته شده و کنترل آن مشکل خواهد شد. هم چنین طلاق در خانواده منجر به گرایش فرزندان به سمت اعتیاد می‌شود.

۷. استیلین استدلر در دانشگاه نروژ براساس پژوهشی که در مورد ۳۸ هزار نفر از مبتلایان به الکل در نروژ انجام داد دریافت که بیش از ۴۲ درصد آن‌ها بعد از مصرف الکل مبادرت به مصرف مواد مخدر کرده و احساس تنهایی و گوشه‌نشینی و افسردگی علت اعتیاد آن‌ها می‌باشد.
۸. کمیته‌ی ملی مطالعه‌ی مواد مخدر در آمریکا در پژوهش مکساک، ۱۹۷۳ پنج الگوی مصرف در میان معتادان را پیدا کرد: استفاده از مواد برای کسب تجربه، تفریح و برقراری ارتباط گروهی، مصرف تحت فشار موقعیتی، مصرف از روی عادت و سر انجام استفاده از روی اضطرار (مکساک، ۱۹۷۳: ۵۶۲ به نقل از سخاوت، ۱۳۸۵: ۱۰۹).
۹. ریچارد بلوم در مقایسه‌ی خانواده‌های معتاد و غیر معتاد در الجزایر دریافت که اعتیاد در خانواده‌هایی دیده می‌شود که انسجام کمتری دارند، نسبت به اعضا نظارت و سخت‌گیری لازم وجود ندارد، اعتقادات مذهبی و پای‌بندی به سنت‌ها ضعیف است و سرانجام توجه چندان‌ی به تربیت کودکان نمی‌شود. بلوم دریافت که عقاید آزادگونه در مورد مواد مخدر، گرایش به مصرف را بیشتر کرده و در نتیجه دوستانی را برمی‌گزینند که تمایل به مصرف مواد مخدر دارند (صالحی، ۱۳۷۸: ۷۷).
۱۰. باندورا از الگوسازی والدین یا دیگران سخن می‌راند و معتقد است که تمایل به مصرف مواد مخدر در نوجوانان و جوانان به این علت است که آن‌ها تلاش می‌کنند تا خود را مانند افراد بالغ و بزرگ جلوه دهند و به امتیازات این افراد دست یابند (صالحی، ۱۳۷۸: ۷۵).
۱۱. در سال ۱۹۹۸ انستیتوی بین‌المللی سلامت روانی (NIMH) در مطالعه‌ای روی گروهی از مصرف‌کنندگان تازه کار اما معتاد اکستازی به این نتیجه رسید که مغز این افراد در ناحیه‌ای که فعالیت‌هایی مانند خوابیدن، یادگیری و احساس در آن کنترل می‌شود، دچار صدمات شده است. این مطالعه نشان داد که بازسازی سلول‌های مغزی، پس از کنار گذاشتن اکستازی ممکن است برای همیشه با مشکل روبرو شود. به همین دلیل است که بسیاری از این افراد در ساده‌ترین حالت اغلب دچار افسردگی شدید، تشویش و دلواپسی و از دست دادن حافظه می‌شوند (بازیابی از سایت [www. Arian online. Com](http://www.Arianonline.Com))
۱۲. ریکورته در دانشگاه جان هاپکنیز آمریکا دریافت که مواد مخدر در مصرف‌کنندگان دائمی خود قدرت ۶۰ درصد از سلول‌های سازنده‌ی سروتونین را از بین می‌برد و تخریب این سلول‌ها یادآوری و یادگیری فرد را کاهش می‌دهد (بازیابی از سایت www. Bazarma. Com).

۱۳. آلیوت کیوری در سال ۱۹۹۴ نشان داد که وضعیت آنومی با مصرف مواد توهم آور بستگی دارد و این وضعیت مصرف قرص‌ها را افزایش می‌دهد (آنشین، ۱۳۸۱: ۶۵).
۱۴. دیوید گاوین از سازمان ملی مبارزه با مواد مخدر آمریکا معتقد است که سفید پوستان نوجوان از خانواده‌های متوسط و بالای جامعه، مصرف مواد مخدر را به عنوان یک تفریح به شمار می‌آورند (پژواک ایران، ۱۳۸۰: ۱۹).

ب- در ایران

۱. مصطفی تفنگچی در سال ۱۳۷۵ به "بررسی و شناخت عوامل خانوادگی و اقتصادی مؤثر در اعتیاد" پرداخت. پژوهش حاکی است که عدم راهنمایی تحصیلی فرزندان و آماده نکردن آن‌ها برای کسب مهارت‌های فنی در نوجوانی باعث اشکالاتی در دوران بلوغ از نظر ایفای نقش اجتماعی و در نتیجه سختی معشیت آن‌ها در بزرگسالی می‌شود.
۲. بر اساس مطالعه‌ی مظلومان درصد قابل توجهی از معتادان مورد مطالعه تحت تأثیر وجود افراد معتاد در خانواده به اعتیاد روی آورده‌اند و آنان مستقیماً والدین و سایر اعضای خانواده را در اعتیاد خود مقصر می‌شناختند.
۳. پرویز ماکوئی در سال ۱۳۵۴ در بررسی اعتیاد مسایل آن در خانواده معتقد است که والدین معتاد به ویژه پدر تأثیر عمده‌ای در اعتیاد فرزندان داشته‌اند.
۴. محمد علی سعیدی نژاد در سال ۱۳۵۱ به "بررسی علل اعتیاد جوانان به مواد مخدر" پرداخته است. پژوهش نشان می‌دهد که ۴۵ درصد از کل جامعه‌ی معتادین مورد مطالعه، خانواده را باعث اعتیاد خود دانسته‌اند.
۵. فاطمه خاکی در سال ۱۳۷۱ در بررسی خود تحت عنوان "خانواده و انحرافات اجتماعی" اثر اعتیاد والدین بر فرزندان و خانواده را مورد بررسی قرار داده و تأکید می‌کند که فرزندان رفتار والدین خویش را به طور مستمر تقلید می‌نمایند و پس از رشد بر اثر کنجکاوی در صدد آزمایش مواد مخدر برمی‌آیند که والدین مصرف می‌کرده‌اند.
۶. بهروز ساعی در سال ۱۳۵۷ به مطالعه‌ی "خانواده و آسیب‌های اجتماعی" پرداخته است. بررسی اعتیاد و تأثیر آن بر خانواده در پژوهش مورد توجه بوده است. نتایج حاکی از آن است که والدین معتاد، تأثیر قاطعی در بروز اعتیاد فرزندان دارند. فقر، بیکاری و تشنج در محیط خانواده، بر اثر اعتیاد والدین، فرزندان را به سوی آسیب‌های اجتماعی از جمله اعتیاد سوق می‌دهد.

