

## پدیدارشناسی بسترهای اعتیاد بر اساس مؤلفه‌های سبک زندگی مدیریت اسلامی

هادی دانش‌پرور

کارشناسی ارشد روانشناسی اسلامی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارسنجان، ارسنجان، ایران. Ramin3677s@yahoo.com

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۱۱/۰۳

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۰۸

### Abstract

Islamic lifestyle, as a branch of lifestyle, seeks to form behaviors that are useful for maintaining people's health and preventing risky behaviors such as addiction. The present study was conducted with the aim of phenomenology of addiction bases based on the components of Islamic lifestyle in Shiraz city. The method of this qualitative-descriptive research was phenomenology. The statistical population included all recovered patients from the addiction treatment center of Villa Sabz Behbodi in ۱۴۰۱, and ۲۱۷ people were selected as a sample using the available sampling method. ۱۸ people from the sample participated in a structured interview, which were analyzed after coding by the researcher using MAXQDA software and spss ۲۴th edition. The findings indicated that the Islamic lifestyle has an effect on the stability of drug addiction withdrawal in several categories; According to the results of the research, considering the complexity of the issue, the conditions of the current struggle under the name of supply reduction are not very satisfactory. The method of reducing demand, educational programs based on the Islamic lifestyle model, economic programs for change, revision of prevention laws and programs, and strengthening of support programs for the promotion of these patients should be considered.

**Keywords:** phenomenology, addiction, substance abuse disorder; Islamic life style.

### چکیده

سبک زندگی اسلامی به‌عنوان شاخه‌ای از سبک زندگی درصدد است تا رفتارهایی را شکل دهد که حفظ سلامتی افراد و جلوگیری از رفتارهای پرخطر نظیر اعتیاد مفید هستند. پژوهش حاضر با هدف پدیدارشناسی بسترهای اعتیاد بر اساس مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی در شهر شیراز صورت گرفت. روش این پژوهش کیفی-توصیفی از نوع پدیدارشناسی بود. جامعه آماری شامل تمامی بیماران بهبود یافته از مرکز ترک اعتیاد ویلای سبز بهبودی در سال ۱۴۰۱ بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۱۷ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ۱۸ نفر از افراد نمونه در یک مصاحبه ساختاریافته شرکت نمودند که پس از کد گذاری توسط پژوهشگر با استفاده از نرم افزار MAXQDA و همچنین spss ویراست بیست و چهارم مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها حاکی از آن بود که سبک زندگی اسلامی در مقوله‌های متعددی بر پایداری ترک اعتیاد مواد مخدر اثر گذار است؛ بر اساس نتایج پژوهش با توجه به پیچیدگی موضوع، شرایط مبارزه کنونی تحت عنوان کاهش عرضه خیلی جوابگو نیست. باید روش کاهش تقاضا، برنامه‌های آموزشی مبتنی بر الگوی سبک زندگی اسلامی، برنامه‌های اقتصادی برای تغییر، بازنگری در قوانین و برنامه‌های پیشگیری و تقویت برنامه‌های حمایتی جهت ارتقاء این بیماران مدنظر قرار گیرد.

**کلید واژه‌ها:** پدیدارشناسی، اعتیاد، اختلال سوء مصرف مواد؛ سبک زندگی اسلامی.

## مقدمه

میلیون سال زندگی سالم از افراد مصرف کننده مواد مخدر به علت اختلالات جسمی و روحی به هدر رفته است (دفتر جهانی مبارزه با مواد مخدر، ۲۰۱۷). از جمله مشکلاتی که در عصر حاضر، دامن گیر کشور ما شده افزایش روزافزون مصرف مواد مخدر می باشد که به صورت پدیده اجتماعی معضل آفرین جلوه گر شده است. شمار مصرف کنندگان مواد مخدر و معتادان سیر صعودی دارد. با وجود کوشش‌های فراوان در مبارزه با اعتیاد به مواد مخدر این پدیده مهار نشده و شاهد گسترش روزافزون شیوع اعتیاد در همه اقشار هستیم (ستاد مبارزه با مواد مخدر، ۱۳۹۵). با توجه به بازگشت مجدد مبتلایان به اعتیاد در مراکز درمانی باز پروری، به نظر می‌رسد که روش‌های درمانی و برنامه‌های کنترل از اثربخشی خیلی بالایی برخوردار نیستند (نستیزی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۰) و بایستی به مقوله پیشگیری بیش از پیش توجه شود. عوامل و متغیرهای زیادی به عنوان عوامل خطر ساز در گرایش به مصرف مواد و بهبودی معتادان مطرح هستند. یکی از این عوامل سبک زندگی است (دانش پرور، ۱۴۰۰). از بین روانشناسان اولین بار آدلر<sup>۲</sup> بود که سبک زندگی را مطرح کرد و سپس توسط پیروان او گسترش یافت. سبک زندگی به یک معنا محصول و معلول باورها و ارزش‌ها است.

در جوامع امروزی، تا حد زیادی با سبک زندگی مرتبط است (سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۱۳). داشتن یک سبک زندگی سالم پیش‌بینی کننده‌ی مهمی برای بهداشت و سلامتی آینده، میزان مثر ثمر بودن و امید به زندگی محسوب می‌شود (مرووی زاده، ۱۳۹۵). متأسفانه روند و جریان‌های کلی حکایت از گرایش و حرکت جوامع به سمت رفتارها و سبک‌های زندگی ناسالم دارد (اسچفر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳) و براساس تحقیقات انجام شده افزایش گرایش و پذیرش سبک‌های زندگی متعلق به دنیای غرب منجر به کاهش پابندی به سبک‌های سالم‌تر و افزایش بیماری‌های مرتبط در کل جوامع شده است (فرقانی و مهاجری، ۱۳۹۷). نوعی از سبک زندگی که تناسب زیادی با فرهنگ ایرانی اسلامی دارد، سبک زندگی اسلامی است. سبک

سوء مصرف مواد مخدر امروزه از طریق اثرات مخرب خود بر سلامت افراد، هزینه‌های اجتماعی و اقتصادی گزافی را به جوامع تحمیل می‌کند؛ به طوری که به یکی از دغدغه‌های بزرگ جوامع بشری تبدیل شده است. مواد مخدر به مثابه وضعیتی خاص، پدیده نسبتاً جدیدی است که از اواخر قرن ۱۸ و اوایل قرن ۱۹ میلادی شناخته شده است (عنایت و غفاری، ۱۳۹۸). امروزه کمتر کشوری در دنیا وجود دارد که مهم‌ترین و یکی از عمده‌ترین مشکلاتش مسئله مواد مخدر و اعتیاد نباشد. سازمان بهداشت جهانی<sup>۱</sup> مسئله مواد مخدر، اعم از تولید، انتقال، توزیع و مصرف را در کنار سه مسئله جهانی دیگر یعنی انباشت سلاح کشتار جمعی آلودگی محیط زیست، فقر و شکاف طبقاتی از جمله مسائل اساسی شمرده است که حیات بشری را در ابعاد اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و سیاسی در عرصه جهانی مورد تهدید و چالش قرار می‌دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۵) بر اساس آخرین گزارش منتشر شده از سوی دفتر مواد مخدر و جرائم سازمان آمار مصرف کنندگان مواد مخدر حدود ۲۵۵ میلیون نفر تخمین زده شده که در سنین ۱۵ تا ۶۴ ساله قرار دارند. همچنین بر اساس گزارش مرکز مطالعات سنجش میزان تحمل بیماری در سال ۲۰۱۵ حدود ۱۷ یعنی شیوه زندگی هر فرد یا جامعه‌ای وابسته به باورها و ارزش‌های حاکم بر آن فرد یا جامعه می‌باشد. سبک زندگی روشی است که افراد در طول زندگی انتخاب کرده و زیربنای آن در خانواده پی ریزی می‌شود. سبک زندگی متأثر از فرهنگ، نژاد، مذهب، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و باورها می‌باشد. براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، سبک زندگی به روش زندگی مردم با بازتابی کامل از ارزش‌های اجتماعی، طرز برخورد و فعالیت‌ها اشاره دارد. همچنین، ترکیبی از الگوهای رفتاری و عادات فردی در سراسر زندگی، فعالیت بدنی، تغذیه، اعتیاد به الکل، دخانیات و ... است؛ که در پی فرایند اجتماعی شدن به وجود آمده است (رضایی و همکاران، ۱۴۰۱). تحقیقات انجام شده نشان می‌دهد که علت‌های عمده‌ی مرگ و میر

