

عوامل موثر بر اعتیاد

دکتر اقدس پارسا

تاریخ بشر در اعصار مختلف از وجود موادی گواهی می‌دهد که مصرف آن باعث تغییراتی در رفتار و هیجانات مصرف‌کننده می‌شده است. امروزه، با به بازار آمدن انواع متعددی از این مواد (طبیعی و شیمیایی) و نیز افزایش مصرف آن‌ها در میان مردم در جوامع، نقل و انتقال قاچاق مواد مخدر به یک تجارت سودآور بزرگ تبدیل شده است. بر این مبنای، شناسایی بیماران (مصرف‌کنندگان مواد) و ارائه خدمات پیشگیری‌کننده و درمانی جزء فعالیت‌های جدی سیستم بهداشتی - درمانی دولت‌های جهان قرار گرفته است.

در بررسی تاریخ بشری، دوره‌ای را نمی‌توان یافت که با مسائل مربوط به مواد مخدر دست‌به‌گریبان نبوده و شاید بتوان گفت مواد مخدر همزاد با دوره‌های مختلف تاریخ بشر در این جهان یافت شده است. مسائل مربوط به مواد مخدر تازگی نداشته و اثرات آن نیز همواره در سرنوشت ملت‌ها و اقوام قابل جستجو است. در کتب تاریخی ایران و حتی در کتاب قانون ابن‌سینا از اثرات این مواد نامبرده شده است؛ اما بیشتر گزارش‌های در مورد مواد مخدر، مربوط به زمان صفویه و سپس قاجاریه تا عصر کنونی است. همراه با فراز و نشیب‌های این دوران که اشاعه مصرف مواد افیونی مورد توجه بوده است، قوانین یک‌صد ساله در مورد محدود نمودن مصرف مواد نیز یافت می‌شود.

در زمان ما مسئله مواد مخدر شکل مخاطره‌آمیز و کاملاً پیچیده‌ای به خود گرفته و در عین حال گسترش جهانی یافته است. اعتیاد به مواد مخدر، علاوه بر زیان‌های جدی و خطرناک جسمی از قبیل ابتلا به بیماری‌های عفونی و اگیردار همچون ایدز، هپاتیت، سل، عوارض و مشکلات عدیده اجتماعی و اقتصادی از قبیل افزایش جرم‌های مرتبط با مواد مخدر، همچون جنایت و سرقت، فقر و تکدی‌گری و هدر رفتن سرمایه‌های کلان مادی کشورها را به دنبال داشته است.

اعتیاد به مواد مخدر به عنوان جدی‌ترین مسئله اجتماعی ایران، وجوه مختلف جامعه‌شناسی، روان‌شناسی، حقوقی، سیاسی و ... دارد. اعتیاد به مواد مخدر، به عنوان بخشی از مسائل پیچیده اجتماعی در عصر حاضر است که زمینه‌ساز بروز بسیاری از آسیب‌ها و انحرافات اجتماعی می‌باشد. به عبارت دیگر، رابطه اعتیاد با مسائل اجتماعی ارتباطی دوجانبه است. از یک سو، اعتیاد، جامعه را به رکود و انحطاط می‌کشاند و از سوی دیگر پدیده‌ای است که ریشه در مسائل اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی جامعه دارد. اعتیاد، گرایش فرد را به اصول اخلاقی و معنوی و ارزش‌های اجتماعی کاهش می‌دهد، به طوری که آسیب‌شناسان اجتماعی، اعتیاد را به مثابه «جنگ شیمیایی خانگی» و «جنگ بدون مرز» می‌دانند. سازمان

بهداشت جهانی، مسئله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی تولید و انباشت سلاح‌های کشتار جمعی، آلودگی محیط‌زیست و فقر و شکاف طبقاتی، از جمله مسائل اساسی بر شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش جدی قرار می‌دهد. ضرورت شناخت ابعاد و سطوح این مسئله اجتماعی زمانی عمیق‌تر درک می‌شود که بدانیم پدیده اعتیاد، متأثر از توسعه فن‌آوری‌های ارتباطی و رایانه‌ای و باندهای مافیایی و دست‌های پنهان است و از چنان پیچیدگی‌هایی برخوردار گردیده است که سازمان ملل متحد آن را از جرائم سازمان‌یافته تلقی و اقدام به صدور کنوانسیون‌ها و پروتکل‌های مختلف برای مقابله با آن (کنوانسیون‌های ۱۹۷۱، ۱۹۶۱، پروتکل اصلاحی ۱۹۷۲ و کنوانسیون ۱۹۸۸) نموده است. از سوی دیگر، حجم گسترده تجارت و چرخش مالی مرتبط با قاچاق مواد مخدر در سطح جهان و نقش مافیای منطقه‌ای و جهانی، این موضوع را بسیار قابل تأمل کرده است (هاشمی، ۱۳۸۳: ۱۷).

کشور ایران به دلیل شرایط خاص و هم‌جواری با مراکز عمده تولیدکننده مواد مخدر و قرار گرفتن در بهترین و کوتاه‌ترین مسیر ترانزیت، در چند دهه اخیر گذرگاه انتقال مواد مخدر از افغانستان به اروپا بوده است. وجود زمینه‌های رشد و گسترش مواد مخدر در ایران و قاچاق آن که هم‌اکنون به یک تجارت زیرزمینی تبدیل شده است، پیچیدگی اوضاع فعلی را فراهم ساخته و می‌رود تا به یک بحران اساسی در جامعه تبدیل شود. در عرصه ملی، کشور ایران به جهت ساختار جمعیتی، موقعیت ژئوپولتیکی و ضعف استراتژی و طرح جامع ملی مبارزه با مواد مخدر به‌عنوان از کشورهای آسیب‌پذیر جهان در مقابل مسئله مواد مخدر است. موقعیت استراتژیک ایران و قرارگیری آن در کنار کشورهای همچون افغانستان و پاکستان که جزء تولیدکنندگان عمده مواد مخدر هستند، از طرف دیگر، مسئله ترانزیت و عبور مواد مخدر به جهت ویژگی‌های خاص منطقه‌ای، از کشور ایران یک مسیر مناسب

جهت قاچاق مواد مخدر فراهم ساخته و بازار مصرف داخلی آن نیز رشد روزافزونی داشته است.

تعریف اعتیاد^۱

اعتیاد، در لغت به معنای عادت کردن و یا خوی کردن به چیزی است (دهخدا، ۱۳۳۸: ۲۹۴۹). سازمان ملل متحد (۱۹۵۰) اعتیاد را این گونه تعریف کرده است: اعتیاد، مسمومیت حاد یا مزمنی است که برای شخص یا اجتماع زیان بخش می باشد و از طریق استعمال داروی طبیعی یا صنعتی ایجاد می شود. اعتیاد به مواد مخدر دارای سه ویژگی ذیل است:

- احساس نیاز شدید به استعمال دارو و تهیه آن از هر طریق ممکن.
- وجود علاقه شدید به افزایش مداوم میزان مصرف دارو.
- وجود وابستگی روانی و جسمانی به آثار دارو، به طوری که در اثر عدم دسترسی به آن، علائم وابستگی روانی و جسمانی در فرد معتاد هویدا شود (شهیدی، ۱۳۷۵: ۱۵)
- اعتیاد یعنی خو گرفتن و وابسته شدن جسمی، روانی و عصبی فرد به مواد مخدر است که ترک یا فرار از آن ناممکن و یا بسیار مشکل است. اعتیاد به معنی مصرف نابجا و مکرر مواد مخدر است که موجب وابستگی به آن ها می شود. این وابستگی بدنی و روانی است و ترک مصرف مواد افیونی، مشکلات و محرومیت های بدنی و روانی را در پی خواهد داشت. همچنین، اعتیاد عبارت از وابستگی به عوامل یا موادی است که تکرار مصرف آن ها با کم و کیف مشخص و درمان معین از دیدگاه معتاد ضروری می نماید. اعتیاد یک بیماری روانی، اجتماعی و اقتصادی است که بر اثر فعل و انفعال تدریجی بین بدن انسان و مواد

^۱ . Addiction

شیمیائی تحت تأثیر یک سلسله شرایط و اوضاع و احوال خاص روانی، اقتصادی، اجتماعی و سنتی به وجود می آید.

از نظر پزشکی اعتیاد عبارت است از حالت مقاومت اکتسابی که در نتیجه استعمال ممتد دارو در بدن حاصل می شود، به قسمی که استعمال مکرر دارو موجب کاسته شدن اثرات تدریجی می گردد و پس از مدتی شخص می تواند مقادیر سمی دارو را در بدن بدون ناراحتی تحمل کند و در صورتی که دارو به بدن نرسد اختلالات جسمی و روانی موسوم به سندروم محرومیت بروز می کند.

اعتیاد حالتی است که شخص از نظر جسمانی و هم از نظر روانی به ماده ای مثل مواد مخدر وابستگی پیدا می کند. لذا احتیاج شدید و اجباری به ادامه مصرف آن ماده دارد و قادر نیست به میل و اراده خود آن را ترک کند و عمل او در مقابل مصرف تدریجی دارو بیشتر گردیده و وابستگی به مواد مخدر به دو صورت روانی و جسمانی بروز می کند. در وابستگی جسمانی، ماده مخدر به علت نفوذ در سلول های بدن و اثر شیمیایی آن، باعث وابستگی سلول های بدن شده و قطع مواد به منزله این است که یکی از مواد حیاتی سلول را به آن نرسانیم. به همین جهت، ترک ناگهانی مواد بدون جانشین کردن ماده دیگری به جای آن موجب ناراحتی می شود.

با توجه به موارد فوق، معتاد^۲ فردی است که از راه های گوناگون نظیر خوردن، کشیدن، تزریق و استنشاق، یک یا چند ماده مخدر را با هم و به صورت مداوم مصرف می کند و در صورت قطع آن، با مسائل جسمانی، رفتاری و هر دو مواجه می شوند (آقا بخشی، ۱۳۷۹: ۹). همچنین مواد مخدر شامل ترکیباتی است که موجب تغییر در کارکرد مغز به صورت ایجاد حالات هیجانی، رفتارهای نابهنجار، عصبانیت یا اختلال در قضاوت و شعور فرد می شود (محبوبی منش، ۱۳۸۲: ۷۰).

^۲ Addicted .

تاریخچه اعتیاد به مواد مخدر:

اعتیاد و سوء مصرف مواد مخدر به مثابه یک مسئله اجتماعی، پدیده‌ای است که همراه با آن توانایی جامعه در سازمان‌یابی و حفظ نظم موجود از بین می‌رود و باعث دگرگونی‌های ساختاری در نظام اقتصادی، اجتماعی، سیاسی و فرهنگی در یک جامعه می‌شود. در جامعه امروز ما، مواد مخدر در سیمای یک مسئله یا مشکل اجتماعی رخ نموده است. این آسیب اجتماعی تعداد زیادی از مردم را تحت تأثیر قرار داده و به‌طور روزافزونی در حال تعامل با سایر آسیب‌های اجتماعی و تبدیل شدن به یک تهدید ساخت شکن است. فقر شناخت و ضعف تمهیدات و تدابیر استراتژیک و فقدان رویکردی فراگیر و همه‌سو نگر و مبتنی بر «تعین چندجانبه»، جستجوی علل و عوامل متنوع در پس این پدیده را با مشکل مواجه می‌سازد. در نتیجه این فقر، ضعف استراتژی و تاکتیک‌های متخذه برای مقابله با این تهدید، قادر به تأمین بهینه اهداف نبوده و جامعه ما شاهد رشد روزافزون گستره و عمق تأثیرات مخرب مواد مخدر بوده است. مبارزه با این پدیده مستلزم شناخت همه ابعاد آن (اقتصادی، اجتماعی و...) است، بنابراین برنامه‌هایی در امر مبارزه با مواد مخدر موفق خواهند بود که با شناخت واقع گرایانه از این مسئله طرح و اجرا شود.

مواد مخدر، فوری‌ترین و جدی‌ترین تهدید ملی جامعه است. در واقع، جامعه ما با داشتن ساختار جمعیتی جوان، به نحو نگران‌کننده‌ای مورد تهاجم گسترده مواد مخدر قرار گرفته است. از این رو، ضروری است با بررسی علل اجتماعی مؤثر در بروز پدیده اعتیاد، زمینه‌های ظهور پدیده اعتیاد مورد توجه واقع شود.

از منظر تاریخی، از گذشته‌های دور انسان تمایل به مصرف موادی داشته است که در حالت روانی و هشیاری او تغییر به وجود می‌آورد؛ هرچند با گذشت زمان، نوع داروهایی که بشر به قصد تفریح یا تسکین و تحذیر از آن‌ها استفاده کرده، فرق کرده است؛ اما الکل و تریاک در میان قدیمی‌ترین داروهای روان‌گردان قرار دارند که در بسیاری از فرهنگ‌ها مورد استفاده قرار گرفته‌اند. در نقاشی‌هایی که بر روی سنگ حک شده طرح‌هایی از گل‌بوته شقاق و خشخاش دیده شده است. قدیمی‌ترین این آثار مربوط به ۴ هزار سال پیش و در

نواحی روم و مصر باستان بوده است. بابلیان، سومریان، فینیقی‌ها و آشوریان با خواص مواد مخدر آشنا بودند. از ۲ هزار سال پیش، بیش‌تر مصری‌ها، پارت‌ها، هندوها، چینی‌ها، ژاپنی‌ها، رومیان و یونانیان، خشخاش را به‌عنوان داروی مخدر شناخته و مورد استفاده قرار داده‌اند. در کتاب **ادیسه** اثر هومر شاعر یونانی چنین آمده است: تریاک غم و اندوه را می‌کاهد و شخصیت و جوانی فرد را تا سر حد رضامندی و آرامش پیش می‌برد. بقراط از شیرهی خشخاش به‌عنوان داروی خواب‌آور و مسکن درد سخن گفته است. افلاطون در جهت استفاده‌ی طبی از مواد و به‌منظور کاستن از درد بیماران خود مطالعاتی داشته و خود او خواص شیرهی خشخاش را آزمایش کرده و برای مداوای بیماران مورد استفاده قرار داده است. کشور هندوستان بعد از مصر باستان قدیمی‌ترین سرزمینی است که در آن مصرف مواد مخدر رواج داشته است؛ عده‌ای بر این باورند که زادگاه اصلی افیون، هندوستان است و مردم هند از ادوار کهن با افیون آشنا بوده‌اند. هندی‌ها در مورد مصرف تریاک تعصب خاصی داشتند و تریاک را دارویی آسمانی و شفابخش می‌دانستند و آن را بهترین درمان کلیه‌ی آلام جسمی و روحی می‌دانستند (احمدوند، ۱۳۷۴: ۱۴). تا قبل از قرن پانزدهم میلادی، کاشتن خشخاش به‌منظور استفاده از جنبه‌های پزشکی آن صورت می‌گرفته است و یا از گل خشخاش به‌منظور تزئینات استفاده می‌شده است.

مبانی نظری

تحقیقات نشان می‌دهد که اغلب افرادی که در خانواده‌های معتاد متولد می‌شوند و پرورش می‌یابند، تکرار مصرف اعضای خانواده برایشان عادی شده و ترس از تجربه مصرف از آنها دور می‌شود. نابرابریهای اقتصادی و اجتماعی و شکاف عمیق طبقاتی در جامعه، بیکاری، از بین رفتن و جابه‌جایی ارزشهای جامعه، رشد بی‌قواره صنعت؛ اگر در جامعه‌ای رشد صنعت به سرعت افزایش یابد و درآمد ناشی از این ثروت عادلانه توزیع نگردد و از طرف دیگر در آن جامعه برای تفریح، شادی و گذران اوقات فراغت و بیکاری

جوانان از طرف دولت برنامه ریزیهای اجتماعی نشده باشد و رشد صنعت و شهرنشینی، شکاف طبقاتی را زیاد کند، همه این عوامل، باعث گرایش به انحرافات از جمله اعتیاد خواهد شد. (فرجاد، ۱۳۷۱: ۱۵۵).

نظریه های روان شناسی و نظریه های جامعه شناسی انحرافات از قبیل نظریه کنش اجتماعی و آنومی پارسونز، نظریه های رادیکال مارکسیت ها درباره انحرافات اجتماعی، نظریه های خرده فرهنگی کوهن، میلر، نظریه های کنترل اجتماعی، نظریه جنسیت، نظریه برجسب زنی و... می تواند معضل اعتیاد را تبیین نماید. از آنجایی که در این نوشتار بیشتر به شرایط و فشارهای ساختاری در جامعه تأکید شده است:

- تئوری ناکامی - پرخاشگری

تئوری ناکامی - پرخاشگری مبتنی بر مجموعه ای از دیدگاه های نظری است که پرخاشگری را به طور عمده ملهم از یک سائق بیرونی برای آسیب وارد کردن به دیگران در نظر می گیرد، این رهیافت در چند تئوری مختلف منعکس شده است، که جملگی بر این باورند شرایط بیرونی مانند ناکامی، فقدان وجهه و احساس اجحاف، عامل نیرومند برای ایجاد رفتار آسیب زا محسوب می شوند. پذیرفته شده ترین تئوری در این مجموعه تئوری موسوم به ناکامی - پرخاشگری است. در این تئوری پرخاشگری بر آیند فرایندی در نظر گرفته می شود که در خلال آن افراد از دستیابی به هدف یا اهداف خویش باز می مانند و احساس ناکامی در آن ها شکل می گیرد. ناکامی حاصل از چنین فرایندی در نهایت سبب بروز حرکات و رفتار های پرخاشجویانه و خشونت آمیز بین افراد می گردد. مهمترین هدف یا اهدافی که به عنوان محور آسیب مورد توجه قرار می گیرند منبع یا منابع ناکامی هستند (محسنی تبریزی، ۱۳۸۱: ۱۳۷).

تئوری ناکامی - پرخاشگری از یک سو، ناکامی را موجد انگیزه های پرخاشجویانه و پرخاشگرایانه می داند، و از دیگر سو ریشه هر گونه پرخاشگری را در عوامل پیشین موجد

ناکامی جستجو می کند در آغاز، نظریه پردازان این تئوری عنوان می کردند که ناکامی همواره به نوعی پرخاشگری منجر می گردد، و پرخاشگری نیز به نوبه خود نتیجه و حاصل نوعی ناکامی است. در تعریف ناکامی عنوان شده که ناکامی احساسی است که در نتیجه ایجاد مانع بر سر راه رسیدن به هدفی که فرد آن را مطلوب می شمارد پدید می آید (همان: ۱۳۸)

اساس این نظریه، که در سال (۱۹۳۷) دلارد، دوب، میلر، ماورر و سی یرز ارائه داده اند، بسیار ساده است: هر ناکامی موجب پرخاش می شود و هر پرخاش از یک ناکامی نشأت می گیرد (گنجی، ۱۳۸۳: ۲۲۸).

بوم‌شناسی شهری (مکتب شیکاگو) ارنست برجس و همکاران

شرایط اقتصادی محلات شهری و تغییرات اجتماعی سریع، علل مستقیم جرم و بزهکاری هستند، بلکه شاو و مک کی چنین مطرح می کنند که بی‌سازمانی اجتماعی باعث تحلیل رفتن کنترل اجتماعی غیررسمی در درون محلات و اجتماع شده، لذا میزان جرم افزایش می یابد. فقدان یا ضعف کنترل اجتماعی عنصر مهمی است که در پشت مفهوم بی‌سازمانی اجتماعی وجود دارد و همین عنصر است که بی‌سازمانی اجتماعی را با نظریه‌های نوین کنترل اجتماعی پیوند می دهد. وارنر و پیرس (Warner and Pierce, ۱۹۹۳) در مطالعه خود نشان داده‌اند که رابطه‌ای قوی بین میزان تلفن به پلیس (توسط قربانیان تجاوز و سرقت) و فقر محلات، ناهمگونی نژادی، بی‌ثباتی جمعیتی، گسیختگی خانواده و تراکم بالای واحدهای مسکونی به عنوان شاخصهای بی‌سازمانی اجتماعی وجود دارد. این ایده که بی‌سازمانی اجتماعی از طریق به تحلیل بردن کنترل اجتماعی غیررسمی بر روی جرم و انحراف تأثیر می گذارد، با تحقیقاتی که کسانی چون گاتفردسن (Gottfredson, et al., ۱۹۹۱)، بورسیک (Bursik, ۱۹۸۸)، سمپسون و گروز (Groves, & Sampson, ۱۹۸۹)، بورسیک و گراسمیک (Grasmick & Bursik, ۱۹۹۳) انجام داده‌اند، تأیید

شده است. دربارهٔ آزمون رابطهٔ بین جنبه‌های مختلف بی‌سازمانی اجتماعی و جرم، مطالعات و پژوهشهای بسیاری انجام شده است. اغلب این مطالعات بر روی عوامل کلان در سطح اجتماع و روابطشان با میزان جرم متمرکز شده است (Sampson, ۲۰۰۰). برای مثال، استارک (Stark, ۱۹۸۷) چنین مطرح می‌کند که ویژگیهای ساختاری نظیر تراکم جمعیتی بالا، بی‌ثباتی زیاد، فقر گسترده و فرسودگی ساختمانها، همگی منجر به میزان بالای جرم خواهند شد. در مطالعه‌ای که اوزگود و چمبرز (Osgood and Chambers, ۱۱۵-۲۰۰۰:۸۱) دربارهٔ جرم جوانان در مناطق روستایی انجام داده‌اند، نشان داده می‌شود که بی‌ثباتی مکانی، عدم تجانس قومی و گسیختگی خانواده، با میزان بالای برخی جرایم نظیر تجاوز به عنف، ضرب و جرح و استفاده از سلاح عجین می‌باشد. با این حال، این مطالعه رابطه‌ای بین جرایم مزبور و فقر یا بیکاری نشان نمی‌دهد. در مجموع، می‌توان گفت که بی‌سازمانی اجتماعی نتیجهٔ فرایندهای تضاد هنجاری و ارزشی، تغییرات فرهنگی، خلأهای فرهنگی و ضعف روابط اولیه است (Veyse and Messner, ۱۵۷:۱۹۹۹). از این رو، این وضعیت باعث کاهش کنترل اجتماعی بیرونی و سوق دادن افراد به سمت رفتارهای انحرافی می‌شود. در واقع، ویژگیهایی چون شهرنشینی، تحرک مکانی، ناهمگونی قومی یا نژادی و گسیختگی خانواده مانع از توانایی اجتماعی در اعمال کنترل اجتماعی بر روی افراد می‌شود (Paulsen and Robinson, ۵۷:۲۰۰۴). زمانی که یک جامعه بیشتر صنعتی می‌شود و تنوع بیشتری پیدا می‌کند، علقه‌های اجتماعی که بازدارندهٔ رفتارهای جرم‌زا هستند، دیگر مؤثر نخواهد بود. در واقع تأثیرات ملازم با توسعه نظیر بالا رفتن آموزش، مهاجرت از روستا، ماهیت ناپایدار نیروی کار، و تأکید بر روی کالاهای مادی، موجب تحلیل رفتن مکانیسمهای کنترل غیررسمی می‌شود. این شکست در نظام هنجاری، به‌عنوان افزایش دهندهٔ جرم در ملل صنعتی و در حال صنعتی شدن، نگریسته شده است. (Krohn, ۱۹۷۸:۶۶۷).