۷. سعید منصور در سال ۱۳۷۹ در بررسی خود تحت عنوان "تأثیر عوامل اقتصادی، اجتماعی اعتیاد معتادان مرکز بازپروری کرمان" نتیجه می‌گیرد که اکثریت معتادان از خانواده‌های کم درآمد بوده و از وضعیت اقتصادی- اجتماعی پایین برخوردارند و بیش از ۶۰ درصد از پدران از نعمت سواد بی‌بهره بودند. پژوهش نشان داد که بین وضعیت شغلی، سابقه، جرم والدین، سواد پدر، وضعیت اقتصادی- اجتماعی خانواده با اعتیاد رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد.
۸. اصغرابراهیمی در سال ۱۳۷۵ در پژوهش خود تحت عنوان "بررسی وضعیت تراکم جمعیت و برخی ویژگی‌های اجتماعی، اقتصادی" نشان داد که اکثریت معتادان در خانواده‌های شلوغ و پرتراکم همراه با مشکلات اقتصادی و نابسامانی‌های زندگی پرورش یافته‌اند و خانواده‌ی فعلی آن‌ها نیز شلوغ همراه با مشکلات اقتصادی است.
۹. نظر سنجی سازمان صدا و سیما جمهوری اسلامی ایران در سال ۱۳۷۳ در تهران نشان داد که اکثریت پاسخگویان (یعنی ۴۵ درصد) اظهار داشته‌اند که باید کنترل بیشتری در مرزهای کشور اعمال شود تا از ورود و توزیع مواد مخدر جلوگیری شود. بیشتر پاسخگویان، بیکاری را علت کشیده شدن جوانان به ورطه‌ی اعتیاد می‌دانستند. و پس از آن به ترتیب همنشینی با دوستان ناباب، فقدان امکانات تفریحی و سرگرمی و عدم کنترل خانواده‌ها اشاره کرده‌اند.
۱۰. پرویز محمد نژاد در سال ۱۳۷۲ در بررسی خود تحت عنوان "علل گرایش به مواد مخدر و تأثیر آن در ارتکاب جرم" این گونه اشاره می‌کند که برخورد اصولی با پدیده‌ی اعتیاد می‌بایست با اطلاعات زیربنایی اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی توأم باشد. فقر مادی و معنوی زمینه‌ای جدی برای اعتیاد است.
۱۱. محمود دادگران در سال ۱۳۶۱ در پژوهش خود تحت عنوان "علل اعتیاد در ایران" دلایل گرایش افراد به اعتیاد را بیکاری، فقر، کم سواد، پایین بودن سطح بهداشت در میان طبقات پایین، تفنن طلبی، عسرت‌جویی، فزون‌خواهی و وقت‌گذرانی در میان طبقات مرفه و تسکین ناکامانی‌ها و ناخشنودی‌ها بیان کرده است. وی تغییرات بنیادین اقتصادی- اجتماعی و تربیت همراه با مبارزه‌ی بی‌امان با توزیع مواد مخدر را در حل این معضل اجتماعی را مؤثر می‌داند.
۱۲. غلامرضا قمی در سال ۱۳۵۷ در پژوهش خود تحت عنوان "عوامل خانوادگی، اجتماعی و اقتصادی مؤثر در گرایش به اعتیاد افراد مراجعه‌کننده به مرکز ترک اعتیاد سید خندان" نشان داد که بالاترین درصد معتادان در گروه سنی ۳۲- ۲۱ سال بوده و اکثر آن‌ها با سواد هستند. نیمی از آن‌ها قبل از اعتیاد با والدین خود زندگی می‌کردند. حدود ۱/۴ درصد از کانون گرم خانواده محروم بوده‌اند. ۳/۴ درصد از آنان

- مورد تبعیض واقع شده بودند. اکثر این معتادین در زندگی خود احساس مسئولیتی نداشتند و هر کاری مطابق میلشان بود انجام می دادند.
۱۳. خسرو منصوریان در سال ۱۳۵۹ در پژوهش خود تحت عنوان "تأثیر اعتیاد بر خانواده" نشان داد که بیش از نیمی از معتادان اظهار داشته اند که معتاد دیگری در خانواده داشته اند. از نظر تأثیر گذاری اعتیاد، پدر و مادر در مرحله اول و خواهر و برادر در مرحله دوم اهمیت قرار داشتند.
۱۴. ناهید سوری در سال ۱۳۶۲ در پژوهش خود تحت عنوان "ساخت خانواده و ویژگی های روابط خانوادگی جوانان معتاد" نشان داد که شرایطی از محدودیت ها و آزادی های جوانان در درون نظام خانواده به اعتیاد آنان مربوط بوده است.
۱۵. جمیله اورنگ در سال ۱۳۶۶ در پژوهش خود تحت عنوان "شناسایی علل پیشگیری و روش های درمانی اعتیاد" به این نتیجه دست یافت که خانواده، دوستان و معاشرین و رسانه های گروهی، در سازندگی شخصیت کودک و نوجوانان چنان سهمی دارند که می توانند برای او آینده ساز و مفید بوده و یا بر عکس وی را به سوی فساد از جمله اعتیاد سوق دهد.
۱۶. ایرج صالحی در سال ۱۳۷۱ در جمع بندی نظرهای گوناگون پژوهشگران درباره ی موضوع اعتیاد، نشان داد که مصرف مواد مخدر، بیشتر در نوجوانان و جوانانی دیده می شود که اختلاف بین والدین، جدایی و طلاق، اعتیاد والدین و کمبودهای عاطفی در خانواده های آنان متداول است.
۱۷. دکتر محمد حسین فرجاد در سال ۱۳۸۲ در پژوهش بر روی معتادان خود معرفی در مرکز درمان و توان بخشی ونک تهران دریافت که ۷۹ درصد افراد تنها و منزوی بودند، ۷۴ درصد دوست پیدا کردن برایشان مشکل بوده است. ۸۴ درصد دارای تشویش و دلهره بوده اند. ۸۰ درصد مواد مخدر را برای کم کردن افسردگی و ۲۴ درصد برای کم کردن اضطراب به کار می بردند. ۱۱ درصد بیماری شخصی روانی داشته اند. ۸ درصد تحت درمان روان پزشکی بوده و ۲ درصد بستری شده بودند. در بین کسانی که بارها به بیمارستان مراجعه کرده اند و نتوانسته اند عدم مصرف را ادامه دهند، ۳۴ درصد اظهار داشته اند که وجود دوستان معتاد، بازگشت به همان محیط سابق سبب اعتیاد مجدد آنان شده است. این عامل نقش مهم یادگیری و انعکاس شرطی را در اعتیاد مجدد روشن می سازد (فرجاد، ۱۳۸۲: ۱۵).
۱۸. لیلا رحیمی در سال ۱۳۸۳ در پژوهشی تحت عنوان "بررسی تأثیر اعتیاد پدر بر رفتارهای اجتماعی فرزندان در شهرستان تبریز" دریافت که فرزندان دارای پدر معتاد در کلیه ی محورهای مورد مطالعه (انزوا طلبی، شکایات جسمانی، مشکلات

اجتماعی، رفتارهای بزهکارانه و نتایج در گروه دختران حاکی از آن است که رفتارهای اجتماعی این گروه به استثنای شاخص شکایات جسمانی، در سایر شاخص‌ها از اعتیاد پدر بسیار تأثیر پذیرفته است.

۱۹. هنگامه هراتی در سال ۱۳۸۳ در پژوهش خود تحت عنوان "بررسی افسردگی و شدت آن در فامیل درجه یک معتادان مراجعه کننده به درمانگاه‌های ترک اعتیاد زاهدان" دریافت که یکی از مشکلاتی که اعتیاد برای فرد معتاد و خانواده‌های وی می‌آورد افسردگی می‌باشد. در این پژوهش میزان افسردگی و شدت آن در خانواده‌ی معتادین بررسی گردید.