۳ .Adler  
۴ . Schafer

۱ . World Health Organization  
۲ . Nastyzay

پرسش را مطرح می‌سازد که تجربه زیسته چه نوع تجربه ای است؟ زیرا پدیدارشناسی می‌کوشد معانی را آن چنان که در زندگی روزمره زیسته می‌شوند، آشکار نماید (چناری، ۱۳۸۵). جهان زندگی، همان تجربه‌ای است که بدون تفکر ارادی و بدون متوسل شدن به طبقه بندی کردن یا مفهوم سازی، حاصل می‌شود. معمولاً شامل آن چیزهایی است که مسلم دانسته می‌شوند یا متداول هستند. هدف مطالعه جهان زندگی، بازبینی تجارب بدیهی پنداشته شده و آشکار ساختن معانی جدید و یا مغفول مانده است (پل گینگ هرن<sup>۱</sup>، ۱۹۸۳).

جامعه پژوهش همه افراد سوء مصرف کننده مواد مخدر هستند که برای ترک مصرف مواد مخدر به مراکز ترک اعتیاد شهر شیراز در سال ۱۴۰۱ مراجعه کرده‌اند. مورد ها در این مطالعه افراد دارای سوء مصرف مواد مخدری می‌باشند که کمتر از ۶ ماه از ترک اعتیاد آنان گذشته است. از بین این جامعه (N=۵۰۰) بر اساس جدول گرجسی و مورگان نمونه ای به حجم ۲۱۷ نفر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شد و جهت رعایت مسائل اخلاقی اقدامات زیر انجام گرفت: ۱- توضیح اهداف مطالعه و تبیین انتظارات پرسشگر از شرکت کنندگان، ۲- جلب رضایت کتبی از شرکت کنندگان و رعایت اصل اختیار، ۳- اطمینان دهی در خصوص رعایت رازداری و تحلیل داده ها به صورت گروهی.

### ملاک های ورود

- حداقل ۶ ماه از زمان حضور آنان در مراکز اعتیاد گذشته باشد

- داشتن سابقه اعتیاد

- داشتن حداقل ۱ بار سابقه ترک مواد

- گذشت کمتر از ۶ ماه از ترک

- داشتن انگیزه برای شرکت در برنامه

### ملاک های خروج

- بازگشت بیش از ۶ ماه به مواد

- وجود مشکلات جسمی-روانی که مانع حضور بیمار در جلسات ترک گردد.

### ملاک های تشخیص برای سوء مصرف مواد

زندگی اسلامی، به صورت همه یا هیچ نیست بلکه یک پیوستار بزرگ است که مراتب پایین، متوسط و بالا دارد و پیوستاری بودن اسلام و سبک زندگی اسلامی را می‌توان از آیات و روایات متعددی استنباط نمود. خداوند در قرآن کریم (نساء، ۱۲۶) مؤمنان را دوباره به ایمان آوردن امر می‌کند. یا قرآن کریم (آل عمران، ۱۶۵) در وصف منافقانی که از رفتن به جبهه به بهانه‌های واهی اجتناب می‌کردند، می‌فرماید: «آن‌ها امروز به کفر نزدیک ترند تا به ایمان». اسلام پناه و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهشی نشان دادند که افراد مذهبی رضایت بیشتری از زندگی دارند و کیانی چلمردی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داده‌اند که انحراف از اعتدال فکری، اعتقادی و رفتاری به‌عنوان متغیر مرکزی یا مشکل اساسی روانی اجتماعی پدیده سبک زندگی سلامت محور بر مبنای فرهنگ اسلامی می‌باشد. علیرغم اهمیت بسیار زیاد و تعیین گری که سبک زندگی روی رفتارهای مختلف افراد دارد، کارهای پژوهشی بسیار کمی در این خصوص انجام گرفته و به خصوص سبک زندگی اسلامی که زیاد مورد توجه شایسته قرار نگرفته است. بنابراین با توجه به افزایش روزافزون اعتیاد در جامعه و به تبع آن افزایش روزافزون اعتیاد در جوانان و از همه مهم‌تر پیامدهای مخرب و ویرانگر این پدیده شوم در جامعه، این سوال مطرح می‌شود که آیا اجرای راه کارهای سبک زندگی اسلامی در روند بهبودی معتادان اثربخش است؟ در صورت مثبت بودن پاسخ می‌توان با اشاعه سبک زندگی اسلامی افراد را در مقابله با اعتیاد و بهبود از این عارضه، مایه کوبی نمود.

### روش

#### جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

روش این تحقیق کیفی از نوع پدیدارشناسی است. در روش پدیدارشناسی هدف اصلی از خلق یک توصیف جامع از پدیده تجربه شده برای دستیابی به درک ساختار ذاتی آن، تا ارائه مفهوم تفسیری از درک پدیده (بیش از توصیف آن) است. پدیدارشناسی، اساساً مطالعه تجربه زیسته یا جهان زندگی است. پدیدار شناسی به جهان، آن چنان که به وسیله یک فرد زیسته می‌شود، نه جهان یا واقعیتی که چیزی جدای از انسان باشد، توجه می‌شود. این

(۲) مصرف مکرر مواد در موقعیت‌هایی که در آن‌ها مصرف ماده از نظر فیزیکی خطرناک است (مثلاً رانندگی یا کار با ماشین آلات تحت تأثیر مواد)

(۳) مشکلات قانونی تکراری مربوط به مواد (مثلاً دستگیری به دلیل رفتارهای نادرست مربوط به مصرف مواد).

(۴) مصرف مداوم مواد علی‌رغم مشکلات پایدار یا عود کننده اجتماعی یا بین فردی که ناشی از تأثیرات ماده بوده یا بر اثر آن تشدید شده‌اند (مانند مشاگره با همسر در مورد نتایج مسمومیت، نزاع فیزیکی).

الگوی غیرانطباقی مصرف مواد که موجب ناراحتی یا تخریب قابل ملاحظه بالینی شده و با یک یا چند علامت از علائم زیر که در طول یک دوره ۱۲ ماهه روی می‌دهند تظاهر می‌کند:

(۱) مصرف مکرر مواد که منجر به ناتوانی در برآوردن تعهدات عمده مربوط به نقش فرد در کار، مدرسه یا خانه می‌شود (مانند غیبت‌های مکرر یا عملکرد ضعیف شغلی مربوط به مصرف ماده؛ غیبت، تعلیق یا اخراج از مدرسه به دلیل مصرف مواد؛ مسامحه نسبت به فرزندان و خانه).