- تئوری بی هنجاری (آنومی) دور کیم

آنومی یا آشفتگی اجتماعی، یک وضعیت بی قاعدگی یا بی هنجاری است که در آن، افراد قادر نیستند بر اساس یک «نظام از قواعد مشترک» ارتباط متقابل برقرار کنند و نیازهای خود را ارضاء نمایند در نتیجه نظم فرهنگی و اجتماعی از هم پاشیده می شود.

بدین گونه می توان دریافت که دور کیم مفهوم آنومی را با اشاره به این نکته ابداع کرده است که در جوامع امروزی، خواه در سطح جامعه و خواه در سطح برخی گروه های تشکیل دهنده آن، معیارها و هنجارهای سنتی وضعیتی در حال تضعیف دارد؛ بی آنکه هنجارهای جدید جایگزین آن گردد (سلیمی و داوری، ۱۳۸۶: ۳۲۵).

به نظر دور کیم، علت آشکار تحقق آنومی، تحولات شتابزده اقتصادی است. چون این تحولات نوعی بحران را در نظام ارزشی و هنجاری جامعه به دنبال می آورد؛ نه به این دلیل که «تولید فقر می کند» چه به نظر او پدیده فقر، بدون دخالت متغیرهای دیگر، بیشتر نقش نوعی «عامل ثبات بخش» را در جامعه ایفا می کند.

نظریه ی آنومی:

طراح تئوری های برد متوسط (Middle Range Theory) در بررسی پدیده های اجتماعی، مرتون جامعه شناس امریکایی است که در تحلیل مسائل جرم و کج روی تئوری معروف «ساخت اجتماعی و بی هنجاری را در سال ۱۹۶۳ ارائه کرد» (توسلی، ۱۳۸۲: ۳۸).

در واقع یکی از مشهورترین و شناخته شده ترین آثار جامعه شناسی «تئوری ساخت اجتماعی و آنومی» رابرت مرتون است. وی در این تئوری در تلاش دستیابی به فرایندی است که از طریق آن ساخت اجتماعی، موقعیت ها و فرصت هایی را ایجاد می کند که

آداب و قوانین اجتماعی مختلف و گاه مخالف، طی آن به عنوان یک پاسخ «طبیعی» در نظر گرفته می شوند (همان: ۴۰).

مرتن به دنبال اثبات این فرض است که «ساخت اجتماعی» فشارهایی را بر افراد وارد می آورد که هدفش هنموا ساختن افراد با ساخت جامعه است. اما این فشار بیش از آن که در جهت هنموايي رفتارها عمل کند، در جهت ناهنموايي است و چنانچه افراد و گروه ها را در چنین شرایطی قرار دهیم، باید منتظر بروز میزان های بالایی از رفتار انحرافی باشیم و این امر نه به خاطر تمایلات غریزی بلکه پاسخ طبیعی انسان ها به شرایط اجتماعی است، وی با بررسی در نظریات مختلفی که در زمینه بی هنجاری مطرح گردیده بود، الگوی نظری خویش را در تجربه و تحلیل انحرافات اجتماعی بر سه عامل زیر قرار می دهد:

۱- **اهداف فرهنگی** [۱]، که شامل خواسته ها، آرزوها و امیال است که افراد از طریق فرهنگ خود آن را آموخته اند.

۲- **ضابطه های رفتار اجتماعی**، که شامل روش های و وسایل مشروع و مورد تأیید جامعه برای دستیابی به اهداف فرهنگی است. به عبارت دیگر جامعه با تعیین ملاک های رفتاری مشخص نحوه دستیابی به اهداف فرهنگی را معین می کند و این ضابطه ها از سوی فرهنگ تعیین و تأیید می شود.

۳- **وسایل نهادی شده**، که مبین نحوه ی توزیع واقعی امکانات، وسایل و فرصت هایی برای دستیابی به اهداف فرهنگی است. به عبارت دقیق تر از طریق این امکانات است که باید به اهداف دست یافت.

مرتن نتیجه می گیرد که احساس فشار، سرگشتگی و سرخوردگی فرد ناشی از هیچ کدام از عوامل بالا به تنهایی نیست، بلکه از روابط میان این عوامل ناشی می شود. ساخت فرهنگی جامعه افراد را در مقابل اهداف واحدی قرار می دهد، قواعدی را هم برای رسیدن

به این اهداف به عنوان قواعد مشروع تعیین می کند ، اما از آنجا که وسایل مشروع به طور یکسان در اختیار همه قرار ندارد ، این امر موجبات بروز ناکامی و احساس سر خوردگی در میان افراد می شود ، و رفتار های انحرافی بروز می کند (محسنی ، ۱۳۸۶ : ۵۹).

طرح این مسائل به تفکیک و تمایز دو عنصر از واقعیت اجتماعی منتهی می شود : از یک سو مقاصد یا اهداف مشروع که توسط جامعه کلی مشخص شده اند (ارزش های رایج ، دارایی ، اموال ، افتخارات ، احترام)؛ از سوی دیگر وسایل مشروع « عادی » برای دستیابی به این هدف ها .

واضح است که تا زمانی که افراد می توانند به رضایتمندی حاصل از تحقق اهداف خود از طریق وسایل مورد قبول جامعه دست یابند ، تعادل میان این دو جنبه واقعیت اجتماعی برقرار می ماند. اما هنگامی که میان اهداف و وسایل تناسبی وجود ندارد ، اگر هیچ گونه رادع و مانع اخلاقی یا ایدئولوژیکی برای متعادل ساختن خواست های مشروع افراد وجود نداشته باشد کسانی که خود را «شکست خوردگان» همیشگی بازی اجتماعی می بینند می توانند در این حال به مقررات این بازی حمله ور شوند . در این صورت رویه و طرز عمل کار آمد ، خواه مشروع باشد و خواه نباشد ، تنها برای تحقق بخشی به اهداف مورد توجه قرار می گیرد. و هرگاه چنین وضعیتی به عمومیت یافتن و تداوم گراید می توان براین باور بود که جامعه مورد نظر پدیده هایی پیوسته پر شمار تر از بی هنجاری ، « انحراف » و تجاوز ... ارائه خواهد داد (میشل بست ، ۱۳۷۷ : ۵۹).

الگوی همنوایی	ابزار نهادی شده	اهداف فرهنگی	معادل انگلیسی
همنوایی یا سازگاری	+	+	Conformity
نوآوری یا ابداع	-	+	Innovation
آداب پرستی	+	-	Ritualism
انزوا گرایی	-	-	Retreatism

تمرد یا عصیان	±	±	Rebellion
---------------	---	---	-----------

سنخ شناسی مدل های تطابق و همنوایی افراد(مرتین)

۱- همنوایی یا سازگاری:

این اولین مورد رابطه ی منطقی مورد نظر مرتون از سازگاری فرد با ساخت اجتماعی است و این امر در تداوم حفظ و نگهداری جامعه کمک می کند.

۲- نو آوری یا ابداع

نوع آوری رفتاری است با اهداف نهادی شده ، که از ابزار های تجویز شده و هنجارهای رایج استفاده نمی کند.(توسلی، ۱۳۸۲: ۴۱)

مرتون عقیده دارد که اعضای قشرهای پایین اجتماعی به احتمال زیاد این راه (راه تبهکاری) را برای موفقیت انتخاب می کنند، این اقشار با احتمال زیاد نمی توانند از راه های عادی موفق شوند، از این رو با فشاری که بر آنها وارد می آید به انحراف گرایش می یابند . معمولاً این افراد از تحصیلات کافی و شغل مناسب برخوردار نمی شوند. به بیان مرتون ، آنان برای کسب موفقیت به وسایل و راه های پذیرفته شده و قانونی ، دسترسی ناچیزی دارند(همان :۴۲).

از آنجایی که راه موافقت برای آنها مسدود است ، بدعت گذاری می کنند و به تبهکاری که بیش از راه های صحیح به آنها پاداش می دهد ، روی می آورند. مرتون تأکید می ورزد که عضویت در اقشار پایین اجتماعی ، به تنهایی موجب انحراف نمی شود در برخی جوامع سنتی تر اروپایی آنهایی که در قسمت پایین ساختار اجتماعی قرار دارند. با احتمال زیاد موقعیت خود را می پذیرند ، زیرا هدف موفقیت برای آنان عمده نشده است، آنان فرهنگ های فرعی به وجود آورده اند که معنی موفقیت با معنایی که جوامعی بزرگ تر برای آن

قائلند متفاوت است. تنها در جوامعی مانند آمریکا که در آن تمام اعضای جامعه اهداف مشترکی برای موفقیت دارند، فشار و بدعت گذاری بر طبقات پایین زیاد است (صفوی، ۱۳۷۹: ۱۹).

۳- آداب پرستی

آداب پرست ها آماده ی هم شکلی، همنوایی و سازگاری شدید با هنجارهای نهادی شده اند و این امر به قیمت نادیده گرفتن و از نظر انداختن اهداف مجاز فرهنگی است. مثال مشخص این ها بوروکرات هایی هستند که بنده وار به دنبال قوانین و مقررات می باشند بدون توجه و رجوع به نتایجی که در کار آنها مطرح شده است.

۴- عزلت گزینی یا انزوا گرایی

انزواگرا فردی است که با پشت کردن هم به اهداف و هم به ابزار های نهادی شده از گروه جدا می شود.

نمونه این افراد ولگردها، دائم الخمرها، معتادان مواد مخدر و این قبیل افراد می باشند، عدم قبول اهداف و ابزار، با خروج افراد از زندگی فرهنگی و اجتماعی، توأم می باشد. بدین سان افراد از ابزاری که مؤثر و قانونی باشد محروم می مانند در این حال افرادی که نمی توانند با چنین نظامی هماهنگ شوند، یا از ابزار غیر قانونی برای اهدافشان استفاده نمایند، به طور کلی از گردونه خارج می شوند، در این حالت یأس و بدبینی و تسلیم و سکوت و مکانیزم های گریزی که نهایتاً هدایت کننده ی افراد به فرار از تعهدات جامعه است، ظاهر می شود. این نتیجه منطقی شکست در رسیدن به هدف از طریق معیارهای قانونی و عدم توانایی استفاده از روش های غیر قانونی به دلیل مخالفت های درونی و عدم شهامت افراد به یأس و ناامیدی منجر می شود (توسلی، ۱۳۸۲: ۴۰).

۵- تمرد یا عصیان: متمردین و عصیان گرها افرادی هستند که نه اهداف را می پذیرند و نه وسایل را

آنها تبعیت از فرهنگ و سیستم اجتماعی را به دلیل اجرای غیر منصفانه ی عدالت رد می کنند و در پی باز سازی جامعه یا مجموعه ای از اهداف جدید و مجوزهای نوینی برای دست یابی به آنها هستند . مثال این نمونه را می توان طرفداران حرکت های انقلابی دانست (همان: ۴۱).

به طور خلاصه ، مرتون در تحلیل خود نشان می دهد که چگونه فرهنگ و ساختار جامعه موجب انحراف می شوند تأکید بیش از حد بر هدف های فرهنگی در جامعه ی آمریکایی که به قیمت زیر پا گذاشتن راه های متعارف کسب موفقیت تمام می شود ، تمایل به بی هنجاری ایجاد می کند . این تمایل برای ایجاد انحراف فشار وارد می سازد ، فشاری که با توجه به پایگاه شخص در ساختار اجتماعی متفاوت است هم چنین ، شیوه ی واکنش شخص در مقابل این فشار به پایگاه او در طبقه اجتماعی بستگی خواهد داشت . مرتون انحراف را بر حسب ماهیت جامعه تبیین می کند نه ماهیت فرد منحرف (صفوی، ۱۳۷۹: ۲۱)

- نظریه فشار حذف وقایع با ارزش

بر مبنای نظر رابرت اگنیو تأکید عمده نظریه های فشار اجتماعی ، از جمله نظریه ی مرتن ، توجه به اهمیت روابط اجتماعی منفی است. این روابط اجتماعی منفی احساسات منفی مخصوصاً خشم را به همراه دارند که جنایت و بزهکاری شیوه های معمولی بیان آن هستند . اگنیو معتقد است سه منشأ کلی فشار وجود دارد: یکی از آنها عدم موفقیت در دستیابی به اهداف بار ارزش از نظر اجتماع است (که مربوط به اثر مرتون در این زمینه می شود).

دوم منشأ فشار حذف وقایع با ارزش از نظر اجتماعی است ، مثلاً از دست دادن نزدیکان ، طلاق پدر و مادر ، اخراج از شغل یا اخراج از مدرسه.

منشأ سوم فشار تجربه ی وقایع منفی از نظر ارزش های اجتماعی است ، که این شامل تجربیاتی مانند سوء استفاده جنسی ، قربانی واقع شدن در یک واقعه جنایی ، تنبیه های لفظی یا جسمانی می باشد (ممتاز، ۱۳۸۱: ۷۸).

– الگوی نوجوانان بزهکار

کوهن هم یکی از محققین مشهوری است که از نظریه ی مرتن در جامعه آمریکایی استفاده کرده است و در اثر خود تحت عنوان پسران بزهکار (۱۹۵۵) به بررسی مجدد این نظریه می پردازد و تغییراتی در آن ایجاد می کند. در واقع کوهن اصطلاح منزلت [۲] را جانشین موفقیت [۳] در نظریه مرتون می سازد. یعنی طبقاتی پایین در جامعه از نظر دستیابی به منزلت دچار ناکامی هستند. جامعه در عین حال که آنها را به کسب منزلت تشویق می کند ، امکان دستیابی را در اختیار آنها قرار نمی دهد، طبقه محروم شیوه های خود را برای دستیابی به منزلت پیدا می کند این امر ، از طریق اشتغال به امور خلاف تحقق می یابد (ممتاز : ۱۰۰).

تحلیل کوهن از «ملاک سنجش» [۴] طبقه متوسط ، به وضوح تأثیرپذیری او را از مدل مرتون نشان می دهد. کوهن معتقد است که پسران طبقه ی پایین اهداف طبقه متوسط را می پذیرند ولی امکانات رسیدن به این اهداف را از طریق وسایلی که از نظر جامعه مقبولند ندارند و بنابراین ، این افراد بر مبنای ملاک سنجش طبقه متوسط قضاوت می شوند طبقه ی متوسط ، نهاد ها و مؤسسات جامعه را اداره می کنند و اینها هر کس را بر طبق ضوابط خود (استانداردهای خود) محک می زنند ، و پسران طبقه پایین در چنین جامعه ای باید عمل نمایند . کوهن می گوید که زندگی این افراد از طریق رسانه های عمده

ای از قبیل مدارس ، سینماها و مطبوعات که به مردم القاء عقیده می کنند جریان می یابد و این رسانه ها در دست طبقه متوسط است که ارزش ها و استانداردهای زندگی این طبقه را در عمل تبلیغ می کنند ولی پسر طبقه پایین در فرایند اجتماعی شدن خود قبلاً دارای چنین تجاربی نبوده است ، بنابراین جهت عمل نمودن به اهداف طبقه متوسط مهیا نیست. از این روی به طور مداوم از کسب منزلتی که هنجارهای طبقه متوسط مطلوب می داند احساس محرومیت می کنند ولی والدین وی به او می آموزند تا استانداردهای طبقه متوسط را بپذیرد. در واقع این فرایند بدین ترتیب انجام می گیرد که والدین فرد ، وی را وادار می کنند تا دستاوردها و پیشرفت های بالاتر از آن چه خود بدست آورده اند ، به دست آورد. کوهن اظهار می دهد هر قدر هم که فرد با یک منزلت پایین انطباق کامل و موفقیت آمیزی داشته باشد. ولی پویایی اهداف طبقه متوسط یا به گفته مرتون رؤیای آمریکایی در آرزوهای والدین نسبت به فرزندانشان خود نمایی انتظارات والدین ممکن است چندان عظیم نباشد ، ولی آنها آرزو دارند فرزندانشان از آنها جلوتر بروند.

والدین خود دارای هر سابقه و شغلی و شهرت اجتماعی باشند ، از فرزندان خود می خواهند تا افرادی موفق و مورد احترام باشند . پسر طبقه پایین می داند که راه موفقیت و منزلت ، کسب ارزش های طبقه متوسط است ولی قادر نیست به آن دست یابد در نتیجه ، فرد برای خود اعتبار اندکی را قایل می شود و سازگاری با شرایط موجود را مشکل می یابد به نظر کوهن ، برای فرد راه های متعددی در رفع مشکل سازگاری وجود دارد که یکی از این راه ها ، همکاری نمودن و درآمیختن با خرده فرهنگ بزهکاری است. فعالیت هایی که این خرده گروه فرهنگی بدان مبادرت می ورزند « غیر سودجویانه » « شرورانه » و « منفی گرایی » است از دیگر ویژگی های پاره گروه بزهکار می توان بی ثباتی در فعالیت های گروهی ، جستجوی لذت های کوتاه مدت و تأکید بر اِستقلال گروهی را بر شمرد.

منظور کوهن از اصطلاح « غیر سودجویانه » این است که افراد بزهکار به دلیل نیاز یا علاقه به اشیاء مورد سرقت دزدی نمی کنند ، بلکه به خاطر سرگرمی [و ملاحظات دیگر] به این کار دست می زنند.

دیگر این که فعالیت هایی که بزهکاران بدان مبادرت می ورزند و ویژگی شرورانه دارد .» در طی اعمالشان کینه مشهود است ، یعنی عدم آسایش دیگران و بی اعتنایی به تابوها یا ممنوعیت ها، برایشان خشنود کننده و لذت بخش است». قصد کوهن از «منفی گرایی» به این معنی است که هنجارهای خرده فرهنگ بزهکار قطب مخالف هنجارهای بزرگسان «محترم» جامعه است «لذت گرایی کوتاه مدت» ویژگی دیگر پاره گروه بزهکار است. به نظر می رسد که این افراد به انگیزه ی مالی توجه داشته باشند ولی به ندرت در پی نقشه و ذخیره ی آن ، جهت آینده هستند وی اضافه می نماید که این افراد نسبت به اهداف دراز مدت و برنامه ریزی و یا فعالیت هایی که در رابطه با علم و دانش و مهارت هایی که از طریق تجربه و عمل به دست می آید علاقه ی کمی نشان می دهند. آخرین ویژگی دسته ی بزهکاران خود مختاری یا «استقلال گروهی» است، بدین معنی که گروه هیچ گونه مانع یا تغییری را که از سوی نیروهای بیرون از گروه بدان تحمیل می شود تحمل نمی کند . اعضای دسته ی بزهکار در برابر کوشش های نهادهای اجتماعی از قبیل مدرسه ، خانواده و کلیسا که سعی بر تنظیم زندگی آنان دارند ، مقاومت می کنند خرده فرهنگ بزهکار جنبه ی کارکردی دارد . این خرده فرهنگ ، اعضاء را به داشتن آن چه که در مقایسه با دنیای منزلی طبقه متوسط ، از آن محروم هستند مجاز نموده و خشونت را مشروع می نماید(نبوی ، ۱۳۸۵ : ۱۰، ۱۲).

از نگاه کوهن ناهمسازی اهداف و ابزار مورد نظر مرتن به خودی خود کج رفتاری نخواهد انجامید ، جز این که متغیر مداخله گری چون سرخوردگی و ناکامی منزلی به معادله اضافه شود به بیان دیگر کوهن و مرتن هر دو فرض کرده اند که اعضای طبقه ی پایین بیش از دیگران احتمال دارد که در فعالیت های نابهنجار مشارکت کنند ، چون جامعه نمی تواند به

آن ها کمک کند که به آرزوهای خود دست یابند . بنابراین اگر مرتن مدعی بود که شکاف بین اهداف و ابزار موجب کج رفتاری است ، کوهن می گوید شکاف بین اهداف و ابزار به واسطه ی ناکامی منزلتی موجب کج رفتاری می شود.(کوهن ، ۱۹۹۵ به نقل از صدیق ، ۴۱)

- نظریه ی پیوند افتراقی ، ادوین ساترلند

ادوین ساترلند نخستین بار نظریه پیوند افتراقی خود را در سال (۱۹۳۹) منتشر ساخت. ساترلند در نظریه فراوانی معاشرت یا پیوند افتراقی کوشش می کند نشان دهد که جنایت و انحراف از طریق انتقال فرهنگی در گروه های اجتماعی واقع می گردد. لازم به تذکر است که نظریه ی ساترلند تکمیل کننده نظر شاو و مک کی می باشد (ممتاز ، ۱۳۸۱ : ۸۹).

ساترلند متأثر از آن دو معتقد است که :

رفتار انحرافی مانند سایر رفتار های اجتماعی از طریق همنشینی و پیوستگی با دیگران آموخته می شود؛ فرضیه اصلی ساترلند این است که رفتار انحرافی مثل سایر رفتار ها اجتماعی از طریق همبستگی و پیوستگی با دیگران آموخته می شود.

فرد بزهکار در طول حیات خود از طریق پیوستگی و ارتباط با دیگران ، انگیزه ها و گرایش ها ، ارزش های انحرافی را فرا می گیرد . مردم به نسبت همنشینی و ارتباطی که با قانونشکنان دارند ، کجرو می شوند.

- نظریه تئوری ارتباطات ساترلند

ساترلند بزهکاری را ناشی از خطای خانواده ها دانسته است که قادر به یاد دادن ارزش ها و هنجارها نبوده اند. به نظر وی نگرانی ها و نیازهای ارضاء نشده در افراد عادی و بزهکار

شبهه به هم است و تنها روش های یاد گرفته شده واکنش به این نگرانی ها و محرکها در آنان متفاوت است. خانواده بعنوان محیط یادگیری اولیه نوجوانان بر بزهکاری مؤثر است.

نظریه های کنترل اجتماعی

مجموعه نظریه های کنترل، رویکرد نسبتاً متفاوتی از سایر نظریات جرم شناسی دارند و از اهمیت و نفوذ قابل توجه ای برخوردارند (Felson, ۱۹۹۷).