چارچوب نظری پژوهش

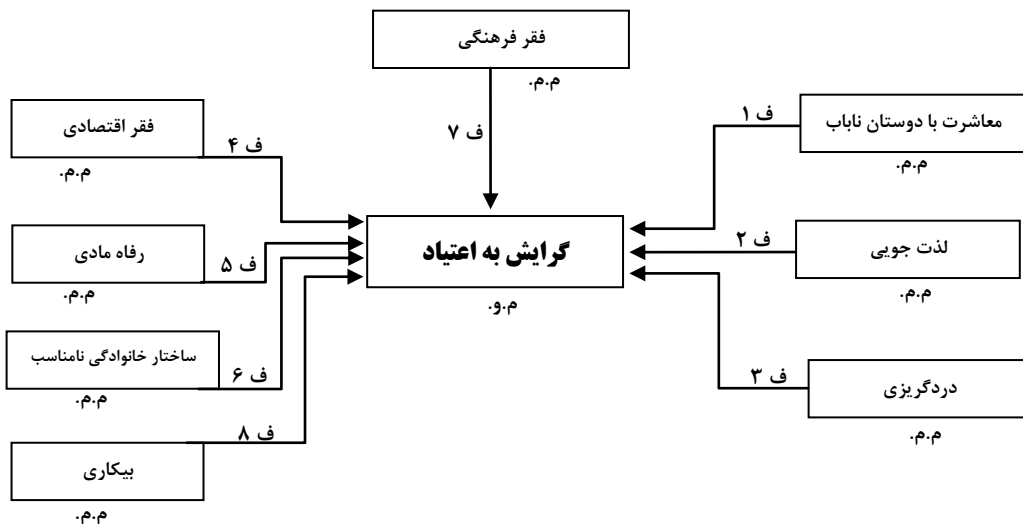
نظریه‌های بسیاری درباره علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد وجود دارد. این نظریه‌ها عبارتند از: نظریه‌ی باز پیدایی ژنتیکی (Atavism) سزارلومبروزو، نظریه‌ی لذت‌جویی و درد‌گریزی هانس آیزنک، نظریه روانکاوی فروید، نظریه‌ی آنومی دورکیم، نظریه‌ی فشار ساختاری مرتن، نظریه‌ی کنترل اجتماعی مرتن، نظریه پیوند اجتماعی تراویس هیرشی، نظریه‌ی بازدارندگی والتر رکلس، نظریه‌ی پیوندهای افتراقی ساترلند و کریس، نظریه‌ی تکنیک‌های خنثی‌سازی ماترا و سایکز، نظریه‌ی ناهماهنگی در سازمان اجتماعی، نظریه‌ی انحراف از هنجارها، نظریه تضاد کارل مارکس، نظریه‌ی فمینیستی، نظریه‌ی ستیزه‌ی ارزش‌ها، نظریه‌ی خرده فرهنگی کوهن، ماتزا و فلدمن، نظریه‌ی انتقال فرهنگی ادوین ساترلند، نظریه‌ی بر چسب هاوارد بکر، نظریه‌ی فضای اجتماعی و کنش پیر بوردیو، نظریه‌ی مصرف تورستن ویلن، نظریه‌ی بوم‌شناسی انحراف مکتب شیکاگو.

چارچوب نظری این پژوهش ترکیب نظریه‌های موجود در زمینه‌ی اعتیاد در سه سطح تحلیلی خرد و میانه و کلان می‌باشد تا بتواند مسئله‌ی چند بعدی و چند علتی اعتیاد را به درستی تحلیل و بررسی نماید. سه سطح مورد بحث در واقع به سه مفهوم اجتماعی یعنی ساخت اجتماعی، نهادها، روابط متقابل و سازمان اجتماعی و بالاخره عمل اجتماعی باز می‌گردد. چنین چارچوبی امکان ترکیب نظریه‌ها را در چارچوبی فراگیر فراهم آورده و از آغاز نیز در دیدگاهی خاص گرفتار نشده و فرآیند پژوهش از تحلیل نظریه‌ی خاص و از نتیجه‌گیری‌های یک بعدی برکنار خواهد ماند.

مدل پژوهش

در شکل (۱) مدل مفهومی پژوهش ارائه می‌شود. در این مدل به علل فردی، خانوادگی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی پرداخته شده است.

شکل (۱): مدل تحلیلی پژوهش



در جدول (۱) ارتباط بین چارچوب نظری و فرضیه‌های پژوهش آمده است.

جدول (۱) ارتباط بین چارچوب نظری و فرضیه‌های پژوهش

ردیف	نظریه پرداز	نظریه	تحلیل	فرضیه
۱	ادوارد ساترلند و کریسی	نظریه پیوند افتراقی: کژ رفتاری، یک رفتار آموختنی است و از طریق تعامل با دیگران آموخته می‌شود.	خرد	هر چه معاشرت با دوستان ناباب بیشتر شود، گرایش به اعتیاد بیشتر می‌شود.
	ادوارد ساترلند	نظریه انتقال فرهنگی: رفتار انحرافی از طریق معاشرت با دوستان ناباب آموخته می‌شود.		
۲	هانس آیسینک	نظریه لذت و درد گریزی: انگیزه نخستین انسان لذت و درد گریزی است.	خرد	هر چه لذت جویی بیشتر شود، گرایش به اعتیاد بیشتر می‌شود.
۳	کارل مارکس	نظریه تضاد نظریه ناهماهنگی در سازمان اجتماعی	میانه	هر چه فقر اقتصادی در خانواده بیشتر شود، گرایش به اعتیاد بیشتر می‌شود.
۴	تراویس هیرشی، آلبرت کوهن	نظریه پیوند اجتماعی: کژ رفتاری زمانی روی می‌دهد که پیوند میان فرد و جامعه ضعیف یا گسسته گردد. دلتنگی، سرسپردگی، درگیری، ایمان باعث پیوند بین فرد و جامعه می‌شود.	میانه	هر چه فقر فرهنگی در خانواده بیشتر می‌شود، گرایش به اعتیاد بیشتر می‌شود.
	ماتزا، فلدمن	نظریه خرده فرهنگی: کثر رفتار در گروه‌های خرده فرهنگ رشد می‌کنند.		
۵	تورستن ویلن	نظریه مصرف: مصرف محصول رقابت و تقلید است.	میانه	هر چه رفاه مادی در خانواده بیشتر شود، گرایش به اعتیاد بیشتر می‌شود.
۶	زیگموند فروید	نظریه روانکاوی: وقتی "نهاد" نظارت ناپذیر و بسیار فعال در ترکیب با "من برتر" کم فعال ظاهر شود و در این میان "من" بی تفاوت بماند و در راهنمایی رفتار فرد نقشی ایفا نکند، کژ رفتاری آغاز می‌شود.	میانه	هر چه ساختار خانوادگی نامناسب‌تر باشد، گرایش به اعتیاد بیشتر می‌شود.
۷	کارل مارکس	نظریه تضاد: رفتارها محصول تضاد بین مالکین ابزار تولید و آنهایی که فاقد ابزار تولیدند و سرمایه داری علت اساسی ارتکاب جرم است. نظریه ناهماهنگی در سازمان اجتماعی: وجود گسترده‌ی اعتیاد در برخی نقاط جامعه ناشی از مشخصات سازمان اجتماعی است. مصرف این مواد در برخی بخش‌های جامعه تشویق می‌شود و امکان دسترسی به آن فراهم است.	کلان	هر چه بیکاری بیشتر شود، گرایش به اعتیاد بیشتر می‌شود.
۸	هانس آیسینک	اراده آزاد انسان و خردورزی او را به عنوان عامل تعیین کننده‌ی رفتار آدمی نمی‌پذیرد.	خرد	هر چه درد گریزی بیشتر شود، گرایش به اعتیاد بیشتر می‌شود.

روش شناسی پژوهش

الف. جامعه آماری

جامعه‌ی آماری پژوهش "جمعیت معتادان تحت پوشش مراکز بازپروری معتادان سازمان بهزیستی استان زنجان" بود. در استان زنجان یازده کمپ وجود دارد که معتادان در آن جا بازپروری و ترک داده می‌شوند. از این تعداد سه کمپ در شهر زنجان مستقر است که ۲ مورد در شهر زنجان و یک مورد در ۱۰ کیلومتری شهر یعنی در روستای نیم‌آور در شرق زنجان واقع شده است. تعداد کل معتادان شهرستان زنجان در سال ۱۳۹۱، ۳۴۸۰ نفر بودند. بنابراین جامعه‌ی آماری پژوهش ($N=3480$) نفر در نظر گرفته شد.