جدول ۱. جدول مشخصات دموگرافیک شرکت کنندگان در پژوهش

سن	تعداد	درصد	کل
۴۵-۱۸	۲۱۷	۱۰۰٪	۲۱۷
تحصیلات	زیر دیپلم	۲۵.۳۴٪	۲۱۷
	دیپلم	۶۱.۷۵٪	۱۳۴
	لیسانس	۱۲.۹۰٪	۲۸
تاهل	متاهل	۸۰.۱۸٪	۱۷۴
	مجرد	۱۹.۸۱٪	۴۳
تعداد بازگشت	کمتر از ۲ بار	۵۳.۹۱٪	۱۱۷
	۲ تا ۵ بار	۳۰.۴۱٪	۶۶
	بیش از ۵ بار	۱۵.۶۶٪	۳۴

جدول ۲. جدول مقایسه تحصیلات و تعداد بازگشت شرکت کنندگان در پژوهش

افراد بازگشت کننده از اعتیاد	تحصیلات	تعداد	درصد	کل
افراد بازگشت کننده از اعتیاد	زیر دیپلم	۱۲	۵.۵۳٪	۲۱۷
	دیپلم	۶۳	۲۹.۰۳٪	۲۱۷
	لیسانس و بالاتر	۱۴۲	۶۵.۴۳٪	۲۱۷
افراد غیر بازگشت از اعتیاد	زیر دیپلم	۱۲۵	۵۷.۶۰٪	۲۱۷
	دیپلم	۷۴	۳۴.۱۰٪	۲۱۷
	لیسانس و بالاتر	۱۸	۸.۲۹٪	۲۱۷

جدول ۳. جدول مقایسه وضعیت اقتصادی و تعداد بازگشت شرکت کنندگان در پژوهش

افراد بازگشت کننده از وضعیت اقتصادی	وضعیت اقتصادی	تعداد	درصد	کل
افراد بازگشت کننده از وضعیت اقتصادی	خوب	۱۴۲	۶۵.۴۳٪	۲۱۷
	متوسط	۵۵	۲۵.۳۴٪	۲۱۷
	ضعیف	۲۰	۹.۲۱٪	۲۱۷
افراد غیر بازگشت از اعتیاد	خوب	۳۷	۱۷.۰۵٪	۲۱۷
	متوسط	۸۹	۴۱.۰۱٪	۲۱۷
	ضعیف	۹۱	۴۱.۹۳٪	۲۱۷

## ابزارها

### الف) پروتکل اجرایی جلسات مدل مداخله سبک زندگی اسلامی

جلسه	برنامه
۱	برنامه ارزیابی اولیه خوشامد گویی؛ تنظیم دستور جلسه: آشنایی افراد گروه با یکدیگر، توضیح قوانین گروه، توضیح ساختار جلسات، بازخورد در مورد ارزیابی اولیه تنظیم اهداف کلی درمان آشنایی با راهبردهای شناختی- رفتاری، بررسی انتظارات در مورد درمان، برنامه مراقبت معنوی: تکلیف منزل، خلاصه سازی، بازخورد.
۲	مرور جلسه گذشته، تنظیم دستور جلسه بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت برنامه مراقبت معنوی آموزش سبک زندگی سالم اسلامی آموزش پایش خود، تکلیف منزل خلاصه سازی: بازخورد.
۳	مرور جلسه گذشته و تنظیم دستور جلسه بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت برنامه مراقبت معنوی آموزش هدف گذاری شروع برنامه تغییر عادت توضیح تغییرا افزایش انگیزه برای نخیر، تکلیف منزل، خلاصه سازی، بازخورد.
۴	مرور جلسه گذشته، تنظیم دستور جلسه بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت برنامه مراقبت معنوی بررسی میزان پیشروی به سمت اهداف بازخورد، تقویت و تشویق آموزش حل مسئله آموزش سرمشق گیری آموزش استفاده از مشوقهای آموزش ترک عادات ناسالم (آگاهی از عادت، نقض عادت): تکلیف منزل، خلاصه سازی، بازخورد.
۵	مرور جلسه گذشته و تنظیم دستور جلسه بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت برنامه مراقبت معنوی، بررسی میزان پیشروی به سمت اهداف؛ بازخورد، تقویت و تشویق، تقویت خودکارآمدی آموزش ترک عادات ناسالم ( آموزش افکار خود آیند منشی، آموزش خطاهای شناختی، آموزش باورهای بنیادین و آموزش ایجاد عادات خوب): تکلیف منزل، خلاصه سازی، بازخورد.
۶	مرور جلسه گذشته تنظیم دستور جلسه بررسی تکالیف و ارائه بازخورد و تقویت برنامه مراقبت معنوی بررسی میزان پیشروی به سمت اهداف، بازخورد، تقویت و تشویق؛ خلاصه کل جلسات آموزش پیشگیری از عود، تکلیف منزل، بازخورد؛ اختتامیه و ارزیابی دوم.

### ب) فرم کوتاه پرسشنامه سبک زندگی اسلامی

خانواده (۸ آیتم)، سلامت (۷ آیتم)، تفکر و علم (۵ آیتم)، امنیتی-دفاعی (۴ آیتم)، زمان شناسی (۵ آیتم).  
ضریب پایایی کل این آزمون ۰/۷۱ است. نتایج تحلیل عوامل نیز روایی و ساختار عاملی مناسبی را برای آن نشان داده است. روایی همزمان آن با آزمون جهت گیری مذهبی، ۰/۶۴ بدست آمده است (کاوایانی، ۱۳۸۸). نمونه ای از عبارات این پرسشنامه: "مدتی از شب را به عبادت می پردازم." "فرصتم برای خواندن قرآن کم است." پایایی این آزمون برای زیرمقیاسهای آن عبارتند از شاخص اجتماعی ۰/۴۱، باورها، ۰/۴۶، عبادی ۰/۳۰، اخلاق ۰/۶۴، مالی ۰/۳۲، خانواده ۰/۴۰، سلامت ۰/۴۲، تفرک و علم ۰/۵۱، امنیتی-دفاعی ۰/۳۰ و زمان شناسی

این آزمون را که کاویانی (۱۳۸۸) ساخته و روایی آن را تایید کرده است ۷۵ آیتم دارد که پاسخگویان باید با توجه به وضعیت زندگی فعلی خود، به هرکدام در یک طیف ۴ درجه ای "از خیلی کم تا خیلی زیاد" پاسخ دهند. هر آیتم با توجه به اهمیتش، ضریبی بین ۱ تا ۴ می گیرد. نمره کل آزمودنی، حداقل ۱۴۱ و حداکثر ۵۷۰ خواهد بود.

۱۰ شاخص زیر مقیاسهای این آزمون را تشکیل می دهند که عبارتند از: شاخص اجتماعی (۱۱ آیتم)، باورها (۶ آیتم)، عبادی (۶ آیتم)، اخلاق (۱۱ آیتم)، مالی (۱۲ آیتم)،

۳۰/۰ اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۷۸۶/۰ گزارش شده است.