در نقطه آغاز، آنها به جای سوال از اینکه چه چیزی مردم را به سوی جرم می کشاند، این سوال را مطرح می کنند که چرا بسیاری از مردم مرتکب جرم نمی شوند؟ بنابراین نظریه همه افراد بشری دارای یک نقص ذاتی هستند که موجب می شود نتوانند در برابر وسوسه های ارتکاب جرم مقاومت کنند. این ایده در واقع مبتنی بر انسان شناسی هابزی است. به همین دلیل این نظریه ها بر روی عوامل بازدارنده یا کنترلی که در درون افراد مجرم از بین رفته و ذایل شده است تمرکز می کنند. مهمترین و معروفترین نظریه پرداز کنترل، تراویس هیرشی است. اولین نظریه کنترل توسط ریس مطرح شد که او تخلف را نتیجه کنترل شخصی و اجتماعی می دانست. نظریه مدرن و جدیدتر کنترل توسط ماتزا مطرح شد. او معتقد است خیلی از تخطی کنندگان از قانون، دارای یک سن جرم هستند و پس از آن به سبک زندگی قانون مدار باز می گردند. ماتزا علت پیوستن مقطعی این افراد به جرم را خنثی سازی و نه انکار استانداردهای جامعه می داند.

هیرشی، رکلز، فرایدی و هیگ بعنوان پیشگامان نظریه کنترل اجتماعی باتکیه بر نظریات دورکیم بخصوص با الهام از تئوری آنومی وی به ابداع و بسط این تئوری پرداخته اند. این تئوری بر این فرض استوار است که کجروی ناشی از ضعف یا گسستگی تعلق فرد به جامعه است که در اثر کنترل و نظارت اجتماعی بوجود می آید.

هیرشی، رکلس، فرایدی و هیگ بعنوان پیشگامان نظریه کنترل اجتماعی باتکیه بر نظریات دورکیم بخصوص بالهام از تئوری آنومی وی به ابداع و بسط این تئوری پرداخته اند. این تئوری بر این فرض استوار است که کجروی ناشی از ضعف یا گسستگی تعلق فرد به جامعه است که در اثر کنترل و نظارت اجتماعی بوجود می آید. «هیرشی» معتقد است اجزا تعلق و وابستگی به جامعه شامل موارد ذیل می باشد:

۱: ارتباط با سایر افراد.

۲: پذیرش و مشارکت در نقش ها و فعالیت های اجتماعی که ارزش و نتایجی برای آینده دارد.

۳: اعتقاد به ارزش های اخلاقی، هنجارهای فرهنگی وامثال آن.

وی می گوید کیفیت هر کدام از موارد سه گانه فوق الذکر در هر مورد خاص می تواند موجد همنوایی و نیز علت ناهمنوایی و کجروی باشد. مثلاً اگر کسی پیوندهای مختصری با افرادی که طرفدار همنوایی و رفتارهای قانونی و قابل قبول هستند، داشته باشد، احتمال کجروی در مورد وی افزایش می یابد (صدیق، ۱۳۷۱: ۹۸).

در قالب یک مثال می توان گفت: فراگرد اجتماعی شدن از همان نخستین سالهای کودکی آغاز می شود و تقریباً هر کس با کودک در تماس باشد، در اجتماعی شدن او نقش بازی می کند. وقتی کودکان به مدرسه پا می گذارند، پیروی از مقررات را یاد می گیرند و ارزش های مسلط بر جامعه را می پذیرند. اگر کودک خودش را با این مقررات و ارزش ها تطبیق دهد، مورد تشویق و پاداش قرار می گیرد. این پاداش ها به صورت های گوناگون: پذیرش از سوی معلمان و دانش آموزان دیگر، نمرات خوب، خوش نامی در مدرسه و رفتن از یک کلاس به کلاس بالاتر، به کودک داده می شوند، اگر کودک خودش را با

مقررات و ارزش های مدرسه تطبیق ندهد از سوی معلمان و دانش آموزان دیگر طرد می شود، نمرات بدی می گیرد و نمی تواند به کلاس بالاتر ارتقاء یابد (کوشن، ۱۳۷۶: ۱۴۵).

بنابراین نظارت اجتماعی می تواند یکی از عوامل و منابع مهم اجتماعی شدن و همنائی با جامعه باشد. هرگاه فردی نتواند رفتار پذیرفتی و شایسته یک موقعیت را از خود نشان دهد ما او را شخص منحرف می شناسیم. اگر این گونه انحرافات خارج از نظارت معیارهای اجتماعی ادامه یابد، جامعه با تهدید از هم گسیختگی روبرو می شود. با کاربرد ابزارهای نظارت اجتماعی، جامعه می تواند بزهکاران را زندانی کند و یا به دلیل ابتلای آنها به بیماری روانی و یا اعتیاد، در بیمارستان های روانی و ترک اعتیاد بستری سازد. گذشته از این نظارت های رسمی، نظارت های غیر رسمی دیگری چون طرد گروه... نیز می تواند بعنوان روش های مؤثر نظارت های اجتماعی بکار آیند (همان: ۱۴۵).

در هر حال کنترل و نظارت اجتماعی ابزار مهمی در تثبیت هنجارهای اجتماعی محسوب شده و می تواند مانع بروز و پیدایش هر گونه انحراف بشود. در واقع اگر کسی خود را در معرض دید مستقم دیگران احساس کند و به ارزش های فیمابین معتقد باشد به خود اجازه نخواهد داد مرتکب خلاف و بزه گردد. به تعبیر دیگر می توان گفت کنترل اجتماعی منجر به یکپارچگی بیشتر جامعه شده و اقتدار ناشی از یکپارچگی، خود عامل بسیار مؤثری در پیشگیری از انحراف و بزهکاری است. هیرشی معتقد است که وابستگی به جامعه دارای چهار عنصر اصلی است:

۱: علاقه: کسانی که به دیگران توجه یا علاقه دارند به رفاه و احساسات آنان حساس بوده و مایلند با مسئولیت عمل کنند. بالعکس، کسانی که چنین علاقه ای ندارند، نگران این نیستند که روابط اجتماعی خود را به خطر اندازند و لذا بیشتر احتمال دارد که دزدی کنند یا مواد مخدر استعمال نمایند.

۲: تعهد: احساس بدهکاری یا دینی که مردم نسبت به جامعه دارند و هر چه سرمایه گذاری افراد در تحصیلات، سوابق شغلی، خانه و سایر دارایی های خود بیشتر باشد دلیل بیشتری دارند که هم‌نوا با جامعه باشند تا که بتوانند دستاوردهای خود را حفظ نمایند. لذا خطر ارتکاب جرم کمتر می شود.

۳: مشغولیت: که مشارکت دائم در فعالیت های غیر انحرافی است. کسانی که بیکار هستند فرصت بیشتری برای انحراف دارند.

۴: ایمان - عقیده: وفاداری فرد به ارزشها و اصول اخلاقی جامعه باعث دور شدن از مشارکت در امور انحرافی می شود. کسانی که وفاداری ضعیفی به اعتقادات اخلاقی جامعه دارند ممکن است بیشتر تمایل داشته باشند که ارزش های آن را نادیده گرفته و از هنجارهای اجتماعی انحراف ورزند. گروهی که اعضایش بستگی متقابل قوی داشته باشند بهتر قادر به اعمال کنترل اجتماعی روی اعضایش می باشد تا گروهی که اعضای آن همبستگی محکمی با هم نداشته باشند (همان: ۹۹-۹۸).

از دیدگاه تئوری هیرشی، اعتیاد مانند دیگر اشکال بزهکاری معلول کاهش و فقدان نظارت و کنترل اجتماعی است. بزعم او زمانی که کنترل اجتماعی تضعیف می گردد، یکپارچگی اجتماعی متقابلاً دستخوش زوال و نقصان گردیده که این خود به کاهش اقتدار ناشی از یکپارچگی منجر شده و بالاخره در اثر آن توانایی پیشگیری موثر از بزهکاری نقصان یافته و احتمال بروز کجرفتاری افزایش می یابد (همان: ۱۰۰-۹۸).

والکترر کلس یکی دیگر از صاحب نظران نظریه کنترل معتقد است که عضویت در گروه و روابط متقابل اجتماعی تعیین کننده نوع رفتار فرد در شرایط خاص زندگی است. تکیه و تأکید او بیشتر بر روی عناصری از زندگی گروهی است که فرد را از کشیده شدن بسوی انحراف و کجروی باز می دارد. از این دیدگاه کجروی را ناشی از عدم توانایی و کارکرد

سیستم فشاری که تأمین کننده رفتار بهنجار در بعضی افراد خاص و بدلیل منزلت های اجتماعی آنان می داند (همان: ۹۸).

از نظر رکلس کجروی و هر رفتار منحرفانه با دو مانع عمده و کلی روبروست:

نخست ساختار اجتماعی، سازمان اجتماعی و گروه های عضویتی بعنوان عوامل بیرونی و خارجی.

دوم کنترل های روان شناختی بمثابه عوامل درونی و داخلی.

- نظریه پیوند اجتماعی

در نظریه های کنترل اجتماعی فرض شده که همه کس به طور طبیعی انگیزه ارتکاب کج رفتاری دارند و نیازی به تبیین این انگیزه ها نیست بلکه آنچه نیاز به توضیح و تبیین دارد، همناوایی با هنجاری اجتماعی است. تراوس هیرشی، مهمترین صاحب نظر این رویکرد علت همناوایی افراد با هنجارهای اجتماعی را پیوند اجتماعی آن ها دانسته است. وی مدعی است که پیوند میان فرد و جامعه مهمترین علت همناوایی و عامل اصلی کنترل رفتارهای فرد است و ضعف این پیوند یا نبود آن موجب اصلی کج رفتاری است.

- نظریه اختلاف خانوادگی و رشد شخصیت

الیزابت هارلوک نیز چون ویلیام گود منشاء نژندی و نابهنجاری را در محیط فامیلی و در ساختارهای خانوادگی جستجو می کند و آن را معلول نحوه تربیت، مکانیسم های جامعه پذیری خانواده و نیز چگونگی و کیفیت رشد شخصیت کودک در خانواده می داند. رشد سالم و طبیعی کودک متأثر از شرایط و عوامل متعددی است که سهم خانواده در این میان بیش از عوامل دیگر است. از نظر هارلوک خانواده در موارد زیر به رشد سالم و طبیعی کودک کمک می نماید:

۱: احساس امنیت از اینکه «کودک» عضو یک گروه ثابت و پایدار است.

۲: وجود افرادی که کودکان می توانند در ارضاء نیازهای فیزیکی یا روانی خود به آنها متکی باشند. و.....

- نظریه فضای عاطفی خانواده

لاونولت می کوشد با ربط رفتارهای آسیب زای خانواده به شکل گیری رفتارهای نابهنجار اعضا، تعیین کننده های ساختاری رفتار نابهنجار در خانواده را توضیح دهد.

لاونولت در خصوص نقش رفتارهای آسیب زای خانواده در شکل گیری رفتار نابهنجار متذکر می شود که تجربیات اولیه زندگی در تعیین چگونگی رفتار موثر بوده و خانواده اولین گروه و نهادی است که زمینه و شرایط چنین تجربیاتی را فراهم می نماید. لذا توجه به روابط میان اعضای خانواده و تأثیرات متقابل این کنش ها در رفتار کودک و جوان امری مهم و قابل توجه می باشد. مبانی نظری تحقیق

طی چند دهه گذشته نظریه های مختلفی تلاش کرده اند تبیین روشنی از علل گرایش نوجوانان به سمت مواد ارایه دهند. این نظریه ها طیف گسترده ای از عوامل زمینه ساز ژنتیکی، روان شناختی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی را مورد بررسی قرار داده اند (بوتوین^۳، ۲۰۰۰؛ شی یر^۴، ۲۰۰۱؛ هاوکینز، کاتالانو و میلر^۵، ۱۹۹۲؛ هانوینکل و آهار^۶، ۲۰۰۴، محمدخانی، ۱۳۸۹). با این وجود هیچ کدام از این نظریه ها به تنهایی قادر به تبیین ابعاد مختلف مساله مصرف مواد نیستند. در این بخش مهم ترین نظریه های مصرف مواد بررسی می شوند.

^۳ Botvin

^۴ Scheier

^۵ Hawkins & Catalano & Miller

^۶ Hanewinkel & Ahauer

۲-۱-۱. نظریه‌های شناختی

نظریه‌های شناختی بر نقش باورها و عقاید نوجوانان در مورد عوارض مصرف مواد به عنوان عاملی برای شروع مصرف مواد تاکید می‌نمایند. این نظریه‌ها اصلی‌ترین عامل مرتبط با مصرف مواد در نوجوانان را انتظارات و نگرش‌های آنان درباره مواد می‌دانند و معتقدند که سایر عوامل از قبیل ویژگی‌های شخصیتی نوجوانان و یا ارتباط با همسالانی که مواد مصرف می‌کنند، از طریق شناخت‌ها، ارزیابی‌ها و تصمیم‌های نوجوانان درباره مواد تاثیر خود را اعمال می‌کنند. از میان نظریه‌های متفاوت تابع این دیدگاه، نظریه رفتار مستدل (آجنزن و فیش بین^۷، ۱۹۸۰؛ فیش بین و آجنزن، ۱۹۷۵) و نظریه رفتار طرح ریزی شده از سایر نظریه‌ها جامع‌تر هستند (پتریتیس، فلای و میلر^۸، ۱۹۹۵).

۲-۱-۱-۱. نظریه رفتار مستدل

بر اساس نظریه رفتار مستدل (آجنزن و فیش بین، ۱۹۸۰) شروع آزمایشی مصرف مواد به طور اختصاصی توسط «تصمیم‌گیری» نوجوانان برای آغاز رفتارهای مرتبط با جستجو و مصرف مواد تعیین می‌شود. نظریه رفتار مستدل بر ارتباط میان اطلاعات و نگرش‌ها از یک سو و نگرش‌ها و رفتارها از سوی دیگر تاکید می‌کند. این نظریه بر پایه دو فرض مهم استوار است:

۱- اکثر رفتارهای انسان تحت کنترل ارادی اوست و بر اساس مقاصد فرد یا از طریق کلام او قابل پیش‌بینی است.

۲- انسان‌ها معمولاً به شیوه معقول عمل می‌کنند و پیش از انجام عمل اطلاعات و نتایج عمل خود را در نظر می‌گیرند.

در این دیدگاه تصمیم‌گیری‌ها، تحت تاثیر دو متغیر شناختی قرار دارد: اول آن که قصد نوجوان برای مصرف مواد تحت تاثیر نگرش وی در مورد مصرف مواد است. آجنزن و فیش بین (۱۹۸۰) بر اساس رویکرد ارزش-انتظار به نگرش‌ها معتقدند که نگرش‌های مربوط

^۷ Ajzen & Fishbein

^۸ Petraitis & Flay & Miller

به مواد، هم تابع ریاضی آمار و عوارض شخصی است که نوجوان از مصرف آزمایشی ماده انتظار دارد (یعنی هزینه‌ها و فایده‌ها) و هم تابع ارزش عاطفی است که نوجوان برای پیامدهای رفتار خود قائل می‌شود. دوم آن که قصد نوجوان برای مصرف آزمایشی مواد متأثر از عقاید و باورهای او درباره هنجارهای اجتماعی موجود در این زمینه است. اگر نوجوان معتقد باشد که دوستان صمیمی و اعضای خانواده او مصرف آزمایشی مواد را تایید می‌کنند فشار زیادی جهت استفاده از مواد احساس می‌کند. همچنین اگر نوجوان میزان شیوع مصرف آزمایشی مواد را در بین همسالان و بزرگسالان بیش از آن‌چه که هست تخمین بزند، باز هم تحت فشار روانی برای مصرف مواد قرار می‌گیرد. برخی پژوهش‌های انجام شده در مورد این نظریه، نشان می‌دهند که این دیدگاه نقش سایر متغیرها نظیر تجربه قبلی مصرف مواد که تاثیر مستقیمی بر رفتارهای ویژه مواد دارد نادیده می‌گیرد. با این حال قصد و نیت نوجوان، صرفاً تحت تاثیر نگرش‌ها و باورهای هنجاری او قرار ندارد (پتریتس، فلای و میلر، ۱۹۹۵).

۲-۱-۱-۲. نظریه رفتار طرح ریزی شده

آجرن (۱۹۸۵، ۱۹۹۱) با بازنگری در نظریه رفتار مستدل، نظریه رفتار طرح ریزی شده را مطرح نمود (شکل ۱-۲). نظریه رفتار طرح ریزی شده اظهار می‌نماید که رفتار فرد تابع سه سازه است، یعنی علاوه بر نگرش‌ها و هنجارها عامل سومی تحت عنوان «کنترل رفتاری ادراک شده» یا به تعبیر بندورا^۹ خودکارآمدی و در دیدگاه راتر^{۱۰} «کانون کنترل نیز از اهمیت عمده‌ای برخوردار است. خودکارآمدی یا کنترل رفتاری ادراک شده به ارزیابی فرد از توانایی خود برای انجام رفتار خاص اطلاق می‌شود. بر اساس نظریه رفتار طرح ریزی شده، خودکارآمدی نقش مهمی در رفتار دارد. بنابراین، اگر فرد نگرش‌های مثبتی در مورد یک رفتار داشته باشد و انتظار تایید آن را نیز از سوی دیگران داشته باشد، در صورتی که احساس کند اجرای آن رفتار فراتر از آن توانایی و کنترل اوست، آن عمل را انجام

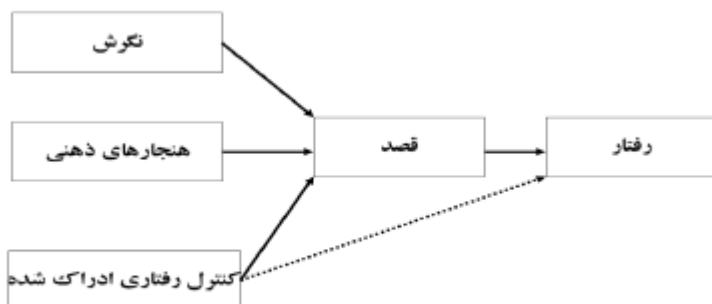
^۹ Bandura

^{۱۰} Rutter

نمی‌دهد. نظریه رفتار طرح ریزی شده بین دو نوع خودکارآمدی تفاوت قایل می‌شود: خودکارآمدی مصرف، به عقاید و باورهای نوجوانان درباره توانایی خود در به دست آوردن و استفاده از مواد مخدر اطلاق می‌گردد. نوع دوم خودکارآمدی، خودکارآمدی امتناع است و منعکس کننده باور نوجوان به توانایی خود برای مقاومت در برابر فشار اجتماعی جهت مصرف مواد است. بر اساس این دیدگاه حتی اگر نوجوان قصد مصرف مواد را نداشته باشد ممکن است به دلیل فقدان مهارت‌های لازم در امتناع از فشار همسالان مواد مصرف کند. مطالعات اخیر نقش خودکارآمدی امتناع را در کاهش مصرف مواد نشان داده‌اند. به عنوان مثال مطالعات نشان داده‌اند که میزان مصرف حشیش با ناتوانی نوجوانان در مقابله با فشارهای اجتماعی جهت مصرف الکل، سیگار و سایر مواد رابطه دارد (پتریتیس، فلاوی و میلر، ۱۹۹۵).

مطالعات متعددی نشان داده‌اند که ویژگی‌های درون فردی مرتبط با قابلیت‌های عمومی نظیر حل مساله و خودکارآمدی بالا به نوجوانان کمک می‌کند تا در مقابل فشار دوستان مقاومت نموده و رفتارهای خود را کنترل نمایند (بندورا، ۱۹۸۷). برخی مطالعات رابطه مستقیمی بین مصرف سیگار و مهارت‌های حل مساله ضعیف و خودکارآمدی پایین را کشف کرده‌اند (اپستین^{۱۱} و همکاران، ۲۰۰۰).

ولی مطالعات دیگر عمدتاً بر روی نوجوانان وابسته به گروه‌های اقلیت انجام شده‌اند چنین رابطه‌ای را نشان نمی‌دهند (بوتوین و همکاران، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۵).



شکل ۱-۲: نظریه‌ی رفتار طرح ریزی شده (آجزن، ۱۹۸۵)

^{۱۱} Epstein

۲-۱-۲. نظریه‌های یادگیری اجتماعی

نظریه‌های یادگیری اجتماعی (آکرز^{۱۲}، ۱۹۷۷؛ بندورا، ۱۹۷۷) در تبیین سو مصرف مواد علاوه بر عوامل شناختی و عاطفی؛ عمدتاً بر عوامل اجتماعی و بین فردی تأکید می‌کنند. این نظریه‌ها معتقدند که نوجوانان باورهای خود در مورد رفتارهای بزهکارانه را از الگوهای نقش به ویژه از دوستان نزدیک و والدین خود کسب می‌کنند. همانند نظریات شناختی-عاطفی، نظریه‌های یادگیری اجتماعی نیز معتقدند که نگرش‌های فرد در مورد مواد قوی‌ترین پیش‌بینی کننده سو مصرف مواد در نوجوانان است (پترتیس، فلای و میلر، ۱۹۹۵). بر اساس دیدگاه یادگیری اجتماعی نوجوانانی که تصور می‌کنند فواید مصرف مواد بیشتر از پیامدهای منفی آن است در معرض مصرف مواد قرار دارد.

نظریه یادگیری اجتماعی-شناختی بندورا (۱۹۸۶) در مورد مصرف مواد در نوجوانان معتقد است که نوجوان باورهای خود را در مورد سو مصرف مواد از الگوهای نقش خصوصاً دوستان نزدیک و والدین مصرف کننده مواد مخدر کسب می‌کند. در این دیدگاه فرض بر این است که مواجهه و ارتباط با دوستان و والدینی که مصرف کننده مواد هستند دو باور ویژه را در فرد شکل می‌دهد که به سو مصرف مواد می‌انجامد: اول آن که مشاهده الگوهایی که ماده مخدر مصرف می‌کنند مستقیماً سبب شکل‌گیری انتظار پیامد در نوجوانان می‌شود که به معنی باور آن‌ها در مورد آثار فوری اجتماعی، شخصی و فیزیولوژیک سو مصرف مواد است. این دیدگاه با افزودن مفهوم خود کارآمدی، فراتر از نظریه یادگیری اجتماعی می‌رود. بندورا معتقد است که الگوهای نقش می‌توانند خود کارآمدی مصرف و امتناع را به وجود آورند. مثلاً مشاهده همسالانی که حشیش می‌خرند و مصرف می‌کنند، اطلاعات و مهارت لازم برای بدست آوردن و مصرف حشیش را به نوجوان می‌دهد و برعکس مشاهده دوستی که در برابر فشار و تعارف همسالان برای مصرف حشیش مقاومت می‌کند، مهارت‌های امتناع و خود کارآمدی نوجوان را تقویت می‌کند، زیرا توانسته است مهارت‌های ضروری برای پرهیز از مصرف ماده را بیاموزد.