ب- حجم نمونه

حجم نمونه بر اساس فرمول کوکران محاسبه گردید.

$$n = \frac{Nt^2 pq}{Nd^2 + pq}$$

$$n = \frac{(3480) \times (1/96)^2 (0/5)(0/5)}{(3480)(0/5)^2 + (1/96)^2 (0/5)(0/5)}$$

$$n = \frac{3342/192}{9/6604}$$

$$n = 345/968$$

$$n \cong 346$$

ج- روش نمونه‌گیری

روش نمونه‌گیری به معنی انتخاب نمونه آماری مورد مطالعه از میان جامعه‌ی آماری است. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی سیستماتیک (منظم) (Systematic Random Sampling) که از انواع نمونه‌گیری احتمالی است، استفاده گردید. در این روش پس از محاسبه‌ی فاصله‌ی نمونه‌گیری یعنی $k = \frac{N}{n}$ امکان دسترسی به نمونه‌ها فراهم گردید.

د- ابزار پژوهش

ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه محقق ساخته بود. این پرسشنامه پس از پیش‌آزمون و نهایی شدن تکمیل گردید. علاوه بر پرسشنامه از اسناد و مدارک نیز در مطالعه‌ی اکتشافی و نیز در واکاوی ادبیات بهره‌گرفت.

۵- اعتبار و روایی ابزار اندازه‌گیری

منظور از اعتبار یک ابزار اندازه‌گیری این است که ابزار گردآوری چه چیزی را می‌سنجد و تا چه اندازه از لحاظ سنجش موضوع موفق بوده و یا کارآیی دارد. در این پژوهش از اعتبار صوری (Face Validity) یعنی بررسی اعتبار ابزار سنجش با استفاده از ششم عام و تجربه که وابسته به قضاوت پژوهشگر است، بهره گرفتیم. این نوع قضاوت معنایی است. برای این منظور پرسشنامه را به همکاران دانشگاهی سپردیم تا قضاوت علمی آنان اعتبار پرسشنامه را بسنجد.

روایی (قابلیت اعتماد) به معنای آن است که آیا روش انتخاب شده، موضوع مورد نظر را به طور دقیق می‌سنجد یا خیر؟ در واقع روش سنجش تا چه حد روایی (قابلیت تکرار) دارد و اگر با همان واحد تحلیل مکرر به کار رود نتایج یکسانی به دست می‌آید یا خیر؟ به عبارت دیگر روایی به میزان ثبات و انسجام درونی اجزای یک مفهوم و این که در صورت تکرار آزمون یک ابزار، در شرایط مشابه به چه میزان نتایج حاصله مشابهند نیز اطلاق می‌شود. در این پژوهش از روایی سازگاری اجزاء بهره گرفتیم. روایی سازگاری اجزاء آزمونی است برای سازگاری پاسخ‌های فرد با همه‌ی عناصر ابزار اندازه‌گیری. تا زمانی که اجزاء آزمون یا ابزار به طور مستقل مفهوم یکسانی را اندازه بگیرند، همبستگی دارند. مشهورترین آزمون برای روایی سازگاری اجزاء عبارت است از ضریب آلفای کرونباخ. این ضریب برای پرسش‌های با اجزای چند مقیاسی کاربرد دارد.

برای محاسبه‌ی آلفای کرونباخ پرسشنامه، ابتدا تعداد ۵۶ پرسشنامه به صورت پیش آزمون تکمیل گردید. سپس آلفای کرونباخ آن محاسبه گردید. آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۱۷ به دست آمد. این آماره همبستگی قوی درونی پرسش‌های پرسشنامه را نشان می‌دهد. در بین ۵۶ پرسشنامه تک‌تک پرسش‌ها حذف و آلفای کرونباخ محاسبه گردید که تمام موارد بیش از ۰/۹ به دست آمد.

و- روش پژوهش

روش پژوهش مورد استفاده در این تحقیق، روش پیمایش و روش اسنادی بود. روش پیمایش (Survey Method) یا تحقیق زمینه‌یابی عبارت است از مشاهده‌ی پدیده‌ها به منظور معنا دادن به جنبه‌های مختلف اطلاعات جمع‌آوری شده است.

پژوهش زمینه‌یابی روشی برای بررسی ماهیت ویژگی‌ها و ادراک‌های مردم (یعنی نگرش‌ها، باورها، عقاید و امور مورد علاقه) از طریق تجزیه و تحلیل پاسخ به پرسش‌هایی است که به دقت تدوین شده‌اند.

یافته‌های پژوهش

الف- توصیف داده‌های پژوهش

در بین نمونه‌ها اکثریت پاسخگویان را مردان با $۸۵/۳$ درصد تشکیل می‌دادند. بیشترین درصد معتادان در گروه سنی $۲۹-۲۰$ ساله با $۴۲/۱$ درصد و سپس $۳۹-۳۰$ ساله با $۳۶/۹$ درصد بوده است. بیشترین آموزش به مدرک تحصیلی راهنمایی با $۲۴/۹$ درصد مربوط بوده است و پس از آن مدارک ابتدایی با $۲۳/۳$ درصد و سپس دیپلم با ۲۲ درصد در رتبه‌های بعدی بوده‌اند.

بیشترین درصد در آمد معتادان در گروه کمتر از $۲۰۰,۰۰۰$ تومان با $۳۱/۹$ درصد بوده است. و سپس گروه در آمدی دوم یعنی $۴۰۰,۰۰۰-۲۰۱,۰۰۰$ با $۲۷/۷$ درصد قرار دارد. به عبارت دقیق $۵۶/۶$ درصد معتادان دارای در آمد زیر $۴۰۰,۰۰۰$ تومان در ماه بوده‌اند.

$۷۷/۴$ درصد معتادان دارای در آمد زیر $۸۰,۰۰۰$ تومان (خط فقر در شهر زنجان) بوده‌اند. بیشترین نوع مسکن معتادان به مستأجر با $۳۴/۱$ درصد تعلق داشته است. $۱۹/۹$ درصد مسکن معتادان ملکی و به خود آنان متعلق بوده و $۸۰/۱$ درصد به سایر انواع مسکن سازمانی و منزل پدری و منزل همسر و اجاره به شرط تملیک تعلق داشته است.

$۸۱/۲$ درصد معتادان با سواد و $۱۸/۸$ درصد آنان بی‌سواد بوده‌اند. $۳۵/۴$ درصد معتادان فقط یک فرزند داشته‌اند. بیش از نیمی از معتادان یعنی $۵۳/۷$ درصد آنان زیر دو فرزند داشته‌اند. ۷۶ درصد معتادان به قومیت ترک و $۱۲/۲$ درصد فارس و $۱۰/۹$ درصد کرد و ۱ درصد سایر قومیت‌ها تعلق داشتند.

$۹۰/۱$ درصد معتادان مسلمان (شیعه) و $۸/۶$ درصد مسلمان (سنی) هستند. به عبارت دیگر $۹۸/۷$ درصد معتادان مسلمان بودند و $۰/۳$ درصد زردتشتی و ۱ درصد کلیمی بودند.

$۴۸/۶$ درصد معتادان مجرد و $۵۱/۴$ درصد آنان متأهل بودند. در نتیجه بیشترین درصد معتادان به متأهلین تعلق داشته است. $۴۷/۵$ درصد معتادان بدون همسر به علت متارکه و مطلقه بوده‌اند و $۴۹/۸$ درصد دارای همسر و $۲/۸$ درصد همسر فوت کرده بودند.