### ب-۱) شیوه نمره گذاری پرسشنامه سبک زندگی اسلامی

#### ضرایب سوالات

ضریب ۱	۷۵-۷۲-۷۱-۶۶-۶۴-۶۳-۶۱-۶۰-۵۹-۵۸-۵۷-۵۶-۵۵-۵۴-۵۳-۴۶-۴۴-۴۱-۳۹-۲۶-۲۵-۲۱-۲۰-۱۵-۷-۳ (سوال ۲۶)
ضریب ۲	۷۳-۶۹-۶۸-۶۷-۶۲-۵۲-۵۱-۴۹-۴۸-۴۳-۴۲-۳۷-۳۶-۳۴-۳۳-۳۲-۳۱-۳۰-۲۹-۲۸-۲۳-۲۲-۱۹-۱۸-۱۶-۱۳-۱۱-۱۰-۹-۸-۶-۴-۱ (سوال ۳۳)
ضریب ۳	۷۴-۷۰-۶۵-۵۰-۴۷-۴۵-۴۰-۳۸-۳۵-۲۷-۲۴-۱۷-۱۴-۱۲-۵ (سوال ۱۵)
ضریب ۴	۲ (سوال ۱)
مولفه های آزمون	سوالات مرتبط با مولفه
اجتماعی	۶۰-۵۷-۵۶-۵۵-۴۳-۳۲-۲۹-۲۸-۱۸-۱۶-۷ (سوال ۱۱)
باورها	۷۵-۷۲-۶۷-۳۱-۲-۵ (سوال ۶)
عبادی	۶۹-۲۵-۲۲-۲۰-۱۵-۳ (سوال ۶)
اخلاقی	۷۰-۵۱-۵۰-۴۹-۴۸-۴۷-۲۴-۱۳-۱۱-۱۰-۸ (سوال ۱۱)
مالی	۶۲-۶۱-۵۴-۵۲-۳۶-۳۴-۳۰-۲۳-۱۷-۱۴-۱۲-۶ (سوال ۱۲)
خانواده	۷۴-۴۵-۴۲-۳۸-۳۵-۱۹-۴-۱ (سوال ۸)
سلامت	۶۸-۶۶-۶۴-۶۳-۵۹-۴۱-۹ (سوال ۷)
تفکر و علم	۵۳-۴۴-۴۰-۲۷-۲۱ (سوال ۵)
امنیتی	۷۳-۳۷-۳۳-۲۶ (سوال ۴)
زمان شناسی	۷۱-۶۵-۵۸-۴۶-۳۹ (سوال ۵)

#### یافته‌ها

در افراد نقش مهمی در بازگشت آنان به اعتیاد نیز دارد؛ بر این اساس ۶۵/۴۳٪ از افراد دارای مدرک تحصیلی لیسانس و بالاتر بازگشت از اعتیاد داشتند در صورتی که میزان عدم بازگشت از اعتیاد افراد دارای مدرک تحصیلی زیر دیپلم ۵۷/۶۰٪ بود؛ همچنین وضعیت اقتصادی افراد نقش بسزایی در بازگشت آنان از اعتیاد دارد، نتایج نشان داد که ۶۵/۴۳٪ افراد دارای وضعیت اقتصادی خوب بازگشت موفق از اعتیاد داشتند در صورتی که ۴۱/۹۳٪ از افراد دارای وضعیت اقتصادی ضعیف دارای بازگشت ناموفق به اعتیاد داشتند.

بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی پژوهش حاضر تعداد ۵۵ نفر (۲۵/۳۴٪) دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۱۳۴ نفر (۶۱/۷۵٪) دارای تحصیلات دیپلم و ۲۸ نفر (۱۲/۹۰٪) دارای تحصیلات کارشناسی می باشند. از نمونه های شرکت کننده در پژوهش تعداد ۱۱۷ نفر (۵۳/۹۱٪) دارای سابقه بازگشت کمتر از ۲ بار، ۶۶ نفر (۳۰/۴۱٪) دارای سابقه بازگشت ۲ تا ۵ بار و ۳۴ نفر (۱۵/۶۶٪) دارای سابقه بازگشت بیش از ۵ بار از اعتیاد هستند. نتایج حاکی از آن بود که میزان تحصیلات

#### یافته‌های استنباطی

جدول ۴. آزمون همگنی واریانس ها- مولفه های سبک زندگی اسلامی در گروه های مورد مطالعه

منبع اثر	آزمون لون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
سبک زندگی اسلامی	۰/۱۱۷	۱	۲۱۵	۰/۷۳۴

با توجه به جدول ۶ آزمون همگنی واریانس ها (آزمون لون) در سطح معنی داری ۰/۷۳۴ جهت بررسی مولفه سبک زندگی اسلامی گروه های مورد مطالعه، پس واریانس های پژوهش همگون می باشند.

جدول ۵. ضرائب رگرسیون پیش بینی بازگشت (بهبود) مصرف کنندگان مواد بر اساس مولفه سبک زندگی اسلامی

متغیر	آماره بتا	انحراف استاندارد	ضریب بتا	آماره تی	سطح معناداری
مولفه سبک زندگی اسلامی	-۰/۰۱۶	۰/۰۴	-۰/۲۹	-۳/۷۵۶	۰/۰۰۵

کردند به گفته این افراد در مواقعی که دستیابی به حل مسائل روحی و روانی وقت گیر و مشکل باشد از مواد مخدر برای رفع این مشکلات استفاده می کردند.

علی ۲۹ ساله که در زمان دانشجویی اولین بار با اعتیاد آشنا شده می گوید: «با چند تا از همکلاسی هام خونه اجاره کردیم. می دیدم بعضی از اونا برای شب امتحان که تا صبح بیدار باشن مواد مصرف می کنن و گاهی پایان ترم هم جشن کوچیک می گرفتن و مواد می زد. بعد می گفتن برای رفع خستگی، من هم کم کم عادت کردم».

• **عدم آگاهی از مضرات:** مشارکت کنندگان عدم آگاهی از مضرات مواد را به عنوان یکی از علل اعتیاد به مواد مخدر در بین زنان عنوان کردند و بر این باورند که هر چقدر افراد شناخت صحیح و نگرش واقع بینانه تری نسبت به مضرات اعتیاد به مواد مخدر داشته باشند در حفظ و سلامتی خود کوشش بیشتری خواهند کرد.

ناصر ۳۶ ساله می گوید: «هر وقت با دوستانم درباره تناسب اندام صحبت می کردم می گفتند شیشه مؤثره. گاهی هم در باشگاه اینو می شنیدم. بدون سؤال و جواب امتحان کردم. وقتی برام ذلت آورد، پیگیری کردم دیدم از غذا خوردن افتادم و به بعضی قسمت های مغزم آسیب رسونده».

ضرایب رگرسیون مؤلفه های سبک زندگی اسلامی نیز نشان می دهد که با  $\beta = -0.29$  و سطح معنی داری ۰/۰۰۵ قابلیت پیش بینی بازگشت به اعتیاد افرادی که میل و احتمال به مصرف مواد را داشته اند، دارد و فرض ما تایید و نتیجه می گیریم که مولفه اجتماعی سبک زندگی بر پیش بینی بازگشت (بهبود) معتادین در حال عود تاثیر معناداری دارد.

### یافته های پدیدارشناسانه

مقوله اصلی تسهیل گرهای فردی و محیطی این مقوله اصلی از ۱۰ مقوله فرعی تشکیل شده است. به طور کلی این مقوله اصلی تسهیل گرهای فردی و محیطی اعتیاد به مواد مخدر را نشان می دهد در واقع شرکت کنندگان بر این باورند که تسهیل گرهای فردی و محیطی علل گرایش به مواد مخدر در بین آنها بوده است و بستر اعتیاد در بین آنان را فراهم کرده است. در این میان بر اساس گفته های مشارکت کنندگان، کسب منفعت آسان، عدم آگاهی از مضرات مواد، رهایی از روزمرگی، باور عامه، مقابله با درد، بیکاری، عدم آگاهی از مهارت های ارتباطی، اعتیاد والدین و پذیرش توسط دوستان نقش پررنگی در اعتیاد به مواد مخدر داشته است.

• **کسب آسان منفعت یا گریز از رنج:** شرکت کنندگان در این پژوهش از کسب آسان منفعت در زمینه ی روحی و روانی به عنوان یکی از عوامل اثر گذار بر اعتیاد به مواد مخدر یاد

دارد و در باورهای مردم توصیه‌ای در مورد استفاده پزشکی مواد مخدر وجود دارد.