^{۱۲} Akers

رونالد^{۱۳} و همکاران (۱۹۷۹) نشان دادند که نظریه یادگیری اجتماعی به شدت رفتارهایی نظیر مصرف مواد مخدر و الکل را تبیین می‌کند. نظریه یادگیری اجتماعی به خوبی توانسته است روش‌های مختلف رفتار انحرافی را تبیین نماید.

در تایید نظریه‌های یادگیری اجتماعی و یادگیری اجتماعی-شناختی، نتایج مطالعات نشان می‌دهد که مصرف حشیش در میان نوجوانانی که درباره آن با دوستان خود صحبت می‌کنند و یا دوستانی دارند که نگرش مثبتی درباره مصرف حشیش دارند و یا سیگار، حشیش و مشروبات الکلی به آن‌ها پیشنهاد می‌کنند، شایع‌تر است (پترتیس، فلای و میلر، ۱۹۹۵). همچنین بسیاری از مطالعات نشان داده‌اند که ارتباط با همسالان مصرف کننده مواد یکی از قوی‌ترین عوامل اجتماعی پیش‌بینی کننده مصرف مواد در نوجوانان است (بیگلان^{۱۴} و همکاران، ۱۹۹۵؛ جسر و جسر^{۱۵}، ۱۹۹۷؛ نیوکامب، ۱۹۹۵). همچنین بررسی اثر آموزش والدین بر اساس اصول یادگیری اجتماعی در قالب یک برنامه آموزشی نه هفته‌ای، اثربخشی آن را در بهبود رفتارهای فرزندان در حیطه‌های کارآمدی، ایجاد تغییرات در رفتار والدین و پیشگیری از مشکلات رفتاری فرزندان را نشان داده است (ریچارد^{۱۶} و همکاران، ۱۹۸۰).

۲-۱-۳. نظریه تعلق اجتماعی

همانند نظریه‌های یادگیری اجتماعی، نظریه کنترل اجتماعی (هیرشی^{۱۷}، ۲۰۰۱) (شکل ۲-۲) فرض می‌کند که تعلق عاطفی به همسالانی که مواد مصرف می‌کنند، علت اصلی سو مصرف مواد است. ولی بر خلاف نظریه‌های یادگیری اجتماعی، این دیدگاه بر علل این تعلق و دلبستگی به ویژه، پیوند و تعهد ضعیف فرد به اجتماع، نهادها و افرادی که دوری از رفتارهای انحرافی را تشویق می‌کند تاکید می‌نماید. این نظریه بیشتر بر اساس نظریه‌های جامعه‌شناسی کلاسیک کنترل استوار است که فرض می‌کنند رفتارهای انحرافی در اکثر مردم وجود دارد ولی پیوندهای قوی فرد با اجتماع، خانواده، مدرسه و مذهب آن را کنترل می‌کند. نوجوانانی که پیوند و تعلق آن‌ها به قواعد و رسوم اجتماعی

^{۱۳} Ronald

^{۱۴} Biglan

^{۱۵} Jessor & Jessor

^{۱۶} Richard

^{۱۷} Hirschi

ضعیف است فشار زیادی برای پیروی از معیارهای مرسوم رفتاری احساس نمی کنند. در این نظریه پیوندهای ضعیف به دو معنا به کار می رود:

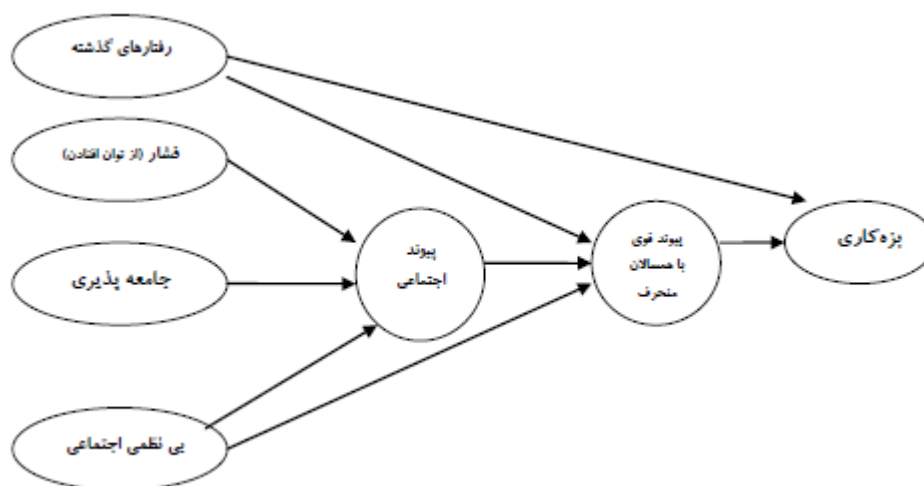
- اول به معنای فقدان تعهد به اجتماع، ارزش های آن و نهادهای تسهیل کننده فرایند جامعه پذیری نظیر مدارس و مذهب؛ لذا نوجوانی که به اجتماع، مدرسه و مذهب احساس تعهد و وفاداری نمی کند، هیچ گاه ارزش ها و معیارهای رفتاری مورد قبول جامعه را درونی نمی سازد.
- دوم به معنای پیوند ضعیف با الگوهای نقش متداول، نظیر معلمان، اعضای خانواده و خصوصاً والدین است. بر اساس این نظریه ها، نوجوانانی که احساس جدایی و بیگانگی با ارزش ها و قواعد مرسوم می کنند، احتمال بیشتری دارد که با همسالانی پیوند برقرار کند که مواد مخدر مصرف می کنند و مشوق مصرف مواد هستند.

نتایج مطالعات متعددی که نشان می دهند مصرف مواد در میان نوجوانی که از نظر اجتماعی عصیانگر هستند و احساس دوری و بیگانگی می کنند، همچنین نوجوانانی که احساس می کنند از خانواده، مدرسه و مذهبشان دور شده اند و با همسالانی در آمیخته اند که دچار انحراف و کثر رفتاری هستند بیشتر است تایید کننده این نظریه ها هستند.

نظریه کنترل اجتماعی در مورد علل سست شدن تعهد فرد به جامعه و تعلق شکننده به الگوهای نقش به سه عامل اشاره می کند (پترتیس، فلاوی و میلر، ۱۹۹۵).

یکی از دلایل تعهد و تعلق ضعیف فرد به جامعه را، فشار و احساس ناتوانی می داند و معتقد است که فشار ناشی از تفاوت فاحش بین آرزوهای نوجوان (هدف شغلی و تحصیلی او) برداشت او از فراهم بودن شرایط لازم برای دستیابی به آن آرزوهاست. بنابراین بر اساس این دیدگاه نوجوانانی که می بینند امیدها و اهداف تحصیلی یا شغلی شان به دلیل شرایط نامساعد تربیتی و شغلی، ناکام مانده اند، تعهد خود را نسبت به اجتماع و ارزش های آن از دست می دهد و بیشتر به سوی همسالان منحرفی که مشوق مصرف مواد هستند روی می آورد. علاوه بر این بعضی نوجوانان چنین حالتی را در خانه تجربه می کنند، یعنی زمانی که تمایل آن ها برای برقراری ارتباط صمیمانه با والدینشان راه به جایی نمی برد. در این وضعیت بر اساس نظریه کنترل اجتماعی، فشار درون خانواده، دلبستگی نوجوانان را به خانواده

که معمولاً مخالف مصرف مواد است، تضعیف می‌کند و به نوعی او را ترغیب به دلبستگی و پیوند با همسالانی می‌کند که معمولاً مشوق مصرف مواد هستند. پس در این دیدگاه فشار مدرسه، فشار شغلی و فشار خانه، از مهم‌ترین علل عدم پایداری نوجوان به جامعه و ارزش‌های آن محسوب می‌شوند. علت دوم پیوند ضعیف نوجوانان با جامعه، بی‌نظمی اجتماعی است که بیانگر ضعف نهادهای اجتماعی در کنترل رفتار شهروندان است (پتریتیس، فلای و میلر، ۱۹۹۵). در نتیجه اگر نوجوان در محله‌ای زندگی کند که جرم و بیکاری در آن زیاد باشد، مدارس از کیفیت لازم برخوردار نباشند و نهادهای اجتماعی نیز آمیدی در دل او ایجاد نکنند، به ارزش‌ها و قواعد اجتماعی بی‌توجه می‌شود و تعهدی نسبت به آن‌ها احساس نمی‌کند. همچنین اگر نوجوان از خانواده‌های از هم پاشیده‌ای باشد که در آن تنها یکی از والدین حضور دارد و یا والدین متارکه کرده‌اند، دلبستگی او به والدین کمتر می‌شود.



شکل ۲-۲: مدل کنترل اجتماعی

عامل سوم فرایند جامعه پذیری است. مطابق این دیدگاه تعهد اجتماعی و دلبستگی به الگوهای اجتماعی، نتیجه جامعه پذیری صحیح در جامعه است. به اعتقاد الیوت، حتی اگر نوجوان به دلیل ناکامی‌های بین فردی، آموزشی یا شغلی احساس فشار نکند و در محلات و خانواده‌های از هم پاشیده نیز رشد نکرده باشد، باز هم ممکن است به دلیل آن که فرایند جامعه پذیری در او به خوبی شکل نگرفته است (که معمولاً این کار توسط والدین انجام می‌شود) به همسالان مصرف کننده مواد بپیوندد. شواهد متعددی در مورد این دیدگاه

وجود دارد. به عنوان مثال چندین مطالعه طولی نشان داده‌اند که سو مصرف مواد در میان نوجوانانی که وضعیت تحصیلی ضعیفی دارند، شایع‌تر است (پتریتس، فلی و میلر، ۱۹۹۵). همچنین مطالعات دیگر نیز نشان داده‌اند که سو مصرف مواد در میان نوجوانانی که اغلب با والدین خود مشاجره دارند، احساس طرد شدگی می‌نمایند و یا خواستار روابط صمیمانه‌تری با خانواده‌شان هستند شایع‌تر است. برخی مطالعات نیز نشان داده است که سو مصرف مواد در میان نوجوانانی که از خانواده‌های ناآرام و پر آشوب برآمده‌اند یعنی خانواده‌هایی که والدین از هم جدا شده‌اند متارکه کرده‌اند و یا تنها یک والد حضور دارد بیشتر است.

۲-۱-۴. مدل رشد اجتماعی

مدل رشد اجتماعی که توسط هاو کینز و ویس^{۱۸} (۱۹۸۵) مطرح شده است رفتارهای نابهنجار از جمله مصرف مواد را بر اساس پیوند اجتماعی تبیین می‌کند. مدل رشد اجتماعی بر افراد، رشد اجتماعی و تعاملات اجتماعی آن‌ها تاکید می‌نماید. تاثیری که خانواده، مدرسه و همسالان بر رفتار نوجوان دارند به موازات رشد نوجوان تغییر می‌کند، به طوری که والدین در سال‌های پیش از مدرسه، معلمان در سال‌های مدرسه و پیش از نوجوانی و همسالان در دوره نوجوانی بیشترین تاثیر را دارند. در این نظریه بر مهارت‌ها، فرصت‌ها و تقویت‌های نوجوان برای پیوند با والدین و مدرسه که هر دو در بازداری مصرف مواد موثرند، تاکید می‌شود. بر اساس دیدگاه هاو کینز و ویس نوجوانان در شرایط زیر بیشتر به سوی همسالان مصرف کننده مواد روی می‌آورند:

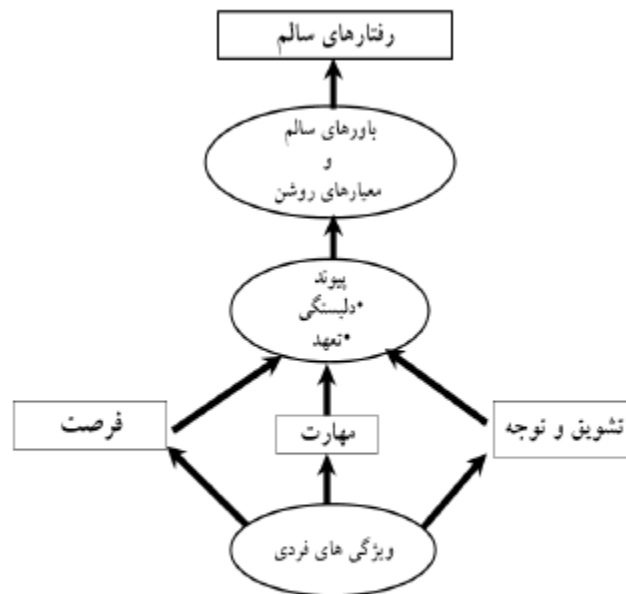
۱- شرایط و فرصت‌های کافی برای تقویت تعاملات اجتماعی در خانه و مدرسه فراهم نشده باشد.

۲- مهارت‌های بین فردی و تحصیلی او برای تعاملات موفق و مطلوب در خانه و مدرسه کم باشد.

۳- در قبال تعاملات اجتماعی با والدین و معلمان تقویت مناسبی دریافت نکند.

^{۱۸} Hawkins & Weis

شکل ۲-۳ مدل رشد اجتماعی (هاوکینز و ویس، ۱۹۸۵) را نشان می‌دهد. اهمیت تقویت تعاملات، مهارت‌های فردی و مهارت‌های تحصیلی، در چندین پژوهش ثابت شده است. بر اساس نتایج این مطالعات سو مصرف مواد میان نوجوانان و جوانانی که احساس طرد شدگی می‌کنند و خواهان ارتباط گرم و نزدیک‌تری با خانواده‌شان هستند بیشتر است (الیوت و همکاران، ۱۹۸۵؛ به نقل از پتریتیس، فلای و میلر، ۱۹۹۵). همچنین سو مصرف مواد در میان نوجوانانی که در روابط بین فردی خود پرخاشگر، خصومت‌گر و ناسازگار هستند و در عین حال مهارت‌های تحصیلی ضعیفی نیز دارند بیشتر دیده می‌شود.



شکل ۲-۳: مدل رشد اجتماعی (هاوکینز و ویس، ۱۹۸۵)

۲-۱-۵. مدل بوم‌شناسی اجتماعی

بر اساس دیدگاه بوم‌شناسی اجتماعی (کامپر و ترنر^{۱۹}، ۱۹۹۱) مهم‌ترین علت سو مصرف مواد فشار روانی، به ویژه فشار روانی مرتبط با مدرسه است. نوجوانانی که مدرسه را سخت و پر استرس ادراک می‌نمایند، از فعالیت‌های مدرسه‌ای گریزان شده و همسالان منحرف را به منزله مفری برای رهایی از فشار روانی انتخاب می‌کند، در عین حال سو مصرف مواد نیز توسط آن‌ها تقویت می‌شود.

^{۱۹} Camper & Turner

در این دیدگاه خودکارآمدی تحصیلی ضعیف، مهم‌ترین علت فشار روانی نوجوانان در مدرسه است.

مدل بوم‌شناسی اجتماعی اظهار می‌نماید که اگر نوجوان در مورد مهارت‌های تحصیلی خود دچار تردید شود و مدرسه را محیطی پر فشار و نامساعد درک کند ممکن است به مصرف مواد روی آورد. کامپ و ترنر در یک مطالعه‌ای مقطعی گزارش دادند که نوجوانانی که تصویر منفی از مدرسه دارند و احساس می‌کنند به آن تعلق ندارند بیشتر به همسالان منحرف و مصرف‌کننده مواد روی می‌آورند. ویژگی ممتاز این دیدگاه در این است که نقش محیط مدرسه و ادراک نوجوان از توانایی‌های تحصیلی خود را برجسته‌تر می‌کند و بر این نکته تأکید می‌نماید که می‌توان با اجرای برنامه‌هایی که مهارت تحصیلی دانش‌آموز و احساس تسلط او را ارتقا بخشیده و در عین حال محیط را بهبود می‌بخشد از مصرف مواد پیشگیری نمود.

۲-۱-۶. نظریه تحقیر خود

بر اساس نظریه تحقیر خود (کاپلان^{۲۰}، ۱۹۷۵؛ کاپلان و همکاران، ۱۹۸۲) عزت نفس کلی فرد، عامل اصلی در سو مصرف مواد و پیشگیری از آن محسوب می‌شود. نظریه تحقیر خود اظهار می‌نماید که اگر نوجوان به طور مکرر در معرض ارزیابی‌های منفی و انتقادات دیگران قرار گیرد، عزت نفس او پایین می‌آید، خود را تحقیر می‌کند و احساس بی‌کفایتی می‌نماید. همچنین نوجوانانی که احساس می‌کنند از سوی دیگران طرد شده‌اند و عملکرد اجتماعی مورد قبولی ندارد واکنش‌هایی را از خود نشان می‌دهند: اول آن که احساس می‌کنند باید به طور نمادین در برابر معیارها و ارزش‌های مرسوم طغیان کنند. دو آن که از الگوهای اجتماعی مرسوم دوری می‌کنند. سوم این که احساس می‌کنند می‌توانند با انجام رفتارهای نامتعارف احساس خود ارزشمندی‌شان را تقویت نمایند و در نهایت با همسالان منحرفی ارتباط برقرار می‌کنند که احساس ارزشمندی را در آنان تقویت می‌کنند. زمانی که مواد مخدر به سادگی در دسترس است و توسط دیگران مصرف می‌شود و با ارزش‌های اجتماعی و فردی نیز تعارضی ندارد، انگیزه‌های درونی نوجوان برای عدم پیروی از معیارها و ارزش‌های اجتماعی به صورت مصرف مواد نمایان می‌شوند که در واقع به منزله طرد نمادین اجتماعی محسوب می‌شود

^{۲۰} Kaplan

که همان اجتماع در وهله اول تحقیر خود را در او تشدید کرده بود. این دیدگاه با وارد نمودن مفاهیم عزت نفس، انزوا و دوری‌گزینی از اجتماع و ارتباط با همسالان منحرف و با تکیه بر ویژگی‌های درون فردی و مفاهیمی از نظریه‌های تعهد و وابستگی و همچنین یادگیری اجتماعی سو مصرف مواد را تبیین می‌کند. بر اساس نتایج برخی مطالعات انجام شده عزت نفس به طور غیر مستقیم سو مصرف مواد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. کاپلان و همکارانش (۱۹۸۲) در یک مطالعه بلند مدت (۲ساله) بر روی نوجوانان به این نتیجه رسیدند که عزت نفس ضعیف مستقیماً بر ارتباط نوجوان با همسالان مصرف کننده مواد تاثیر می‌گذارد که خود به طور غیر مستقیم سو مصرف مواد را متاثر می‌سازد. ولی به نظر نمی‌رسد که اعتماد به نفس مستقیماً بر سو مصرف مواد تاثیر داشته باشد. همچنین ۱۰ مطالعه طولی بر روی نوجوانان نشان داد که ارتباط معناداری میان اعتماد به نفس پایین و سو مصرف مواد وجود ندارد (پتریتیس، فلای و میلر، ۱۹۹۵).

۲-۱-۷. مدل یادگیری اجتماعی چند مرحله‌ای

سیمون^{۲۱} و همکاران (۱۹۸۸) با بسط نظریه یادگیری اجتماعی آکرز (۱۹۷۷) تلاش کردند دریابند «چرا نوجوانان به گروه‌های همسال مصرف کننده مواد می‌پیوندند». در دیدگاه یادگیری اجتماعی سیمون، فرایندهای یادگیری اجتماعی با چند ویژگی درون فردی ترکیب می‌شوند. این ویژگی‌ها عبارتند از: اعتماد به نفس پایین، آشفتگی هیجانی (تنش، اضطراب و خلق افسرده)، مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف (استفاده از مکانیسم دفاعی انکار، اجتناب یا بی‌توجهی)، مهارت‌های ضعیف در تعاملات اجتماعی (پرخاشگری، خجالت، بی‌ادبی، ناسازگاری با دیگران و نداشتن همدلی) و داشتن نظام ارزشی فردی که بر اهداف فعلی و کوتاه مدت و نه اهداف بلند مدت مرتبط با خانواده، تعلیم و تربیت و مذهب تاکید دارد. سیمون و همکارانش (۱۹۸۸) این ویژگی‌های درون فردی را در قالب یک الگوی سه مرحله‌ای مصرف آزمایشی مواد قرار دادند:

اولین مرحله، درباره علل اولین تجربیات جوانان با مواد است. این تجربه اغلب اوقات به صورت مصرف مشروبات الکلی است؛ لذا جوانان از چند راه به سمت مصرف آزمایشی مواد کشیده می‌شوند:

^{۲۱} Simon

الف) سیستم ارزش‌های فردی که به جای هدف‌های بلند مدت و معمول در خانواده، تحصیل و مذهب، بر هدف‌های جاری متمرکز است.

ب) والدینی که نمی‌توانند حمایت، نظارت، گرمی و انضباط را به جوانان انتقال دهند.

ج) مشاهده والدینی که در برابر جوانان مواد مصرف می‌کنند.

مرحله دوم به بررسی عامل ارتباط جوانان با همسالان منحرف و مصرف‌کننده مواد می‌پردازد و به توصیف اولین تجربه مصرف مواد و نقایص و کاستی‌های مهارت‌های اجتماعی در نوجوانان می‌پردازد. خصوصاً در این مدل پیش‌بینی می‌شود که اگر نوجوان در گذشته سابقه مصرف مواد داشته باشد و یا جور، خجالتی، بی‌ادب، ناسازگار یا ناتوان در همدلی باشد، به سوی همسالان منحرف کشیده می‌شود.

مرحله سوم، مرحله‌ای است که نوجوانان از مصرف مواد به مصرف‌کننده دائمی تبدیل می‌شوند. بر اساس این دیدگاه، مصرف مواد در نوجوانان به چند دلیل تشدید می‌شود: ۱) نوجوانان شاهد مصرف مواد توسط والدین باشند، ۲) همسالانی داشته باشند که سو مصرف مواد را تایید کنند، ۳) از نظر هیجانی آشفته و تحت فشار باشند، ۴) مهارت‌های مقابله‌ای ضعیفی داشته باشند. سیمون و همکاران اظهار می‌نمایند نوجوانانی که از نظر عاطفی، آشفته (مضطرب با افسرده) هستند، به سو مصرف مواد خود دامن می‌زنند، زیرا در انتظار آرامش و رهایی کوتاه مدتی هستند که به دنبال مصرف مواد تجربه کرده‌اند. در واقع نوجوانانی که مهارت‌های مقابله‌ای ضعیفی دارند، از سو مصرف مواد به عنوان روشی برای مقابله با مشکلات خود استفاده می‌کنند (پتریتیس، فلای و میلر، ۱۹۹۵).