بیش از نیمی از معتادان یعنی $۷۰/۲$ درصد در مرکز و پایین شهر وحاشیه‌ی شهر زندگی می‌کردند. $۸۴/۴$ درصد معتادان تمایل به ترک اعتیاد دارند و $۱۳/۶$ درصد تمایلی به ترک اعتیاد نشان نمی‌دهند. $۸۲/۲$ درصد معتادان تمایل مجدد به اعتیاد نشان می‌دهند، در صورتی که $۱۷/۸$ درصد آنان تمایل مجدد به اعتیاد بروز نمی‌دهند. $۶۸/۳$ درصد معتادان به خودکشی فکر کرده‌اند ولی $۳۱/۷$ درصد آنان به خودکشی نمی‌اندیشند.

ب- تحلیل داده‌های پژوهش

در تحلیل داده‌ها به آزمون فرضیه‌های هشتگانه پژوهش می‌پردازیم.

فرضیه اول

فرضیه‌ی اول رابطه‌ی بین معاشرت با دوستان ناباب و گرایش به اعتیاد را مطرح می‌کند. بدین سان: هر چه معاشرت با دوستان ناباب بیشتر شود، گرایش به اعتیاد بیشتر می‌شود. در این فرضیه متغیر مستقل معاشرت است که در سطح سنجش اسمی است و گرایش به اعتیاد در سطح سنجش رتبه‌ای (ترتیبی) است در نتیجه از آزمون x^2 پیرسون برای آزمون فرضیه اول استفاده شد. در جدول (۲) آماره‌ی مجذور کای آمده است.

جدول (۲): آزمون x^2

ارزش	درجه آزادی (df)	سطح معنی‌داری نامتقارن (دو دامنه)
۱۷/۶۶۷	۴	۰/۰۰۱
۱۷/۸۳۶	۴	۰/۰۰۱
۳/۱۳۴	۱	۰/۰۷۷
۳۳۱		

جدول (۲) نشان می‌دهد که چون x^2 محاسبه شده یعنی ۱۷/۶۶۷ بزرگ‌تر از x^2 جدول با درجه آزادی ۴ و $\alpha = 1\%$ ، $13/3$ است پس فرضیه اول تأیید می‌گردد. یعنی بین معاشرت با دوستان ناباب و گرایش به اعتیاد رابطه‌ی معنی‌داری در سطح ۰/۱٪ وجود دارد.

فرضیه دوم

فرضیه‌ی دوم رابطه‌ی بین لذت جویی و گرایش به اعتیاد را می‌سنجد. بدین سان که هر چه لذت جویی بیشتر شود، گرایش به اعتیاد نیز بیشتر می‌شود. در این فرضیه لذت جویی متغیر مستقل و در سطح ترتیبی یا رتبه‌ای است و گرایش به اعتیاد متغیر وابسته است که در سطح رتبه‌ای یا ترتیبی است. برای آزمون این فرضیه از رگرسیون ترتیبی بهره گرفته‌ایم. جدول (۳) خلاصه‌ی مدل را نشان می‌دهد که با روش Enter محاسبه شده است.

جدول (۳) خلاصه‌ی مدل

مدل	R	مجذور R	مجذور R تعدیل شده	خطای استاندارد بر آورد
1	۰/۲۳۱۹ ^a	۰/۰۴۵	۰/۰۴۲	۰/۸۰۱۵۴

پیش بین: (ثابت) لذت جویی

جدول (۴) تحلیل واریانس (ANOVA) را نشان می‌دهد.

جدول (۴) تحلیل واریانس (ANOVA^b)

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی (df)	مجذور میانگین	F	معنی داری
رگرسیون	۹/۷۷۰	۱	۹/۷۷۰	۱۵/۲۰۷	۰/۰۰۰ ^a
پس ماند	۲۰۵/۵۸۴	۳۲۰	۰/۶۴۲		
کل	۲۱۵/۳۵۷	۳۲۱			

a: پیش‌بین: (ثابت)، لذت جویی

b: متغیر وابسته: گرایش به اعتیاد

جدول (۵) ضرایب را برای متغیر مستقل لذت جویی نشان می‌دهد.

جدول (۵) ضرایب b

مدل	ضرایب غیر استاندارد شده		ضرایب استاندارد شده		معنی داری
	B	خطای استاندارد	بتا	T	
(ثابت) لذت جویی	۲/۵۰۲	۰/۱۱۹		۲۱/۰۱۵	۰/۰۰۰
	-۰/۱۲۸	۰/۰۳۳	-۰/۲۳۱	-۳/۹۰۰	۰/۰۰۰

جدول (۵) حاکی از آن است که رگرسیون (ویاژی) در سطح ۱٪ معنی داری است و بین لذت جویی و گرایش به اعتیاد رابطه‌ی معنی داری پیش‌بینی می‌شود. در نتیجه فرضیه دوم نیز بدین سان تأیید می‌گردد.

فرضیه سوم

فرضیه سوم رابطه‌ی بین درد گریزی و گرایش به اعتیاد را می‌سنجد. بدین سان هر چه درد گریزی بیشتر شود، گرایش به اعتیاد نیز بیشتر می‌شود. در این فرضیه درد گریزی متغیر مستقل و در سطح ترتیبی (رتبه‌ای) است و گرایش به اعتیاد (یعنی متغیر وابسته نیز در سطح سنجش رتبه‌ای (ترتیبی) است. بدین سان با روش Enter به محاسبه‌ی رگرسیون می‌پردازیم.

جدول (۶) خلاصه‌ی مدل را نشان می‌دهد.

جدول (۶) خلاصه‌ی مدل

مدل	R	مجذور R	مجذور R تعدیل شده	خطای معیار برآورد
۱	۰/۱۶۱ ^a	۰/۲۶	۰/۰۲۳	۰/۸۰۸۵۴

جدول (۷) جدول تحلیل واریانس (ANOVA) را نشان می‌دهد.

جدول (۷) جدول تحلیل واریانس (ANOVA^b)

مدل	مجموع مجزورات	درجه آزادی (df)	مجذور میانگین	F	معنی داری
رگرسیون	۵/۳۶۱	۱	۵/۳۶	۸/۲۰۰	۰/۰۰۰ ^a
پس ماند	۲۰۱/۳۴۹	۳۰۸	۰/۶۵۴		
کل	۲۰۶/۷۱۰	۳۰۹			

a: پیش بین: (ثابت)، درد گریزی

b: متغیر وابسته: گرایش به اعتیاد

جدول (۸) ضرایب استاندارد و غیر استاندارد را نشان می‌دهد.

جدول (۸) ضرایب

معنی‌داری	T	ضرایب استاندارد شده		مدل
		بتا	خطای معیار B	
۰/۰۰۰	۳۰/۶۱۵		۰/۰۷۳	(ثابت)
۰/۰۰۴	-۲/۸۶۴	-۰/۱۶۱	۰/۰۰۸	لذت‌جویی

بنابراین با توجه به جدول (۷) فرضیه سوم با رگرسیون ترتیبی با روش Enter تأیید می‌شود.

فرضیه چهارم

فرضیه‌ی چهارم می‌خواهد رابطه‌ی بین فقر اقتصادی و گرایش به اعتیاد را به‌سنجد. بدین سان هر چه فقر اقتصادی در خانواده بیشتر می‌شود، گرایش به اعتیاد بیشتر می‌شود. متغیر مستقل در این فرضیه فقر اقتصادی است که در سطح سنجش فاصله‌ای است و متغیر وابسته یعنی گرایش به اعتیاد در سطح رتبه‌ای (ترتیبی) است. برای آزمون از همبستگی اسپیرمن و همبستگی کندال استفاده می‌کنیم.

جدول (۹) محاسبه‌ی ضریب همبستگی کندال تائوی b و ضریب همبستگی اسپیرمن را نشان می‌دهد.