نادر ۳۹ ساله می‌گوید: «استفاده غلط از مواد مخدر برای درمان بیماری‌ها به قدری در بین بعضی‌ها رواج پیدا کرده که حتی استفاده از مواد را به درمان‌های کلینیکی متخصصین ترجیح میدن. در رابطه زناشویی ام ناموفق بودم و احساس خوبی نداشتم برا رفع مشکل مواد مصرف کردم فکر نمی‌کردم خودش مشکل به شش تا مدت ها فکر می‌کردم مؤثره. ولی این جوری نبود، در واقع در چندبار ابتدایی اثرات خوبی داشت و بعد از آن نتنها اثری مشاهده نشد بلکه زمانی متوجه شدم که کار از کار گذشته بود».

• **بیکاری:** شرکت کنندگان در این پژوهش از بیکاری به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر اعتیاد نام بردند.

جواد ۳۴ ساله می‌گوید: «جایی کار می‌کردم، مغازه بدلیل ورشکستگی تعطیل شد و دیگه نتونستم کار پیدا کنم. هیچ کاری نداشتم جز تلویزیون نگاه کردن و گشتن تو اینستاگرام. احساس تنهایی می‌کردم، بعضی وقتا احساس می‌کردم موجود اضافی ام، احساس پوچی و افسردگی می‌کردم، فرصت زیادی و بی هدفی گذرون زندگی ام شده بود، بنابر این بستر برای اعتیادم فراهم شد.»

• **عدم آگاهی از مهارت‌های ارتباطی:** مشارکت کنندگان بر این باورند که تحصیلات پایین یا بی‌سوادی و عدم مهارت‌های ارتباطی نقش مهمی در فرهنگ عمومی جامعه و همچنین در حریم خانواده و تربیت فرزندان دارد.

کمال ۲۳ ساله می‌گوید: «پدر و مادرم امروزی نیستن و قبول ندارن که دوره نمونه فرق کرده و نمیدونن ماچی می‌خواییم، چی بیوشیم، چی بخوریم، فقط امرونی بدن. آن قدر از این کارا حرص می‌گرفت که آخرش معتاد شدم، خسته شده بودم از این رفتارها و برخوردها».

• **بی‌ثباتی خانواده:** مشارکت کنندگان بر این عقیده بودند که خانواده حریم امن و آسایش است. کمبود عاطفی در فضای خانواده ستیزه و اختلاف، همگی عوامل گرایش افراد به اعتیاد است، افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و

• **رهایی از روزمرگی:** مشارکت کنندگان بر این باورند که تقریباً انجام هر کاری بدون توجه به باورهای ذهنی و نیروهای درونی شخص انجام دهنده غیر ممکن است. حقیقت آن است که اعتیاد همچنان که از نامش پیداست، اگرچه خود، صورت عادت دارد، اما برای شکستن یک عادت دیگر انجام می‌گیرد. یکی از بارزترین علل گرایش به مصرف مواد مخدر در جوامع صنعتی پیشرفته شکستن عادت ناشی از حیات عادی فردی است که در بستر زمان، صورت تکرار ملال آور به خود می‌گیرد.

رضا ۲۷ ساله می‌گوید: «از زندگی خسته بودم. همیشه با خودم می‌گفتم هلاک شدم از بحث زحمت کشیدم؛ هر روز کار؛ خدا غیر کار چیز دیگه‌ای هم آفریده؛ این افکار ملکه ذهنی ام شده بود. می‌خواستم از وضعیت بیرون بیام در صورتی که مواد خودش عادت می‌مشقت بار برام به وجود آورد».

• **بهنجار شدن مصرف:** مشارکت کنندگان اذعان داشتند که مصرف مواد در بعضی مجالس جشن و عروسی و سایر میهمانی‌ها به اندازه‌ای رواج یافته است که حتی این باور نادرست که مجالس جشن و عروسی یا عزا و... باید با مصرف مواد همراه باشد، جزء آداب و رسوم اجتماعی و عرف معمول جامعه شده است. اگر در بعضی از این مراسم‌ها وجود نداشته باشد ممکن است با تحریم از طرف دوستان مواجه شوند.

اکبر ۴۱ ساله می‌گوید: «در مراسم عروسی یکی از دوستان رفته بودم، بزم برقرار شد خیلی تعارف کردن و آن قدر گفتن جشن مونو خراب نکن به یک بار امتحانش می‌ارزه، اگر حد خودت را نگهداری معتاد نمی‌شوی و ... بالاخره برای اولین بار مصرف کردم».

• **مقابله با درد:** مشارکت کنندگان بر این باورند که توصیه به مصرف مواد مخدر و تسکین درد از دوران گذشته در کشور ایران رواج داشته و ریشه تاریخی دارد. این باور در ذهن مردم از گذشته نقش بسته که مواد مخدر جنبه دارویی

ب- **بی خانمانی:** مشارکت کنندگان اظهار داشتند که بی خانمانی و از دست دادن خانواده و دوستان را به عنوان تنبیه اجتماعی تجربه کرده‌اند.

هادی ۳۷ ساله می‌گوید: «هر روز اعتیادم بیشتر و پول زیاد تری نیاز داشتم. می‌شد بعضی وقت‌ها دست تو جیب پدر و برادران می‌کردم یا از وسایل خونه می‌فروختم. آخر از دستم عصبانی شدند و مرا از خونه بیرون انداختند. به راحتی کارتون خواب شدم.»

ج- **مسخره شدن توسط دیگران:** امین ۱۷ ساله که سه سال است شیشه مصرف می‌کند می‌گوید: «بیشتر وقتم را صرف مصرف و تهیه مواد میشه، فرصت بهداشت و نظافت ندارم در بعضی جاها دستم می‌ندازند.»

د- **انگ‌های اجتماعی متعدد:** ایوب ۲۵ ساله می‌گوید: «اعصابم از دست انگ‌هایی که زده میشه خرد شده. هر چیزی که می‌زدند همه به من شک می‌کنند، هر آدم بی بند و باری که می‌خواهند تو فامیل مثال بزنند بازهم به من انگ می‌زنند. کلا شدم سمبل بد بختی‌ها.»

#### • مقوله اصلاح و درمان کم دوام

الف- **ترس از دست دادن حضانت فرزند:** مشارکت کنندگان بر این باورند که به عنوان یک والد نالایق ممکن است حضانت فرزندان خود را از دست بدهند؛ بنابراین از درمان که همراه با افشای اعتیاد آنان باشد واهمه دارند.

ب - **شرم و گناه:** مشارکت کنندگان بر این باورند که در بیشتر جوامع و فرهنگ‌ها مصرف مواد مخدر ننگ دارد. ابودر ۲۸ ساله می‌گوید: «هم مواد مخدر مصرف می‌کنم و گاهی هم الکل می‌خورم، ولی حتی خونواده‌ام تنها منو معتاد نمی‌دونن و انگ بی بندوبار هم می‌خوردم و نه حمایتی نشدم بلکه به هم ریختم و بعد از ترک دوباره شروع کردم.»

ج- **ترس از دادن شریک زندگی:** مشارکت کنندگان اظهار داشتند ترس از دست دادن شریک زندگی معتادان را از جستجوی درمان منصرف می‌کند.

ابراهیم ۲۹ ساله که دو سال از ازدواجش می‌گذرد می‌گوید از زمانی که مصرفم جدی شد به توصیه اطرافیان قصد ترک دارم و می‌ترسم مدتی خونه را ترک کنم و به راحتی زندگیم از هم پاشیده شود.»

از هم گسیخته زمینه بیشتری در گرایش به اعتیاد دارند.