۲-۱-۸. نظریه تعامل خانواده

بروک^{۲۲} و همکاران (۱۹۹۰) نظریه پیچیده‌ای را توصیف می‌کنند که در آن دلبستگی عاطفی به والدین، یادگیری‌های اجتماعی و ویژگی‌های درون فردی نوجوانان، به طور مستقیم بر مصرف مواد اثر می‌گذارند. پایه و اساس نظریه تعامل خانواده «ارتباط و پیوند قوی عاطفی بین والدین و کودک» به ویژه ارتباط مادر و کودک است. بر اساس این نظریه، دلبستگی میان والد و کودک چهار علت و سه پیامد دارد. چهار علت دلبستگی بین والد-فرزند عبارتند از: الف) ارزش‌های مورد قبول والدین،

^{۲۲} Brook

ب) رفتار توام با حمایت و محبت والدین، ج) آرامش روانی مادر و د) کنترلی که مادر در مورد کودک خود دارد.

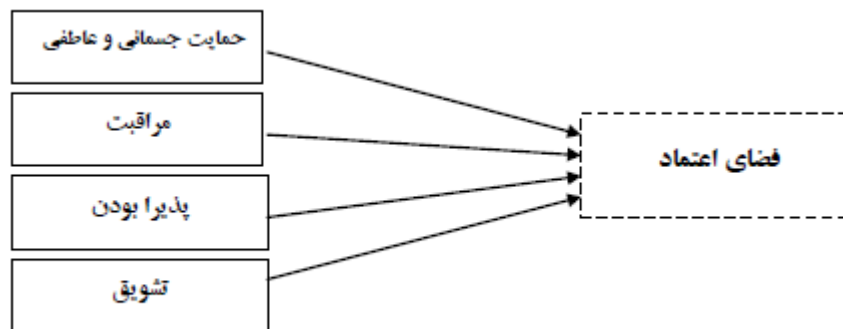
سه پیامد قوی میان والد و کودک عبارتند از: الف) رشد شخصیتی مناسب و سازش یافته در نوجوانان، ب) عدم برقراری ارتباط با همسالانی که مصرف کننده مواد هستند و ج) مصرف کم یا عدم مصرف مواد در میان نوجوانان. در این دیدگاه والدینی که ارزش‌های مشخصی ندارند و مهربانی و حمایت کمتری فراهم می‌کنند و یا مادرانی که آرامش روانی ندارند و کنترل کمی بر کودکانشان دارند فرزندان تربیت می‌کنند که در دوره نوجوانی در معرض مشکلات متفاوتی قرار می‌گیرند از جمله ارتباط با همسالان مصرف کننده مواد و در نهایت سو مصرف مواد. این نظریه بیش از هر نظریه دیگر در مورد روابط پویای والدین و کودک در دوره پیش از نوجوانی و ابتدای نوجوانی و نقش آن در سو مصرف مواد در دوره نوجوانی توضیح داده است. بر اساس این دیدگاه فقدان حمایت والدین و نظارت آن‌ها منجر به پیوند خانوادگی ضعیف، مشکلات شخصیتی، ارتباط با همسالان مصرف کننده مواد و مصرف مواد می‌شود. همچنین این نظریه بیش از سایر نظریه‌ها در مورد تاثیر ویژگی‌ها و خصیصه‌های روانی کودکان و نوجوانان بر مصرف مواد تاکید دارد. برخی از این ویژگی‌ها عبارتند از:

بی‌علاقگی و عدم توجه به پیشرفت؛ یکپارچگی ضعیف «من»، یا توانمندی «فرامن»، افسردگی، عزت نفس پایین، پرخاشگری، نافرمانی، هیجان طلبی و ناتوانی در کنترل تکانه‌ها. علاوه بر این شواهد موجود حاکی از آن است که روابط پویای کودک-والد و هم صفات شخصیتی نوجوان نقش مهم و مستقلى در سو مصرف مواد دارند. نظریه تعامل خانواده پیوند بین کودک و والدین را مهم‌ترین عامل حفاظت کننده در نظر می‌گیرند و بر سه جنبه فرزند پروری به عنوان مهم‌ترین شرایط برای تربیت فرزندان سالم تاکید می‌نماید (لزین^{۲۳} و همکاران، ۲۰۰۴).

پیوند: با پیوند عاطفی مثبت و پایدار مشخص می‌شود. این مولفه با شاخص‌هایی نظیر پذیرش، صرف وقت با همدیگر، در دسترس بودن والدین برای فرزندان و لذت بردن از بودن با فرزند، ارزیابی

^{۲۳} Lezzin

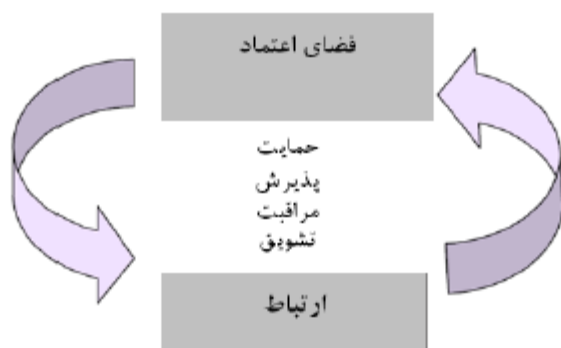
می‌شود. اگر این پیوند عاطفی عمیق‌تر است، کودک می‌آموزد تا به بزرگسالان اعتماد نماید، به خودش ارزش قائل شده و مایل و قادر به ایجاد تعامل اجتماعی در خانه و بیرون از آن می‌باشد. تعیین قوانین و مقررات: به معنای تعیین ساختار مناسب برای رفتار کودک و نوجوانان از قبیل قوانین، مقررات، نظارت و کنترل بر رفتار کودک است. قوانین و مقررات پایدار و متناسب با سن، به کودکان کمک می‌کند تا یاد بگیرند که کدام رفتار مناسب است و در نتیجه می‌توانند خود را با آن رفتارها منطبق ساخته و خود را از اثرات منفی بیرون از خانواده، حفاظت نمایند. خودمختاری روان‌شناختی: ایجاد فرصت‌های مناسب برای کودکان جهت رشد افکار، احساسات و عقاید خود و بیان آن‌ها. این مولفه در واقع عکس کنترل روانی است که مزاحم، مشروط و همراه با



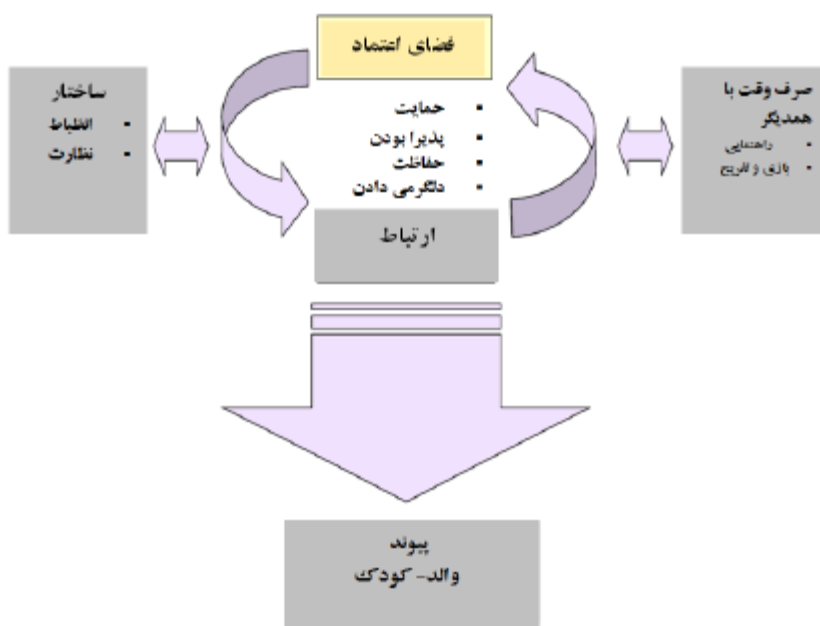
شکل ۴-۲: عوامل موثر در ایجاد فضای اعتماد بین کودکان و والدین

دستکاری است.

پیوند عاطفی عمیق بین کودک و والدین نتیجه ایجاد فضای توأم با اعتماد است که پیامد مستقیم حمایت جسمانی، مراقبت، پذیرش و تشویق می‌باشد (لزین و همکاران، ۲۰۰۴). حمایت جسمانی، مراقبت، پذیرش و تشویق به شیوه کلامی و راه‌های دیگر انجام می‌شود. هر چه این عناصر بین کودک و والدین بیشتر تبادل شود فرایند ایجاد فضای اعتماد تقویت می‌شود (شکل ۴-۲). ایجاد ارتباط و جو توأم با اعتماد برای اعمال ساختار، انضباط، کنترل و راهنمایی توسط والدین بسیار مهم است. همچنین ارتباط و اعتماد بر لذت بردن متقابل والدین و فرزندان از صرف وقت با همدیگر تاثیر می‌گذارد، که به نوبه خود فرصتی برای ارتباط، تفریح و تعامل جدی و ایجاد اعتماد بیشتر فراهم می‌سازد و پیامد آن پیوند پایدار و مقاوم بین والدین و فرزندان است (شکل ۵-۲، ۶-۲) که نقش حفاظتی مهم در برابر رفتارهای پر خطر نظیر مصرف مواد ایفا می‌نماید (لزین و همکاران، ۲۰۰۴).



شکل ۵-۲: رابطه‌ی متقابل حمایت جسمانی، پذیرش، مراقبت و تشویق در ایجاد فضای اعتماد



شکل ۶-۲: تأثیر متقابل فضای اعتماد اساسی و ارتباط بر ایجاد پیوند والد-کودک

۹-۱-۲. نظریه رفتار مشکل ساز

نظریه رفتار مشکل ساز (جر و همکاران، ۱۹۹۱) نظریه جامعی است که در مورد علل رفتارهای مشکل ساز نوجوانان نظیر مصرف مواد، مشروبات الکلی و رفتارهای بزهکارانه تبیین‌هایی ارائه می‌نماید. بر اساس نظریه رفتار مشکل ساز، نوجوانانی که مستعد یک رفتار مشکل ساز است (مثلاً بزهکاری)، مستعد سایر رفتارهای مشکل ساز (مثلاً مصرف حشیش) نیز می‌باشند. بر اساس این نظریه، رفتار مصرف نتیجه تعامل سه حوزه است: عوامل

شخصیتی فرد، عوامل محیطی و سیستم رفتاری فرد. ترکیب این سه سیستم منجر به آسیب پذیری روان شناختی فرد برای انجام رفتار مشکل می گردد (جر، ۱۹۹۱؛ به نقل از کاجو و کلاین^{۲۴}، ۲۰۰۲). در تایید این نظریه، بررسی ها نشان می دهند که نوجوانانی که حشیش مصرف می کنند احتمال بیشتری وجود دارد که مشروبات الکلی نیز مصرف نمایند و در عین حال از نظر جنسی نیز بی مبالا هستند، ممکن است کارهای خلاف انجام دهند، فرار و دعوا کنند و یا با والدین خود مخالفت ورزی نموده و در نهایت کمتر به فکر سلامتی خود و ارتقای آن باشند (دونوان، جر و کاستال، ۱۹۹۱؛ به نقل از پترتیس، فلای و میلر، ۱۹۹۵).

این دیدگاه فرض می نماید که آسیب پذیری در برابر رفتارهای مشکل ساز، ناشی از تعامل شخص و محیط است. محیط به ساختارها یا عوامل نزدیک و دور تقسیم می شود. در هسته مرکزی ساختارهای دور، پیوند و ارتباط با خانواده و همسالان قرار دارد. اگر نوجوانان با والدین دلبستگی و پیوند عاطفی خوبی نداشته باشند، بیشتر با همسالان خود ارتباط نزدیک تری برقرار کرده و تحت تاثیر آنها باشند تا والدین خود بیشتر در معرض خطر مصرف مواد هستند. در هسته ساختارهای نزدیک الگو پذیری اجتماعی و رفتارهای ویژه مواد از سوی دوستان و اعضای خانواده است. مطابق این نظریه نوجوان اگر دوستانی داشته باشد که مواد مخدر مصرف کنند و یا معتقد باشد که دوستان و والدین او مصرف مواد را تایید می کنند در معرض خطر مصرف مواد قرار دارد. ویژگی های شخصیتی و روانی فرد نیز به سه مقوله دور، واسط و نزدیک تقسیم می شود: دورترین ویژگی روانی تحت گروه باورهای شخصی قرار می گیرد، ساختارهایی که نوجوان را در معرض مصرف مواد قرار می دهند، شامل این موارد هستند: الف) احساس طرد شدگی و بیگانگی اجتماعی (نظریه تعهد به ارزش های مرسوم)، ب) داشتن عزت نفس پایین و این احساس که در صورت اقدام به رفتارهای انحرافی، چیز زیادی را از دست نمی دهد (نظریه تحقیر خود)، ج) کانون کنترل بیرونی یعنی اعتقاد به این که رفتارهای معمول وی مورد تایید اجتماع

^{۲۴} Klein

نیست رفتارهای انحرافی او نیز مورد تنبیه اجتماعی قرار نمی گیرند. عوامل واسط مصرف مواد، تحت گروه ساختار تحریک انگیزشی قرار می گیرند و به جهت گیری اهداف اصلی نوجوانان، انتظارات و ارزش های شخصی آنان مربوط می شوند. این ساختار بیان می کند که نوجوانانی که ارزش بسیار بالایی به ارتباط با همسالان قایل هستند، به دنبال استقلال و جدایی از خانواده می باشند و پیشرفت و موفقیت تحصیلی را بی ارزش می دانند در معرض خطر مصرف مواد هستند. در نهایت نزدیک ترین علل درون فردی تحت عنوان ساختار کنترل فردی قرار می گیرند.

این ساختار شامل نگرش نوجوانان نسبت به رفتارهای انحرافی است. بر این اساس نوجوانانی که رفتارهای انحرافی را قبول دارند (یا تحمل کنند) و یا معتقد باشد که سودمندی های مصرف مواد از آثار زیان بار آن بیشتر است در معرض خطر مصرف مواد قرار دارند.

شواهد زیادی نظریه رفتار مشکل ساز را مورد تایید قرار می دهند. به عنوان مثال مطالعات بسیاری نشان داده اند که مصرف مواد در میان نوجوانانی که الف) احساس می کنند که از سوی والدین طرد شده اند نزدیکی بیشتری با همسالان دارند و بیشتر تحت تاثیر همسالان هستند (نظریه دلبستگی و تعهد، ب) دوستانی دارند که ماده مخدر مصرف می کنند و سو مصرف مواد را تایید می کنند (الگوی یادگیری اجتماعی، ج) نگرش هایی دارند که سو مصرف مواد را می پذیرند (نظریه شناختی-عاطفی، د) ارزش کمی برای موفقیت و پیشرفت تحصیلی قائلند (نظریه تعهد و دلبستگی) و از نظر اجتماعی عیب جو و خرده گیر هستند، احساس دوری می کنند، نافرمان هستند و به دنبال استقلال و جدایی از جامعه و ارزش های متداول آن می باشند (نظریه تعهد و دلبستگی)، بیشتر است.

۲-۱-۱۰. نظریه گروه همسالان

اوتینگ و بیووایس^{۲۵} (۱۹۸۶، ۱۹۸۷) نظریه ای را مطرح کرده اند که برخی از مسائل و مفاهیم نظریه رفتار مشکل ساز جر و همکارانش (۱۹۹۱) را نیز در بر می گیرد. ولی بر خلاف

^{۲۵} Oetting & Beauvais

نظریه رفتار مشکل ساز که در تصریح تاثیر غیر مستقیم متغیرها بر سو مصرف مواد چندان موفق نبوده است، نظریه گروه دوستان فرض می کند که «تنها متغیر منفرد و برجسته در مصرف مواد در نوجوانان، تاثیر همسالانی است که نوجوانان آن ها را برای ارتباط خود انتخاب کرده است. استفاده از مواد تقریباً همیشه به طور مستقیم به ارتباط با همسالان مربوط است». در این دیدگاه سایر عوامل به طور غیر مستقیم و از طریق نقشی که در ارتباط نوجوانان با همسالان مصرف کننده مواد ایفا می کنند بر مصرف مواد تاثیر می گذارند (اوتینگ و بیوویس، ۱۹۸۷). در واقع این نظریه به منظور تبیین رابطه بین مصرف مواد توسط فرد و مصرف مواد توسط دوستان وی مطرح شد. فرض بنیادین این دیدگاه آن است که مصرف مواد در نوجوانی، یک فعالیت گروهی است که در بافت اجتماعی گروه دوستان صورت می گیرد. اوتینگ و بیوویس (۱۹۸۶) در مطالعه ای به بررسی ویژگی های روانی/اجتماعی مرتبط با مصرف مواد پرداختند و دریافتند که تشویق همسالان به مصرف مواد بیشترین رابطه مثبت و بازداری همسالان بیشترین رابطه منفی با مصرف مواد دارند.

۲-۱-۱۱. نظریه مرحله

نظریه مرحله (کندل و لوگان^{۲۶}، ۱۹۸۴)، اظهار می نماید که درگیری نوجوانان در مصرف مواد در یک توالی مشخص و طی چند مرحله رخ می دهد، که از تجربه کردن تا وابستگی گسترده است. به طور معمول نوجوانان قبل از آن که به مواد مخدر وابسته شوند، یک روند آزمایشی و تجربی مصرف مواد را طی می کنند که در طی آن مصرف ماده هنوز بخشی از زندگی فرد نشده است. به این روند، مصرف آزمایشی (تفنی) مواد گفته می شود (کندل، ۲۰۰۲؛ کندل، یاماگوچی و چن^{۲۷}، ۱۹۹۲).

مراحل اولیه با مصرف سیگار و مشروبات الکلی شروع و به مصرف حشیش پیش می رود. استفاده از مواد افیونی، توهم زاهها، و سایر مواد غیر قانونی معمولاً در مراحل بعدی توالی رفتار مصرف مواد رخ می دهد. بر اساس نظریه مرحله کندل، برنامه های پیشگیری از

^{۲۶} Kandel & Logan

^{۲۷} Kandel & Yamaguchi & Chen

مصرف مواد در نوجوانان، باید بر پیشگیری از مصرف مواد در مراحل اولیه یا حداقل به تاخیر انداختن شروع مصرف در میان نوجوانان متمرکز شده و در حد امکان دانش آموزان را در سنین پایین (دوره راهنمایی یا سال اول دبیرستان) آماج مداخله خود قرار دهند زیرا این دوره دوره‌ای است که بیشتر نوجوانان مواد مخدر را برای اولین بار تجربه می‌کنند. همچنین با افزایش سن (شاید به دلیل تکامل مغز نوجوانان) احتمال بروز وابستگی به مواد نیز کاهش می‌یابد، از این رو تلاش برای به تاخیر انداختن شروع مصرف مواد، بسیار مهم است (کاجو و کلاین^{۲۸}، ۲۰۰۲).

کاربرد دیگر نظریه مرحله‌ای سو مصرف مواد آن است که برنامه‌های پیشگیرانه باید مصرف سیگار، مشروبات الکلی و حشیش را هدف خود قرار دهند، زیرا رایج‌ترین مواد مورد مصرف در جامعه بوده و معمولاً اولین موادی هستند که نوجوانان امتحان می‌کنند و با توجه به «فرضیه دروازه‌ای» مصرف مواد، مقدمه‌ای برای مصرف سایر مواد به ویژه مواد سنگین می‌باشند (کندل، ۲۰۰۲؛ کندل، یاماگوچی و چن، ۱۹۹۲).

۲-۱-۱۲. مدل استرس اجتماعی

مدل استرس اجتماعی (رودز^{۲۹}، ۱۹۸۸) بر نقش عوامل فردی، خانوادگی و جامعه بزرگ‌تر بر خطر مصرف مواد تأکید می‌کند. هر کدام از این نظریه‌های چندگانه، در تبیین مشکل مصرف مواد بر عوامل خاصی تأکید می‌کنند. با این حال مدل استرس اجتماعی، عوامل فردی، خانوادگی و اجتماعی را که بخشی از مدل‌های دیگر هستند با هم ترکیب می‌نماید. از این رو مدل جامعی است.

همان‌طور که اشاره شد عوامل زیستی-وراثتی، روان‌شناختی، اجتماعی، محیطی، قانونی، خانوادگی بسیاری در مصرف مواد مخدر دخیل‌اند. با این حال تمامی این عوامل برای به ظهور رساندن تاثیرهای خود باید از سیستم روانی فرد عبور نمایند. می‌توان چنین فرض کرد که عوامل روان‌شناختی آخرین حلقه از عواملی است که به مصرف مواد معنا

^{۲۸} Kodjo & Klein

^{۲۹} Rhodes

می‌بخشد. بنابراین، درک و فهم این عوامل کلید فهم رفتار مصرف مواد محسوب می‌گردد. مصرف مواد مخدر نتیجه تعامل عوامل مختلف است. عنصر اصلی در این فرایند رفتار مصرف مواد است. تصمیم برای مصرف مواد متأثر از موقعیت‌های اجتماعی و روان‌شناختی فعلی و تاریخچه زندگی فرد است. علاوه بر این مصرف مواد پیامدهایی دارد که می‌تواند تقویت‌کننده یا بیزاری‌آور باشد و به دنبال آن و طی یک فرایند یادگیری احتمال تکرار مصرف مواد افزایش یا کاهش می‌یابد. برخی از مواد می‌توانند به فرایند زیست‌شناختی مرتبط با تحمل و وابستگی جسمی منجر شوند. پدیده تحمل نیز می‌تواند موجب کاهش برخی اثرات مخرب مواد گردیده و به مصرف مقادیر بیشتر مواد منجر می‌شود که خود می‌تواند باعث تسریع یا تشدید وابستگی جسمی گردد.

به طور خلاصه، نظریه‌ها و مدل‌های مختلفی تلاش کرده‌اند مصرف مواد را در نوجوانان تبیین نمایند ولی هیچ کدام از نظریه‌ها قادر به تبیین تمام ابعاد این پدیده نیستند؛ بنابراین ترکیبی از نظریه‌های مختلف برای فهم مصرف مواد مفید خواهد بود.