جدول (۹) محاسبه‌ی ضریب همبستگی کندال تائوی b و ضریب همبستگی اسپیرمن

فقر	گرایش به اعتیاد	ضریب همبستگی
۰/۱۴	۱/۰۰۰	تائوی کندال b گرایش به اعتیاد
۰/۰۰۵		ضریب همبستگی
۳۰۱	۳۴۳	معنی‌داری دو دامنه تعداد
۱/۰۰۰	۰/۱۴۰	فقر
	۰/۰۰۵	ضریب همبستگی
۳۰۴	۳۰۱	معنی‌داری دو دامنه تعداد
۰/۱۶۱	۱/۰۰۰	روی اسپیرمن گرایش به اعتیاد
۰/۰۰۵		ضریب همبستگی
۳۰۱	۳۴۳	معنی‌داری دو دامنه تعداد
۱/۰۰۰	۰/۱۶۱	فقر
	۰/۰۰۵	ضریب همبستگی
۳۰۴	۳۰۱	معنی‌داری دو دامنه تعداد

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ (دو دامنه) معنی‌دار است.

ضرایب همبستگی تائوی کندال b و روی اسپیرمن و آزمون همبستگی حاکی از آن است که بین فقر اقتصادی معتادان و گرایش به اعتیاد در سطح ۰/۰۱ رابطه‌ی معنی‌داری وجود دارد.

فرضیه پنجم

فرضیه پنجم بر آن است که احتمال رابطه‌ی بین رفاه مادی و گرایش به اعتیاد را بسنجد. بدین سان که هر چه رفاه مادی در خانواده بیشتر شود، گرایش به اعتیاد بیشتر می‌شود. رفاه مادی متغیر مستقل می‌باشد که در سطح سنجش فاصله‌ای است و گرایش به اعتیاد متغیر وابسته است که در سطح سنجش رتبه‌ای (ترتیبی) است.

جدول (۱۰) محاسبه‌ی ضرایب همبستگی کندال تائوی b و ضرایب همبستگی روی اسپیرمن و آزمون مربوطه را نشان می‌دهد.

جدول (۱۰) محاسبه‌ی ضرایب همبستگی

فقر	گرایش به اعتیاد	ضریب همبستگی تائوی کندال b	گرایش به اعتیاد
۰/۱۵۳	۱/۰۰۰	ضریب همبستگی معنی‌داری (دو دامنه) تعداد	۳۳۷
۰/۰۰۳	۰/۱۵۳	ضریب همبستگی معنی‌داری (دو دامنه) تعداد	۳۳۷
۳۳۷	۰/۰۰۳	ضریب همبستگی معنی‌داری (دو دامنه) تعداد	۳۰۴
۱/۰۰۰	۱/۰۰۰	ضریب همبستگی معنی‌داری (دو دامنه) تعداد	۳۳۷
۰/۱۶۳	۰/۱۶۳	ضریب همبستگی معنی‌داری (دو دامنه) تعداد	۳۳۷
۰/۰۰۳	۰/۰۰۳	ضریب همبستگی معنی‌داری (دو دامنه) تعداد	۳۴۰
۳۳۷	۳۳۷		

** همبستگی در سطح ۰/۰۱ (دو دامنه) معنی‌دار است.

جدول (۱۰) حاکی از آن است که رفاه مادی خانواده با گرایش به اعتیاد در سطح ۰/۰۱ دو دامنه معنی‌دار است. ضرایب همبستگی محاسبه شده نشان می‌دهد که این همبستگی بسیار ضعیف است.

فرضیه ششم

فرضیه ششم بر آن است که احتمال رابطه‌ی بین ساختار خانوادگی نامناسب‌تر را با گرایش به اعتیاد بسنجد. بدین سان هر چه ساختار خانوادگی نامناسب‌تر باشد، گرایش به اعتیاد بیشتر می‌شود. در این فرضیه متغیر مستقل ساختار خانوادگی است که در سطح

سنجش اسمی می‌باشد و متغیر وابسته گرایش به اعتیاد است که در سطح سنجش رتبه‌ای (ترتیبی) می‌باشد. این فرضیه را با آزمون χ^2 پیرسون تحلیل می‌کنیم. جدول شماره (۱۱) آماره‌ی آزمون χ^2 را نشان می‌دهد.

جدول (۱۱) آزمون مجذور کای

معنی‌داری نامتقارن (دو دامنه)	درجه آزادی (d_f)	ارزش	آماره‌ی مجذور کای
۰/۰۰۰	۲	۲۵/۸۶۳ ^a	مجذور کای پیرسون
۰/۰۰۰	۲	۲۲۰/۲۵	نسبت راست‌نمایی
۰/۰۰۰	۱	۹۱۶/۲۲	پیوستگی خطی در خطی
		۳۲۲	تعداد موارد معتبر

صفر در صد خانه‌ها انتظار می‌رود کمتر از ۵ باشد. حداقل شمارش مورد انتظار ۳۰/۰۷ است.

جدول (۱۱) نشان می‌دهد که همبستگی بین ساختار خانواده‌ی نامناسب با گرایش به اعتیاد معنی‌دار است. چون χ^2 محاسبه شده ۲۰/۸۶۳ بزرگ‌تر از $\chi^2 = ۹/۲۱$ جدول با درجه آزادی $df = ۲$ و $\alpha = ۱\%$ می‌باشد، در نتیجه فرضیه تحقیق تأیید می‌گردد.

فرضیه هفتم

فرضیه‌ی هفتم رابطه‌ی بین فقر فرهنگی و گرایش به اعتیاد را می‌سنجد، بدین سان هر چه فقر فرهنگی بیشتر شود، گرایش به اعتیاد نیز بیشتر می‌شود. متغیر مستقل در این فرضیه فقر فرهنگی است که در سطح سنجش اسمی است و گرایش به اعتیاد در سطح سنجش رتبه‌ای (ترتیبی) است. آزمون χ^2 برای تحلیل این فرضیه مناسب است. جدول (۱۲) آزمون χ^2 را نشان می‌دهد.

جدول (۱۲) آزمون مجذور کای

معنی‌داری نامتقارن (دو دامنه)	درجه آزادی (d_f)	ارزش	آماره‌ی مجذور کای
۰/۰۰۰	۴	۴۴/۲۱۰ ^a	مجذور کای پیرسون
۰/۰۰۰	۴	۴۵/۱۱۲	نسبت راست‌نمایی
۰/۰۶۱	۱	۳/۴۹۸	پیوستگی خطی در خطی
		۳۴۰	تعداد موارد معتبر

خانه‌های خالی تعدادشان نباید کمتر از ۵ باشد. حداقل شمارش مورد انتظار ۱۴/۱۲ می‌باشد.

جدول (۱۲) نشان می‌دهد که فرضیه در سطح معنی‌داری نامتقارن دو دامنه تأیید می‌شود. چون χ^2 محاسبه شده یعنی ۴۴/۲۱۰ بزرگ‌تر از $\chi^2 = ۱۳/۳$ جدول با درجه‌ی آزادی $df = ۴$ و $\alpha = ۱\%$ می‌باشد.

فرضیه هشتم

فرضیه هشتم احتمال وجود رابطه بین بیکاری و گرایش به اعتیاد را مطرح می‌کند. بدین سان که در یک جامعه هر چه بیکاری بیشتر شود، گرایش به اعتیاد نیز بیشتر می‌شود. متغیر مستقل در این فرضیه بیکاری است که در سطح سنجش اسمی است و گرایش به اعتیاد که متغیر وابسته است در سطح رتبه‌ای (ترتیبی) است. آزمون مورد نیاز در این فرضیه نیز آزمون x^2 می‌باشد.

جدول (۱۳) آزمون مجذور کای را نشان می‌دهد.