مصطفی ۲۹ ساله می‌گوید: «در خانواده ما همش درگیری بود، جنگ و آشوب بود، اگه یه شب درگیری نداشتیم جای تعجب بود، احترامی نمونه بود، وظیفه والدین ما شده بود درگیری و فحاشی.»

• **اعتیاد والدین:** مشارکت کنندگان بر این باورند که اعتیاد والدین از یک سو کنترل و تسلط والدین را بر فرزندان کاهش می‌دهد و از سوی دیگر عامل انتقال این عادت به فرزندان می‌شود.

محمد ۲۷ ساله می‌گوید: «تو خانواده ما همه جور مواد یافت می‌شه. یه رفتار عادیه، کسی هم به کسی کاری نداره، پدرم همیشه یا خمار یا نشسته. ما را نمی‌دید حوصله سر و کله زدن با ما را نداشت.»

• **پذیرش توسط دوستان:** یکی دیگر از موارد تأثیر گذار بر اعتیاد به مواد مخدر ترس از عدم پذیرش از طرف دوستان است. مشارکت کنندگان اظهار داشتند که نگرانی از جهت طرد از طرف دوستان ممکن است گرایش به مواد مخدر را افزایش دهد. لذا در برابر هرگونه تعارف به مصرف مواد را به علت پذیرش در جمع دوستان رد نخواهند کرد.

حسن ۳۳ ساله می‌گوید: «وقتی در جمع دوستان حاضر می‌شدم با اصطلاحاتی همچون: خواهی نشوی رسوا هم‌رنگ جماعت شو، بزم ما را خراب نکن؛ اگر سری بعد می‌خواهی یا ما باشی این لوس بازی‌ها را کنار بگذار مواجه بودم، می‌ترسیدم سری بعد من رو راه ندن. شروع به مصرف کردم. ای کاش توان نه گفتن رو داشتم.»

#### • مقوله تنبیه جامعه

الف - **طرد اجتماعی:** بنا به عقیده مشارکت کنندگان، عکس العمل جامعه با معتادان می‌تواند به طرد اجتماعی منجر شود. ابوالقاسم ۳۶ ساله می‌گوید: «هر موادی که در دسترسم است می‌کشم، ظاهرم خیلی به هم ریخته است، همه مرابه عنوان بیمار خطرناک یا دیونه نگاه می‌کنن با این قیافه‌ام کسی نزدیک به هم نمیشه. از همه طرف طرد شدم.»

از آن باشد. زیرا مصرف کننده تازه کار را در معرض و ارتباط با پاداش و افراد معتاد با تجربه بیشتر قرار می‌دهد (احمدی، ۱۳۹۱). عدم آگاهی کنترل و یادگیری اثر متقابل بر یکدیگر دارند. بیکاری به عنوان علت دیگر اعتیاد در این مطالعه مدنظر است. بنابراین فرد بیکار در بستری قرار می‌گیرد که فرصت زیادی برای جذب در خرده فرهنگ‌های بزهکار دارد. زیرا در هیچ مقطعی از حمایت اجتماعی برخوردار نیست. امید به زندگی در فرد بیکار کاهش می‌یابد. انتظارا و اهدافی که دارد از دست رفته می‌داند و حتی ممکن است که فرد بیکار در مسیر عصبی شدن قرار گرفته و برای رفع این معضل به شادی‌های زودگذر روی بیاورد. این مقوله با نتایج تحقیق عبدلی سلطان آبادی و همکاران (۱۳۹۶)؛ دانایی (۱۳۹۴) و برزگر (۱۳۹۳) که بر عامل بیکاری به عنوان یکی از عوامل گرایش به مواد مخدر تاکید دارند، همسو است. در نظریه نابسامانی اقتصادی، همه کسانی که در معرض فقر و نابرابری قرار دارند اعم از کودکان و بزرگسالان متمایل به جرم می‌نمایند. از سوی دیگر طبق نظریه کوهن، طبقه محروم در یک جامعه شیوه‌های خود را برای دستیابی به منزلت انتخاب می‌کنند. احساس ناکامی در طبقه محروم به وجود می‌آید و کسب منزلت به هر شکل ممکن شروع می‌شود. طبق نظریه مرتون<sup>۱</sup> (۱۹۸۸) هر چه احساس محرومیت کمتر باشد افراد کمتر به رفتارهای کج‌رو از جمله اعتیاد به مواد مخدر روی می‌آورند. باورهای عامیانه در مورد مصرف مواد در مناسبت‌های ویژه به عنوان یک رسم مورد پذیرش قرار گرفته است. هرگونه مقابله با آن ممکن است با تحریم‌هایی از سوی بستگان مواجهه شود. ویژگی‌هایی از قبیل هیجانات، رایگان بودن مواد، اصرار دیگران و در این گونه مجالس باعث می‌شود بسیاری از مهمانان نتوانند از مصرف مواد خودداری کنند. این مقوله با نتایج تحقیق قادری و محسنی تبریزی (۱۳۸۹) که آداب و رسوم خاص، باورها و ضرب المثله‌ها را به عنوان هنجارهای تسهیل کننده مواد عنوان کرده‌اند هموست. نتایج مطالعه نیازی و همکاران (۱۳۹۷) که به متعارف شدگی اعتیاد اشاره دارد و تحقیق سراج

د- ایمان نداشتن به اثر بخشی درمان: مشارکت کنندگان بر این باورند که اثربخشی درمان با آن چیزی که تبلیغ می‌کنند یکی نیست و درمان‌ها اثر لازم را ندارد و آمادگی دنبال کردن هدف درمان را ندارند.

اسماعیل ۳۶ ساله می‌گوید: «احساس می‌کنم مراجعه به مراکز درمان بیهوده ست تو به کمپ نشستن و قصه گفتن دردی را دوا نمی‌کنه. ما راهی نداریم جزء این که با گرفتاری مان کنار بیایم».

و- بی ارادگی: مشارکت کننده‌ها بر این باورند که برای ترک و پاک بودن باید دارای اراده قوی و مصمم بود. یوسف ۳۱ ساله می‌گوید: «من هروئین و الکل مصرف می‌کنم شش بار ترک کردم ولی نتونستم تحمل کنم و مصمم نبودم. دوباره شروع کردم».

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر پدیدارشناسی بسترهای اعتیاد بر اساس مؤلفه‌های سبک زندگی اسلامی بود. در تبیین بررسی‌های انجام شده باتوجه به مؤلفه‌های موجود می‌توان ادعان نمود که شرایط علی در این تحقیق به مشابه اعتیاد و مصرف مواد مخدر عمل می‌کند. عدم آگاهی از مضرات مواد به عنوان یکی از علل اعتیاد به مواد مخدر عنوان شد. بسیاری از افراد معتاد دید روشن و حقیقی از پیامدهای و مضرات آن ندارند همین امر سبب می‌شود دچار خطای محاسباتی شده و بیشتر به باورهای غلط درباره مواد مخدر گرایش پیدا کنند. عملکرد خانواده در آگاه کردن کودکان از مضرات مصرف مواد مخدر خود را در نوجوانی و جوانی نشان می‌دهد حتی می‌تواند تا آخر عمر اثر خود را داشته باشد. شناخت بهتر باعث می‌شود که فرد در حفظ و سلامتی خود کوشش بیشتری کند. این یافته با نتایج تحقیق استفانی<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) که بی اطلاعی از عوارض سوء مصرف مواد را در پیش بینی اعتیاد به مواد مؤثر دانسته همسوست؛ همچنین با تحقیق سیزیای<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۳) که پایین بودن آگاهی از مضرت مواد را یکی از علل اعتیاد بر می‌شمرد و نتایج تحقیق فتیحی و موسوی (۱۳۹۵) همسو است. نظریه کلاسیک بکر مؤید این یافته است. طبق این نظریه عدم آگاهی در مورد آثار مواد مخدر می‌تواند به عنوان مرحله مهم در آغاز استفاده

۳ . Merton

۱ . Stephanie

۲ . Siziya

کنندگان مواد برای گرفتن تأیید رفتار خود از دوستان سعی می‌کنند آنان را وادار به همراهی با خود نمایند. نظریه هم نشینی افتراقی سادرلند مؤید این یافته است. سادرلند، معتقد است که کج رفتاری را با اصول یادگیری اجتماعی بهتر می‌توان تبیین کرد. همچنین طبق نظریه فرصت‌های نابرابر کلوارد و اهلین دسترسی افراد منحرف اجتماعی به یک محیط مناسب برای ایفای نقش انحرافی خود و استمرار این نقش با حمایت و تشویق گروه عامل شکل‌گیری رفتار انحرافی است (احمدی، ۱۳۹۱).