۲-۲. مدل‌های پیش‌بینی‌کننده مصرف مواد در نوجوانان

هیچ کدام از نظریه‌های مصرف مواد قادر به تبیین همه ابعاد این پدیده نیستند. امروزه روشن شده است که هیچ عاملی به تنهایی شرط لازم و کافی برای مصرف مواد نیست، مصرف مواد نتیجه ترکیبی از عوامل گوناگون است. برخی از این عوامل (عوامل خطر ساز) موجب افزایش خطر مصرف و برخی دیگر (عوامل حفاظت‌کننده) موجب کاهش مصرف مواد می‌شوند (گلانتز و هارتل ۲۰۰۲،^{۳۰}). آن چه مهم است یافتن روش‌های مناسب برای تلفیق یافته‌های پژوهش‌های مجزا است. این امر قدرت تبیینی و پیش‌بینی مدل‌های نظری را افزایش خواهد داد. به دنبال رشد و تکامل روش‌شناسی پژوهش، در سال‌های اخیر، پژوهشگران با بهره‌گیری از روش‌های پیچیده از جمله مدل معادلات ساختاری برای تحلیل مجموعه پیچیده‌ای از متغیرهای نهفته توانسته‌اند با تلفیق یافته‌های نظریه‌های مختلف، مدل‌های جامع‌تری ارائه نمایند که تا حدود زیادی می‌توانند عوامل زیر

^{۳۰} Glanz & Hartel

بنایی موثر در پدیده مصرف مواد را آشکار ساخته و راهبردهایی برای مداخلات پیشگیرانه ارائه نماید.

۲-۲-۱. مدل تلفیقی مصرف مواد در نوجوانان

پیلبرت و بوتوین (۲۰۰۰) با مرور بررسی‌های انجام شده در زمینه عوامل خطر ساز و حفاظت کننده مصرف مواد در نوجوانان مجموعه‌ای از عوامل را که در آغاز مصرف مواد نقش دارند در یک مدل شروع مصرف الكل، سیگار و سایر مواد تلفیق کرده است. شکل ۲-۹ مهم‌ترین عوامل موثر بر مصرف مواد را نشان می‌دهد. این عوامل را می‌توان بر اساس حیطه‌ها یا زمینه‌های مختلف گروه بندی کرد. این مدل نظری عناصر و مولفه‌های اساسی چندین نظریه سبب شناسی مهم در زمینه مصرف مواد، از جمله نظریه یادگیری اجتماعی (بندورا، ۱۹۷۷)، نظریه رفتار مشکل ساز (جر و جر، ۱۹۷۷)، نظریه تحقیر خود (کاپلان، ۱۹۸۰)، نظریه ارتباطات متقاعد کننده (مک گوایر، ۱۹۶۸) و نظریه‌های مربوط به گروه همسالان (اوتینگ و بیو وایس، ۱۹۸۷) را در برمی گیرد. بر اساس مدل تلفیقی بوتوین (۲۰۰۰) مصرف الكل، سیگار و سایر مواد نتیجه تعامل پویا مجموعه‌ای از عوامل محیطی و فردی در نظر گرفته می‌شود که در آن همسالان، والدین و سایر عوامل اجتماعی در تعامل با آسیب پذیری‌های روان شناختی فرد به مصرف الكل، سیگار و سایر مواد منجر می‌شوند. به عنوان مثال برخی افراد ممکن است تحت تاثیر تبلیغات رسانه‌ای که مصرف الكل، سیگار و سایر مواد را طبیعی یا فریبده جلوه می‌دهند، به مصرف این مواد روی آورند، در حالی که افراد دیگر تحت اثر اعضای خانواده یا دوستانی که مواد مصرف می‌کنند، یا باورها و نگرش‌هایی دارند که مصرف مواد را تایید می‌کند، شروع به مصرف مواد می‌کنند.

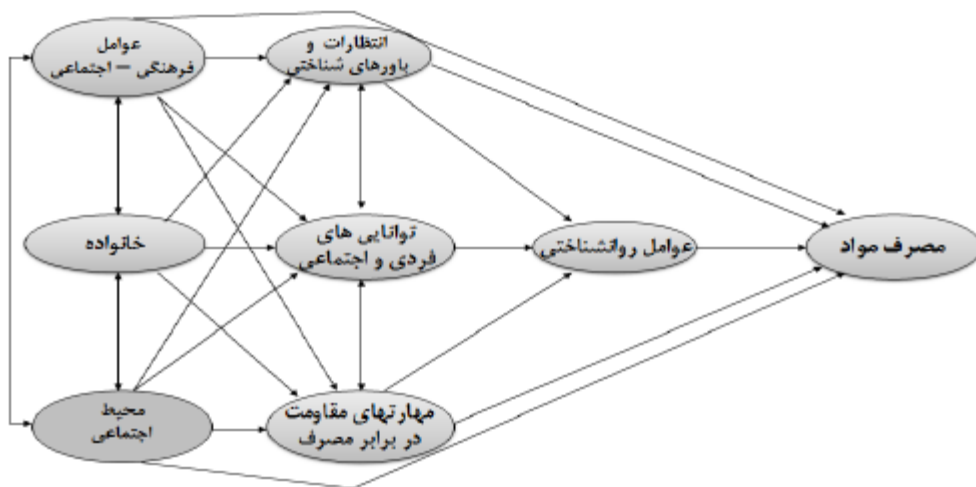
در شکل ۲-۱۰ متغیرهای موجود در شکل ۲-۹ به صورت مدل علی ارائه شده است. این الگو عوامل کلیدی مرتبط با شروع مصرف مواد را به گونه‌ای منسجم با یکدیگر تلفیق کرده است. بر اساس این مدل، افرادی که باورهای هنجاری درباره الكل، سیگار سایر مواد دارند، و از مهارت‌های اجتماعی و فردی و مهارت‌های جرات مندی ضعیفی برای مقاومت

در برابر مصرف مواد برخوردار هستند، بیشتر تحت تاثیر این نفوذهای اجتماعی قرار می گیرند. همچنین عوامل اجتماعی ترویج کننده مصرف الکل، سیگار و سایر مواد احتمالاً در مورد افرادی که از نظر روان شناختی آسیب پذیر هستند (به عنوان مثال دچار اضطراب اجتماعی، عزت نفس پایین، خودکارآمدی ضعیف و ناراحتی روانی هستند) بیشتر تاثیر گذار می باشند. مطابق مدل تلفیقی بوتوین، عوامل اجتماعی قوی ترین عوامل موثر در آغاز مصرف الکل، سیگار و سایر مواد هستند.

مزیت اصلی این مدل سبب شناسی آن است که علاوه بر سازمان دادن عوامل مرتبط با شروع مصرف مواد به مفهوم سازی سطوح بالقوه مداخله برای پیشگیری از مصرف مواد نیز کمک می کند. به عنوان مثال برنامه های پیشگیرانه ای که مهارت های اجتماعی و فردی را ارتقا می بخشند، اثرات سودمندی بر عوامل روان شناختی مرتبط با کاهش خطر مصرف الکل، سیگار و سایر مواد می گذارند.



شکل ۹-۲: مدل تلفیقی رفتار مصرف مواد



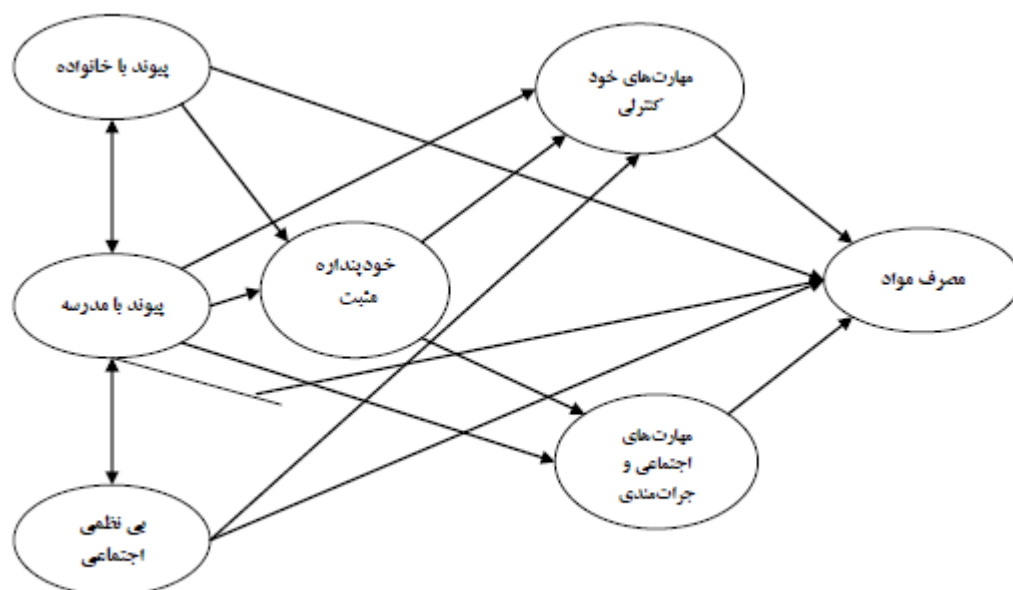
شکل ۱۰-۲: مدل تلفیقی آغاز مصرف مواد در نوجوانان (بوتوین، ۲۰۰۰)

۲-۲-۲. مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر

مدل تلفیقی مصرف مواد (بوتوین، ۲۰۰۰) در مورد جمعیت عمومی ارائه شده، ولی در مورد افراد در معرض خطر مورد بررسی قرار نگرفته است. با توجه به این موضوع محمدخانی (۱۳۸۵، ۱۳۸۶) در مطالعه‌ای توانایی مدل مذکور را در پیش بینی مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر مورد ارزیابی قرار داد. در نتیجه این مطالعه یک مدل علی از عوامل پیش بینی کننده مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر به دست آمد که در شکل ۱۱-۲ ارائه شده است. بر اساس مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر (محمدخانی، ۱۳۸۶) مجموعه‌ای از عوامل محیطی و فردی در تعامل با آسیب پذیری‌های روان شناختی از قبیل خودپنداره ضعیف، فقدان مهارت‌های اجتماعی و جرات مندی و مهارت‌های خودکنترلی منجر به مصرف الکل، سیگار و سایر مواد می‌شود.

با توجه به مدل مذکور، عوامل خطر ساز اجتماعی نظیر پیوند ضعیف با مدرسه و خانواده و بی نظمی محیط اجتماعی، مهم‌ترین و قوی‌ترین عوامل پیش بینی کننده مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر می‌باشند که به طور مستقیم و غیر مستقیم از طریق توانمندی‌های فردی و اجتماعی، نگرش نسبت به مواد و خودپنداره بر رفتار مصرف مواد

تاثیر می گذارند. بنابراین نوجوانانی که پیوند ضعیفی با خانواده و مدرسه دارند و در محیط‌های اجتماعی آلوده و آشفته زندگی می کنند و دوستانی دارند که الکل، سیگار یا سایر مواد مصرف می کنند، بیشتر احتمال دارد که به مصرف این مواد روی آورند.



شکل ۱۱-۲: مدل ساختاری مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر (محمدخانی، ۱۳۸۶)

علاوه بر این مطابق مدل ساختاری مصرف مواد عوامل درون فردی نظیر خود پنداره و توانمندی‌های فردی و اجتماعی نقش میانجی در رابطه بین عوامل اجتماعی و مصرف مواد ایفا می نمایند. به عبارت دیگر عوامل فردی و روان شناختی اثر متغیرهای اجتماعی را تعدیل می نمایند. با توجه به این مدل برخورداری از خودپنداره مثبت که خود پیامد پیوند عاطفی قوی با خانواده و مدرسه است از طریق توانمندی‌های خود کنترلی و مهارت‌های اجتماعی بر مصرف الکل، سیگار و سایر مواد در نوجوانان در معرض خطر تاثیر می گذارد. بنابراین هر چه رابطه نوجوانان با والدین مثبت تر باشد و احساس تعلق نسبت به مدرسه بیشتر باشد، خودپنداره او مثبت تر خواهد بود که در جای خود بر توانمندی‌های حل مساله و مهارت‌های اجتماعی او تاثیر می گذارد. به عبارت دیگر هر چه احساس تعلق دانش آموزان به خانواده و مدرسه بیشتر باشد و فضای روانی-اجتماعی خوبی بر مدرسه حاکم باشد، دانش آموزان از فرصت خوبی برای رشد خودپنداره مثبت برخوردار خواهند بود و هر چه

خودپنداره و خودباوری نوجوانان بیشتر باشد، به همان میزان توانایی آن‌ها در حل مساله، مقابله با استرس و امتناع جرات مندانه از مصرف مواد بهتر و موثرتر خواهد بود (محمدخانی، ۱۳۸۶).

بر اساس مدل علی مصرف مواد در نوجوانان در معرض خطر (محمدخانی، ۱۳۸۶) مهارت‌های خودکنترلی که به توانایی نوجوانان در حل مساله، تصمیم‌گیری و مدیریت استرس اطلاق می‌شود و مهارت‌های اجتماعی جرات مندی در رابطه بین خودپنداره و مصرف مواد میانجیگری می‌کنند؛ بنابراین دانش آموزانی که خودپنداره مثبتی دارند، بهتر می‌توانند از توانمندی‌های فردی و اجتماعی خود برای مقابله با مشکلات و امتناع از مصرف مواد استفاده نمایند در نتیجه کمتر به مصرف الکل، سیگار و سایر مواد می‌پردازند. برخورداری از مهارت‌های حل مساله و تصمیم‌گیری موثر، مهارت‌های کنترل استرس و مهارت‌های جرات مندی و ابراز وجود رابطه معکوس با مصرف الکل، سیگار و سایر مواد دارد. هر چه این توانمندی‌های فردی و اجتماعی بالاتر باشد، تمایل به مصرف مواد کاهش می‌یابد.

ش اشاره کرد. اهداف این رویکرد عبارت است از: بالا بردن سطح دانش همسالان نسبت به خطرات مصرف مواد، تغییر نگرش‌های همسالان نسبت به مصرف مواد، کاهش مصرف همسالان، کاهش رفتارهای مخاطره آمیز مرتبط با مصرف مواد مانند رفتارهای جنسی پرخطر، ارتقای سلامت جسمی، روانی، اجتماعی و عاطفی در نوجوانان (جانسن و همکاران، ۱۹۹۲).

۲-۳-۵. رویکرد مبتنی بر نفوذ اجتماعی

شیوه‌های نوین مداخلات آموزشی در زمینه پیشگیری از مصرف مواد با برنامه‌های سنتی تفاوت فاحشی دارند. این برنامه‌ها بر پایه یک درک درست و کامل‌تری از علل مصرف مواد بنا شده‌اند، به ماهیت چند سطحی عوامل موثر در سو مصرف مواد توجه دارند و پیوند میان دانش، نگرش و مهارت را اساس کار خود قرار می‌دهند (بوتوین، ۲۰۰۱). موثرترین رویکردهای مبتنی بر پژوهش برای پیشگیری از سو مصرف مواد در نوجوانان از

نظریه‌های روانی-اجتماعی نشأت گرفته‌اند و عمدتاً بر عوامل خطر ساز و حفاظت کننده روانی-اجتماعی که موجب شروع مصرف مواد می‌شوند، تاکید می‌نمایند (هاوگینز، کاتلانو و میلر، ۱۹۹۲؛ پتریتیس، فلای و میلر، ۱۹۹۵). یکی از رویکردهای پیشگیری، رویکرد نفوذ اجتماعی است. پژوهش‌های انجام شده حاکی از آن است که مدل‌های مبتنی بر نفوذ اجتماعی، بسیاری از اصول بنیادی برنامه‌های پیشگیری موثر را در هم ادغام کرده‌اند (بوتوین، ۱۹۹۰؛ هانسن، ۱۹۹۲؛ لپسی و ویلسون، ۱۹۹۳؛ پری و کلدر، ۱۹۹۲؛ پری و استافاکر، ۱۹۹۶؛ به نقل از اسکیا و همکاران، ۲۰۰۴). مولفه‌های اصلی این رویکرد عبارتند از: ۱) شخصی سازی خطرات مرتبط با مصرف مواد، ۲) از بین بردن تصورات نادرست و باورهای هنجاری درباره مصرف مواد، ۳) آموزش شناسایی و مقاومت در برابر فشار گروه همسالان، خانواده و رسانه‌ها، ۴) تاکید بر ارزش‌ها و نگرش‌هایی که از عدم مصرف حمایت می‌کنند (دونالدسون^{۳۱} و همکاران، ۱۹۹۶).

رویکردهای نفوذ اجتماعی بر اهمیت عوامل اجتماعی و روان شناختی در شروع مصرف مواد تاکید دارند و بر اساس یک مدل مداخله‌ای که برای اولین بار توسط ایوانر و همکارانش معرفی شد شکل گرفته‌اند (ایوانر^{۳۲} و همکاران، ۱۹۷۸). در این مدل مصرف مواد در دوره نوجوانی ناشی از فشار (نفوذ) اجتماعی گروه همسالان و رسانه‌های گروهی برای مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد تلقی می‌شود. سه عنصر اصلی در رویکرد نفوذ اجتماعی عبارتند از: ۱) مصون سازی روان شناختی، ۲) هنجار سازی و ۳) آموزش مهارت‌های مقاومت (بوتوین، ۲۰۰۰).

یکی از مزایای منحصر به فرد برنامه‌های مبتنی بر نفوذ اجتماعی آن است که می‌توانند گروه‌های در معرض خطر را به منظور ایجاد مهارت‌های تاب آوری و تقویت مقابله با مشکلات زندگی هدف قرار دهند. این عوامل در طراحی برنامه‌های پیشگیری موفق بسیار مهم هستند (هاوگینز و همکاران، ۱۹۹۲؛ موسسه ملی مبارزه با مواد، ۲۰۰۳؛ اسکیا و

^{۳۱} Donaldson

^{۳۲} Evans

همکاران، ۲۰۰۴). گروه‌های در معرض خطر برای راهبردهای شناسایی و مداخله اولیه بسیار مناسب هستند. این نوع مداخلات و راهبردهای شناسایی و مداخله اولیه بسیار مناسب هستند. این نوع مداخلات و راهبردهای پیشگیرانه در صورتی که از لحاظ رشدی و فرهنگی مناسب بوده و با مراحل اولیه آزمایش مواد مرتبط باشند (دونالدسون^{۳۳} و همکاران، ۱۹۹۶) و عوامل اجتماعی و محیطی را دربرگیرند موثر واقع می‌شوند. برنامه‌های نفوذ اجتماعی شامل دو رویکرد آموزش مقاومت در برابر فشارهای اجتماعی و آموزش هنجارها و رویکرد توانمندسازی است.

۲-۳-۵-۱. رویکرد آموزش مقاومت

پایه نظری این رویکرد، دیدگاه رفتاری است. در این رویکرد اعتقاد بر این است که مداخلات بهداشتی هنگامی اثربخش است که بر رابطه میان شخصیت و محیط متمرکز باشد. در رویکرد مذکور بر کسب مهارت‌های اجتماعی اساسی و تسلط بر آن‌ها جهت مقابله با فشارهای اجتماعی تاکید می‌شود. در رویکرد آموزش مقاومت، اعتقاد بر این است که افراد تمایل دارند مورد پذیرش قرار گیرند، بزرگ‌تر به نظر رسند، در جستجوی استقلال هستند و رفتارهایی را تجربه می‌کنند که پیامدهای بهداشتی برای آن‌ها در پی دارد. همچنین این رویکرد اظهار می‌نماید که افراد جوان قادر به دیدن پیامدهای بلند مدت رفتار خود نیستند. بر اساس این رویکردها آموزش جوانان درباره خطرات بلند مدت مواد، احتمالاً بی‌فایده خواهد بود، بلکه آن‌چه لازم است، رفتارهای دفاعی است که خیلی سریع می‌تواند انتخاب شده و مورد آموزش قرار گیرد و با موقعیت جاری شخص مرتبط گردد. رویکرد آموزش مقاومت، فشار اجتماعی را مهم‌ترین عامل موثر بر مصرف مواد می‌داند و معتقد است که دوستان، همسالان، خانواده، رسانه‌ها و جامعه از عوامل اصلی این نقش هستند. از این رو، برنامه‌های آموزشی و پیشگیرانه باید منابع فشار را شناسایی کنند و روش‌های برخورد با آن‌ها را آموزش دهند (اسکیبا و همکاران، ۲۰۰۴). بنابراین برنامه‌های نفوذ اجتماعی به طور منحصر به فرد بر آموزش نوجوانان برای شناخت و مقاومت در برابر

^{۳۳} Donaldson

فشار اجتماعی جهت مصرف مواد و ترویج هنجارهای ضد مصرف تاکید می نمایند. هدف این برنامه ها آموزش راه های اجتناب از موقعیت های پرخطر و کمک به نوجوانان در کسب دانش و مهارت های لازم برای مقابله با فشار اجتماعی در این نوع موقعیت ها است (بوتوین و گرین^{۳۴}، ۲۰۰۴).

۲-۳-۵. رویکرد تقویت توانمندی

رویکرد تقویت توانایی، آموزش مهارت های مقاومت در برابر فشار اجتماعی را با مهارت های تقویت توانمندی ترکیب می کند. از دیدگاه نظری یکی از مهم ترین مفروضه هایی که در پس رویکرد آموزش مهارت های فردی و اجتماعی^{۳۵} وجود دارد، این است که رفتارهای مشکل ساز نوجوانان از قبیل مصرف سیگار، مشروبات الکلی و سایر مواد و دیگر رفتارهای انحرافی از قبیل رفتارهای جنسی زودرس و فرار نوعی نشانه تلقی می شوند (بوتوین و ویلز، ۱۹۸۵؛ جر، ۱۹۸۲؛ به نقل از هانوینکل و آهار، ۲۰۰۴). مصرف سیگار یک رفتار کارکردی در نظر گرفته می شود که از طریق آن نوجوانان خودشان را ابراز نموده، با اضطراب مقابله و با استرس های گذار از کودکی به نوجوانی کنار می آیند. بنابراین فرض بر این است که مجموعه مشابهی از عوامل شناختی و شخصیتی زیربنایی (از قبیل عزت نفس پایین، سطوح بالای اضطراب و مهارت های تصمیم گیری ضعیف) نوجوانان را مستعد مصرف الکل، سیگار و سایر مواد و دیگر رفتارهای مشکل ساز می نماید (اپستین^{۳۶} و همکاران، ۲۰۰۰؛ بوتوین و همکاران، ۱۹۸۵؛ جر، ۱۹۸۲؛ به نقل از هانوینکل و آهار، ۲۰۰۴). بر اساس رویکرد تقویت توانمندی مصرف مواد یک رفتار کارکردی و اجتماعی آموخته شده است که نتیجه تعامل عوامل فردی و اجتماعی است. علاوه بر توجه به اهمیت فرایندهای یادگیری اجتماعی از قبیل الگو دهی، تقلید و تقویت، این رویکرد اظهار می نماید که نوجوانان دارای مهارت های فردی و اجتماعی ضعیف، نه

^{۳۴} Botvin & Griffin

^{۳۵} SPST

^{۳۶} Epstein

تنها در برابر عوامل مشوق مصرف مواد آسیب پذیر هستند، بلکه تمایل دارند از مصرف مواد به عنوان جایگزینی برای راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه استفاده نمایند (بوتوین، ۲۰۰۰؛ بوتوین و گریفن، ۲۰۰۴). بنابراین رویکردهای توانمندسازی به پیشگیری از سوء مصرف مواد بر آموزش مهارت‌های فردی و اجتماعی عمومی در کنار مهارت‌های مقاومت تاکید می‌کنند. نمونه‌هایی از انواع مهارت‌های مورد تاکید این نوع رویکردهای پیشگیرانه، شامل مهارت‌های تصمیم‌گیری، مهارت‌های ارتباطی و بین فردی، مهارت‌های جرات مندی و مهارت‌های مقابله با اضطراب و خشم می‌باشند. چندین مطالعه فراتحلیل نشان می‌دهند که رویکردهای نفوذ اجتماعی و ارتقای توانایی از رویکردهای آموزشی سنتی موثرتر هستند و تغییر رفتار و نگرش در این رویکردها بارزتر است (بوتوین و گریفن، ۲۰۰۴).