جدول (۱۳) آزمون مجذور کای

معنی‌داری نامتقارن (دو دامنه)	درجه آزادی (df)	ارزش	آزمون
۰/۰۸۰	۲	۵/۰۵۰ ^a	مجذور کای پیرسون
۰/۰۸۲	۲	۴/۹۹۴	نسبت راست‌نمایی
۰/۹۷۷	۱	۰/۰۰۱	پیوستگی خطی در خطی
		۳۳۷	تعداد موارد معتبر

خانه‌های خالی (صفر درصد) تعدادشان انتظار می‌رود کمتر از ۵ نباشد. حداقل شمارش مورد انتظار ۳۷/۵۹ است.

جدول (۱۳) نشان می‌دهد که چون آماره‌ی x^2 محاسبه شده یعنی ۵/۰۵۰ با درجه‌ی آزادی ۲ کوچک‌تر از آماره‌ی x^2 جدول یعنی ۹/۲۱ می‌باشد، در نتیجه با خطای $\alpha = ۱\%$ فرضیه هشتم تأیید نمی‌گردد. یعنی رابطه‌ی معنی‌داری بین بیکاری و گرایش به اعتیاد در بین هموندهای نمونه وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

تبیین جامعه‌شناختی اعتیاد، بر نقش فرهنگ، ساختار اقتصادی-اجتماعی و کنش‌های متقابل اجتماعی در شکل‌گیری مصرف مواد مخدر تأکید دارد.

اعتیاد به مواد مخدر یکی از مهم‌ترین آسیب‌های اجتماعی است و از مصادیق عمده‌ی انحرافات محسوب می‌شود؛ انحرافی که می‌تواند پایه و اساس بسیاری از آسیب‌ها و معضلات اجتماعی در سطح جامعه باشد. در واقع شیوع اعتیاد به مواد مخدر در مورد افراد جامعه تباهی، آشفتگی و فروپاشی بنیادهای آن جامعه خواهد شد.

چارچوب نظری این پژوهش ترکیب نظریه‌های موجود در زمینه‌ی اعتیاد در سه سطح تحلیل خرد، میانه و کلان می‌باشد تا بتواند مسأله‌ی چند بُعدی و چند علتی اعتیاد را به درستی تحلیل و بررسی نماید. سه سطح مورد بحث در واقع به سه مفهوم اجتماعی یعنی ساخت اجتماعی، نهادها، روابط متقابل و سازمان اجتماعی و سرانجام عمل اجتماعی باز

می‌گردد. چنین چارچوبی امکان ترکیب نظریه‌ها را در چارچوبی فراگیر فراهم آورده و از آغاز نیز در دیدگاهی خاص گرفتار نشده و فرآیند پژوهش از تحلیل نظریه‌های خاص و از نتیجه‌گیری‌های یک بُعدی بر کنار خواهد ماند.

آسیب‌های اجتماعی فراگیری مانند اعتیاد به گروه و طیفی خاص با شرایط ویژه‌ای وابسته نیستند و چون رشته‌ی باریکی از سراسر جامعه می‌گذرند و بر تمامی مقاطع و اجزاء ساختار جامعه اثر می‌گذارند، با چارچوب تلفیقی ارائه شده به بهترین وجهی می‌توان تعبیر و تفسیر کرد. چارچوب پژوهش در این قبیل آسیب‌ها باید آن چنان چارچوبی باشد که ضمن توجه به فرد و جمع از طریق شناخت نهادها و سازمان‌های اجتماعی و عدم غفلت از هویت و خصایص فردی و اراده‌ی آگاه انسان، جبر اجتماعی و توزیع آن در سطح جامعه به بررسی و تحلیل بپردازد. بنابراین در پی علت‌شناسی اعتیاد نمی‌توان به دیدگاه خاصی بسنده کرد، زیرا هیچ یک قادر به توضیح همه‌ی انواع آسیب‌های اجتماعی و وابستگی به مواد مخدر نیستند. در واقع باید از مجموع نظریه‌ها و دیدگاه‌های موجود در زمینه‌ی اعتیاد و تحلیل آن در تمامی سطوح یاری گرفت.

در مدل مفهومی پژوهش ابعاد یا عوامل فردی (روانی - تنی)، عوامل خانوادگی، عوامل اجتماعی و عوامل اقتصادی و سرانجام عوامل فرهنگی مورد توجه قرار گرفت. از عوامل فردی سه مؤلفه یعنی معاشرت با دوستان ناباب در فرضیه اول و لذت‌جویی در فرضیه دوم و درد‌گریزی در فرضیه هشتم که هر سه مؤلفه در سطح خرد بودند، تحلیل شد. از عوامل خانوادگی، مؤلفه‌ی ساختار خانوادگی نامناسب (خانواده‌ی نابسامان) در فرضیه ششم در سطح میانه تحلیل شد. از عوامل اجتماعی، مؤلفه‌ی رفاه مادی خانواده (رفاه اجتماعی) در سطح میانه در فرضیه‌ی پنجم تحلیل گردید. از عوامل اقتصادی، مؤلفه‌های فقر اقتصادی در سطح میانه در فرضیه‌ی سوم و مؤلفه‌ی بیکاری در سطح کلان در فرضیه‌ی هفتم تحلیل شد. و سرانجام از عوامل فرهنگی، مؤلفه‌ی فقر فرهنگی در سطح میانه در فرضیه‌ی چهارم به تحلیل کشیده شد.

فرضیه‌ی اول بر اساس نظریه‌ی ادوارد ساترلند و کریسی تحت عنوان نظریه پیوند افتراقی شکل گرفت. این نظریه معتقد است که کژ رفتاری، یک رفتار آموختنی است و از طریق تعامل با دیگران آموخته می‌شود. در این فرضیه ارتباط بین معاشرت با دوستان ناباب و گرایش به اعتیاد سنجیده شد و فرضیه تأیید گردید. علاوه بر نظریه‌ی ادوارد ساترلند و کریسی، ادوارد ساترلند در نظریه‌ی انتقال فرهنگی خود نیز معتقد است که رفتار انحرافی از طریق معاشرت با دوستان ناباب آموخته می‌شود.

فرضیه‌ی دوم بر اساس نظریه‌ی هانس آیسینک ساخته شده است. ولی در نظریه‌ی لذت و درد‌گریزی خود می‌گوید که انگیزه‌ی نخستین انسان لذت و درد‌گریزی است. سطح

تحلیل فرضیه سطح خرد است. در نتیجه بین لذت‌جویی و گرایش به اعتیاد رابطه‌ی معنی‌دار تأیید گردید.

فرضیه سوم بر اساس نظریه‌ی کارل مارکس ساخته شده است. وی در نظریه‌ی تضاد مسأله‌ی فقر اقتصادی را مطرح ساخت. نظریه‌ی ناهم‌آهنگی در سازمان اجتماعی نیز همانند نظریه‌ی تضاد مسأله‌ی فقر اقتصادی در خانواده را در گرایش به آسیب‌های اجتماعی دخیل می‌داند. این فرضیه در سطح تحلیل میانه مورد تحلیل قرار گرفت. در نتیجه بین فقر اقتصادی در خانواده و گرایش به اعتیاد رابطه‌ی معنی‌داری تأیید گردید.

فرضیه‌ی چهارم بر اساس نظریات تراویس هیرشی و آلبرت کوهن ساخته شده است. نظریه‌ی پیوند اجتماعی آنان می‌گوید، کژ رفتاری زمانی روی می‌دهد که پیوند میان فرد و جامعه ضعیف یا گسسته گردد، دل‌تنگی، سرسپردگی، درگیری، ایمان باعث پیوند بین فرد و جامعه می‌شود. سطح تحلیل فرضیه سطح میانه است. در این فرضیه رابطه‌ی فقر فرهنگی و گرایش به اعتیاد تأیید گردید. علاوه بر نظریه‌ی فوق نظریه‌ی ماتزا و فلدمن تحت عنوان نظریه‌ی خرده فرهنگی که معتقد است کثر رفتاراران در گروه‌های خرده فرهنگ رشد می‌کنند، فرضیه‌ی چهارم را حمایت نظری می‌کند.