نتیجه‌هایی این پژوهش با توجه به برگزاری جلسات گروه درمانی مبتنی بر سبک زندگی اسلامی و مقوله‌های مورد بررسی نشان داد شرایط مبارزه کنونی تحت عنوان کاهش عرضه خیلی جواب گو نیست، پیشنهاد می‌شود روش کاهش تقاضا با اتخاذ ترویج رویکرد فرهنگی مبتنی بر الگوهای سبک زندگی اسلامی، ایجاد رفاه روانی و عاطفی، تقویت برنامه‌های رسانه‌ای، فراهم آوردن محیط مساعد خانواده برای معتاد بعد از درمان، افزایش مهارت‌های والدین، ایجاد مراکز درمانی دولتی برای بازگیری معتادان فاقد توان مالی و روان درمانی مناسب و آموزش علمی، فنی، شغلی و اخلاقی و دینی آن‌ها تحت وزارت بهداشت و درمان وجود داشته باشد، تا این قبیل معتادان پناه بگیرند به کارگیری روش‌های مشاوره زناشویی و خانواده به‌منظور حل مشکلات زناشویی و خانوادگی آن‌ان، جلب همکاری نزدیکان درجه اول معتاد، تقویت برنامه‌های مهارت بخشی برای امتناع همسالان از مواد مخدر، تلاش در جهت مشارکت خودجوش اجتماعی جهت مبارزه با مواد مخدر، دادن آموزش کافی به فرد معتاد در زمان بستری، تلاش در جهت تغییر نگرش مردم نسبت به بیمار بودن و اصلاح پذیری آنان، برای این که خودشان احساس زائد بودن و علاج ناپذیری نداشته باشند، برنامه‌های مناسبی جهت تقویت توانمندی‌های خانواده‌ها جهت مقابله با مشکلات مبتنی بر الگوی سبک زندگی اسلامی طراحی شود تا علاوه بر پیش‌گیری با افزایش دسترسی به خدمات و کاهش آسیب و درمان بهتر در ارتقاء سلامت و سبک زندگی و جامعه گام مؤثری برداشته شود. این مطالعه با محدودیت‌هایی از جمله موارد زیر روبه‌رو بود: مقبولیت اجتماعی، سوگیری در خود گزارشی، تأثیرات موقعیت، یادآوری ضعیف و خطا در اندازه‌گیری

زاده و عزیز زاده (۱۳۹۴) که بر بهنجار بودن اعتیاد اشاره دارند نیز با نتایج این تحقیق همسو است.

همچنین، نتایج پژوهش مدیرنیا و همکاران (۱۳۹۲) که بر کسب لذت آنی و منفعت آسان به عنوان علل اعتیاد و مطالعه نیازی و همکاران (۱۳۹۷) که لذت‌گرایی به‌عنوان یکی از عوامل ناکارآمدی برنامه‌های پیشگیری عنوان داشته‌اند با نتایج این تحقیق مطابقت دارند. یکی از مقوله‌هایی که پررنگ تر از بقیه بود بی‌ثباتی خانواده است؛ خانواده، حریم امن و آسایش است. کمبود عاطفی در فضای خانواده، ستیزه و اختلاف همگی عوامل گرایش افراد به اعتیاد است. افراد پرورش یافته در خانواده نابسامان و از هم گسیخته زمینه بیشتری در گرایش به اعتیاد دارند. هیچ جامعه‌ای نمی‌تواند ادعای سلامت کند؛ چنانچه از خانواده‌ی سالم برخوردار نباشد (ساروخانی، ۱۳۹۱)؛ این یافته با نتایج مطالعه عباسی و محمدخانی (۲۰۱۶) که بر ارتباطات و آشفتگی خانوادگی به عنوان عوامل مؤثر بر اعتیاد اشاره دارند و نتایج پژوهش جوانمرد (۱۳۹۴) و بیاتی (۱۳۸۹) که تضاد بین خانواده را عامل مصرف مواد مخدر دانسته‌اند همسو است. خانواده بی‌ثبات فرصت تعامل و کنترل بر فرزندان را ندارد. آلودگی محله و محیط خانواده به اعتیاد به مواد مخدر زمینه مساعد برای فرزندان در جهت گرایش به ارتکاب جرم را فراهم می‌کند. رفتار والدین بی‌تردید در کردار آینده فرزندان نقش اساسی دارد؛ چراکه والدین به عنوان اولین معلمان و موجه‌ترین افراد به‌طور مستقیم و غیر مستقیم به فرزند خود خوب و بد را آموزش می‌دهند. متأسفانه اغلب افرادی که در خانواده‌های معتاد پرورش می‌یابند تکرار مصرف اعضای خانواده برای آن‌ها تکراری شده و ترس تجربه استفاده از مواد از بین می‌رود. تئوری بوم‌شناسی بر نقش محله تأکید می‌کند. به نظر می‌رسد محله به عنوان یک ظرف بزرگ برای کنش‌های اجتماعی تعاملاتی با دیگر متغیرها دارد. از جمله می‌توان در محلات، بسته به سالم بودن یا همچنین نتایج تحقیق با نتایج مطالعه قاسمی روشن (۱۳۸۸)

که سوء مصرف والدین را عامل شکل‌گیری زمینه مصرف مواد در فرزندان می‌داند مطابقت دارد. ارتباط و دوستی با همسالان مبتلابه سوء مصرف مواد، عامل مستعد کننده قوی برای ابتلای نوجوانان و جوانان به اعتیاد است. مصرف

نشأت می گیرند لذا بخش آمار و ارقام آن امکان پذیر نمی باشد. و با توجه به عدم توانایی در کنترل عواملی ناخواسته با مشکلات توأم است. همان گونه که در این پژوهش مشاهده شد مسائل مختلفی نظیر مسائل اقتصادی، خانوادگی، فرهنگی و اجتماعی و... مؤثرند و این مسائل به طور جدی در هم تداخل نموده به طوری که تفکیک آن ها یکدیگر در عمل غیر ممکن است.