علل مؤثر در گرایش افراد به اعتیاد

به طور کلی علل و عوامل مؤثر بر اعتیاد را به صورت ذیل می‌توان خلاصه کرد:

۱- علل فردی ۲- علل خانوادگی ۳- علل اجتماعی

بسیاری از روان‌شناسان علل رفتارهای انحرافی را بر حسب نقص شخصیت فرد کجرو توجیه می‌کنند و بر این باورند که برخی از گونه‌های شخصیت، بیشتر از گونه‌های دیگر، گرایش به تبه‌کار و ارتکاب جرم دارند. علل فردی گرایش به اعتیاد بیشتر بر مبنای نظری دیدگاه‌های روان‌شناختی متکی می‌باشند.

با دانستن عواملی که فرد را در معرض خطر اعتیاد قرار می‌دهند، می‌توان افراد در معرض خطر را شناسایی کرد و برای پیشگیری از ابتلای آنان به اعتیاد، برنامه ریزی‌های دقیق و مؤثر انجام داد.

۱- علل فردی

اختلالات روانی:

در حدود ۷۰ درصد موارد (در واقع یکی از مهمترین علل شروع سوء مصرف مواد مخدر و نیز علل مهم عود پس از ترک اعتیاد اختلالات روانپزشکی درمان نشده است)، همراه با اعتیاد اختلالات دیگر روانپزشکی نیز بروز می کند.

انگیزه های درمانی :

یکی از علل مصرف مواد مخدر جنبه های درمانی آن است. حقیقت آن است که در بسیاری از موارد پرداختن و گرایش به مواد مخدر، در آغاز، جنبه مداوا داشته و سپس در بستر زمان به اعتیاد بدل گردیده است. شیوع مواد مخدر در روستاها نوعاً با انگیزه درمانی صورت می پذیرد. در این بخش استفاده از مواد مخدر برای رسیدن به تعادل جسمی است. در برخی از روستاها برای تسکین درد کمر، درد دندان، درد گوش و مانند آن از تریاک استفاده می کنند.

دردهای جسمی مزمن:

در ایران متأسفانه به علت پایین بودن فرهنگ توجه به پزشک، بیماران به علت مشکلات طبی به جای این که به پزشک مراجعه کنند، به مواد مخدر روی آورده اند. به عنوان مثال فردی که سنگ کلیه دارد مطمئناً درد شدیدی خواهد داشت. گاه چنین فردی به سبب نداشتن دسترسی به پزشک یا نداشتن فرهنگ مراجعه به پزشک اقدام به خود درمانی می کند و به علت زیاد بودن و ارزان بودن و در دسترس بودن تریاک، به تریاک روی می آورد و موجبات تسکین درد خود را فراهم می کند. می دانیم که تریاک فقط خاصیت تسکین دهندگی دارد.. و بیمار برای این ناآگاهی و عدم مراجعه به پزشک بهای گزافی را پرداخت کند. متأسفانه بسیاری از بیماران با دچار شدن به کمترین درد و با پیشنهاد اطرافیان و دوستان

به تریاک روی می آورند. به عنوان مثال در ایران در پی سرماخوردگی، درد زانو، سر درد، دردهای پس از عمل جراحی، کمر درد، دندان درد و.... عده زیادی به منظور تسکین درد خیلی راحت اقدام به کشیدن تریاک می کنند. این یکی سرچشمه های اعتیاد است.

کنجکاوی :

عده ای با شرکت در مجالس دوستانه زمانی که می بینند دیگران از مواد مخدر استفاده می کنند حس کنجکاوی در آن ها تحریک شده، به مصرف مواد گرایش پیدا می کنند. این امر منجر به مهیا شدن زینه اعتیاد در فرد می شود، زیرا ممکن است با اولین مرتبه استفاده در فرد احساس مثبتی ایجاد گردد و باعث تکرار این عمل شود. البته آن ها غافل از این هستند که این لذت ها زود گذر و خانمانسوز می باشند. دسته ای از افراد نیز برای کنجکاوی و ارزیابی خودشان با تصور اینکه با یکبار معتاد نمی شوند، و گاهی حتی برای اینکه قدرت خودشان را به دیگران ابراز دارند به مصرف مواد مخدر تن می دهند. احتمال معتاد شدن این افراد نیز بسیار است.

ضعف اراده :

اراده عامل حرکت فرد می باشد. پس باید با منطق و شرع همسان باشد و با استفاده از تربیت و آموزش صحیح تقویت شود. فردی که با مشاهده یک عمل خلاف شرع و موازین اجتماعی با قاطعیت تمام در مقابل آن ایستادگی می نماید، از خود تزلزلی نشان نمی دهد و هدف خود را در زندگی به طور قطعی انتخاب می کند دارای اراده ای قوی می باشد. اما اگر فرد دچار اراده ضعیف بوده و برنامه خاصی برای زندگی خود نداشته باشد، اولاً، دچار نوعی سردرگمی و خستگی روحی می شود و ثانیاً ممکن است در مقابل هر انحرافی پاسخ مثبت دهد. در این صورت، نه تنها شخص نمی تواند مانع انحراف دیگران شود، بلکه خود نیز دچار انحراف می گردد. این مسئله در اعتیاد فرد اهمیت بسزایی دارد.

ژنتیک: شواهد مختلفی از استعداد ارثی اعتیاد به الکل و مواد وجود دارد. تأثیر مستقیم عوامل ژنتیکی عمدتاً از طریق اثرات فارماکوژنتیک و فارکودینامیک مواد در بدن می‌باشد که تعیین کننده تأثیر ماده بر فرد است. برخی از عوامل مخاطره‌آمیز دیگر نیز تحت نفوذ عوامل ژنتیکی هستند مانند برخی اختلالات شخصیتی و روانی و عملکرد نامناسب تحصیلی ناشی از اختلالات یادگیری.

صفات شخصیتی: عوامل مختلف شخصیتی با مصرف مواد ارتباط دارند. از این میان، برخی از صفات بیشتر پیش‌بینی کننده احتمال اعتیاد هستند و به طور کلی فردی را تصویر می‌کنند که با ارزش‌ها یا ساختارهای اجتماعی مانند خانواده، مدرسه و مذهب پیوندی ندارد و یا از عهده انطباق، کنترل یا ابزار احساسات دردناکی مثل احساس گناه، خشم و اضطراب بر نمی‌آید. این صفات عبارتند از: عدم پذیرش ارزش‌های سنتی و رایج، مقاومت در مقابل منابع قدرت، نیاز شدید به استقلال، صفات ضد اجتماعی، پرخاشگری شدید، احساس فقدان کنترل بر زندگی خود، اعتماد به نفس پایین، فقدان مهارت‌های اجتماعی و انطباقی. از آنجا که اولین مصرف مواد، معمولاً از محیط‌های اجتماعی شروع می‌شود هر قدر فرد قدرت تصمیم‌گیری و مهارت ارتباطی بیشتری داشته باشد، بهتر می‌تواند در مقابل فشار همسالان مقاومت کند.

اختلالات روانی: در حدود ۷۰ درصد موارد، همراه با اعتیاد اختلالات دیگر روانپزشکی نیز وجود دارد. شایع‌ترین تشخیص‌ها عبارتند از: افسردگی اساسی، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، فوبی، دیس تایمی، اختلال وسواسی - جبری، اختلال مانیک، مانیا، اسکیزوفرنیا.

نگرش مثبت به مواد: افرادی که نگرش‌ها و باورهای مثبت و یا خنثی به مواد مخدر دارند، احتمال مصرف و اعتیادشان بیش از کسانی که نگرش‌های منفی دارند. این

نگرش‌های مثبت معمولاً عبارتند از: کسب بزرگی و تشخیص، رفع دردهای جسمی و خستگی، کسب آرامش روانی، توانایی مصرف مواد بدون ابتلا به اعتیاد.

موقعیت‌های مخاطره‌آمیز فردی: بعضی از نوجوانان و جوانان در موقعیت‌ها یا شرایط قرار دارند که آنان را در معرض خطر مصرف مواد قرار می‌دهد. مهمترین این موقعیت‌ها عبارتند از: در معرض خشونت قرار گرفتن در دوران کودکی و نوجونی، ترک تحصیل، بی‌سرپرستی یا بی‌خانمانی، فرار از خانه، معلولیت جسمی، ابتلا به بیماری‌ها یا دردهای مزمن. حوادثی مانند از دست دادن نزدیکان یا بلایای طبیعی ناگهانی نیز ممکن است منجر به واکنش‌های حاد روانی شوند. در این حالت فرد برای کاهش درد و رنج و انطباق با آن از مواد استفاده می‌کند.

تأثیر مواد بر فرد: این متغیر وقتی وارد عمل می‌شود که ماده حداقل یک بار مصرف شده باشد. چگونگی تأثیر یک ماده بر فرد، تابع خواص ذاتی ماده مصرفی و تعامل آن با فرد و موقعیت فرد مصرف کننده است. تأثیر مواد بر فرد مصرف کننده، به میزان قابل توجهی، به مشخصات او بستگی دارد.

این مشخصات عبارتند از: شرایط جسمی فرد، انتظار فرد از مواد، تجربیات قبلی تأثیر مواد و مواد دیگری که هم‌زمان مصرف شده‌اند، مواد مختلف نیز تأثیرات متفاوتی بر وضعیت فیزیولوژیک و روانی فرد دارند، مثلاً: هروئین و کوکائین سرخوشی شدید، الککل آرامش و نیکوتین مختصری هشیاری و آرامش ایجاد می‌کند.

- دوره نوجوانی

مخاطره آمیزترین دوران زندگی از نظر شروع به مصرف مواد، دوره نوجوانی است. نوجوانی دوره انتقال از کودکی به بزرگسالی و کسب هویت فردی و اجتماعی است. در این دوره، میل به استقلال و مخالفت با والدین به اوج خود می رسد و نوجوان برای اثبات بلوغ و هویت فردی خود ارزش های خانواده را زیر سؤال می برد و سعی در تجلیل ارزش های جدید خود دارد. مجموعه این عوامل، بر حس کنجکاوی و نیز به تحریک، تنوع و هیجان، فرد را مستعد مصرف مواد می نماید.

راههای پیشگیری از اعتیاد در زمینه علل فردی

- ۱- ایجاد، تقویت و معرفی مراکز مشاوره روانشناختی
- ۲- تشریح کامل اعتیاد، عوارض مصرف مواد و آثار جسمانی و روانی توسط خانواده
- ۳- ارتقاء آگاهی خانواده ها در خصوص اهمیت دوران بلوغ و نوجوانی، مشکلات روانی، نیازها و خواسته های فرزندان
- ۴- توسعه همه جانبه امکانات و مراکز درمانی اعتیاد
- ۵- تبلیغ و گوشزد کردن این مطلب که حتی یک مرتبه مصرف مواد مخدر هم می تواند منجر به اعتیاد می شود و عد شرکت افراد در مهمانی هایی که در آنها بطور تفننی مواد مصرف می شود.
- ۶- ایجاد سرگرمی های مثبت و سازنده جهت عدم استفاده تفننی از مواد
- ۷- تشویق فرزندان برای عضویت در گروه های هنری ورزشی و علمی جهت شناسایی نقاط مثبت و شکوفایی استعدادها

۸- آموزش همگانی و همه جانبه افراد جامعه به لحاظ شناخت خویشتن انسانی و تقویت عزت نفس

۹- شناسایی و مراقبتهای ویژه از افرادی که به لحاظ روحی و شخصیتی آمادگی بیشتری برای گرایش به اعتیاد دارند

علل خانوادگی

خانواده بعنوان اولین نهاد اجتماعی در تاریخ فرهنگ و تمدن بشریت شناخته شده است پس می توان گفت قدمت خانواده به اندازه قدمت بشریت است. بستری که هر فردی بلافاصله پس از تولد در آن جای می گیرد ، دلگادو می گوید: والدین ، معلمین و جامعه ، منابع برون مغزی ذهن ما هستند و ما نمی توانیم از آنها رها شویم. افکار، احساسات ، و همه چیز ما تابعی است از عناصر محیطی که ما خود جزئی از آن هستیم (ثنائی، ۱۳۸۰: ۱۵).

قداست خانه و خانواده امری است که همه باید به آن احترام بگذاریم ، در جایی که روابط والدین صمیمی و در یک تعامل دوستانه صورت می گیرد مطمئناً فرزندان سالم و در نهایت جامعه ایی سالم خواهیم داشت. ژان بورن در تعریف خانواده می نویسد: خانواده جامعه ای کوچک است مرکب از پدر و مادر ، اطفال و اولین نهاد تشکیل دهنده دولت و کشور است (آراسته خو، ۱۳۶۹: ۳۲۷).

بنابراین اگر اعضای خانواده دارای روابط عاطفی و همبستگی بین آنها صمیمانه باشد، یقیناً بالندگی و رشد خود ، جامعه و کشور را بدنبال خواهد داشت . اگر هنگامی که روح خانواده دچار آفت بی احساسی و سردی روابط والدین گردد طولی نمی کشد که با مرگ عشق در زندگی زن و مرد ، فرزندان به دنبال سراب عشق و امنیت و یافتن گرمای گمشده کانون خانواده ، جایی را جزء خانه جستجو می کنند و در نهایت پا به خانه عنکبوتی اعتیاد و یا به انواع نابهنجاریها و کجرویهای اجتماعی یا به انواع ویرانه های فساد دیگر پناه برده و

آثار سوء نابسامانی خانواده را به هر سوء می کشاند (ارسی، ۱۳۸۲: ۲۴۹). خانواده اولین مکان رشد شخصیت، تشکیل باورها و الگوهای رفتاری فرد است. خانواده علاوه بر اینکه، محل حفظ و رشد افراد و کمک به حل استرس و پاتولوژی است، منبعی برای تنش، مشکل و اختلال نیز می باشد. ناآگاهی والدین، ارتباط ضعیف والد و کودک، فقدان انضباط در خانواده، خانواده مشتت یا آشفته و از هم گسیخته، احتمال ارتکاب به انواع بزهکاری ها مانند سوء مصرف مواد را افزایش می دهد. همچنین والدینی که مصرف کننده مواد هستند باعث می شوند فرزندان با الگوبرداری از رفتار آنان، مصرف مواد را یک رفتار بهنجار تلقی کرده، رفتار مشابهی پیشه کنند.

نوع شغل، پدر و مادر، وضعیت مسکن، کثرت یا قلت اولاد، همسایگان، ساکنان دیگر منزل، ویژگی های اخلاقی پدر و مادر، نحوه رفتار با کودکان، طلاق، وجود ناپدری و نامادری، تعدد ازدواج، فرهنگ خاص حاکم بر خانواده، میزان تحصیلات والدین، پدرسالاری یا مادرسالاری، وضع اقتصادی خانواده، از هم پاشیدگی و سردی خانواده، جدایی والدین و عدم پیوستگی اعضای خانواده و سست بودن ارکان خانواده از عوامل مهمی می باشند که زمینه انحراف و کجروی را در فرد ایجاد می نمایند. تحقیقات نشان می دهند که افراد معتاد بیش از افراد غیرمعتاد به خانواده های از هم پاشیده و بی ثبات تعلق دارند. یکی دیگر از زمینه های اعتیاد فرزندان اعتیاد پدر، مادر و یا اعضای خانواده می باشد.

در ذیل به برخی عوامل زمینه ساز گرایش فرد به اعتیاد در خانواده اشاره می گردد:

الف) کمبود محبت در خانواده:

بسیاری از صاحب نظران در مساله بزهکاری، کمبود محبت و ضعف عاطفی را ریشه اصلی جرم و انحراف دانسته اند. تحقیقات درباره بزهکاران نشان داده است که ۹۱٪ مجرمان در ارتباط با جرم به نحوی دچار مشکل عاطفی بوده اند.

فرد خانواده زمانی که نیازهای عاطفی اش برآورده نشود، مجبور می شود دست نیاز به سوی دیگران دراز نماید. در این زمان است که شکارچیان از این موقعیت استفاده می کنند و با ارتباط عاطفی دروغین افراد را به سوی انحراف می کشانند.

(ب) افراط در محبت:

زیاده روی در محبت نیز خود مانند کمبود محبت اثر منفی بر تربیت فرزندان دارد، به نحوی که فرزند همیشه متکی به پدر و مادر می باشد و هیچ گاه احساس استقلال و بزرگ منشی نخواهد کرد. زمانی که چنین فردی وارد جامعه شود و در این موقعیت از محبت های پدر و مادر به دور باشد، احساس کینه و عقده جویی می نماید و برای جبران این مساله دست به هر خلاقی خواهد زد.

(ج) تبعیض بین فرزندان:

این مساله نیز یکی دیگر از مواردی است که فرد در خانواده احساس حقارت و حسادت می نماید. توجه نکردن به این امر خود می تواند زمینه اعتیاد در اعضای خانواده را ایجاد نماید.

(د) محدود کردن فرزندان:

همانگونه که آزادی بی حد و حصر منجر به گرایش فرد به انحرافات اجتماعی می شود، محدود بودن نیز می تواند عامل گرایش فرد به انحرافات اجتماعی باشد زیرا از سویی محدود بودن منجر به فعال شدن ۱- حس کنجکاوی فرد و از سوی دیگر، ۲- منجر به بروز مشکلات عاطفی می شود، ۳- کنترل بیش از حد فرزندان سبب می شود که فرد وابسته به کنترل خارجی (زور) باشد یعنی تا زمانی که از طریق اعمال زور رفتارش تحت کنترل است دست به عمل منحرفانه نمی زند، اما به محض اینکه کنترل والدین ضعیف شود و یا والدین به دلیل اشتغالات فرصت کنترل را نداشته باشند، خود را رها می یابد و به رفتارهای

انحراف آمیز روی می آورد زیرا از کودکی حس کنترل درونی (وجدان) او خاموش بوده و همیشه به کنترل خارجی و احتمالاً زور وابسته بوده است.

ه) اعتیاد یکی از اعضای خانواده:

افرادی که در خانواده‌های معتاد زندگی می‌کنند، ترس و قبح معتاد شدن برایشان از بین رفته است و عادی شدن مصرف مواد در خانواده موجب سهولت گرایش دیگر اعضا به مصرف مواد مخدر می‌شود.

اگر پدر و مادر در خانواده معتاد باشند اعتیاد آنها از یک سو، کنترل و تسلط آنها را بر فرزندان کاهش می‌دهد و از سوی دیگر، عامل انتقال این عادت به فرزندان می‌شود. البته گاهی اوقات برخی فرزندان به دلیل انزجار از رفتار پدر و مادر و عبرت گرفتن از آنها، از این صفت دوری می‌جویند، اما چنین والدینی در گرایش به اعتیاد فرزندانشان نقش موثر دارند. نتایج تحقیقات نشان می‌دهند کاربرد بسیاری از معتادان در خانواده، افراد معتاد، از قبیل پدر، مادر، پدر بزرگ و ... داشته‌اند.

و) رفاه اقتصادی خانواده:

در خانواده‌هایی که رفاه و درآمد اقتصادی زیاد است، روابط انسانی بر اثر کثرت کار و یا سرگرمی ضعیف می‌گردد. ضعف روابط انسانی نیز به نوبه خود عامل مساعدی برای کشش فرد به مواد مخدر است.

همچنین افرادی که درآمد بیش از حد دارند موقعیت و زمینه مساعدتری برای شرکت در کلوپ‌های شبانه و یا تفریحات متنوع در داخل از کشور دارند و بدیهی است که این قبیل امکانات و تفریحات، زمینه را هم برای مصرف و هم برای فروش مواد مخدر بسیار مساعد می‌نماید.

(ز) بی سوادی یا کم سوادی والدین:

تحصیلات پایین یا بی سوادی نقش مهمی در فرهنگ عمومی جامعه و همچنین در حریم خانواده و تربیت فرزندان دارد. بی سوادی و کم سوادی عامل بسیاری از مسائل، مشکلات، نارسایی های اجتماعی و انحرافات است. روشن است که پدر و مادر باسواد بسیار بهتر و با دید باز نسبت به دنیای پیرامون، مسائل و مشکلات خانواده را حل می کنند. والدین تحصیل کرده با روش های علمی و منطقی می توانند فرزندان را کنترل نمایند. آنان اغلب به دلیل آگاهی و شناخت مسائل و نیاز زندگی خود، شرایط مادی و معنوی و عاطفی مناسبی را برای فرزندان ایجاد می کنند. حال آنکه، بی سوادی والدین منجر به مسائلی از قبیل: روش های غیر منطقی در تربیت فرزندان، پی نبردن به نیازهای روانی فرزندان، پذیرفتن تغییرات در نگرش های جوانان و تاکید بر روش ها و اعتقادات سنتی خود می شود که تمامی این مسائل موجب می گردند فرد نوعی احساس تنهایی و کمبود نماید و در نتیجه، در پی یافتن همدرد و همدل، به هر شخص و هر موادی روی آورد.

(ح) فقر خانواده:

فقر و انحرافات اجتماعی از جمله پدیده هایی هستند که به نظر بسیاری از صاحب نظران با هم مرتبط می باشند. آنان پدیده های مزبور را در دو طبقه خرد و کلان تبیین کرده اند در سطح خرد، فقر را معلول ویژگی ها و استعداد های فردی شخص می دانند و عواملی همچون ضعف جسمانی و اختلالات روانی و بی استعدادی را از جمله مواردی می دانند که در رابطه با ایجاد فقر موثرند.