فرضیه پنجم بر اساس نظریه تورستن وبلن تحت عنوان نظریه‌ی مصرف ساخته شده است، نظریه‌ی مصرف می‌گوید، مصرف محصول رقابت و تقلید است. این تحلیل در سطح میانه انجام شده است. در نتیجه بین رفاه مادی در خانواده و گرایش به اعتیاد رابطه‌ی معنی‌داری تأیید می‌گردد.

فرضیه‌ی ششم بر اساس نظریه‌ی زیگموند فروید یعنی نظریه‌ی روانکاوی ساخته شده است. این نظریه می‌گوید: وقتی "نهاد" نظارت ناپذیر و بسیار فعال در ترکیب "من برتر" کم‌فعال ظاهر شود و در این میان "من" بی‌تفاوت بماند و در راهنمایی رفتار فرد نقشی ایفا نکند، کژ رفتاری آغاز می‌شود. سطح تحلیل این فرضیه سطح میانه است. در نتیجه بین ساختار خانوادگی نامناسب‌تر و گرایش به اعتیاد رابطه‌ی معنی‌داری تأیید می‌گردد.

فرضیه هفتم، همانند فرضیه سوم بر اساس نظریه‌ی کارل مارکس یعنی نظریه‌ی تضاد و نظریه‌ی ناهم‌آهنگی در سازمان اجتماعی ساخته شده است. سطح تحلیل فرضیه سطح کلان است. در نتیجه بین بیکاری و گرایش به اعتیاد رابطه‌ی معنی‌داری تأیید گردید.

فرضیه هشتم نیز بر اساس نظریه‌ی هانس آیسینک همانند فرضیه دوم ساخته شده است. وی می‌گوید اراده‌ی آزاد انسان و خردورزی او را به عنوان عامل تعیین‌کننده‌ی رفتار آدمی نمی‌پذیرد. سطح تحلیل این فرضیه سطح خرد است. در نتیجه بین درد‌گریزی و گرایش به اعتیاد رابطه‌ی معنی‌دار تأیید گردید.

منابع

۱. آتین، شعله (۱۳۸۰): اعتیاد، جامعه، تهران، نشر گوهر منظوم.
۲. آقابخشی، حبیب (۱۳۷۸): اعتیاد و آسیب‌شناسی خانواده، تهران، انتشارات سازمان بهزیستی.
۳. احمدی، حبیب (۱۳۷۷): نظریه‌های انحرافات اجتماعی، شیراز، انتشارات زر.
۴. احمدوند، محمدعلی (۱۳۷۸): اعتیاد، سبب‌شناسی و درمان آن، تهران، دانشگاه پیام نور.
۵. امام جمعه، رضا (۱۳۶۵): فرآیند اعتیاد (اولین سمینار بررسی مسائل اعتیاد)، تهران، انتشارات امیرکبیر.
۶. بررژه، ژان (۱۳۶۸): اعتیاد و شخصیت، ترجمه‌ی توفان گرگانی، تهران، سازمان انتشارات و آموزش انقلاب اسلامی.
۷. بهروش، هما (۱۳۷۴): شناخت علل، عوارض و درمان اعتیاد، تهران انتشارات بدر.
۸. بی‌مک‌کوی، کلاید و همکاران (۱۳۸۱): سبب‌شناسی و پیشگیری اعتیاد و سوء مصرف مواد در جوانان و نوجوانان، ترجمه‌ی محسن گل‌پرور، جواد خلعتبری، تهران، نشر دوآوین.
۹. پیران، پرویز (۱۳۶۸): بررسی اعتیاد و بازپروری معتادان، تهران، نشر سازمان بهزیستی کشور.
۱۰. حاجلی، علی (۱۳۸۴): یافته‌های پیمایش در کشور در مورد اعتیاد، تهران، انتشارات ریاست جمهوری.
۱۱. داجن، چارلزایی و همکاران (۱۳۸۳): روان‌شناسی اعتیاد (سنجش و درمان)، ترجمه‌ی بایرام علی رنجگر، تهران، نشر روان.
۱۲. رئیس دانا، فریبرز (۱۳۸۰): بررسی‌هایی در آسیب‌شناسی اجتماعی در ایران، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.
۱۳. زکریایی، محمدعلی (۱۳۸۴): نگرش ایرانیان به مصرف مواد مخدر، تهران، انتشارات ستاد مبارزه با مواد مخدر.
۱۴. ستوده، هدایت‌الله (۱۳۸۴): جامعه‌شناسی مسائل اجتماعی ایران، تهران، انتشارات ندای آریانا.
۱۵. ستوده، هدایت‌الله (۱۳۸۴): آسیب‌شناسی اجتماعی، جامعه‌شناسی انحرافات، چاپ ۱۸، ویرایش سوم، تهران، انتشارات آوای نور.
۱۶. سخاوت، جعفر (۱۳۸۰): جامعه‌شناسی انحرافات، تهران، انتشارات دانشگاه پیام نور.
۱۷. شیخاوندی، داور (۱۳۷۹): جامعه‌شناسی انحرافات، تهران، نشر مرن‌دیز.
۱۸. صالحی، ایرج (۱۳۷۸): اعتیاد، تهران، نشر آوای نور.
۱۹. صدیق اورعی، غلامرضا (۱۳۷۰): بررسی مسائل اجتماعی ایران، تهران، انتشارات آشنا.
۲۰. صدیق سروستانی، رحمت‌الله (۱۳۸۵): آسیب‌شناسی اجتماعی (جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی)، تهران، انتشارات آن.
۲۱. غفاری، مصطفی (۱۳۷۸): اعتیاد، تهران، نشر برای فردا.
۲۲. فرجاد، محمد حسین (۱۳۸۷): اعتیاد، علل، عوارض و درمان اعتیاد، تهران، نشر بدر.

۲۳. قائمی، علی (۱۳۶۶): آسیب‌ها و عوارض اعتیاد، چاپ ۲، تهران، انتشارات امیری.
۲۴. کلمن، ورنان (۱۳۸۰): اعتیاد چیست، معتاد کیست؟ ترجمه‌ی علیرضا فخرایی، تهران، نشر اوحدی.
۲۵. لتیرن سیرز، پیرسون (بی‌تا): نظریه‌های سوء مصرف مواد مخدر، ترجمه‌ی محمدرضایی، تهران، بی‌نا.
۲۶. محسنی، منوچهر (۱۳۸۶): جامعه‌شناسی انحرافات اجتماعی، تهران، انتشارات طهوری.
۲۷. مرتن، رابرت کی (۱۳۷۶): مشکلات اجتماعی و نظریه‌ی جامعه‌شناختی، ترجمه‌ی نوین تولایی، تهران، انتشارات امیرکبیر.
۲۸. مظلومیان خراسانی، محمد (۱۳۸۱): بررسی مسائل اجتماعی ایران، مشهد، انتشارات دانشگاه فردوسی مشهد.
۲۹. ممتاز، فریده (۱۳۸۱): انحرافات اجتماعی (نظریه‌ی و دیدگاه‌ها)، تهران، شرکت سهامی انتشار.
۳۰. میر آشتیانی، الهام (۱۳۸۲): مقدمه‌ای بر آسیب‌شناسی مسائل اجتماعی در ایران، تهران، انتشارات فرهنگ.
۳۱. وثوقی، منصور (۱۳۷۶): ارزیابی وضعیت موجود در مراکز بازپروری معتادان، تهران، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