خودگزارشی مورد توجه قرار گیرد و نیز تعمیم آن ها با احتیاط صورت بگیرد. این مطالعه صرفاً در مراکز ترک اعتیاد شیراز انجام شده و باتوجه ویژگی های خاص فرهنگی حاکم بر این شهرستان و استان، از تعمیم پذیری نتایج این مطالعه به سایر استان ها کاسته می شود. به دلیل برداشت افراد جامعه از اعتیاد و از آنجا که اعتیاد به عنوان یک معضل و آسیب اجتماعی منظور می گردد و بیشترین ناهنجاری ها و بزهکاری ها جامعه از این آسیب

## منابع

- احمدی، حبیب (۱۳۹۱). *جامعه شناسی انحرافات*. تهران: سمت.
- اسلام پناه، محمدرضا؛ مهدیان، حسین؛ جاجرمی محمود. (۱۳۹۸). بررسی برازش مدل خطر پذیری نوجوانان ایرانی در زمینه اعتیاد با تأکید بر کار کرد خانواده و طرح واره های ناسازگار، تحمل پریشانی و تنظیم هیجان. *فصلنامه علمی اعتیاد پژوهی*، ۱۳ (۵۴)، ۶۷-۹۰.
- برزگر، عزیز (۱۳۹۳). *بررسی عوامل مؤثر در گرایش به مصرف مواد مخدر در بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی*. پایان نامه کارشناسی ارشد، واحد تسوج.
- بیاتی، پروانه (۱۳۸۹). بستر اجتماعی، فرهنگی مؤثر بر اعتیاد به مواد روان گردان در میان زنان. *اعتیاد پژوهی*، ۴ (۱۴)، ۱۵-۷.
- جوانمرد، کمال (۱۳۹۴). بررسی عوامل مؤثر بر گرایش به مصرف مواد مخدر صنعتی در بین دانشجویان پسر دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان در نیم سال ۹۴. *مطالعات اجتماعی ایران*، ۱۲ (۴۴)، ۱-۲۰.
- دانایی، نسربین. (۱۳۹۴). ارتباط بین اعتیاد و امنیت اجتماعی در جامعه شهری. *اعتیاد پژوهی*، ۹ (۳۶)، ۳۱-۴۸.
- دانش پرور، هادی. (۱۴۰۰). نقش پیش بینی کنندگی درمان های مبتنی بر سبک زندگی اسلامی بر پایداری درمان
- اعتیاد. نخستین کنفرانس ملی پژوهش در حقوق، علوم قضایی، فقه و علوم اسلامی. تهران.
- رضائی، سجاد، قربانپور لقمجانی، امیر، فیضی لپوندانی، عامر، جهانگیرپور، مهسا. (۱۴۰۱). روابط ساختاری خطرپذیری و دشواری در نظم بخشی هیجان با گرایش به عود اعتیاد در بیماران تحت درمان ننگه دارنده با متادون: نقش میانجی تحمل آشفتگی و انعطاف پذیری شناختی. *اعتیاد پژوهی*، ۱۶ (۶۳) ۱۶۷-۱۹۸.
- سراج زاده، حسین، عزیززاده، امید. (۱۳۹۴). *برساخت مصرف مواد مخدر و اعتیاد در شهرستان رودبار جنوب. مجله مسائل اجتماعی ایران*، ۱ (۲)، ۲۷۴-۲۹۶.
- عبدلی سلطان آبادی جواد؛ امانی ساری بلگو جواد و کاظم زاده بیطالی، مهدی (۱۳۹۶). بررسی عوامل مؤثر بر سوء مصرف مواد مخدر از دیدگاه دانشجویان - کاربست نقشه شناختی فازی. *اعتیاد پژوهی*، ۱۱ (۴۱)، ۲۴۶-۲۲۷.
- عنایت، حلیمه؛ غفاری، داریوش. (۱۳۹۸). مطالعه پدیدارشناسانه بسترهای اعتیاد به مواد مخدر در زنان. *اعتیاد پژوهی*، ۱۳ (۵۱)، ۳۱-۵۴.
- فتحی، آیتاله و موسوی، بابک. (۱۳۹۵). بررسی تجربیات معتادین در خصوص حمایت های اجتماعی و خانوادگی به عنوان تسهیل کننده ترک اعتیاد: یک مطالعه کیفی. *اعتیاد پژوهی*، ۱۰ (۳۸)، ۱۱۹-۱۳۶.
- فرقانی، محمدمهدی؛ مهاجری، ربابه. (۱۳۹۷). رابطه بین میزان استفاده از بیها شبکه اجتماعی مجازی و

- Schafer, G. (۲۰۱۳). Family Functioning in Families with Alcohol and other Drug Addiction. *Social Policy Journal of Newzealand*, ۳۷, ۱-۱۷.
- Siziya, S., Muula, A. S., Besa, C., Babaniyi, O., Songolo, P., Kankiza, N., Rudatsikira, E. (۲۰۱۳). Cannabis use and its socio-demographic correlates.
- Stephanie, B. W. (۲۰۱۰). Effects of Self-Esteem and Academic Performance on Adolescent Decision-making: An Examination of Early Sexual Intercourse and Illegal Substance Use. *Journal of Adolescent Health*, ۴۷(۶), ۵۸۲-۵۹۰.
- World Health Organization (۲۰۱۵). *World Drugs report*, Switzerland. Retrieved at: [https://www.unodc.org/wdr۲۰۱۷/field/WD\\_R\\_۲۰۱۷\\_presentation\\_lauch\\_version.pdf](https://www.unodc.org/wdr۲۰۱۷/field/WD_R_۲۰۱۷_presentation_lauch_version.pdf).
- WHO Regional Office for Europe (۲۰۱۳) European Tobacco Use: Trends report. Available on: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/diseaseprevention/tobacco>.
- تغییر در سبک زندگی جوانان. *فصلنامه مطالعات رسانه های نوین*. ۴(۱۳). ۲۶۰-۲۹۲.
- قادری، صلاح الدین، محسنی تبریزی، علیرضا. (۱۳۸۹). مطالعه کیفی تسهیل کننده مصرف مواد اعتیادآور در میان خرده فرهنگ های قومی ایران. *مجله بررسی مسائل اجتماعی ایران*. ۱(۴)، ۳۸-۵۴.
- قاسمی روشن، ابراهیم. (۱۳۸۸). از اعتیاد زنان تا نابسامانی خانواده. *فصلنامه کتاب زنان*. ۶(۲۲)، ۱-۱۸.
- کیانی چلمردی، احمدرضا؛ رشید، سجاد؛ رضانی، شکوفه. (۱۳۹۸). اعتباریابی مدل یکپارچه انگیزشی ارادی خودکشی در بین دانشجویان: مدل ساختاری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۲(۹۷). ۱۹۴-۲۰۹
- مروی زاده، معصومه. (۱۳۹۵). *بررسی رابطه انگیزهای مصرف سیگار و قلیان با افسردگی، کیفیت روابط و حمایت اجتماعی دانشجویان*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه خوارزمی.
- نیازی، محسن، نوروزی، میلاد، شریفی، احسان، خرمیان، رسول. (۱۳۹۷). تحلیل ناکارآمدی برنامه های پیشگیری. *فصلنامه اعتیاد پژوهی*. ۱۲(۴۷). ۷۴-۹۲.
- Chenari, M. (۲۰۰۶). Comparison of Husserl, Heidegger and Gadamer with the criterion of methodology. *Philosophical-Theological Research*, ۹(۳۴), ۱۱۳-۱۳۸. Retrieved from: [http://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J\\_pdf/۷۲۲۱۳۸۶۳۴۰۵.pdf](http://www.sid.ir/fa/VEWSSID/J_pdf/۷۲۲۱۳۸۶۳۴۰۵.pdf).
- Merton, R. K. (۱۹۸۸). *Social Theory and Social Strucute*. Enlarged Edition, New York: Freepress.
- Nastizayi N, Hezareh Moghadam M, Mollazehi A.(۲۰۱۰). The study of factors for recurred addiction from the view of self-introduced addicts to the addiction abandonment centers of zahedan. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* ; ۸ (۳).
- Polkinghorne, D. (۱۹۸۳). *Methodology for the human sciences: Systems of inquiry*. Albany: State University of New York Press.