اما در سطح کلان، فقر و انحرافات هر یک معلول تلقی شده در یک چرخه علی و معلولی قرار می گیرند، براساس اینگونه تبیین ها مشخص می شود که در سطح نهادها، سازمان ها، روابط اجتماعی و خصایص ساختاری جامعه مشکلی وجود دارد و سبب ایجاد یک معضل در جامعه شده است.

تحقیقات و پژوهش‌ها در عین حال که موید وجود رابطه مستقیم بین فقر و انحرافات نیست، اما وجود همبستگی میان آن دو را تایید می‌نماید. بر این اساس، فقر به عنوان یکی از مسائل اجتماعی، در وقوع انحرافات و افزایش میزان آن، به ویژه در زمینه جرایم زنان، اعتیاد و سرقت تاثیرگذار است. آمارهای موجود تاییدکننده ارتباط بین اعتیاد و فقر می‌باشند ط) ستیزه والدین:

خانواده، حریم امن و آرامش است. ستیزه و اختلاف در خانواده از علل مهم گرایش افراد به ناهنجاری‌ها و اعتیاد است. افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و از هم گسیخته زمینه‌های بیشتری در گرایش به انحراف و اعتیاد دارند.

راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در زمینه علل خانوادگی

- ۱- بهبود ارتباط والدین و فرزندان و رفع نیازهای عاطفی آنان
- ۲- جلوگیری از بحث و مجادله و تقویت روحیه گذشت و ایثار در خانواده
- ۳- توجه و کنترل فرزندان از نظر چگونگی مصرف پول و سعی در رفع نیازهای مالی فرزندان در حد معقول
- ۴- تحکیم پایه های اعتقادی و آموزش فرزندان و آشنا کردن آنان با عوارض اعتیاد به جای محدود کردن آنان
- ۵- حمایت از خانواده های بی بضاعت توسط دولت (تقویت مراکزی مانند کمیته امداد، بهزیستی و ...)
- ۶ نظارت بر وضعیت تحصیلی و شغلی فرزندان و توجه به آنها در مواقع ترک تحصیل، نارضایتی و ...

۷- عدم ارضای بی چون چرای خواسته ها و انتظارات فرزندان جهت کسب مهارت‌های مورد نیاز حضور در جامعه

علل اجتماعی

از آن رو که انسان طبعاً موجودی اجتماعی می‌باشد و برای زندگی کردن نیاز به حضور در اجتماع دارد، با یکسری علل اجتماعی روبه‌رو می‌گردد که برخی از آنها در گرایش فرد به اعتیا دموثرند.

برخی از علل اجتماعی که در گرایش به سوی اعتیاد زمینه‌ساز و موثر می‌باشند عبارتند از:

تأثیر دوستان: تقریباً در ۶۰ درصد موارد، اولین مصرف مواد بدنال تعارف دوستان رخ می‌دهد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعدکنندگان مواد برای گرفتن تایید رفتار خود از دوستان، سعی می‌کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. گروه "همسالان" به خصوص در شروع مصرف سیگار و حشیش بسیار مؤثر هستند. بعضی از دوستی‌ها، صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می‌گیرد نوجوانان به تعلق به یک گروه نیازمندند و اغلب پیوستن به گروه‌هایی که مواد مصرف می‌کنند، بسیار آسان است. هرچه پیوند فرد با خانواده، مدرسه و اجتماعات سالم کمتر باشد، احتمال پیوند او با این قبیل گروه‌ها بیشتر می‌شود.

عوامل مربوط به مدرسه: از آنجا که مدرسه بعد از خانواده، مهم‌ترین نهاد آموزشی و

تربیتی است، می‌تواند از راه‌های زیر زمینه‌ساز مصرف مواد در نوجوانان باشد:

بی‌توجهی به مصرف مواد و فقدان محدودیت یا مقررات جدی منع مصرف در مدرسه، استرس‌های شدید تحصیلی و محیطی، فقدان حمایت معلمان و مسئولان بهنگام نیاز عاطفی و روانی زمان بروز مشکلات و طرد شدن از طرف آنان.

عوامل مربوط به محل سکونت: عوامل متعددی در محیط مسکونی می‌تواند موجب

گرایش افراد به مصرف مواد می‌شود:

فقدان ارزش‌های مذهبی و اخلاقی، شیوع خشونت و اعمال خلاف، وفور مشاغل کاذب، آشفته‌گی و ضعف همبستگی بین افراد محل و حاشیه‌نشینی از جمله این عواملند.

مشخصات فردی و عوامل محیطی بخشی از علل اعتیاد هستند و بخش دیگر را بازارهای بین‌المللی مواد و عوامل اجتماعی - اقتصادی حاکم بر جامعه تشکیل می‌دهند. این عوامل عبارتند از:

قوانین: فقدان قوانین جدی منع تولید، خرید و فروش، حمل و مصرف مواد، موجب وفور و ارزانی آن می‌شود.

مصرف مواد به عنوان هنجار اجتماعی: در جوامعی که مصرف مواد نه تنها ضد

ارزش تلقی نمی‌شود، بلکه جزئی از آداب و سنن جامعه و یا نشان تمدن و تشخص و وسیله احترام و پذیرایی است، مقاومتی برای مصرف مواد وجود ندارد و سوءمصرف و اعتیاد شیوع بیشتری دارد.

کمبود امکانات فرهنگی، ورزشی، تفریحی: کمبود امکانات لازم برای ارضای

نیازهای طبیعی روانی و اجتماعی نوجوانان و جوانان از قبیل کنجکاوی، تنوع طلبی، هیجان‌خواهی، ماجراجویی، مورد تأیید و پذیرش قرار گرفتن و کسب موفقیت بین همسالان، موجب گرایش آنان به کسب لذت و تفنن از طریق مصرف مواد و عضویت در گروه‌های غیر سالم می‌شوند.

عدم دسترسی به سیستم‌های خدماتی، حمایتی، مشاوره‌ای و درمانی: در

زندگی افراد، موقعیت‌ها و مشکلاتی پیش می‌آید که آنان را از جهات مختلف در معرض خطر قرار می‌دهد. فقدان امکانات لازم یا عدم دسترسی به خدماتی که در چنین مواقعی بتواند فرد را از نظر روانی، مالی، شغلی، بهداشتی و اجتماعی حمایت نماید، فرد را تنها و بی‌پناه، بدون وجود سطح مقاومت اجتماعی رها می‌کند.

توسعه صنعتی جامعه، مهاجرت، کمبود فرصت‌های شغلی و محرومیت اقتصادی - اجتماعی: توسعه صنعتی، جوامع را به سمت شهری شدن و مهاجرت از روستاها به شهرها سوق می‌دهد. مهاجرت باعث می‌شود تا فرد، برای اولین بار، با موانع جدیدی برخورد نماید. جدایی از خانواده، ارزش‌های سنتی و ساختار حمایتی قبلی به تنهایی، انزوا و ناامیدی فرد می‌انجامد. کم سواد، فقدان مهارت‌های شغلی، عدم دسترسی به مشاغل مناسب و به دنبال آن محدودیت در تأمین نیازهای حیاتی و اساسی زندگی و تلاش برای بقا، فرد را به مشاغل کاذب یا خرید و فروش مواد می‌کشاند و یا برای انطباق با زندگی سخت روزمره و شیوه جدید زندگی به استفاده از شیوه‌های مصنوعی مانند مصرف مواد سوق می‌دهد.

- دسترسی آسان به مواد مخدر

در دسترس بود مواد مخدر، علتی می‌باشد که به همراه علل دیگر زمینه گرایش فرد را به اعتیاد ایجاد می‌نماید، به گونه‌ای که اگر در فرد زمینه کجروی وجود داشته باشد و مواد مخدر به آسانی در دسترس او قرار گیرد، از مصرف و توزیع آن دریغ نمی‌نماید. دسترسی به مواد مخدر به عوامل گوناگونی بستگی دارد از جمله: وضعیت جغرافیایی کشور، استادان و محله جغرافیایی، نقش قوانین، نحوه اجرا و قاطعیت قوانین و برنامه‌ریزی‌های مسئولان برای مهار مواد مخدر.

- بیکاری و اعتیاد

عامل بیکاری به طور غیرمستقیم به گرایش فرد به سوی اعتیاد می‌انجامد. بیکاری از سویی، به فقر شخص و از سوی دیگر، سبب ایجاد بیماریهای روانی، افسردگی، ضعف اعتماد به نفس و از بین رفتن امیدواری می‌شود که در نهایت به اعتیاد شخص منجر می‌گردد. فرد به دلیل بیکاری و نداشتن درآمد آبرومند به خرید و فروش مواد مخدر روی می‌آورد و برای خود شغلی کاذب ایجاد می‌نماید. یکی از نتایج اشتغال، فقدان فرصت برای ارتکاب جرم است. بیکاری منجر به افزایش اوقات فراغت فرد می‌شود و چنانچه برای اوقات فراغت افراد برنامه‌ریزی‌های منطقی و مناسبی اتخاذ نشده باشد زمینه گرایش به اعتیاد برای آنان مهیا می‌شود، چرا که فرد با منحرفان و معتادان آشنا می‌گردد و به آنها می‌پیوندد.

پس می‌توان نتیجه گرفت که بیکاری یک عامل زمینه‌ای می‌باشد که می‌تواند در کنار عوامل دیگر، مانند فقر موجب روی آوردن فرد به سوی اعتیاد گردد.

- نابرابری‌های اقتصادی و اجتماعی

نابرابری‌های اقتصادی، اجتماعی جنبه‌های وسیعی دارد، که نابرابری‌ها در توزیع منابع مادی، نابرابری در قدرت، نابرابری در حیثیت، نابرابری‌های جنسی و نژادی را شامل می‌شود.

- نقش محیط جغرافیایی و محل سکونت

نقش محیط جغرافیایی شهر، از جمله شهرهای مرزی که امکان انتقال مواد مخدر به راحتی صورت می‌گیرد و نیز محل سکونت در گرایش افراد به اعتیاد نقش بسزایی دارد.

در مورد محل سکونت این مساله اهمیت دارد که غالب افراد معتاد در مناطق حاشیه‌ای و مناطق قدیمی که دارای کوچه‌های پر پیچ و خم و خانه‌های مخروبه می‌باشد، زندگی می‌کنند. واقعیت این است که محیط‌های آلوده می‌توانند زمینه مساعد شکوفایی

استعدادهای موجود در افراد برای ارتکاب به جرم و اعتیاد را ایجاد نمایند. در این گونه مناطق که اغلب مناطق فقیرنشین می‌باشند، امکانات رفاهی و مراکزی مانند سینما، پارک و امکانات رفاهی کمتری وجود دارند و جوانان برای گذراندن اوقات فراغت خود به اجبار به طرف اعتیاد کشانده می‌شوند. همچنین 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.

– نقش دوستان ناباب

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 علایق 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 مواد به دنبال تعارف دوستان رخ می‌دهد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلا به سوء مصرف مواد، عامل مستعدکننده قوی برای ابتلای نوجوانان و جوانان به اعتیاد است. مصرف کنندگان مواد برای گرفتن تایید رفتار خود از دوستان سعی می‌کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. نظریه همنشینی افتراقی مویده این دلیل می‌باشد. گروه همسالان بخصوص در شروع مصرف سیگار، بسیار موثرتر است. بعضی از دوستی‌ها صرفاً حول محور مصرف مواد شکل می‌گیرد.

راهکارهای پیشگیری از اعتیاد در زمینه عوامل اجتماعی

۱- آموزش و ارتقاء فرهنگ عمومی پیشگیری از اعتیاد مبتنی بر جامعه

۲- ایجاد زمینه اشتغال برای همه اقشار جامعه

۳- توجه به امکانات مورد نیاز مردم ساکن محیط های دور افتاده و ایجاد امکانات رفاهی، تفریحی متناسب با نیازها

۴- مبارزه شدید با قاچاقچیان مواد مخدر و برخورد اصلاحی با معتادین

۵- کنترل شدید مرزهای کشور

۶- جدا سازی معتادان در زندانها از بقیه مجرمان

۷- تشکیل ستادهای هماهنگ با یکدیگر در مورد مبارزه با مواد مخدر که تحت نظارت یک واحد خاص و مشخص نیز می باشد.

۸- نمایش دادن دوستی های ناباب و عواقب حاصله از آن از طریق فیلم رسانه های دیگر

۹- حمایت از دانش آموزان معتاد و تقویت و اصلاح آنان به منظور بازگشت به جامعه

پیامدها و عوارض اعتیاد:

اعتیاد دارای عوارض و پیامدهای سوء جسمی، روانی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی و اقتصادی است. در ذیل برخی از مهم ترین عوارض اعتیاد ارائه گردیده است.

عوارض جسمی:

برخی از مهم ترین عوارض جسمانی اعتیاد شامل موارد زیر است:

۱. اختلال در کار دستگاه عصبی در صورت تداوم مصرف

۲- ضعف قوای جسمانی و کاهش شدید وزن بدن

۳- عقیم نمودن مردان و نازایی زنان

۴- خطر ابتلا به انواع سرطان و سکته قلبی

- ۵- آلودگی و آسیب پذیر نمودن دندانها
- ۶- ملتهب سبب ساختن مخاط دهان
- ۷- نقصان ترشحات غدد بزاقی
- ۸- تخفیف تمایلات جنسی
- ۹- تنبلی کبیله
- ۱۰- ابتلا به یرققان و اثرات ناگوار بر دستگاه گوارش
- ۱۱- ورم کلیه ها و اشد کال در دفع ادرار و آم با درد
- ۱۲- التهاب مابازمن تارهای صوتی
- ۱۳- احتمال ابتلا به بیماری های برونشیت مزمن
- ۱۴- آسم، سرفه و تپش قلب و تنگی نفس
- ۱۵- خشکی پوست
- ۱۶- شکنندگی ناخن ها
۱۷. ناشناخته ماندن بیماری های خطرناک به دلیل کاهش احساس درد

عوارض روانی:

مهم ترین عوارض روانی اعتیاد عبارت اند از:

۱. برهم خوردن تعادل روانی
۲. عدم توجه به اصول و مقررات جامعه
۳. ضعف اراده
۴. از بین رفتن احساس مسئولیت
۵. ایجاد احساسات خصومت زا
۶. بی قراری
۷. عصبانیت
۸. اضطراب دائم و احساس بی تفاوتی و تنهایی

۹. اخ _____ تلال در خ _____ واب

۱۰. بروز انواع بیماری‌ها و اختلالات روانی

ع _____ وارض خ _____ انوادگی:

۱. نابس _____ امانی خ _____ انوادگی

۲. مح _____ دود ش _____ دن رواب _____ ط خ _____ انوادگی

۳. ع _____ دم تربی _____ ت ص _____ حیج فرزن _____ دن

۴. اف _____ زایش خش _____ ونت در خ _____ انواده

۵. اف _____ ت س _____ طح فرهن _____ گک اجتم _____ اعی و اقتص _____ ادی خ _____ انواده

۶. گس _____ ترش _____ ط _____ لاق

۷. کاهش آمار ازدواج

ع _____ وارض اجتم _____ اعی:

۱. مص _____ رف کننده ص _____ رف و س _____ ربار جامع _____ ه ش _____ دن

۲. ع _____ دم احس _____ اس مس _____ ؤولیت نس _____ بت ب _____ ه خ _____ انواده و جامع _____ ه

۳. س _____ طی و تصنعی شدن روابط اجتماعی و دوری از پیوندهای مستحکم عاطفی

۴. گس _____ ترش ج _____ رم و جنای _____ ت

۵. اش _____ اعه بیماری‌های واگیر و خطرناک مانند ایدز و هپاتیت

۶. مح _____ روم ش _____ دن نس _____ ل آین _____ ده از تربی _____ ت ص _____ حیج

۷. ایجاد مشاغل کاذب

ع _____ وارض اقتص _____ ادی:

۱. هزین _____ ه ب _____ الای اس _____ تعامل م _____ واد مخ _____ در

۲. هزین _____ ه ب _____ الای درم _____ ان و نگه _____ داری مع _____ تادین

۳. ک _____ اهش وج _____ دن ک _____ ار و اف _____ ت ب _____ ازده ک _____ ار

۴. وق _____ وع آتش _____ س _____ وزی‌های ب _____ زرگ

۵. هزینه‌های مبارزه با ورود مواد مخدر به داخل کشور

۶. هزینه قضات و دادگاه‌ها در این خصوص

پیشنهادهای

در طول دو دهه اخیر، عمده منابع، امکانات، فرصت‌ها و تلاش‌ها، در راستای استراتژی برخورد با مواد مخدر متمرکز گردیده و این استراتژی دو پیامد عمده را در برداشته است. از یک سو، منجر به افزایش تعداد دستگیری‌ها، زندانیان مواد مخدر، کشفیات مواد مخدر، درگیری‌ها، گروگان‌گیری‌ها و ... گردید. از سوی دیگر، به افزایش تعداد معتادان و کاهش سن اعتیاد منجر گردیده است. ضروری است با اتخاذ استراتژی سه‌جانبه ذیل از منابع موجود به‌طور عقلانی استفاده شود. راهبرد عملی در هر سه عرصه مذکور به شرح ذیل پیشنهاد می‌گردد:

۱- مقابله با عرضه مواد مخدر

- تشکیل پلیس ویژه مبارزه با مواد مخدر و آموزش و تجهیز مناسب آن.
- جلب حمایت کشورهای مصرف‌کننده مواد مخدر برای اختصاص اعتبار جهت کنترل مواد مخدر در کشور خود.
- نقد و نظارت مستمر بر عملکرد و مدیریت سازمان‌های ذی‌ربط در امر مبارزه با مواد مخدر و عدم اکتفا به رویکرد محض نیروی انتظامی.

۲- کاهش تقاضای مواد مخدر

- اتخاذ و ترویج رویکرد فرهنگی - اجتماعی در مقابله با پدیده اعتیاد به مواد مخدر و ایجاد تغییرات و اصلاحات ساختاری در ابعاد اقتصادی، سیاسی، اجتماعی و فرهنگی برای کنترل عوامل کلان اعتیاد در جامعه.

- گسترش و عملیاتی کردن طرح‌های ضربتی اشتغال و کاهش نرخ بیکاری در جامعه.

- تأسیس پژوهشگاه ویژه اعتیاد و کاهش تقاضای مواد مخدر.

- ایجاد مراکز مشاوره و نجات در محلات، ادارات، پارک‌ها، ایستگاه‌های راه‌آهن، پایانه‌ها، مدارس، دانشگاه‌ها و پادگان‌ها به‌طور شبانه‌روزی با استفاده از کارشناسان مجرب در حوزه‌های علمی.

- فراهم نمودن تمهیدات لازم برای کاهش احساس محرومیت نسبی در جامعه.

- تلاش برای کاهش فاصله میان انتظارات مردم با امکانات جامعه. به عبارت بهتر از یک‌سو می‌توان در تعیین اهداف اجتماعی بازنگری کرد و اهدافی را در نظر گرفت که متناسب با شرایط و امکانات جامعه باشد. بهبود شرایط و امکانات موجود جامعه و نیز تعدیل در مقررات و قواعد و تدوین خط‌مشی‌هایی برای عدالت اجتماعی در دسترسی به امکانات، راه‌حل دیگری است که امکان موفقیت آن بیشتر است. چراکه دولت‌ها امروزه برای حل مسائل و بحران‌های اجتماعی چاره‌ای جز توسعه متعادل و پایدار به‌منظور بسط امکانات و فرصت‌های ارتقاء اجتماعی ندارند.

- توزیع عادلانه امکانات و خدمات موجود در جامعه و استفاده برابر تمامی اعضای جامعه از فرصت‌های مشروع می‌تواند گامی در جهت مقابله با کج‌روی‌های اجتماعی مثل اعتیاد باشد. تا هنگامی که بخش عظیمی از جامعه از حداقل امکانات اقتصادی زندگی محروم هستند، نمی‌توان انتظار کاهش انحرافات و بزهکاری‌های اجتماعی را داشت. تأکید بر اهمیت کار و تلاش فردی جهت رسیدن به موقعیت‌های بالای اجتماعی و اقتصادی و مقابله با فرصت‌های نامشروع می‌تواند گامی مؤثر در راستای ایجاد جامعه‌ای پویا و متعادل باشد.

- کنترل مهاجرت از روستا به شهر و جذب افراد حاشیه‌ای و جداشده از متن جامعه.

- فعال نمودن و گسترش سازمان‌های غیردولتی برای مبارزه با اعتیاد.
- از بین بردن ریشه‌های فساد و تبعیض برای ایجاد احساس عدالت در میان مردم.
- ایجاد زمینه مشارکت اجتماعی و سیاسی جوانان و جلب اعتماد آنان به نظام اجتماعی، فرهنگی و سیاسی.
- غنی‌سازی اوقات فراغت جوانان و گسترش امکانات رفاهی، آموزشی و تفریحی برای جوانان.
- تغییر شیوه‌های آموزش ارزش‌ها و اعتقادات دینی و به کارگیری شیوه‌های نوین
- آگاه‌سازی معلمان از طریق کارگاه‌های آموزشی برای ایجاد رابطه عاطفی با دانش‌آموزان و القای قدرت تصمیم‌گیری، ارتقاء عزت‌نفس در بین جوانان به‌ویژه دانش‌آموزان
- افزایش سطح آگاهی والدین نسبت به خصوصیات، نیازها و خواسته‌های جوان امروز و تعمیق ارتباط عاطفی و عقلانی والدین با فرزندانشان و پرهیز از «زورگویی»، «سرخوردگی فرزندان» و اختلافات زناشویی و مانند آن‌ها
- جایگزینی رویکرد فرهنگی، درمانی و جبرانی به جای رویکرد قهری و انتظامی.
- تجدیدنظر در شیوه‌های رایج بازپروری و تأکید بیشتر بر نقش مددکاران اجتماعی در توان‌بخشی معتادان.
- گسترش، تقویت و تجهیز مراکز بازپروری در سطح کشور جهت سرویس‌دهی کیفی و کاهش زمان نوبت‌دهی به معتادان درمان‌جو و حذف تشریفات اداری و بوروکراسی زائد و امکان بستری شدن مددجویان برای حداقل یک الی دو سال، خصوصاً در مراکز اجتماع درمانی (TC).

- گسترش روش‌های گروه‌درمانی، خانواده‌درمانی، کاردرمانی و مذهب درمانی معتادان
مددجو.